T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

YAŞLI BAKICILARI AVRUPA İNDEKSİ'NİN ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Halime CİVELEK

İstanbul

Nisan - 2025

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

YAŞLI BAKICILARI AVRUPA İNDEKSİ'NİN ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Halime CİVELEK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

İstanbul

Nisan - 2025

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Üye Dr. Öğretim Üyesi Nihal ALTUN

Üye Dr Öğretim Üyesi Neslihan TEKE

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım **"Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinde Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Halime CİVELEK

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda bana yardımcı olan ve destekleyen değerli tez danışmanı hocam Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen fakülte hocalarıma, beni her daim motive eden bütün arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamız konusunda gerekli desteğini esirgemeyen Nöroloji Anabilim Dalı hocalarıma ve tüm çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca bana her zaman destek olan, varlıklarıyla güç veren ve her an yanımda hissettiğim canım ailem; annem, babam, kardeşlerim, eşim ve biricik oğlum Bedir Kağan'ıma sonsuz teşekkür ederim.

Halime CİVELEK

İstanbul 2025

ÖZET

YAŞLI BAKICILARI AVRUPA İNDEKSİ'NİN ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Halime CİVELEK

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez danışmanı: Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

Nisan- 2025, 117 Sayfa

Mevcut çalışmada COPE indeksinin Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinde psikometrik özelliklerini incelenmiştir. 165 informal aile bakım verenden oluşan örneklem tarafından COPE İndeksi, Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBI-12), SF-12 Sağlık Anketi (SF-12), The EUROHIS-QOL 8-item index (EUROHIS), WHO-5 Well Being Index (WHO-5), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Barthel İndeksi doldurulduldu. Ayrıca 30 katılımcı iki hafta ara ile COPE İndeksi iki kez doldurdu. Geçerlikte doğrulayıcı faktör analizi, kriter geçerliği ve bilinen grup geçerliği kullanıldı. Güvenirlik için Cronbach alpha ve test-retest korelasyon katsayısı incelendi. Mevcut çalışmada COPE Indeksin negatif etki, pozitif değer ve destek kalitesi boyutlarından oluşan üç faktörlü yapıda olduğu doğrulandı. Veri-model uyumu kabul edilebilir düzeyde bulundu (χ^2/sd=2,67, CFI= 0,99, TLI= 0,99, RMSEA= 0,09, SRMR=0,10). COPE'ta bulunan tüm maddelerin regresyon ağırlıkları 0.30 üzerinde idi. COPE ile ZBI-12, SF12, EUROSHIS-QOL, WHO-5 ve MSPSS arasındaki ilişkiler kriter geçerliğini gösterdi. Bilinen grup geçerliğine yönelik yapılan incelemede hastaya günlük bakım verme saati arttıkça negatif etki skorunun arttığı, negatif etki ve destek kalitesi boyutlarından alınan skorların bakım vermede destek alan ve almayanları ayırt edebildiği görüldü, bakım verenlerde kronik hastalığın varlığı negatif etki skorunun artmasına neden oldu ve hastanın bakımda bağımlılık derecesi arttıkça negatif etki skoru arttı. Negatif etki, pozitif değer ve destek kalitesi boyutları için Cronbach alpha değeri sırası ile 0,91, 0,72 ve 0,63; test-retest ICC değeri 0,96, 0,84

ve 0,73 idi. Sonuç olarak bu çalışmada COPE indeksinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer Hastalığı, COPE İndeks, Informal Bakımveren, Geçerlik ve Güvenirlik

ABSTRACT

EXAMINATION OF VALIDITY AND RELIABILITY OF THE CARERS OF OLDER PEOPLE IN EUROPE INDEX –COPE IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ALZHEIMER DISEASE

Halime CİVELEK

Master of Science, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

April– 2025, 117 Pages

In the present study, the psychometric properties of the COPE index were examined in informal caregivers of Alzheimer's patients. A sample of 165 informal family caregivers completed the European Index of Elderly Caregivers, the Short-Form Zarit Burden Interview (ZBI-12), 12 Item Short From Health Survey (SF-12), The EUROHIS-QOL 8-item index (EUROHIS), WHO-5 Well-being Index (WHO-5), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and Barthel Index. Additionally, 30 participants completed the COPE Index twice, two weeks apart. Confirmatory factor analysis, criterion validity and known group validity were used for validity. Cronbach alpha and test-retest correlation coefficient were examined for reliability. In the current study, it was confirmed that the COPE Index has a three-factor structure consisting of negative impact, positive value and support quality dimensions. Data-model fit was found at an acceptable level (χ^2/sd=2.67, CFI= 0.99, TLI= 0.99, RMSEA= 0.09, SRMR=0.10). The regression weights of all items in COPE were over 0.30. Correlations between COPE and ZBI-12, SF12, EUROSHIS-QOL, WHO-5 and MSPSS demonstrated criterion validity. In the examination of known group validity, it was seen that as the daily caregiving hours increased, the Negative Impact score increased, the scores obtained from the Negative Impact and Support Quality dimensions were able to distinguish those who received and did not receive support in caregiving, the presence of chronic disease in caregivers caused the Negative Impact score to increase, and as the patient's degree of dependency in care increased, the negative impact score

increased. Cronbach alpha values for Negative Affect, Positive Value, and Support Quality dimensions were 0.91, 0.72, and 0.63, respectively; test-retest ICC values were 0.96, 0.84, and 0.73. In conclusion, this study demonstrated that the COPE index is a valid and reliable tool.

Key Words: Azheimer disease, COPE Index, Informal Caregivers, Validity and Reliability

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**

ÖN SÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **vi**

İÇİNDEKİLER ..... **viii**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **xi**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xii**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xiii**

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ **1**

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşlılık 3

2.2. Alzheimer Hastalığı 4

2.2.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Yaygınlığı 4

2.2.2. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri 5

2.2.3. Alzheimer Hastalığının Klinik Seyri 8

2.2.4. Alzheimer Hastalığının Belirti ve Bulguları 10

2.2.5. Alzheimer Hastalığının Tanısı 14

2.2.6. Alzheimer Hastalığının Tedavisi 15

2.3. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler . 17

2.3.1. Bakım, Formal/İnformal Bakım ve Bakım Yükü Kavramları 17

2.3.2. Alzheimer Hasta Yakınlarında Bakım Yükü ve İlişkili Faktörler 20

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM 26

3.1. Araştırmanın Modeli 26

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 26

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 26

3.4. Veri Toplama Araçları 27

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu 27

3.4.2. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index-COPE) 27

3.4.3. Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği 28

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 28

3.4.5. SF-12 Sağlık Anketi 29

3.4.6. WHO-5 İyilik Durumu İndeksi 30

3.4.7. Avrupa Saplık Etki Ölçeği (Europe Health Impact Scale-EUROHIS) 30

3.4.8. Barthel İndeksi 31

3.5. Verilerin Toplanması 31

3.6. Geçerlik Güvenirlik Çalışmasında İzlenen Yol 31

3.6.1. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Türkçe'ye Çevrilmesi ve Kültürel Uyarlama 31

3.6.2. Geçerlik Analizi 32

3.6.2.1. Faktör Analizi 32

3.6.2.2. Kriter Geçerliği 36

3.6.2.3. Bilinen Grup Geçerliği 36

3.6.3. Güvenirlik Analizi 37

3.7. İstatistiksel Analiz 38

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 38

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 39

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR 40

4.1. Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri..... 40

4.2. Alzheimer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri 42

4.3. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular 43

4.3.1. Faktör Analizine İlişkin Bulgular 43

4.3.2. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulgular 46

4.3.3. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulgular 48

4.4. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular..... 49

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA 52

5.1. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 52

5.1.1. Faktör Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması 52

5.1.2. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 58

5.1.3. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 60

5.2. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 61

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER 63

KAYNAKÇA 66

EKLER 82

ÖZGEÇMİŞ 104

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Aşamalarına Göre Alzheimer Hastalığının Semptomları 13

Tablo 3.1: COPE için DFA Sayıltı Kontrolü 34

Tablo 4.1: Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri 40

Tablo 4.2: Alzheimer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri 42

Tablo 4.3: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin DFA Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları 43

Tablo 4.4: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi- Üç Faktörlü Kuramsal Modelin Faktör Yükleri ve Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları 45

Tablo 4.5: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi Yakınsak ve Iraksak Geçerlik Katsayıları 45

Tablo 4.6: Kriter Geçerliğine İlişkin Bulgular 48

Tablo 4.7: Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulgular 49

Tablo 4.8: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinde Yer Alan İfadelere Verilen Yanıtların Ortalama Değerleri 50

Tablo 4.9: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (COPE) Güvenirliğine İlişkin Bulgular. 51

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Alzheimer Hastalığının İlerleme Aşamaları 10

Şekil 3.1: Örneklem Büyüklüğüne Karşı Güç İlişkisi 33

Şekil 3.2: COPE için Serpme Grafikleri 34

Şekil 4.1: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi İçin Polikorik Korelasyon Katsayıları 44

Şekil 4.2: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi Standart Regresyon Ağırlıkları 46

KISALTMALAR LİSTESİ

Aβ: Amiloid beta

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

AGE: Glikasyon son ürünleri

AH: Alzheimer Hastalığı

APO E: Apolipoprotein E

APP: Amiloid prekürsör protein

AVE: Faktör yüklerinin ortalaması

CFI: Karşılaştırmalı uyum iyiliği indeksi

COPE: Carers of Older People in Europe Index (Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EUROHIS: Europe Health Impact Scale-WHOQOL-8 (Avrupa Sağlık Etki Ölçeği)

FDA: Food and Drug Administration (Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi)

MDYKH: Metabolik disfonksiyonla ilişkili yağlı karaciğer hastalığı

MRI: Magnetif rezonans görünteleme

NFT: Neurofibrillary tangles

PSEN1: Presenilin 1

PSEN2: Presenilin 2

RMSEA: Ortalama karekök yaklaşım hatası

SRMR: Standartlaştırılmış ortalama karekök kalıntısı

TLI: Tucker Lewis indeksi

WHO-5: The World Health Organisation- Five Well Being İndex (İyilik Durumu İndeksi)

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Yaşlılık genel olarak kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik, toplumsal ve kültürel yönleri olan çok boyutlu bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul etmektedir. Yaşlı nüfus hem dünyada hem de ülkemizde giderek artmaktadır; dünya nüfusunun %10'u (United Nations, 2025), Türkiye nüfusunun %10,2'si 65 yaş ve üzerindedir ve ülkemiz de artık yaşlı nüfusa sahip ülkeler kategorisindedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Yaşlanma dönemi birçok sağlık sorununu beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan biri de demanstır. Demans, merkezi sinir sisteminin hasarlanması sonucunda birden fazla kognitif alanda bireyin günlük yaşam aktivitelerini devam ettirememesine sebep olacak düzeydeki bozulma olarak tanımlanabilir (Bozoğlu, 2021).

Dünya genelinde 2020 yılında yaklaşık 55 milyon kişinin demans olduğu bildirilmekte ve her yıl 10 milyon kişinin daha bu sayıya dahil olacağı düşünülmektedir. Dünyada her üç saniyede bir kişiye, halk arasında bunama olarak da adlandırılan demans tanısı konulmaktadır (Alzheimer Disease International, 2024). İleri yaştaki demanslı bireylerin %60-80'inde Alzheimer Hastalığı (AH) bulunmaktadır (Atlı ve Yiğit, 2021). Türkiye'de yaşlılarda Alzheimer prevalansı
%5,5'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023).

AH'na eşlik eden depresyon, kaygı gibi sağlık sorunlarına yönelik bazı tedaviler uygulansa da günümüzde AH'nı ve bunun sonucu olarak gelişen demansı tedavi edecek bir yöntem henüz mevcut değildir. Demans nedeni ile AH'lı hastalar giderek günlük yaşamlarını sürdüremez hale ve sonunda başkalarına bağımlı hale gelmektedirler (Soner ve Aykut, 2017).

Alzheimer hastalarının bakımları çoğunlukla aile bireyleri tarafından yapılmaktadır.

Uzun süreli olarak bakım rolünü üstlenmek aile bireylerinde birtakım olumsuz durumlara yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda AH'na bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün fazla olduğu, hasta yakınlarında depresyon, anksiyete, uyku bozukluklarının yaygın olduğu ve yaşam kalitesinin düşük olduğu gösterilmiştir (Liu vd., 2017; Liu vd., 2018; Isik vd., 2019; Connors vd., 2020; Bölüktaş, 2021). Sevdiği birine, bir yakınına bakım vermenin vicdani olarak rahatlamış hissetme, sosyal

çevreden takdir ve kabul görme gibi pozitif etkilerinin de olabileceği bildirilmektedir (Wang vd., 2018; Yu, Cheng and Wang, 2018). Bugüne kadar yapılan çalışmaların neredeyse tamamında bakım vermenin negatif sonuçları ele alınmış ve bakım yükü bakım vermeyi negatif yönleri ile değerlendiren Zarit Bakım Yükü Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index - COPE) yaşlı bireylere bakım vermenin negatif yönünün yanısıra pozitif yönünün de değerlendirilmesi ve hasta yakınlarını desteklemek amacıyla müdahale edilebilecek alanların belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir (McKee vd., 2003). Ancak ülkemizde COPE'un geçerli ve güvenilir olup olmadığı bilinmemektedir. Bu eksiklikten yola çıkılarak yapılan mevcut çalışmada Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Türkçeye uyarlaması yapılmış, indeksin geçerlik ve güvenirliği incelenmiştir. Mevcut çalışma Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinde geçerlik ve güvenirliğinin incelendiği ilk çalışma olması bakımından önemli ve özgündür.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşlılık

Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. 2023 yılı sonu itibarı ile dünya nüfusunun %10'u 65 yaş üzerinde olup, 2050 yılında nüfusun %16'sının 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2025). Türkiye'de 65 yaş ve üzerindeki bireylerin oranı 2023 yılında %10,2'ye ulaşmıştır. Nüfusun daha da yaşlanacağı ve yaşlı nüfusun 2030 yılında %12,9'a, 2040 yılında %16,3'e ve 2050 yılında %25,6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Gelecekte yaşlı nüfusun kendi içinde de yaşlanmaya devam edeceği bilinmektedir. Birleşmiş Milletler'e göre (2025), 2017 yılında ≥60 yaş olan bireylerin %14'ü 80 yaş ve üzerinde idi; 2030 yılında 80 yaş ve üzerinde 265 milyon kişi olacağı, 2050 yılında ise yaşlıların %20'sinin ≥80 yaş bireylerden oluşacağı ön görülmektedir (United Nations, 2025). Türkiye'de 2018 yılı rakamlarına göre, yaşlı nüfusun %62,2'si 65-74 yaş grubunda, %28,6'sı 75-84 yaş grubunda ve %9,2'si 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken, 2023 yılında ise yaşlıların %64'ü 65-74 yaş grubunda, %28,1'i 75-84 yaş grubunda ve %7,9'u 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almıştır. Yapılan projeksiyonlara göre gelecek yıllarda yaşlı nüfus kendi içinde yaşlanmaya devam edecek ve 2050 yılında 65 yaş üzerindeki bireylerin %20'si 80 yaş ve üzerinde olacaktır (Pınar Bölüktaş, 2025; Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Hem dünyada hem de ülkemizde erkeklere kıyasla kadın yaşlıların oranı erkeklerden fazladır. Bunun temel nedeni kadınlarda beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha uzun olmasıdır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024; United Nations, 2025).

Yaşlanmanın iki temel nedeni doğuşta beklenen yaşam süresinin artması ve doğurganlık oranlarının azalmasıdır. Dünya genelinde doğuşta beklenen yaşam süresi 1995 yılında %70,9 iken, 2024 yılında %78,8'e yükselmiştir (United Nations, 2025). Türkiye İstatistik Kurumu'nun Hayat tabloları, 2021-2023 sonuçlarına göre, Türkiye için doğuşta beklenen yaşam süresi 77,3 yıldır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). Ülkemizde doğurganlık oranı 1990 yılında 2,9 iken, giderek azalarak 2000 yılında 2,4, 2010 yılında 2,1, 2021 yılında 1,7 ve 2023 yılında 1,5'e gerilemiştir (Pınar Bölüktaş, 2025).

Yaşlanma dönemi birçok sağlık sorununu beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan biri de demanstır. İleri yaşlarda görülen demansın nedeni büyük oranda AH'dir (Atlı ve Yiğit, 2021).

2.2. Alzheimer Hastalığı

2.2.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Yaygınlığı

Demans, kısaca kognitif fonksiyonlarda ilerleyici kayıp olarak tanımlanmaktadır. 100'den fazla demans tipi mevcuttur, bunlardan en bilinenleri AH'na bağlı demans, vasküler demans, lewy cisimcikli demans ve fronto-temporal demanstır. AH demansın en yaygın nedeni olup, ileri yaştaki vakaların %60-80'ini oluşturur (Atlı ve Yiğit, 2021).

AH ilk olarak 1906 yılında Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır. AH beyindeki sinir hücrelerinin (nöronların) hasar görmesiyle oluşur. Bilindiği gibi, beynin nöronları, düşünme, konuşma ve yürüme dahil olmak üzere tüm insan aktiviteleri için gereklidir (Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2024).

Yaşlı popülasyonun artmasına paralel olarak AH'lı hasta sayısı da artmaktadır. Dünya Alzheimer Raporu'na göre (2024), 2020 yılında dünyada 55 milyon demanslı hasta bulunmaktadır; DSÖ, bu sayının 2030 yılına kadar 78 milyona ve 2050 yılına kadar 139 milyona ulaşacağını ön görmektedir (Alzheimer Disease International, 2024). DSÖ'nün açıkladığı 2021 yılı küresel ölüm nedenleri raporunda ölüm nedenleri arasında AH ve diğer demans türleri yedinci sırada yer almaktadır (World Health Organization, 2024).

Türkiye Alzheimer Derneğine göre (2025), ülkemizde 600 000 aile AH hastalığı ile mücadele etmektedir. TÜİK'e göre yaşlılarda Alzheimer prevalansı %5,5'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023) ve 2022 yılında cinsiyet ayırmaksızın yaşlıların %3,2'si AH nedeniyle hayatını kaybetmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Tüm dünyada yaşlı nüfusun artması nedeniyle, Alzheimer hastalığının görülme oranında ilerleyen yıllarda ciddi bir artış yaşanması beklenmektedir.

2.2.2. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri

AH'nın risk faktörleri arasında ileri yaş, kadın cinsiyet, aile öyküsü ve genetik, düşük eğitim düzeyi, yüksek kolesterol düzeyi, hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, obezite, metabolik sendrom, yağlı karaciğer hastalığı, sigara kullanma ve kafa travması sayılabilir (Yu vd., 2020).

Alzheimer için en önemli risk ileri yaştır. AH'ın klinik bulguları genellikle 65 yaş sonrasında görülmeye başlar, her 5 yılda bir insidans ikiye katlanır, 85 yaş üzerindeki bireylerde %35-%50 oranında görülür. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65 yaş üzerindeki 6,9 milyon kişide AH vardır; 2050 yılında AH'lı yaşlı sayısının 13,8 milyona yükseleceği bildirilmiştir (Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2024).

AH tanısı konulanların üçte ikisi kadın olup, kadınlarda küresel prevalans erkeklerden 1,7 kat daha fazla ve kadınların yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranının da erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir, bu da kadınların baskınlığının tek belirleyicisinin daha uzun yaşam süresi olmadığını göstermektedir (Li vd., 2022). Ülkemizde de 2022 yılında AH nedeniyle ölen yaşlıların oranı kadınlarda (%4,1), erkeklerden (%2,3) daha yüksek bulunmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

van Duijn vd.nin (1991) çok merkezli EURODEM çalışmasının verilerini yeniden analiz ettikleri çalışmada, Alzheimer hastalarının birinci derece akrabalarında AH'nın demans, Down sendromu ve Parkinson hastalığı ile ilişkisini incelemişler; birinci derece akrabasında demans olan bireylerde AH için rölatif riskin olmayanlardan 3,5, iki yada daha fazla akrabasında demans olanlarda 7,5 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır. AH gelişimi için rölatif risk demans başlama yaşı arttıkça azalmakla birlikte, yine de demans olmayanlara göre 2,6 olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine ailesinde down sendromu olanlarda AH rölatif riski 2,7, Parkinson hastalığı olanlarda 2,4 olarak bulunmuştur. Haussmann vd. (2018), birinci derece aile geçmişinde AH olan kişilerde demans gelişme riskinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Kromozom 21'de bulunan amiloid prekürsör protein (APP), kromozom 14'te bulunan presenilin 1 (PSEN1) ve kromozom 1'de bulunan presenilin 2 (PSEN 2) genlerindeki mutasyonların otozomal dominant geçişli ailesel ve erken başlangıçlı AH'dan sorumlu olduğu bildirilmektedir. Kompleks geç başlangıçtı AH için temel

genetik yatkınlığı Kromozom 19'daki Apolipoprotein E (APOE) kodlayan genin üç alleli belirler. APOE beyin dahil, tüm vücut dokularında üretilen ve kolesterolün taşınmasında rol oynayan bir liganddır. APOE'nin ε2, ε3 ve ε4 allelleri vardır. Homozigot Â4/ Â4 varsa AH gelişme riski en yüksektir. ε2/ε2 ya da ε3/ε3 genotipi olanlarda AH gelişme riski düşüktür (Özpak, Pazarbaşı ve Keser, 2017).

Düşük eğitim düzeyi AH ve demans için risk faktörüdür (Caamaño-Isorna vd., 2006; Xu vd., 2016). Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte; eğitimlilerde yıllar içinde eğitim ile kazanılan bilişsel rezervin daha iyi olduğu, sinaps sayısındaki artış, depolanan bilgi rezervinin daha yüksek ve beyin kan akımının daha iyi olduğu ve tüm bunların AH ve demanstan koruyucu olduğu ileri sürülmektedir (Xu vd., 2016).

Metabolik sendrom hafif-orta derecede kognitif bozukluk, kognitif bozukluk ise demansa ilerleme riski ile ilişkilidir. Metabolik sendrom bileşenleri olan hipertansiyon, hiperglisemi, yüksek bel çevresi kognitif işlevin en güçlü öngörücüleridir (Tahmi, Palta ve Luchsinger, 2021). İngiltere'de 60 yaş ve üzerinde 176 249 kişinin 15 yıl boyunca izlendiği çalışmada metabolik sendromun demans gelişimi için risk oluşturduğu bulunmuştur (Qureshi vd., 2024).

Metabolik disfonksiyonla ilişkili yağlı karaciğer hastalığı (MDYKH) hepatik steatozis varlığına ek olarak tip 2 diyabet, aşırı kilo/obezite veya metabolik disfonksiyon gibi kriterlerle tanımlanır. MDYKH sadece karaciğeri değil, aynı zamanda vücudun diğer sistemlerini de etkileyen hepatik yağlanma ve bozulmuş metabolik durumla karakterizedir ve bu da MDYKH'yi multisistemik bir bozukluk haline getirir. Yapılan çalışma sonuçları, MDYKH ve ilişkili patolojik yolların, potansiyel olarak nöroinflamasyon ve nörodejenerasyon yoluyla kognitif bozukluğa katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Çalışmalarda, bireyler tarafından doldurulan kognitif testlere ek olarak, serebral perfüzyonu gösteren manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yöntemleri ile yapılan incelemeler ile MDYKH'li hastalarda beyin hacminin küçüldüğü ve kognitif bozukluk olduğu tespit edilmiştir. MDYKH'li hastalarda meydana gelen bu değişikliklerin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, sistemik inflamasyon, insülin direnci, bağırsak disbiyozu, hiperamonyemi ve vasküler disfonksiyon gibi MDYKH ile demans arasındaki ortak patolojik yollar, her iki hastalık için de ortak bir önleme stratejisi olasılığını göstermektedir (Kaya ve Yılmaz, 2024). Yapılan bir çalışmada alkol dışı yağlı karaciğer hastalığının, viseral yağ dokusu ve kardiyometabolik risk faktörlerinden

bağımsız olarak daha küçük toplam beyin hacmiyle ilişkili olduğu bulunmuştur; bu durum hepatik yağlanma ile beyin yaşlanması arasında olası bir bağlantıya işaret etmektedir (Weinstein vd., 2018).

Aşırı beslenme ve yüksek oranda doymuş yağ içeren modern diyetler inflamasyon, hiperglisemi ve dislipideminin başlıca nedenidir. Obezite ve tip 2 diyabet yaygınlığının küresel olarak artması, beraberinde erken beyin yaşlanması ve AH gibi nörodejeneratif bozuklukların artmasına neden olmuştur (Janoutová vd., 2022).

Hem AH hem de tip 2 diyabet riski yaşla birlikte artar. Tip 2 diyabet periferik bir bozukluk ve AH merkezi sinir sistemi hastalığı olmasına rağmen, her ikisi de kronik ve karmaşık hastalıklar olmaları ve her ikisinin de ilerlemelerinde oksidatif stres ve inflamasyonun rol oynaması gibi bazı ortak özellikleri paylaşırlar (Diniz Pereira, vd., 2021; Janoutová vd., 2022).

Diniz Pereira, vd. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında hem AH hem de tip 2 diyabetli hastalarda 17 ortak biyobelirteç (alfa-2-makroglobulin, apolipoprotein A1, apolipoprotein A4, apolipoprotein B-100, apolipoprotein E, seruloplazmin, kompleman C4, galectin-3 bağlayıcı protein, haptoglobin, inter-alfa-tripsin inhibitörü ağır zincir 1, inter-alfa-tripsinin inhibitörü ağır zincir 2, Ig α-1 zincir C bölgesi, Ig μ zincir C bölgesi, Ig κ zincir C bölgesi, pankreas polipeptidi, transtiretin ve çinko alfa 2-glikoprotein) saptanmıştır.

İnsülin direncinin ön planda olduğu tip 2 diyabetli hastalarda metabolik bozuklukların bir sonucu olarak görülen bilişsel bozulma ve azalmış nörodejenerasyonun inflamasyon ve insülin direnci arasındaki etkileşimden kaynaklandığı düşünülmektedir (Terzo, Amato ve Mulè, 2021; Vinuesa vd., 2021; Janoutová vd., 2022). IGF-1/IGF-1 reseptörüyle indüklenen fosfoinozitid 3- kinaz/Akt sinyal yolu gibi insülin sinyal yolları, akson gelişimi ve sinaptik oluşumda rol oynar ve nihayetinde nöronal plastisite ve hafıza oluşumuna katkıda bulunur. Bu nedenle insülin direnci nöronal hasarı ve bilişsel bozukluğu tetikler (Williams, Carlson ve Saatman, 2022). Yine nöronal hücrelerde glutamat kaynaklı eksitotoksisiteye yol açan hiperglisemi beyinde insülin direncine ek olarak, amiloid-β birikimine, tau fosforilasyonuna, oksidatif strese, ileri glikasyon son ürünlerinin (AGE'ler) oluşumuna ve apoptoza katkıda bulunabilir (Diniz Pereira, vd., 2021).

Ayrıca insülin direnci ile vasküler hasar arasındaki ilişki de iyi bilinmektedir. Vasküler hasar ve aterosklerozun vasküler demansın gelişiminde anahtar faktörler olduğu düşünülmektedir (Kaya ve Yılmaz, 2024). Gerçekten de tip 2 diyabetli hastalarda demans daha yaygındır. Bu nedenle, kan glikoz seviyelerinin düzenlenmesi ve diyabetin yönetimi hem diyabet hem de demans için ortak terapötik hedefler olarak düşünülebilir. Hipertansiyon da serebral kan akımı ve mikrosirkülasyonda bozulmaya yol açarak demansa katkı verir (Kaya ve Yılmaz, 2024).

Genel olarak, literatür eski/aktif sigara içicilerinde AH riskinin arttığını göstermektedir (Kopp, 2022). Tütün kullanımı ile ilişkili serebral oksidatif stres AH patolojisini ve AH için artmış riski teşvik eden potansiyel bir mekanizmadır (Durazzo vd., 2016).

Kafa travmalarının AH, demans ve parkinson hastalığı da dahil olmak üzere nörodejeneratif bozukluklar için bir risk faktörü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Wu vd., 2020; Brett vd., 2022).

2.2.3. Alzheimer Hastalığının Klinik Seyri

Kognitif, işlevsel ve davranışsal bozukluklarla ilişkili ilerleyici ve nörodejeneratif bir sağlık sorunu olan AH hücre dışı amiloid beta (Aβ) plaklarının ve hücre içi nörofibriler yumakların (neurofibrillary tangles, NFT) ilerleyici birikimi olmak üzere iki temel patolojik özellik ile karakterizedir. AH'da kümelenmiş Aβ plakları beyinde Aβ temizliğinin azalması veya aşırı üretim sonucu birikir; plak birikimi tipik olarak kognitif bozukluğun başlamasından yaklaşık 20 yıl önce gerçekleşir. NFT'ler hiperfosforile edilmiş tau proteininin anormal birikimiyle oluşur; bunlar AH semptomlarının başlamasından 10-15 yıl önce tespit edilebilir (Porsteinsson vd., 2021).

Alzheimer hastalığı kognitif bozulma derecesine göre sınıflandırılır ve klinik öncesi semptomsuz dönemden, hafif kognitif ve/veya davranışsal bozukluğa ve ardından AH demansına doğru süreklilik göstererek ilerler (Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2024). Bu süreklilik boyunca AH'nı sınıflandırmak için Şekil 1'de görüldüğü gibi, bir dizi evreleme sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemler her bir aşamanın nasıl tanımlandığı açısından farklılık gösterse de hepsi patolojik Aβ ve NFT'lerin varlığını/yokluğunu ve ayrıca biliş, işlev ve davranıştaki defisitleri içerir.

Sonuç olarak, seçilen sınıflandırma sistemine bağlı olarak AH'nın her aşamasını isimlendirmede küçük, ancak önemli farklılıklar bulunmaktadır (Porsteinsson vd., 2021).

Alzheimer hastalığı ile ilişkili semptomların ve altta yatan hastalık patolojisinin erken ve doğru bir şekilde tespiti, AH olan bireylerin taranması, tanısı ve takiben yönetimi için temeldir. Ne yazık ki, klinik uygulamada erken evre AH'nı tespit etmek oldukça zordur (Porsteinsson vd., 2021).

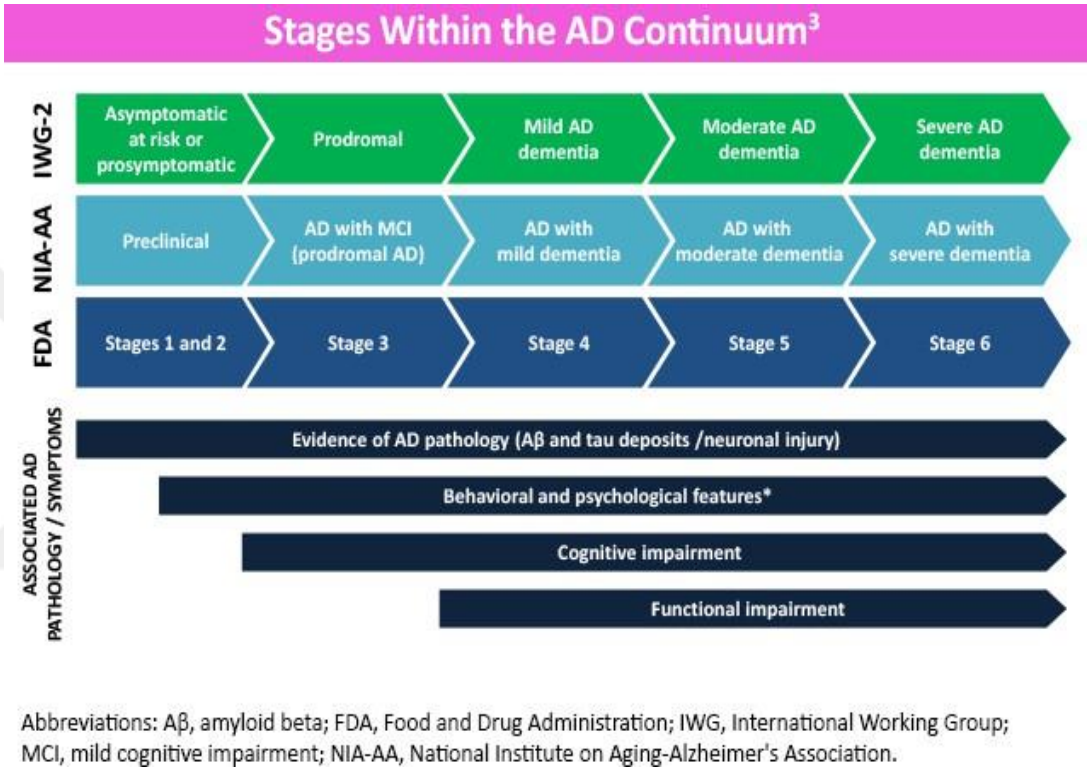
Preklinik AH en erken aşamadır. Bu aşama bireylerde AH patolojisine dair kanıtların olduğu, ancak kognitif veya işlevsel gerilemenin görülmediği ve bireylerin günlük yaşamlarının etkilenmediği uzun bir asemptomatik fazı içerir (Porsteinsson vd., 2021). Preklinik AH'nın süresi bireyden bireye farklılık gösterebilir, ancak tipik olarak başlangıç yaşına bağlı olarak 6-10 yıl kadar sürer (Insel vd., 2019; Vermunt vd., 2019)

Preklinik AH'dan, AH'na bağlı hafif kognitif bozulmaya (hafif davranışsal bozulma ile/ hafif davranışsal bozulma olmadan) ilerleme riski yaş, cinsiyet ve apolipoprotein E (ApoE) durumu (Vermunt vd., 2019; Cho vd., 2021) dahil olmak üzere bir dizi faktöre bağlıdır; bununla birlikte altta yatan AH patolojisi olan tüm bireylerde hafif kognitif bozulma veya AH demansı gelişmez (Bennett vd., 2006). Preklinik AH'lı hastaların yaklaşık %20-30'unun ortalama 4 yıl içinde AH nedeniyle hafif kognitif bozulma evresine ilerlediği bildirilmiştir (Vermunt vd., 2019; Cho vd., 2021).

AH nedeniyle hafif kognitif bozulma evresine ilerleyen hastalarda (hafif davranışsal bozulma ile/ hafif davranışsal bozulma olmadan), ilk klinik semptomlar tipik olarak kısa süreli bellek (hafıza) bozukluğunu, ardından ek kognitif alanlardaki defisiti içerir (Kazim ve Iqbal, 2016). AH nedeniyle hafif kognitif bozulma olan birey doğru kelimeyi (dil) bulmakta zorluk çekebilir, son konuşmaları unutabilir (epizodik bellek), bilindik görevleri tamamlamakta zorlanabilir (yönetici işlev) veya bilindik çevrelerde kaybolabilir (görsel-uzamsal işlev) (Kazim ve Iqbal, 2016; Porsteinsson vd., 2021). Bireylerin farklı başa çıkma mekanizmaları ve kognitif rezerv seviyeleri olduğundan, hastaların deneyimleri ve semptomolojisi büyük ölçüde değişir; ancak hastalar fonksiyonlardaki potansiyel marjinal eksikliklere rağmen, bu aşamada nispeten günlük yaşamlarını bağımsız olarak sürdürebilirler. Hastaların prognozu değişkenlik gösterir; bir çalışmada bu aşamadaki hastaların %43,4'ünün 4 yıl içinde

(Cho vd., 2021); diğer iki çalışmada sırası ile %32,7 ve %70'inin 3,2 ve 3,6 yıl içinde AH demansına ilerlediği saptanmıştır (Roberts vd., 2018; Ye vd., 2018).

AH demansına ilerleyen hastalarda ciddi kognitif yetersizlikler meydana gelir ve hastalar giderek günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına muhtaç hale gelirler. Hastalık ilerledikçe, daha ciddi davranışsal semptomlar gelişir ve bu da hem hastaları hem de bakıcılarını önemli ölçüde zorlar ve hastalık nihayetinde ciddi bağımsızlık kaybına ve 7/24 bakıma ihtiyaç duyulmasına sebep olur (Porsteinsson vd., 2021).



Şekil 2.1: Alzheimer Hastalığının İlerleme Aşamaları (Porsteinsson vd., 2021)

2.2.4. Alzheimer Hastalığının Belirti ve Bulguları

Alzheimer hastalarında görülen en yaygın sorunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Hafıza kaybı (Bellek sorunları)
- Tanıdık görevleri yerine getirmede zorluk
- Dil sorunları
- Zamansal ve mekansal oryantasyon bozukluğu
- Zayıf veya azalmış muhakeme yeteneği
- Birşeyleri/olayları takip etme ve izlemede güçlük (Adresi bulamama vb)
- Eşyaları yanlış yere koyma, kaybetme (Örneğin anahtarları buzdolabına

koyma)

- Ruh hali ve davranışlarda değişiklikler
- Görsel ve mekansal bilgileri anlamada zorluk (örneğin trafik ışınlarının ne anlama geldiğini hatırlamama)
- İş veya sosyal aktivitelerden geri çekilme

Alzmeimer hastalığının en erken ve en yaygın semptomu bellek (hafıza) bozukluğudur, bireyde özellikle uzak bellek nispeten korunurken, yakın bellekte bozukluk görülür, birey yakın zamanda olan şeyleri hatırlayamaz. Sıradan unutkanlığı olan kişiler, unuttukları şeyle ilişkili diğer gerçekleri hatırlayabilirler. Örneğin, birey yan komşusunun adını kısa bir süreliğine unutabilir, ancak konuştukları kişinin yan komşuları olduğunu hala bilir. Demanslı birey yalnızca komşusunun adını değil, aynı zamanda bağlamı da unutabilir (Bondi, Edmonds ve Salmon, 2017; Kumar vd., 2024).

Demanslı kişiler genellikle sağlıklı bireylerin düşünmeden yaptıkları tanıdık günlük görevleri tamamlamakta zorlanırlar, örneğin hangi sırayla giyinmesi gerektiğini veya yemek hazırlama adımlarını bilemeyebilirler (Bondi vd., 2017; Kumar vd., 2024).

Hastalar genellikle basit kelimeleri unutabilir veya söylemesi gereken doğru kelimeyi alışılmadık kelimelerle değiştirebilirler; bu da konuşmayı veya yazmayı anlaşılması zor hale getirir. Duraksayarak konuşma, cümle kurmada güçlük, konuşulanları anlamama, en sonunda konuşma becerisinin tamamen yok olması söz konusu olabilir (Bondi vd., 2017; Kumar vd., 2024).

Zamanla konsantrasyon ve dikkati sürdürmede sorunlar, oryantasyonda bozulma, önce az bildiği, sonra çok iyi bildiği mekanlarda kaybolma görülür. Zaman ve mekânda yönelim bozukluğuna bağlı olarak hastalar her zaman geçtikleri yol gibi tanıdık yerlerde kaybolabilir, nerede olduklarını veya oraya nasıl geldiklerini unutabilir ve eve nasıl döneceklerini bilemeyebilirler. Demans hastaları gece ve gündüzü karıştırabilirler (Bondi vd., 2017).

Zayıflamış veya azalmış muhakeme yeteneğine bağlı olarak uygunsuz giyinebilir, sıcak bir günde kat kat, soğuk bir günde ise çok ince giyebilirler. Konsantrasyon, planlama veya organizasyon sorunları görülür, kişi karar vermede, sorunları çözmede veya faturalarını ödemede zorluk çekebilir (Bondi vd., 2017).

Demanslı kişiler okuma, mesafeleri ölçme, nesneleri üç boyutlu görme ve renk veya kontrastı belirleme konusunda zorluk çekebilirler (Bondi vd., 2017; Kumar vd., 2024).

Hastalarda ütüyü buzdolabına koyma vb eşyaları yanlış yere koyma ve kaybetme yaygındır (Kumar vd., 2024).

Demans kişinin alışılmadık derecede duygusal olmasına ve belirgin bir sebep olmaksızın hızlı ruh hali değişimlerine veya ajitasyona neden olabilir. Tersine hasta, sağlıklı dönemine kıyasla, duygularını daha az gösterebilir veya daha az sosyal katılım ve etkileşim gösterebilir (Bondi vd., 2017; Kumar vd., 2024).

Demanslı bireyler sosyal olarak içe kapanabilirler, giderek pasif hale gelebilir, saatlerce televizyonun önünde oturabilir, normalden fazla uyuyabilir veya hobilerine olan ilgisini kaybetmiş gibi görünebilirler (Bondi vd., 2017; Kumar vd., 2024).

Tablo 2.1'de AH'nın klinik seyrine (aşamalarına göre) semptomlar ve semptomların günlük yaşama etkisi verilmiştir (Kumar vd., 2022; National Institute on Aging, 2022; Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2024).

Sonuç olarak AH'lı bireylerde problem çözme, muhakeme, organizasyon ve yönetici işlevlerde, daha sonra da çoklu görev ve soyut düşünmede bozulmalar olur (Kumar vd., 2024). Hastalık ilerledikçe birey günlük işlerini yapamaz hale gelir, örneğin araba kullanma gibi aktiviteleri güvenli bir şekilde gerçekleştirme yeteneğini tamamen kaybeder (Wolk ve Dickerson, 2024).

Hastalık ilerledikçe dil bozuklukları ve görsel-uzaysal becerilerle ilgili sorunlar ortaya çıkar (Kumar vd., 2024). AH'nın orta ve geç evrelerinde ayrıca ilgisizlik, inhibisyon eksikliği (buna bağlı olarak hasta uygun davranma duygusunu kaybeder, toplum içinde soyunur veya uygunsuz cinsel yaklaşımlarda bulunabilir), psikoz, ajitasyon, sosyal geri çekilme ve amaçsız gezinme gibi nöropsikiyatrik semptomlar görülebilir (Kumar vd., 2024; Wolk ve Dickerson, 2024). Hastalığın son evresinde ise sözlü iletişim ve hareketle ilgili zorluklar derinleşir, inkontinans gelişebilir, birey yatağa ve tamamen bakıcılara bağımlı hale gelir (Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2024; Kumar vd., 2024; Wolk ve Dickerson, 2024).

Tablo 2.1: Aşamalarına Göre Alzheimer Hastalığının Semptomları (Kumar vd., 2022; National Institute on Aging, 2022; Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2024).

AH Aşaması	Semptom	Bireyin Yaşamına Etkisi
Preklinik evre (Preklinik AH)	Semptom yok	Günlük yaşamı etkilemez.
AH'na bağlı hafif kognitif bozulma	Yeni, dikkat çekmeyen semptomlar (birşeyleri kaybetme, yapılacak işleri, randevuları unutma, konuşurken kelimeleri bulmakta güçlük vb)	Günlük yaşamı etkilemeyebilir.
Hafif evre (Hafif derecede Alzheimer demansı)	Bellek kaybı ve muhakeme yeteneğinin azalması Organize olamama ve çoklu görev yapmada sorun yaşama Spontanlık ve motivasyon kaybı Birşeyleri kaybetme ya da eski şeyleri yanlış yere koyma Amaçsızca gezinme ve kaybolma	Bazı aktiviteleri etkiler.
Orta evre (Orta derecede Alzheimer demansı)	Artmış konfüzyon ve hafıza kaybı Okuma, yazma ve hesaplamada sorunlar Dikkat süresinin kısalması Banyo yapma ve ardından giyinme gibi aşamalı işlerde sorun yaşama Aile üyelerini ve arkadaşlarını tanımada zorluk Şüphecilik ve ajitasyon gibi kişilik ve davranış değişiklikleri Gündüz uyuma ve gece huzursuzluk gibi uyku paterninde değişiklikler Özellikle akşama doğru ya da akşam saatlerinde amaçsızca gezinme	Birçok günlük aktiviteyi etkiler.
Ağır evre (Ciddi Alzheimer demansı)	İletişim ve hareket yeteneğinde ciddi bozulma Yeme ve içmeyi etkileyecek derecede yutma güçlüğü Yemek yeme isteksizliği ile kilo kaybı Birey yatağa bağımlı ise kan pıhtılaşma, deri enfeksiyonu ve sepsis riski İnleme, sızlanma, homurdanma (anlamsız sesler çıkarma) Barsak ve mesane kontrolünün kaybedilmesi	Günlük aktivitelerin büyük çoğunluğunu etkiler.

2.2.5. Alzheimer Hastalığının Tanısı

Alzheimer hastalığının tanılanmasında klasik yaklaşım önce demans tanısının konulması, takiben AH dışındaki diğer demansların dışlanması şeklindedir. AH'nın mekanizması oldukça karmaşıktır. Tanıda kullanılabilecek net bir yöntem olmamakla birlikte, kognitif semptomlar, davranışsal bozukluklar, fonksiyonel yetersizlikler ve kognitif testler tanılamanın önemli bileşenlerini oluşturmaktadır (Atlı ve Yiğit, 2021).

Alzheimer hastalığı genellikle zamanla kötüleştiğinden, erken tanı hem hastalara hem de hastaya bakım veren aile bireylerine fayda sağlar (Kumar vd., 2024); hastaların bilişsel gerilemeyi geciktirebilecek değiştirilebilir risk faktörlerini ele almalarına, şiddetli evreler başlamadan önce tedaviye başlamalarına veya klinik çalışmalara katılmalarına ve potansiyel olarak günlük işlevlerini daha uzun süre korumalarına olanak tanır. AH'nın erken tanısı ayrıca hastalara ve bakıcılara davranışsal semptomları nasıl yöneteceklerini öğrenmeleri, gelecekteki planlamaları ve kişisel/finansal sorunları tartışmaları, güvenlik endişelerini ele almaları ve bir destek ağı kurmaları için ek zaman sağlar (Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2024).

Alzheimer hastalığı tanısı, özellikle aile üyelerinden ve bakıcılardan doğru bir öykü alınmasıyla başlar. Nörolojik bulgular da dahil olmak üzere yapılacak detaylı fiziksel muayene, diğer olası demans nedenlerini dışlamaya yardımcı olur (Kumar vd., 2024). Son çalışmalar anosminin (koku alamama, koku körlüğü) AH'nın erken bir belirteci olabileceğini öne sürmekle birlikte, bu konuda yeterli kanıt bulunmamaktadır, bu nedenle rutin olarak tanılamada anosmi sorgulanmamaktadır (Tian vd., 2022).

Ayrıntılı bilişsel, nörolojik ve psikolojik değerlendirme, bağımsız işlevin korunma veya kaybı ve nöropsikiyatrik semptomların varlığı/türleri hakkında detaylı bilgi sağlayabilir (Wolk ve Dickerson, 2024). Özellikle konsantrasyon, dikkat, bellek, dil, pratik ve görsel-uzamsal ve yönetici işlevlerin değerlendirilmesi demansın varlığını ve evresini saptamaya yardımcı olabilir (Kumar vd., 2024; Wolk ve Dickerson, 2024). Nöropsikolojik testler ve bilişsel değerlendirmeler yalnızca bir demansın varlığının saptanmasının değil, aynı zamanda AH demansını diğer demans formlarından (psödodemans, Lewy cisimcikli demans, vasküler demans ve

frontotemporal lobar dejenerasyon) ayırt etmede de yardımcı olur (Wolk ve Dickerson, 2024). Nöropsikolojik testler, ayrıca hafif derecede kognitif bozulmayı tespit etmek için de en güvenilir yöntemdir (Kumar vd., 2024).

Rutin tanı amaçlı kullanımı henüz önerilmemekle birlikte, AH tanısını desteklemeye yardımcı olmak için çeşitli serolojik, plazma ve ileri görüntüleme biyobelirteçleri üzerinde çalışmalar yapılmaktadır (Tian vd., 2022; Wolk ve Dickerson, 2024). Moleküler biyobelirteçler, amiloid plaklarında bulunan amiloid veya nörofibriler yumaklar içinde bulunan tau proteinleri gibi beyindeki spesifik protein birikintilerini tanımlar (Wolk ve Dickerson, 2024). Topografik (nörodejeneratif) biyobelirteçler AH ile ilişkili bölgesel patolojik beyin değişikliklerini belirlemeye yardımcı olur (Porsteinsson vd., 2021). Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve fonksiyonel beyin görüntüleme (örneğin, amiloid/tau PET ve tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi, SPECT) dahil olmak üzere nörogörüntüleme diğer olası demans nedenlerini dışlamaya yardımcı olabilir (Kumar vd., 2024; Wolk ve Dickerson, 2024).

Son zamanlarda, AH'nın tanısında dikkatler pTau217'ye, yani 217. amino asitte fosforile edilmiş tau'ya çevrilmiştir, çünkü bu biyobelirteç AH'nı diğer nörodejeneratif bozukluklardan ayırmada ve hafif derecede kognitif bozulması olan hastalarda AH patolojisini tespit etmede sürekli olarak yüksek performans göstermiştir (Tahami Monfared vd., 2023).

Tanılamada tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık, depresyon ve inflamatuar barsak hastalıkları vb kronik sağlık sorunları incelenmelidir. Bu hastalıkların ortak noktası inflamasyondur. Kronik inflamasyon ve AH gelişimi arasındaki karşılıklı etkileşimin nasıl olduğu konusunda araştırmalar devam etmektedir. Ek olarak hem diyabet hem de depresyon AH prognozunu kötüleştirmektedir. Yine sigara, egzersiz, beslenme biçimi gibi kognitif fonksiyonları etkileyebilecek yaşam tarzı alışkanlıkları sorgulanmalıdır (Santiago ve Potashkin, 2021; Tahami Monfared vd., 2023).

2.2.6. Alzheimer Hastalığının Tedavisi

Alzheimer hastalığının kesin tedavisi yoktur. Günümüzde AH'da kullanılan tedavi yöntemleri semptomatik ve hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılmasına yöneliktir. Bununla birlikte uygulanan tedavi yöntemlerinin hiçbiri AH'nı geriye döndürebilecek veya tamamen tedavi edebilecek mekanizmaya sahip değildir.

Tedavide uzun süredir kullanılan onaylı iki ilaç grubu kolinesteraz inhibitörleri ve memantindir (Yıldırım ve Can Eke, 2024).

AH'da kolinerjik nöronlardaki ilerleyici kayıp büyük ölçüde bilişsel bozukluklardan sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle tedavide kolinerjik eksikliği tamamlamaya yönelik kolinesteraz inhibitörleri kullanılmaktadır. ABD Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) tarafından onaylanmış kolinesteraz inhibitörleri tacrine, rivasitigmin, donepezil ve galantamindir. AH tedavisinde etkinliği saptanmış ve 1993 yılında FDA tarafından onaylanan ilk ilaç tacrinedir (Passeri vd., 2022; Yıldırım ve Can Eke, 2024). Bununla birlikte tacrine yüksek hepatoksisite riski, günde 4 doz alma zorunluluğu ve izlem gerektirmesi nedenleri ile pratikte kullanımı oldukça zor bir ilaçtır (Passeri vd., 2022). Rivasitigmin, donepezil ve galantamin kognisyon, davranış ve fonksiyonlar üzerinde etkili olup, bu ilaçların genel olarak AH hastalığının tedavisinde orta derecede etkili oldukları düşünülmektedir. Rivastigmin ek olarak Parkinson demansında da kullanılmaktadır. Her üç ilacın da bulantı, kusma ve diyare gibi yan etkilerinin yaygın olması tedaviye uyumu güçleştirmektedir (Passeri vd., 2022; Yıldırım ve Can Eke, 2024).

AH etyopatogenezinde glutamat toksisitesi yer almaktadır. Bu nedenle AH tedavisinde nörotransmitter glutamat toksisitesini engellemek amacıyla memantin kullanılmaktadır. Memantin patolojik olarak yükselmiş glutamat düzeylerinin nöronal disfonksiyona olan etkilerini bloke eder; ek olarak memantinin AH'nın ajitasyon, irritasyon, anormal motor davranış ve yeme değişiklikleri gibi nöropsikiyatrik semptomlarının azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Memantin özellikle dikkat ve uyanıklıkta sorun yaşayan orta ve ciddi düzeydeki AH'lı hastalarda etkilidir (Passeri vd., 2022; Yıldırım ve Can Eke, 2024).

Fiziksel aktivite, gerçekliğe oryantasyon, bellek eğitimi, hatırlatma tedavisi, müzik terapisi, sanat terapisi, dans, aromaterapi, ışık terapisi, görsel veya akustik ritmik uyarım, multisensoryal uyarım, sanal gerçeklik destekli terapi vb çeşitli nonfarmakolojik yöntemlerin de serebral kan akışının düzenlenmesinde, hafızanın canlandırılmasında, bilişsel fonksiyonların ve davranışların iyileştirilmesinde, yanısıra yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde yararlı olduğu bildirilmektedir (Scuteri vd., 2017; Keleş ve Özalevli, 2018; Yang vd., 2021; Olczak vd., 2022).

Alzheimer hastalığının tedavisinin olmadığı gibi, henüz önlenmesine yönelik herhangi bir yaklaşım da bulunmamaktadır. Hastalığın, klinik belirtiler görülmeden çok önce başladığı kabul edilmektedir, bu nedenle de AH gelişiminde rol oynadığı bilinen risk faktörlerinin azaltılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Kesin kanıtlar olmasa da obezitenin önlenmesi, fiziksel olarak aktif kalma, sigara kullanmama, sosyal katılım, ikinci dil öğrenme, müzik dinleme, sosyal destek ağını zenginleştirme, stres yönetimi, çeşitli bilişsel aktiviteler vb bedeni ve beyni canlı tutacak aktiviteler AH'nın önlenmesinde fayda sağlayabilir. Düşük eğitim düzeyi risk oluşturduğundan toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesi de önem arz eder (Zhang vd., 2021).

2.3. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler

2.3.1. Bakım, Formal/İnformal Bakım ve Bakım Yükü Kavramları

Türk Dil Kurumu, bakım kavramını *''bakma işi", "bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek''* ve *"birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi"* olarak tanımlamaktadır (https://sozluk.gov.tr/).

Bakım verme işi formal ya da informal bakım vericiler tarafından yapılır. Formal bakım özel kurum ve kuruluşlar tarafından hemşire, hekim, sosyal çalışmacı ve psikolog vb çeşitli meslek üyelerinin ücret karşılığında ifa ettiği profesyonel hizmet alanıdır. İnformal bakım ise profesyonel olmayan bakım hizmetlerinin bakılan kişi ile ailevi ilişkileri olan anne, eş, çocuk, akrabalar, tanıdıklar vb kişiler tarafından ücretsiz olarak yapılmasıdır. Formal bakım verenler/bakıcılar eğitimi gördüğü mesleği ile ilgili görevlerini ücret karşılığında icra eden meslek üyeleridir. İnformal bakım verenler/bakıcılar ise genellikle hastanın aile üyeleri olup, kronik bir hastalığı, yaşa bağlı bir rahatsızlığı veya engeli olan bir kişiye devamlı şekilde bir tür ücretsiz (resmi bir ödeme olmaksızın) yardım ve destek sağlayan ve bu hizmetleri sağlamak için resmi eğitimleri olmayan kişilerdir (Soner ve Aykut, 2017; Allen vd., 2019). Bu yardım ve destek, öncelikle tuvalet, banyo, beslenme, giyinme ve hareketlilik yardımı vd gibi günlük yaşam aktivitelerinin, yanısıra maddi yardım, ulaşım, alışveriş, yemek pişirme, temizlik ve ilaç yönetimi gibi enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini içeren çok geniş bir yelpazededir (Allen vd., 2019).

İnformal bakımın sağlanması genellikle bakıcı ile bakılan kişi arasında önceden var olan bir ilişkiyi gerektirir. İnformal bakıcılar, baktıkları yakınları tarafından kendilerine aktarılan nakit bakım yardımları gibi gayri resmi ödemeler alabilirler; ayrıca çeşitli kurumlar tarafından verilen "bakım ücreti" gibi sosyal olanaklardan yararlanabilirler. İnformal bakım sektörü, çoğunlukla finansal teşviklerin veya profesyonel bakıma erişim engellerinin sonucu olarak gelişmiştir; ancak aynı zamanda kültürel normlar ve değerlerin yanı sıra bireysel tercihler ve aile dinamikleri tarafından da güçlü bir şekilde belirlenir. Tüm dünyada evlerinde yaşayan engelli, kronik hasta ve yaşlıların bakım gereksinimleri informal bakıcılar tarafından karşılanmaktadır. Yine tüm dünyada yaşlı nüfusun artması beraberinde fonksiyonel yetersizlikleri ve kronik hastalıkları getirmekte, ilerleyen yaş ile bireyler başkalarının bakımına ve desteğine muhtaç hale gelmekte, buna karşın profesyonel iş gücü küçülmektedir. Bu nedenle günümüzde olduğu gibi, gelecekte de informal bakıcıların bakım gereksinimlerinin karşılanmasında birincil rol oynayacağı aşikardır (National Research Council US Committee on the Role of Human Factors in Home Health Care, 2010).

Alzheimer hastalığı bireyin formal ve informal bakıcılara günlük yaşam aktivitelerinde kaçınılmaz olarak bağımlı olmasına yol açacak bilişsel gerileme ve işlevsel kayıpla ilerleyen ve giderek kötüleşen nörodejeneratif bir hastalıktır (Alzheimer Europe, 2019; Alzheimer Association, 2021). Hastalık ilerleyici bir yapıdadır ve AH ilerledikçe, özellikle de beşinci evreden itibaren hastalar giderek başkalarına muhtaç hale gelmektedirler (Soner ve Aykut, 2017). AH daha çok ileri yaşlarda görüldüğü için, informal bakıcılar hem yaşlanmaya bağlı rahatsızlıklar hem de Alzheimer demansı ile ilgili bilişsel, duyuşsal ve davranışsal sorunlar ile başa çıkmak durumundadırlar, bu nedenle demanslı hastalara bakım vermek, diğer rahatsızlıklardan etkilenen yaşlı yetişkinlere bakım vermekten çok daha zor ve streslidir (Isik vd., 2019).

Alzheimer hastalarının bakımları çoğunlukla aile bireyleri tarafından yapılmaktadır. Alzheimer demanslı kişilerin bakım ihtiyaçları oldukça karmaşıktır. AH olan bireyin aile üyeleri klasik anlamda hasta bakımı yapmanın yanında, hastanın tüm hayatı ile ilgili sorumlulukları üstlenmekte, hastanın aşama aşama hafıza yıkımına ve hayattan kopmasına, düşkün hale gelmesine tanıklık etmekte; hastalarının fiziksel bakımlarını yapmakta, yemesini-içmesini, giyinmesini-soyunmasını, güvenliğini sağlamakta,

hastanın ilaçlarını takip etmekte; ulaşım, alışveriş, hareket desteği vermekte, hastanın davranış değişiklikleri ile mücadele etmekte ve tüm bunları iyileşme şansı olmayan ve giderek kötüleşen aile üyesi için yapmaktadırlar (Bölüktaş, 2021).

Alzheimer hastalarının primer bakım vericileri akrabalık ilişkisi olan aile üyeleri, çoğunlukla da eşleri ve kızlarıdır. İnformal bakıcıların büyük çoğunluğu kadındır (Alzheimer Association, 2021). Bakımda erkeklerden ziyade kadınların görev alması daha çok sosyal normların kadına biçtiği rol ile ilişkilidir; yanısıra kadınların daha duygusal ve vefakâr olması da bakım rolünün kadına yüklenmesi ile ilişkili olabilir (Monteiro, Brito ve Pereira, 2024).

İnformal bakıcıların genellikle demanslı kişilere, hastanın kuruma yerleştirilmesinden veya ölümünden önce 10 veya daha fazla yıl boyunca baktığı bildirilmektedir. İnformal bakıcılar, hastaların tüm fiziksel, psikolojik ve sosyal bakım ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırlar; hastaların değişen ihtiyaçlarını karşılamak için aile dinamiklerini yeniden yapılandırmak zorunda kalırlar ve bu da kendi hayatları için zaman ayıramamaya, aile ilişkilerinin bozulmasına, sosyal izolasyona ve mali zorluklara yol açar ve tüm bunlar bakım yükünün artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Sutcliffe vd., 2017; Quinn vd., 2020). Alzheimer ciddiyetinin (Szabo vd., 2019; Cheng vd., 2020) ve günlük verilen bakım süresinin artmasına paralel olarak bakım yükü artar (Lethin vd., 2020).

Uzun süreli olarak bakım rolünü üstlenmek bakıcılarda birtakım olumsuz durumlara yol açmaktadır. Informal bakıcıların yaşadıkları durumları, zorlukları, hissettikleri duyguları, yıkılan ya da bozulan ilişkilerini, etkilenen ruhsal, fiziksel ve sosyal durumlarını değerlendirmek için bakım veren yükü veya bakım yükü tanımlaması yapılmıştır (Bölüktaş, 2021).

Bakım yükü ilk kez Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında *"bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal güçlükler"* olarak tanımlanmıştır (Zarit, Reever ve Bach-Peterson, 1980).

Bakım yükünün objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) olarak iki boyutu mevcuttur. Nesnel yük bakım verme faaliyetlerine ayrılan zaman, bakımın getirdiği mali yük (doğrudan harcanan para, iş gücü kaybı vb), diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, bakıma bağlı olarak rol değişiklikleri, aile içi çatışmalar, sosyal izolasyon; öznel yük ise bireyin bakım vermenin sonucu olarak algıladığı nesnel

yüke ilişkin gerginlik ve sıkıntıdır. Bir başka tanıma göre de öznel yük bakım verme ile ilgili bireyin duygularında, tutumlarında ve duygusal tepkilerinde meydana gelen keder, kaygı, stres, sıkıntı, utanma, suçluluk vb olumsuz durumları ifade eder (Montgomery, Gonyea ve Hooyman, 1985).

Bakım vermede yaşanan duygular, hissedilen zorluklar ve bakım verme yükünü artıran etmenler; bakıcının bakım verilen hastaya olan yakınlığından, bireyin yaşından, sosyal ve ekonomik durumundan, aile içerisindeki sorumluluk ve ilişkilerinden, kültüründen, bakım verme süresinden, bireyin sağlık durumundan, bakım verenin eğitimi ve cinsiyet farklılığı gibi birçok faktörlerden etkilenmektedir (Bölüktaş, 2021).

2.3.2. Alzheimer Hasta Yakınlarında Bakım Yükü ve İlişkili Faktörler

Alzheimer hasta yakınlarında bakım yükü ve ilişkili faktörler birçok çalışmada ele alınmıştır.

Örneğin Hollanda'da predemans ve demans aşamasında olan Alzheimer hastalarının informal bakıcılarında (N: 270) yapılan çalışmada, hastaların davranışsal semptomları ve işlevsel bozuklukları ne kadar fazla ise hasta yakınlarının bakıma o kadar fazla zaman ayırdıkları, depresif semptomların ve bakım ile ilgili distresin arttığı saptanmıştır. Bu bulgular bakıma daha fazla zaman harcayan bakım veren eşlerin hastalığın başlangıcından bu yana daha fazla bakım yükü ve daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada yaşanan sıkıntı ne kadar fazla ise aile ilişkilerinin de o kadar kötü olduğu, bakım yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişkinin olduğu gösterilmiştir (Mank vd., 2023).

Fransa'da 110 informal bakıcı ve hastada yapılan çalışmada, yaş ortalaması 60 olan ve çoğunluğu kadın olan bakıcıların yaş ortalaması 80 olan hastalara bakım verdikleri; bakım verme süresinin, bakıcının depresyonunun ve bakıcıların hastanın bilişsel bozulmasına ilişkin algısının bakım yükünü etkilediği saptanmıştır (Altintas vd., 2024).

Portekiz'de %78'i kadın, median yaşı 66 olan 130 informal bakıcıda yapılan çalışmada, günlük bakım verilen süre arttıkça Zarit Bakım Yükü Ölçeği (Zarit Burden Inventory, ZBI) ile değerlendirilen bakım yükünün arttığı ve bakım yükü ve distres arasında pozitif, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki bulunduğu rapor edilmiştir (Monteiro vd., 2024).

Yunanistan, İtalya, İngiltere, İsveç, Polonya ve Almanya olmak üzere 6 Avrupa ülkesinden 5923 bakım verenin dahil edildiği EUROFAMCARE çalışmasında bakım vermenin negatif etkisinin psikolojik esenlik, yaşam kalitesi, hastaya bakım verilen saat, yaşlının bağımlılığı, davranışsal sorunları ve bakım verici sosyal kısıtlılığı arasında beklenen yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Balducci vd., 2008)

Suudi Arabistan'da yaşları 30-60 arasında değişen, %62'si kadın ve hastanın birinci derece akrabası olan informal bakıcılarda yapılan çalışmada ZBI-12 ortalama puanı 27 olarak bulunmuş ve bakım yükü orta-yüksek olarak değerlendirilmiş; bakım verenler yaşam kalitelerini iyileştirmek için çeşitli hizmetlere ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir (Badawoud vd., 2023).

Brezilya'da 66 Alzheimer hasta yakını ile yapılan çalışmada, şiddetli AH olan bireylerin informal bakıcılarının %47,3'ünün şiddetli bakım yükü, %86,4'ünün stres, %57'sinin ciddi düzeyde anksiyete ve %37'sinin orta derecede depresyon semptomları deneyimledikleri belirlenmiştir (Manzini ve Vale, 2020). Brezilya'da yaş ortalaması 54 ve tamamı kadın olan 49 aile üyesinde yapılan bir başka çalışmaya göre, informal bakıcıların %77,5'i hastanın kızı idi, %34,7'si bakım verme işini tek başına yapmakta ve yarıdan fazlası (%55) günde 16-24 saat arasında bakım vermekte idi. Yine bakım verenlerin %32'si hafif, %50'si orta ve %10'u ağır derecede bakım yükü, %65,3'ü subjektif depresyon, %53'ü anksiyete ve %55'i stres yaşamakta idi. Bu çalışma, Alzheimer hastalığı olan kişilerin informal bakıcılarının bakım yükünün fazla olduğunu ve bakım yükü ne kadar ağır olursa, dikkat düzeyinin o kadar düşük, yaşam kalitesinin o kadar kötü ve bakıcının depresyon, anksiyete ve stres semptomları gösterme olasılığının o kadar yüksek olduğunu göstermiştir (de Araujo ve Lacerda, 2024).

Avusturalya'da 720 informal bakıcının 3 yıl izlendiği prospektif çalışmada, başlangıçta %47,3 olan klinik düzeyde önemli derecede olan bakım yükünün, 3 yıl sonra %56,8'e yükseldiği, bakım yükünün daha fazla nöropsikiyatrik semptom, daha düşük işlevsel yetenek, daha az ilaç, araç kullanma becerisi eksikliği gibi hasta özellikleri ve bakım verenlerin kadın cinsiyeti gibi bakıcı özellikleri ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Connors vd., 2020).

Çin'de Liu vd.nin 309 informal bakıcı ve aynı sayıda hastayı dahil ettiği çalışmada, bakıcıların çoğunun kadın ve hastanın eşi olduğu, zamanlarının çoğunu hastalarına

ayırdıkları, yine bakıcıların çoğunun uykusuzluk, orta-ciddi derecede depresyon ve anksiyete yaşadıkları ve hastanın düşük fonksiyonel durumunun şiddetli bakım yükü ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca bakım vermeye başlamadan önceki döneme kıyasla daha kötü fiziksel durum, daha düşük yaşam memnuniyeti ve daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete, daha yüksek bakım veren yüküyle ilişkilendirilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada depresyon, anksiyete ve uyku sorunları Alzheimer hastalığı olan bireylerin informal bakıcılarının karşılaştığı başlıca zorluklar idi. Bakıcıların işlevsel durumu, düşük yaşam memnuniyeti, depresyon ve anksiyete bakım yükünü etkiledi. Bakım yükü hastanın demansının şiddeti ve bakıcıların kişisel faktörleriyle ilişkiliydi (Liu vd., 2017). Yine Çin'de
%71'i kadın olan 300 informal bakıcıda yapılan çalışmada, bakım verenlerin yaklaşık yarısı (%51) hastanın kızı idi. ZBI ortalama skoru 43 olup, bakım yükü 60 yaş ve üzerinde olan bakıcılarda, hastanın eşi olanlarda, emekli olanlarda (emekli bakıcılar ve uzun süreli gündüz saatlerinde bakım hizmeti veren bakıcılar, daha fazla sosyal olarak izole olma eğilimindedir ve bu yüksek düzeyde bakıcı yüküne yol açabilir), günlük bakım verme süresi 12 saatten uzun olanlarda, şiddetli düzeyde demans hastasına bakım verenlerde ve çeşitli kronik hastalığı olan hastaya bakım verenlerde daha fazla idi (Yin vd., 2021).

Türkiye'de Bölüktaş'ın Alzheimerlı hastalara bakım veren yaş ortalaması 45 ve çoğunluğu (%78,6) kadın olan 54 informal bakıcıda yaptığı çalışmada, bakıcıların %56,5'inin hastanın kızı olduğu, %79'unun hasta ile birlikte yaşadığı ve %54,5'inin hasta bakımında diğer aile üyelerinden hiç destek almadığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, bakım verenlerin %64,7'si bakım vermeye bağlı fiziksel ve mental sorunlar, %49.4'ü yorgunluk ve tükenmişlik, %25,3'ü her zaman, %39'u bazen ekonomik ve sosyal yaşamlarında güçlük, %38,3'ü her zaman, %34,4'ü bazen aile ilişkilerinde güçlük yaşamakta idiler. Yine bakım verenlerin %17,5'i her zaman, %50,6'sı bazen bakım verme görevlerinde güçlük yaşamakta idi, %26,6'sı psikolojik destek ve çoğunluğu (%79,2) Alzheimer hastasının bakımı ile ilgili eğitim almıştı. Bakım verenlerin %27,3'ü hafif-orta derecede bakım yükü, %18,8'i orta-ciddi derecede bakım yükü yaşıyordu; bakım yükünü birlikte etkileyen en önemli bağımsız değişkenler bakım vermede destek verecek birinin olmaması, günlük bakım verme süresinin uzun olması, hastanın yürüme/hareket, boşaltım ve hijyeni içeren günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık derecesinin fazla olması idi (Bölüktaş, 2021).

Demanslı hastaların informal bakıcılarında fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların fazla olduğu, yine bakıcıların yarıdan fazlasının alkol tükettiği, yanısıra depresyon, anksiyete ve uykusuzluğa yönelik ilaç kullandıkları rapor edilmiştir. Bu tür olumsuz durumlar bakıcıların psikolojik dayanıklılıkları ve özveri, sorumluluk, sabır ve fedakârlık gerektiren bakım verme görevi gibi yeni gerçekliğe uyum sağlama yetenekleriyle ilişkili olabilir (Liu vd., 2017; Dadalto ve Cvalcante, 2021; Ohno vd., 2021).

Alzheimer olan bireye bakım vermenin olumsuz sonuçları sistematik gözden geçirme çalışmalarında da ele alınmıştır. 81 araştırma sonucunun incelendiği sistematik derlemede bakım verenlerin yaş ortalamasının 62,5, %74'ünün kadın ve yarısının (%50,5) hastanın eşi olduğu belirlenmiş; bakım yükü arttıkça hastanın davranışsal ve psikolojik semptomlarının kötüleştiği, kuruma yerleştirilme riskinin arttığı ve yaşlının istismar edilme riskinin arttığı, bakım yükünün kötü hasta sonuçları ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Stall vd., 2019).

Çin'de 2010-2022 yılları arasında yapılan 23 çalışmanın incelendiği sistematik gözden geçirmede bakım yükü ile ilişkili 32 faktör belirlenmiştir. Bu faktörlerden demansın şiddeti, zayıf öz bakım yeteneği ve nöropsikiyatrik semptomların bakım yükünü etkileyen üç majör faktör olduğu saptanmıştır. Daha genç yaştaki hastaların, daha az veya hiç emeklilik maaşı olmayan hastaların, düşük eğitimli hastaların ve dini inançlı hastaların informal bakıcılarının daha fazla bakım yükü yaşadıkları, yine hastanın düşük bilişsel ve fonksiyonel işlev ve daha fazla davranışsal sorunlarının bakım veren yükünün artması için risk faktörleri olduğu, son olarak bakım süresinin, yardımcı sayısının, bakıcının sağlık durumunun, ekonomik durumunun, yaşının, sosyal destek varlığı/yokluğunun bakım yükünü etkilediği görülmüştür (Wang vd., 2022).

Son 15 yılın verilerinin değerlendirildiği ve toplam 85 makalenin incelendiği sistematik gözden geçirmede demanslı bireylerin informal bakıcılarında bakım yükünün yüksek, depresyona yatkınlığın fazla, anksiyete semptomlarının yaygın ve yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (Deli vd., 2024).

36 makalenin incelendiği bir başka gözden geçirmede demanslı hastaların informal bakıcılarında uyku sorunlarının yaygın olduğu gösterilmiştir (Brewster vd., 2024).

Düşük ve orta gelirli Asya ülkelerinde bakım yükünün incelendiği sistematik derlemede Ocak 2000-Kasım 2023 yılları arasında 9 ülkeden 64 çalışma incelenmiş ve 22 maddelik ZBI ortalama skorunun Türkiye'de 24,5, Hindistan'da 34,7, Tayland'ta 24 olduğu, Çin'de ise 47,8'e kadar çıktığı görülmüştür (Tran vd., 2025).

Isik vd.nin PubMed ve Google Scholar veri tabanlarını tarayarak yaptıkları literatür incelemesinde Alzheimer hastalarının nöropsikiyatrik semptomlarının (anksiyete, ajitasyon, disinhibisyon, agresif davranış ve uyku bozuklukları) artmış bakıcı yükü, artmış sosyal izolasyon, bozulmuş bakıcı genel sağlığı ve azalmış yaşam kalitesi gibi daha olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bakıcı yükü, bakıcı ile Alzheimer hastaları arasındaki ilişkiyi kötüleştirir; kötüleşen ilişki nöropsikiyatrik semptomların sıklığını ve şiddetini artırabilir. Çalışmada bakım yükünün yordayıcıları kadın olmak, eş olmak ve olgunlaşmamış başa çıkma mekanizmalarına sahip yaşlı kişi olmak, sosyal izolasyon, demans hakkında yetersiz bilgi, hasta ile kötü premorbid ilişki ve yüksek düzeyde olumsuz ifade edilen duygular olarak rapor edilmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre bakıcı yükü ile nöropsikiyatrik semptomlar arasındaki çift yönlü ilişki nedeniyle, demans bakımının aktif yönetim stratejileri, Alzheimerlı hastalarda hem bakıcı stresi hem de nöropsikiyatrik semptomlar için erken tanımlama ve tedavi risk faktörlerini içermelidir. Bu nedenle, bunlardan birini iyileştirmek diğeri için faydalı olabilir (Isik vd., 2019).

Türkiye'de 2010-2019 yılları arasında yapılan 16 çalışmanın (Bakım veren: 2060, Hasta: 414) incelendiği sistematik gözden geçirmede bakım verme süresinin, demansın şiddetinin, hasta yaşının ve hastalık bağımlılık düzeyinin informal bakıcıların bakım yükünü etkilediği saptanmıştır (Adana, Ozvurmaz ve Mandiracioglu, 2022).

Hem dünyada hem de ülkemizde yapılan çalışmaların tamamına yakınında Alzheimer hastalarına bakım vermenin negatif sonuçları ele alınmış ve bakım yükü bakım vermeyi negatif yönleri ile değerlendiren ZBI ile değerlendirilmiştir. Bununla birlikte sevdiği birine, bir yakınına bakım vermenin vicdani olarak rahatlamış hissetme, sosyal çevreden takdir ve kabul görme gibi pozitif etkilerinin de olabileceği bildirilmektedir (Wang vd., 2018; Yu vd., 2018). McKee vd. (2003) "bakım vermenin olumlu ve olumsuz yönleri olan tek boyutlu psikolojik bir deneyim olduğu"nu ileri sürmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda tutumsal ikirciklilik kavramı (Conner ve Armitage, 2008) ile örtüşecek şekilde, bakım verme rolüne

ilişkin olumlu ve olumsuz değerlendirmelerin büyük ölçüde bağımsız olduğu (Rapp ve Chao, 2000; McKee vd., 2003; Balducci vd. 2008) ve bakım memnuniyetinin bakım vermenin stresli ve olumsuz yönlerinden bağımsız olarak var olabileceğini göstermiştir (López, López-Arrieta ve Crespo, 2005).

Bildiğimiz kadarı ile, bakım yükünü, bakım vermenin pozitif yönlerini de ele alarak değerlendiren tek araç McKee vd. (2003) tarafından geliştirilen, ancak ülkemizde validasyonu yapılmayan Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'dir (Carers of Older People in Europe Index- COPE).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin (Carers of Older People in Europe Index - COPE) Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve zamanı

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Alzheimer Polikliniği'nde yapılmıştır. Veriler 4 Haziran 2024 – 31 Kasım 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 4 Haziran – 31 Kasım 2024 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda takipli Alzheimer tanılı hastalara bakım veren bireyler; örneklemini ise çalışmaya dâhil edilme koşullarını karşılayan bireyler oluşturmuştur.

Çalışmaya Dâhil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- 18 yaş ve üzeri olma
- Türkçe anlayıp okuyabilme
- Soruların tamamını yanıtlayacak yeterlilikte olma
- Alzheimer hastalarının primer bakıcısı olma (Primer bakıcı günde en az 3-4 saatini yakınının bakım faaliyetleri için harcayan ve bakımı ücretsiz olarak gerçekleştiren kişi olarak tanımlanmıştır)
- En az 6 aydır Alzheimer hastası yakınına bakım veriyor olma

Örneklem büyüklüğünün seçiminde geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında önerilen yol izlenmiştir. Genellikle geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında her madde başına 5- 10 kişinin örnekleme dâhil edilmesi önerilmektedir. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi 15 madde içerdiğinden madde başına minimum 10 kişi olmak üzere, en az 150 kişinin örnekleme alınması planlanmış, görüşmeler sırasında kayıplar olabileceği göz

önüne alınarak %10 ekleme yapılmış ve çalışma 165 bakım veren ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index- COPE) (Ek-2, Ek-3), Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği (Ek-4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-5), SF-12 Sağlık Anketi (Ek-6), WHO-5 İyilik Durumu İndeksi (The World Health Organisation- Five Well Being Index (Ek-7), Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (Europe Health Impact Scale-WHOQOL-8, EUROHIS) (Ek-8) ve Barthel İndeksi (Ek-9) olmak üzere 9 veri toplama aracı kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Literatür doğrultusunda (McKee vd., 2003; Wang vd., 2018; Yu vd., 2018; Connors vd., 2020; Bölüktaş, 2021) oluşturulan bu form hasta yakınına ait özellikler ve hastaya ait özellikler olmak üzere iki bölüm ve 21 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakım verme süresi ve bakımda destek veren birinin olup olmadığını içeren 13 soru bulunmaktadır.

Hastaya ait verilerin sorgulandığı ikinci bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, başka kronik hastalıkların varlığı, Alzheimer tipi ve tanı süresi olmak üzere 8 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index-COPE) (Ek-2, Ek-3)

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index-COPE) yaşlı bireylere bakım vermenin negatif yönünün yanısıra pozitif yönünün de değerlendirilmesi ve hasta yakınlarını desteklemek amacıyla müdahale edilebilecek alanların belirlenmesi amacıyla McKee vd. tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Orijinal ölçekte Negatif Etki (Negative Impact; 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 15 nolu ifadeler), Pozitif Değer (Positive Value; 2, 10, 12 ve 14 nolu ifadeler) ve Desteğin Kalitesi (Quality of Support; 1, 9, 11 ve 13 nolu ifadeler) olmak üzere 3 alt boyut ve 15 ifade bulunmaktadır. İndeks dörtlü likert tipi (Hiçbir zaman=1 puan, Bazen= 2 puan, Sık sık= 3 puan, Her zaman= 4 puan) cevap seçeneğine sahiptir. Her bir boyutta yer alan

ifadelere verilen yanıtların puanları toplanarak alt boyut puanları belirlenir. Elde edilen puanlar, *Negatif Etki* alt boyutunda skor arttıkça bakım yükü artar, *Pozitif Değer* alt boyutunda skor arttıkça bakım yükü azalır, *Destek Kalitesi* alt boyutunda ise skor arttıkça bakım yükü azalır şeklinde yorumlanır.

İndeksin ilk geçerlik çalışması 5 Avrupa ülkesinden 600 bakım vereni içeren bir grupta yapılmış ve indeksin bakım vermenin negatif etkisi (6 madde) ve bakım vermenin pozitif değeri (5 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. İndekste yer alan ek 3 madde bakımın kalite yönünü, bir maddi ise finansal (mali) yükü ölçmektedir. Cronbach alpha değerleri Negatif Etki, Pozitif Değer ve Destek Kalitesi boyutları için sırası ile 0,83, 0,64 ve 0,66 olarak rapor edilmiştir (McKee vd., 2003).

3.4.3. Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği (Ek-4)

Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ) Zarit vd. tarafından 1980 yılında geliştirilmiş (Zarit vd., 1980); farklı dil ve kültürlerde KOAH, multiple skleroz, son dönem böbrek yetmezliği, kanser, şizofreni, demans ve beyin hasarları ve madde bağımlılığı gibi çok farklı hasta gruplarının yakınlarında bakım yükünü değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Hızlı değerlendirme yapabilmek için Zarit Bakım Yükü Ölçeği'nin tek soruluk, 4, 6, 7, 8 ve 12 soruluk kısa versiyonları geliştirilmiştir. Bu kısa formlardan en uygun olanının ZBYÖ-12 olduğu bildirilmektedir (Bédard vd., 2001; Higginson, vd., 2010). Zarit-12 beşli likert tipi (Asla=1 puan, Nadir= 2 puan, Ara sıra= 3 puan, Oldukça sık= 4 puan, Neredeyse her zaman= 5 puan) cevap seçeneğine sahiptir. Ölçekten alınabilecek puan 12-60 arasındadır, puan arttıkça bakım yükü artar. Yirmi iki maddelik ZBYÖ'ne daha kısa bir alternatif olarak geliştirilen ZBYÖ-12'nin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması, Babacan Yıldız vd tarafından 2016 yılında Alzheimer hastalarında yapılmış; ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,92 bulunmuştur. Mevcut çalışmada bulunan Cronbach alpha değeri 0,88'dir.

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-5)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet vd. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Yedili likert tipi (Kesinlikle hayır=1 puan, Çok nadir= 2 puan, Nadir= 3 puan, Orta= 4 puan, Sık= 5 puan, 6= Çok sık, 7= Kesinlikle evet) cevap seçeneğine sahip ölçek her biri 4 ifade içeren *Aile Desteği* (3, 4, 8 ve 11 nolu ifadeler), *Arkadaş*

Desteği (6, 7, 9 ve 12 nolu ifadeler) ve *Özel Bir İnsan Desteği* (1, 2, 5 ve 10 nolu ifadeler) olmak üzere üç boyuttan oluşur. Değerlendirme alt boyutlar için ayrı ayrı ve/veya ölçek totali için yapılabilir, alınan puan arttıkça algılanan sosyal destek artar. Ülkemizde ölçeğin güvenirlik ve geçerliği Eker, Arkar ve Yaldız (2001) tarafından çalışılmış ve Cronbach alpha değerleri üniversite öğrencileri, sağlık personeli, böbrek hastaları, psikiyatri hastaları ve normal popülasyondan (hasta yakınları) oluşan örneklem gruplarında sırası ile 0,85, 0,77, 0,86, 0,88 ve 0,87 bulunmuştur. Mevcut çalışmada sosyal destek ölçek toplamı üzerinden değerlendirilmiş ve ölçeğin totali için elde edilen Cronbach alpha katsayısı 0,92 bulunmuştur.

3.4.5. SF-12 Sağlık Anketi (Ek-6)

SF-36'ya daha kısa bir alternatif olarak geliştirilen (Ware vd., 2010; Maruish, 2012), Soylu ve Kütük tarafından sağlıklı grupta, Soysal Gündüz vd tarafından Romatoloji, psikiyatri ve cerrahi hastalarından oluşan hasta grubunda güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılan SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği; SF-36 ile benzer olarak, fiziksel işlevsellik (2 madde), fiziksel rol (2 madde), beden ağrısı (1 madde), genel sağlık (1 madde), enerji (1 madde), sosyal işlevsellik (1 madde), duygusal rol (2 madde) ve mental sağlık (2 madde) olmak üzere 8 alt boyut ve iki ana boyuttan (Fiziksel sağlık, SF12PCS ve mental sağlık, SF12MCS) oluşmaktadır. Fiziksel ve duygusal rolle ilgili maddeler dikatomoz (evet veya hayır) olarak yanıtlanırken, diğer maddeler 3 ve 6 arasında değişen Likert tipi cevap seçeneklerine sahiptir. Fiziksel boyut puanı, genel sağlık, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol ve beden ağrısı alt boyutlarından elde edilirken, Mental boyut puanı ise sosyal işlevsellik, duygusal rol, mental sağlık ve enerji alt boyutlarından elde edilmektedir. Ölçekteki hem alt hem de ana boyutlar için alınabilecek puan 0 ile 100 arasında değişir, yüksek puan daha iyi sağlık durumunu/yaşam kalitesini temsil eder. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlık katsayıları hem sağlıklı popülasyonda (Soylu ve Kütük, 2020), hem de hasta grubunda (Soysal Gündüz vd., 2021) 0,70 eşik değerinin üzerinde bulunmuştur. Mevcut çalışmada Cronbach alpha değerleri fiziksel sağlık boyutu için 0,86, mental sağlık boyutu 0,91 bulunmuştur.

3.4.6. WHO-5 İyilik Durumu İndeksi (The World Health Organisation- Five Well Being Index) (Ek-7)

WHO-5 Dünya Sağlık Örgütü Mental Sağlık Departmanı tarafından geliştirilen ve 5 ifadeden oluşan 6 seçenekli Likert tipi (Her zaman= 5 puan, Çoğu zaman= 4 puan, Geçen zamanın yarısından çoğunda= 3 puan, Geçen zamanın yarısından azında= 2 puan, Bazen= 1 puan, Hiçbir zaman= 0 puan) yanıt ölçeğine sahip depresyon tarama ölçeğidir. Ölçekten 0-25 arasında değişen puan elde edilir, alınan puan 0-100 arasında puanlamaya dönüştürülür. Puan arttıkça depresyon riski azalmaktadır. Ölçekten elde edilen ham puan 13'ten düşükse veya 5 sorudan herhangi birine 0 veya 1 yanıtı verilmişse bu durum aynı zamanda kötü yaşam kalitesine işaret eder ve bu kişilere Majör Depresyon Envanterinin (ICD-10) uygulanması önerilir. Yüzdelik skorda %10'luk bir değişim, depresyon açısından anlamlı değişim olarak yorumlanır (Bech vd., 1996, Bonsignore vd., 2001). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Eser vd. tarafından (2019) yapılmıştır. Mevcut çalışmada Cronbach alpha değeri 0,89 bulunmuştur.

3.4.7. Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (Europe Health Impact Scale-WHOQOL-8, EUROHIS) (Ek-8)

Genel amaçlı sağlıkta yaşam kalitesi ölçeği olan EUROHIS Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından WHOQOL-Bref ölçeğinden belirli soruların seçilmesiyle üretilmiştir. Ölçekte yanıt seçenekleri "hiç" ve "tamamen" arasında değişen 5'li Likert tipi (Çok kötü= 0 puan, Biraz kötü= 1 puan, Ne iyi, ne kötü= 2 puan, Oldukça iyi= 3 puan, Çok iyi= 4 puan) yanıt seçeneklerine sahip, ikisi genel olmak üzere 8 soru bulunmaktadır. Katılımcıların ölçekteki genel yaşam kalitesi algısı ve genel sağlık algısı sorularını mutlaka yanıtlamaları gerekir. Geri kalan 6 sorudan (soru 3, soru 4, soru 5, soru 6, soru 7 ve soru 8) birine yanıt verilmemiş ise diğer 5 sorunun ortalaması alınarak yanıtlanmayan sorunun cevabı yerine konabilir. Ancak cevaplanmayan soru sayısı yalnızca bir ile sınırlandırılmıştır. Ölçek skorunun saptanması sorulara verilen yanıtlar toplanarak, ya da elde edilen toplam puan 100'lük sisteme dönüştürülerek ya da sorulara verilen yanıtların ortalaması alınarak üç farklı şekilde yapılabilmektedir. Elde edilen puan arttıkça yaşam kalitesi iyileşmektedir (WHOQOL Group, 1998). Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması 616 erişkinde Eser ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmış ve iç tutarlılığı 0,85 olarak bulunmuştur (Eser vd., 2010). Mevcut çalışmada Cronbach

alpha değeri 0,95 bulunmuştur.

3.4.8. Barthel İndeksi (Ek-9)

1965 yılında, Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilen indeks, Shah, Cooper ve Maas tarafından (1992) modifiye edilmiştir. Türkçe versiyonu Küçükdeveci vd tarafından (2000) düzenlenmiştir. İndekste 0-15 arasında puanlanan 10 ifade bulunur, değerlendirmede verilen yanıtlar toplanır ve bireyin beslenme, yıkanma, kendine bakım, giyinip-soyunma, bağırsak kontrolü, mesane kontrolü, tuvaleti kullanma, mobilite gibi alanlarda bağımlılık derecesi ve başkalarının desteğine olan ihtiyaç düzeyi belirlenir. İndeksin total puanı 0-100 arasında değişir; puanın yüksek olması (100 puan tam bağımsızı ifade eder) hastanın kendine yetebilme durumunun iyi ve bağımlılığın düşük olduğunu gösterirken, alınan düşük puan (0-20 puan arası tam bağımlıdır) hastanın yardıma ihtiyacı olduğunu ve bağımlı olduğunu gösterir. Total puan üzerinden bağımlılık durumu 0-20 tam bağımlı, 21-61 ileri derecede bağımlı ve 62-90 orta derecede bağımlı şeklinde kategoriye edilerek de değerlendirilebilir. Mevcut çalışma indeksin Cronbach alpha değeri 0,91 bulunmuştur.

3.5. Verilerin toplanması

Veriler araştırma izni alınan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Alzheimer Polikliniği'nde, 4 Haziran 2024 – 31 Kasım 2024 tarihleri arasında bakım veren bireylerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.6. Geçerlik Güvenirlik Çalışmasında İzlenen Yol

3.6.1. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Türkçe'ye Çevrilmesi ve Kültürel Uyarlama

Çeviri prosedüründe Jones vd. (2006) tarafından önerilen ve simetrik ve asimetrik stratejilerin bir karışımı olan türetilmiş derive etik yaklaşım kullanılmıştır. İngilizce COPE İndeksi (Ek 3) iki profesyonel tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiş, her iki form karşılaştırılarak tek bir Türkçe form oluşturulmuş ve bu form ilk çevirenlerden bağımsız iki profesyonel tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Takiben anlaşılırlık, tutarsızlıklar ve anlam hataları açısından orijinal İngilizce, Türkçe ve geri çeviri İngilizce formlar 10 kişiden oluşan uzman paneli tarafından incelenmiş, öneriler doğrultusunda birkaç küçük düzeltme yapılmıştır. Son olarak Türkçe form monolingual örneklemde (Hemşirelik son sınıf öğrencisi 10 kişi) ve Türkçe ve orijinal İngilizce formlar bilingual örneklemde (Mütercim tercümanlık

bölümü son sınıfında okuyan 30 üniversite öğrencisi) test edilmiştir.

Orijinal COPE indeksinin hedef dile (Türkçe) çevirisini ve orijinal dile (İngilizce) geri çevirisini yapan profesyoneller iki dili de akıcı bir şekilde konuşmakta olup, Türk ve İngiliz kültürüne hâkim, aynı zamanda çeviri metodolojisine hâkim ve indeksin hangi amaçla kullanılacağı konusunda bilgili idiler. Uzman paneli, çevirmenlerle benzer geçmişe sahip hemşire, doktor, psikolog ve gerontolog dahil olmak üzere 10 profesyonelden oluştu. Türkçe çeviri form oluşturulduktan sonra hemşirelik son sınıf öğrencilerine verilerek, her birinden maddeleri tek tek okumaları ve maddeye ilişkin anlayışlarını başka sözcüklerle ifade etmeleri istenerek test edildi. "Bu maddenin ne anlama geldiğini düşünüyorsunuz?" gibi açık uçlu sorular, katılımcıların anlayışlarını sözlü olarak ifade etmelerine ve en güvenilir yanıtları vermelerine olanak sağladı. Tutarsızlıklar tekrar incelendi ve çeviri yanlış yorumlamalar ve çevrilmiş versiyonda yapılan değişiklikler açısından analiz edildi.

Son olarak, mütercim tercümanlık bölümünde öğrenim gören 30 Türk üniversite öğrencisine Türkçe ve orijinal İngilizce formlar doldurtularak alınan puanlar eşleştirilmiş bağımlı grupta t testi ile karşılaştırıldı ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı görüldü (t= .1,05, P>0,05).

Tüm bu aşamalar sonucunda dil eşdeğerliğinin ve kültürel uyarlamasının yeterli olduğu kanaatine varılan ve Ek-2'de sunulan Türkçe Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi oluşturuldu.

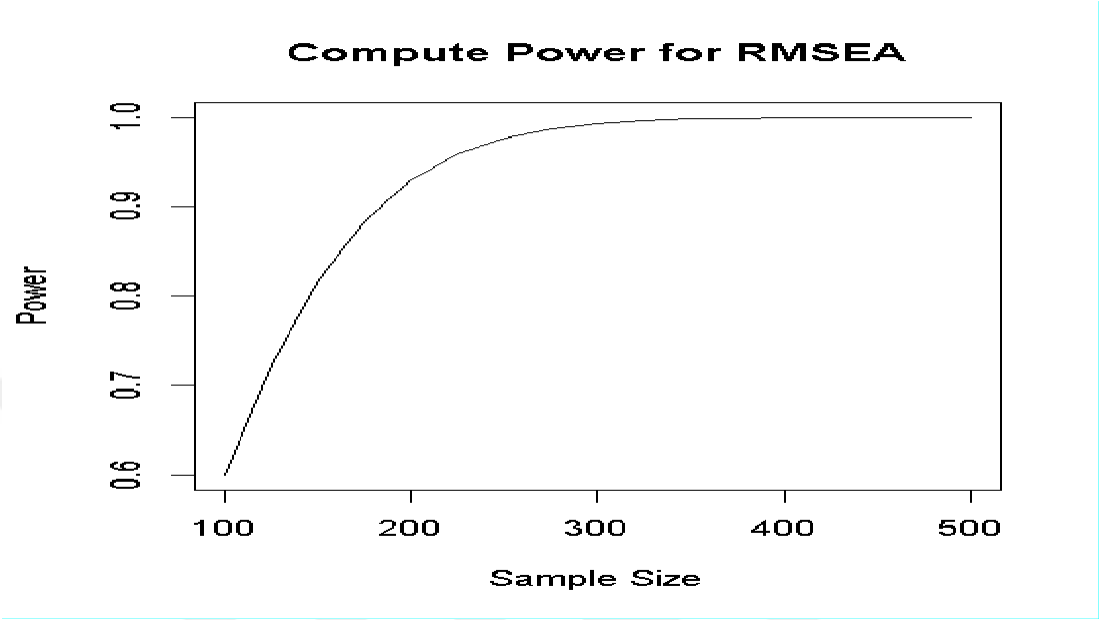
3.6.2. Geçerlik Analizi

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin geçerliğinde yapı geçerliği yaklaşımı benimsenmiş; yapı geçerliği faktör analizi, kriter geçerliği ve bilinen grup geçerliği ile incelenmiştir.

3.6.2.1. Faktör Analizi

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin faktör yapısı doğrulayıcı faktör analiziyle (DFA) incelenmiştir. Bu amaçla öncelikle DFA sayıltıları gözden geçirilmiş; daha sonra üç boyutlu kuramsal modelin veri setindeki ilişkileri ne derece açıkladığı test edilmiştir. Takiben, alternatif modellere ilişkin DFA incelemeleri yapılmıştır. Madde puanları sıralı değişkenler olduklarından ve normal dağılıma sahip olmadıklarından, DFA, polikorik korelasyonlar üzerinde DWLS tahmin yöntemi kullanılarak, R programlama dilinde lavaan 0,6-19 paketinde yapılmıştır. Ayrıca DFA için örneklem

büyüklüğü belirlenirken semTools paketi kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü serbestlik derecesinin 87, gücün .80, RMSEA'nın .08 olduğu model için 145 bulunmuştur. 165 kişilik veri seti için güç .86 bulunmuştur. Testin gücü ile farklı örneklem büyüklükleri arasındaki ilişkiler Şekil 3.1'de verilmiştir.



Şekil 3.1: Örneklem Büyüklüğüne Karşı Güç İlişkisi

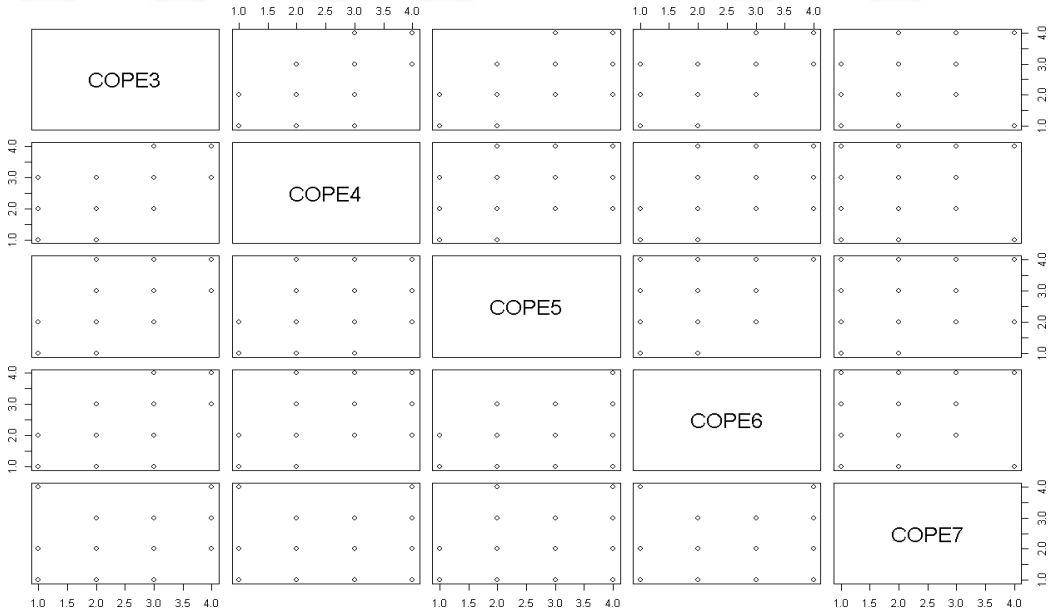
Maddelerin univariate normal dağılım özelliklerine ne derece sahip oldukları eğiklik (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. Tablo 3.1'de görüldüğü gibi, univariate eğiklik değerleri -1,01 ile 0,80; basıklık değerleri -1,32 ile 3,72 arasındadır. Birden fazla maddede $Z_{.001}$ puanı 3,29'dan büyük 5 "univariate" aykırı gözleme (COPE13'te 4, COPE9'da 1) rastlanmıştır. Ayrıca mahalanobis uzaklık değeri (χ^2) 37,70'ten büyük 5 "multivariate" aykırı gözlem tespit edilmiştir. Güç analizi sonuçlarına göre DFA sınırda sayılabilecek bir örneklem büyüklüğünde gerçekleştirildiğinden, bu gözlemlerin veri setinde tutulmasına karar verilmiştir.

Veri setinde (15*16'lık polikorik korelasyon matrisi) maddeler arasındaki korelasyonlardan yedisi .80'den büyüktür (univariate multicollinearity). Bununla birlikte, varyans şişme değerlerinin beşten küçük olması, çok değişkenli çoklu bağlantının maddeler arası ilişkilerde bulunmadığını göstermektedir (multivariate multicollinearity). Veri setinden rastgele seçilen madde puan dağılımları arasında ikili serpme grafikleri (scatter plot) Şekil 3.2'de sunulmuş; ayrıca dağılım tahminleri incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda maddeler arasındaki ilişkileri, doğrusal modelin doğrusal olmayan alternatif modellere göre daha fazla açıkladığı

saptanmıştır. Bu incelemeler sonucunda DFA için sayıltıların büyük oranda karşılandığı değerlendirilmiştir.

Tablo 3.1: COPE İçin DFA Sayıltı Kontrolü

Maddeler	Eğiklik (Skewnes)	Basıklık (kurtosis)	Varyans Şişme Faktörü (Variance inflation factor, VIF)
COPE3	0.29	-0.25	3.91
COPE4	0.25	-0.43	3.39
COPE5	0.07	-0.74	3.17
COPE6	0.03	-0.39	3.29
COPE8	0.07	-0.66	3.35
COPE15	0.06	-0.54	2.65
COPE14	0.26	-0.23	1.65
COPE2	0.26	-1.00	2.15
COPE10	-0.01	-1.32	2.60
COPE11	0.17	-1.14	1.87
COPE12	-1.01	-0.01	1.63
COPE7	0.58	1.04	1.19
COPE9*	0.52	1.28	1.98
COPE1	0.55	-0.37	2.04
COPE13*	0.80	3.72	1.64



Şekil 3.2: COPE İçin Serpme Grafikleri

DFA analizinde Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin orijinal yapısına uygun 3 faktörlü yapı gösterip göstermediği test edilmiş, alt boyutlara giren maddelerin faktör yükleri (regresyon ağırlığı) incelenmiş, takiben veri-model uyumu ve uyum indekslerine bakılmıştır.

Regresyon ağırlığı için sınır değer >.30 kriter alındı (Streiner ve Norman, 2003). Ek olarak faktör yüklerinin ortalaması (AVE) ve McDonald Omega katsayıları hesaplanmıştır.

Veri-model uyumu ki-kare/serbeslik derecesi (χ^2/sd) ile incelenmiş ve uyum indeksi olarak ortalama karekök yaklaşım hatası (RMSEA), Tucker Lewis indeksi (TLI), karşılaştırmalı uyum iyiliği indeksi (CFI) ve Standartlaştırılmış ortalama karekök kalıntısı (SRMR) kullanılmıştır.

DFA analizinde kullanılan uyum indeksleri farklılık gösterse de ilk uyum indeksi olarak ki-kare değerinin kullanılması yaygındır; ki-kare değerinin anlamsız ve 3'ten küçük olması veri-model uyumunun iyi olduğunun göstergesidir. Bununla birlikte örneklem küçük olduğunda ki-kare genel olarak anlamsız, büyük olduğunda anlamlı çıkma eğiliminde olduğundan örneklem büyüklüğünü dikkate almadan ki-kare değerinin kullanılması doğru değildir. Bu nedenle genel model uyumunu değerlendirmede başlangıç indeksi olarak χ^2/sd değerinin kullanılması önerilmektedir (Hair vd., 2019).

χ^2/sd'nin ≤2 ise veri-model uyumu "iyi", <5 ise "kabul edilebilir" olarak değerlendirilir (Meydan ve Şeşen, 2015). Kline'na göre (2015) örneklem küçük olduğunda χ^2/sd'nin ≤2,5 olması "mükemmel uyum" olarak değerlendirilmelidir. Mevcut çalışma 165 bakım verende tamamlandığından veri-model uyumu başlangıç indeksi olarak χ^2/sd kullanılmıştır.

Elde edilen RMSEA değerinin ≤0,05 olması uyumun "mükemmel" (Meydan ve Şeşen, 2015), <0,08 olması "*kabul edilebilir"* olduğunu gösterir (Schumacvker ve Lomax 2010; Hair vd., 2019; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2023). Artan uyum indeksi olan TLI, NonNormed Uyum İndeksi (NNFI) olarak da bilinmektedir (Cangur ve Ercan, 2015). Kabul edilebilir uyum için TLI değerinin >0,90 olması gerekir (Hu ve Bentler, 1999; Fan vd., 2016). CFI değerinin >0,90 olması kabul edilebilir değerdir. Son olarak SRMR değerinin 0,05 altında olması beklenir, değer

<0,08 ise bulunan değer ise "kabul edilebilir" sınırdır (Hair vd., 2019; Çokluk vd., 2023).

Çeşitli kaynaklarda belirtildiği üzere, uyum indekslerini kabul etmek için öngörülen kesme noktaları değişkenlik gösterir. Örneğin Hair vd (2019) madde sayısı 30'dan daha az olan ölçeklerde ve/veya örneklem büyüklüğünün 250'den fazla olduğu durumlarda χ^2 değerinin istatistiksel olarak önemli olmadığını, CFI 0,92'den büyük; RMSEA 0,08'den küçük ise, ek olarak SRMR 0,09'dan küçükse genel model uyum katsayılarının yeterli kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kline'na göre (2015), model uyumunun kabul edilebilmesi için SRMR değerinin 0.10'dan küçük, CFI'nin 0,90'dan büyük olması ve RMSEA değerinin ise 0,08'den küçük olması gerekir. Hu ve Bentler (1999), model uyumu için basit modellerin yanlış tanımlamalarına duyarlı kesin uyum indeksi olan SRMR'nin 0,08'e yakın ya da daha düşük, kompleks modellerin yanlış tanımlanmasına duyarlı kesin uyum indeksi olan RMSEA'nın 0,06'yı aşmaması; CFI ve TLI'nin ≥0,95 olmasını gerektiğini belirtmektedir. Brown (2006), Hu ve Bentler tarafından kabul edilen SRMR ve RMSEA değerlerinin yanısıra, CFI'nın da 0,95'ten büyük olması gerektiğini öne sürer.

3.6.2.2. Kriter Geçerliği

Ölçüt geçerliği olarak da bilinen kriter geçerliğinde daha önce psikometrik özellikleri test edilmiş geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarından elde edilen sonuçlar validasyonu yeni yapılacak ölçek ile karşılaştırılır **(**Çakmur, 2012).

Mevcut çalışmada Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nde yer alan *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* alt boyut ortalama skorları ile Zarit Bakım Yükü Ölçeği, SF-12 Sağlık Anketi fiziksel ve mental alt boyutu, EUROHIS (WHOQOL-8.Tr), WHO-5 İyilik Durumu İndeksi ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ortalama skorları arasındaki korelasyon incelenmiştir.

3.6.2.3. Bilinen Grup Geçerliği

Bilinen grup geçerliği ayır edici geçerlik (discriminant validity***)*** olarak da bilinir. Bu yöntemde validasyonu yapılacak ölçme aracından farklı olarak puan alması beklenen iki ya da daha fazla grup karşılaştırılır (Alpar, 2018).

Mevcut çalışmada bilinen grup geçerliğinde *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyut ortalama skorlarının hastaya bakım vermede destek veren birinin varlığı, bakım verende kronik hastalık varlığı ve hastanın günlük yaşam

aktivitelerinde bağımlılık durumuna göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir, ek olarak bir günde bakım verilen süre ile *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutları arasındaki korelasyon incelenmiştir.

Konu ile ilgili daha önce yapılan çalışma sonuçlarına dayanarak mevcut çalışmada günlük bakım verilen süre arttıkça *Negatif Etki* skorunun artacağı (Bölüktaş, 2021), hastaya bakım vermede destek veren biri olmayan bakım verenlerde, olanlara göre *Negatif Etki* boyut ortalama skorunun yüksek, *Destek Kalitesi* skorunun düşük (Wang, 2018; Bölüktaş, 2021), kronik hastalığı olan bakım verenlerde olmayanlara göre *Negatif Etki* skorunun daha yüksek olacağı (McKee vd., 2003; Balduchi vd., 2008; Moholt vd., 2018; Centers for Disease Control and Prevention, 2018; Johansson vd., 2022) ve yine hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık derecesi arttıkça *Negatif Etki* skorunun artacağı öngörülmüştür (Balduchi vd., 2008; Ringer vd., 2016; Wang, 2018; Bölüktaş 2021).

3.6.3. Güvenirlik Analizi

Güvenirlikte iç tutarlılık ve zamana karşı değişmezlik değerlendirilmiştir. İç tutarlılıkta Cronbach alpha hesaplanmıştır. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi likert tipi cevap seçeneğine sahip olduğu için güvenirlikte Cronbach alpha analizi kullanılmıştır. Cronbach alpha için >0,70 değeri yeterli kabul edilmekle birlikte (Kline, 2015), kabul edilebilir sınırın ne olması gerektiği konusunda farklı görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşlerden biri ölçekten elde edilen sonuçlara göre birey ya da girişimler hakkında bir karara varılacaksa (örneğin iki tedavi yönteminden birine karar verilecekse), bu durumda güvenirlik katsayısı 0,90 ve üzerinde olmalıdır. Elde edilen sonuçlar iki grubun karşılaştırılmasında kullanıldığında (Örneğin diyabet ve kanser hastalarının bakım vericilerinde bakım yükünün değerlendirilmesi) güvenirlik değeri 0,80 ise çok iyi (yeterli) ve 0,70 kabul edilebilir olarak değerlendirilmelidir (Nunnally ve Bernstein, 1994). Bir başka görüş de 0,70-0,80 arasındaki güvenirlik katsayısının kabul edilebilir sınır olarak değerlendirilebileceğidir (Todd ve Bradley, 1994). Mevcut çalışmada Cronbach alpha güvenirlik katsayısı ≥0,90 ideal,.≥0,80- 0,89 çok iyi ve >0,70-0,79 iyi ve ≥0,70 kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada ayrıca tabakalı alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır.

Zamana karşı değişmezlikte iki farklı zamanda yapılan ölçüm sonuçları arasındaki korelasyon değerlendirilir. İki uygulama arasında geçen süre katılımcıların verdikleri

cevapları hatırlayacakları kadar kısa, unutacakları kadar da çok uzun olmamalıdır, genellikle 2-4 hafta ara ile iki kez ölçek uygulanır. Yaşlı Bakıcıları Avrupa indeksi (COPE) ana örneklemden farklı 30 kişilik bir gruba 2 hafta ara ile uygulanarak, iki ölçüm arasındaki ilişki, Koo ve Li'nin önerdiği gibi (2016), sınıf içi korelasyon katsayısı (intraclass correlation coeffience, ICC) ile incelenmiştir. Elde edilen ICC değeri 0,5'ten küçük ise zayıf, 0,5-0,75 ise orta, 0,75-0,90 ise iyi ve 0,90'dan büyük ise mükemmel derecede güvenilirdir şeklinde yorumlanmıştır (Portney ve Watkins, 2000; Koo ve Li, 2016).

3.7. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler, kriter geçerliği, bilinen grup geçerliği ve güvenirlik analizleri için SPSS- 25.00 programı kullanılmıştır. Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler için ortalama, standart sapma, minimum-maximum değerler, sayı (n), yüzde (%) gösterimi, bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında independent student t testi, bağımlı iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında dependent student t testi, bağımsız ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında Anova varyans analizi ve iki ortalama değer arasındaki ilişkinin incelenmesinde ICC ve Pearson's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $P<0,05$ kriter kabul edilmiştir.

DFA, polikorik korelasyonlar üzerinde DWLS tahmin yöntemi kullanılarak, R programlama dilinde lavaan 0,6-19 paketinde yapılmıştır. Ayrıca DFA için örneklem büyüklüğü belirlenirken semTools paketi kullanılarak güç analizi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik boyutu

Araştırmada katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmış (Ek 10); bu anlamda Helsinki Bildirgesi esas alınmıştır.

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index- COPE), Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SF-12 Sağlık Anketi, WHO-5 (The World Health Organisation- Five Well Being Index) ve EUROHIS (Europe Health Impact Scale-WHOQOL-8) için araştırmacılardan elektronik posta yolu ile gerekli kullanım izinleri alınmıştır (Ek 11-16)

Araştırmanın yapılacağı hastaneden çalışma izni (Ek 17) ve İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 18).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen sonuçlar İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Alzheimer Polikliniğinde takipli hastalara bakım veren 165 kişiden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin (Carers of Older People in Europe Index - COPE) Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular *"Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri"*, *"Alzheimer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri"*, *"Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular"* ve *"Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular"* olmak üzere dört ana başlıkta sunulmuştur.

4.1. Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.1'de bakım veren aile bireylerinin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, bakım verenlerin yarıdan fazlası kadın (%65,5), çoğunluğu (%76,4) evli, çocuk sahibi (%80,6), %36,4'ü lise mezunu, %44,2'si ev hanımı ve %56,4'ü çalışmamaktadır. Bakım veren bireylerin %57'si ekonomik durumunu orta olarak tanımlamıştır. Yaş aralığı açısından 35-44, 45-54, 55-64 ve 65 yaş ve üzerinde olanların oranları birbirine yakındır.

Bakım verenlerin %73,3'ü çekirdek aile yapısına sahiptir; yarıdan fazlası bakım verdiği hastanın çocuğudur (%31,5 kızı, %26,7 oğlu). Bakın verenlerin %39,4'ü bakımı tek başına yürütürken, %60,6'sı bakım vermede destek veren başkalarının da olduğunu belirtmiştir. Bakım verenlerin yarıya yakını (%49) kronik bir hastalıklarının olduğunu belirtmişlerdir. Bir günde hastaya verilen bakım süresi ortalama 5,3 saattir.

Tablo 4.1. Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Aralığı		
35-44	42	25.5
45-54	39	23.6
55-64	40	24.2
65 yaş ve üzeri	44	26.7
Cinsiyet		
Kadın	108	65.5
Erkek	57	34.5

Tablo 4.1: Bakım Veren Aile Bireylerinin Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu		
Okuryazar	25	15.2
İlkokul	37	22.4
Lise	60	36.4
Üniversite	43	26.1
Medeni Durum		
Evli	126	76.4
Bekâr	39	23.6
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	133	80.6
Hayır	32	19.4
Meslek		
Ev Hanımı	73	44.2
Memur	29	17.6
İşçi	27	16.4
Serbest Meslek	12	7.3
Emekli	24	14.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	72	43.6
Çalışmıyor	93	56.4
Ekonomik Durum		
Kötü	14	8.5
Orta	94	57.0
İyi	57	34.5
Aile Tipi		
Çekirdek aile	121	73.3
Geniş aile	41	24.8
Parçalanmış aile	3	1.8
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Kızı	52	31.5
Oğlu	44	26.7
Kardeşi	9	5.5
Eşi	30	18.2
Gelini	30	18.2
Hastaya Bakım Vermede Destek Veren Kişi Varlığı		
Evet	100	60.6
Hayır	65	39.4
Kronik Hastalık varlığı		
Evet	81	49.1
Hayır	84	50.9
Hastaya Bakım Verme Süresi (ort±ss saat /gün, min-max)	*Ort±ss*	Min-max
	5.28±2.60	3-14

4.2. Alzheimer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.2'de alzheimer hastalarının tanıtıcı özellikleri sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi, yaş ortalaması yaklaşık 77 yıl, tanı süresi ortalama 3,8 yıl olan hastaların %55,2'si kadın, %61,2'si bekar ve %44,8'i okur-yazardır. Hastaların %43'ünde Alzheimer başlangıç düzeyinde, %41,2'sinde orta derecede ve %15,8'inde ileri derecededir. %92,1 oranında olguda Alzheimer dışında eşlik eden başka bir hastalık mevcuttur; eşlik eden hastalıklar içinde %44,7 oranı ile hipertansiyon birinci sırada ve %32,2 oranı ile diyabet ikinci sıradadır. Barthel skoruna göre olguların %43,6'sı günlük yaşam aktivitelerinde ileri derecede bağımlıdır.

Tablo 4.2: Alzheimer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Cinsiyet		
Kadın	91	55.2
Erkek	74	44.8
Medeni Durum		
Evli	64	38.8
Bekar (Eşi ölmüş, dul, ayrılmış),	101	61.2
Eğitim Durumu		
Okuryazar	74	44.8
İlkokul	45	27.3
Ortaokul	9	5.5
Lise	33	20.0
Üniversite	4	2.4
Alzheimer Derecesi		
Başlangıç	71	43.0
Orta	68	41.2
İleri	26	15.8
Primer Tanı Dışında Kronik Hastalık		
Var	152	92.1
Yok	13	7.9
*Var Olan Kronik Hastalıklar (N:152) **		
Diyabet	49	32.2
Hipertansiyon	68	44.7
Kronik kalp yetmezliği	6	3.9
Serebrovasküler hastalık	14	9.2
Kronik böbrek yetmezliği	7	4.6
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	2	1.3
Kanser	5	3.3
Barthel Skoru		
Tam bağımlı	37	22.4
İleri derecede bağımlı	72	43.6
Orta derecede bağımlı	56	32.9
	Ort±ss	Min-max
Yaş (ort±ss yıl, min-max)	76.55±8.69	52-96
Tanı Süresi (ort±ss yıl, min-max)	3.78±2.26	1-18

*Satır yüzdesi alınmıştır.

4.3. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında bulgular *"Faktör Analizine İlişkin Bulgular", "Kriter Geçerliğine İlişkin Bulgular"* ve *"Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulgular"* olmak üzere üç alt başlıkta verilmiştir.

4.3.1. Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin orijinaline uygun olarak 3 faktörlü yapı gösterip göstermediği DFA analizi ile test edilmiş, faktörlere giren maddelerin regresyon ağırlıklarının >0,30 kriterini karşılayıp karşılamadığına bakılmış ve veri-model uyumu incelenmiştir.

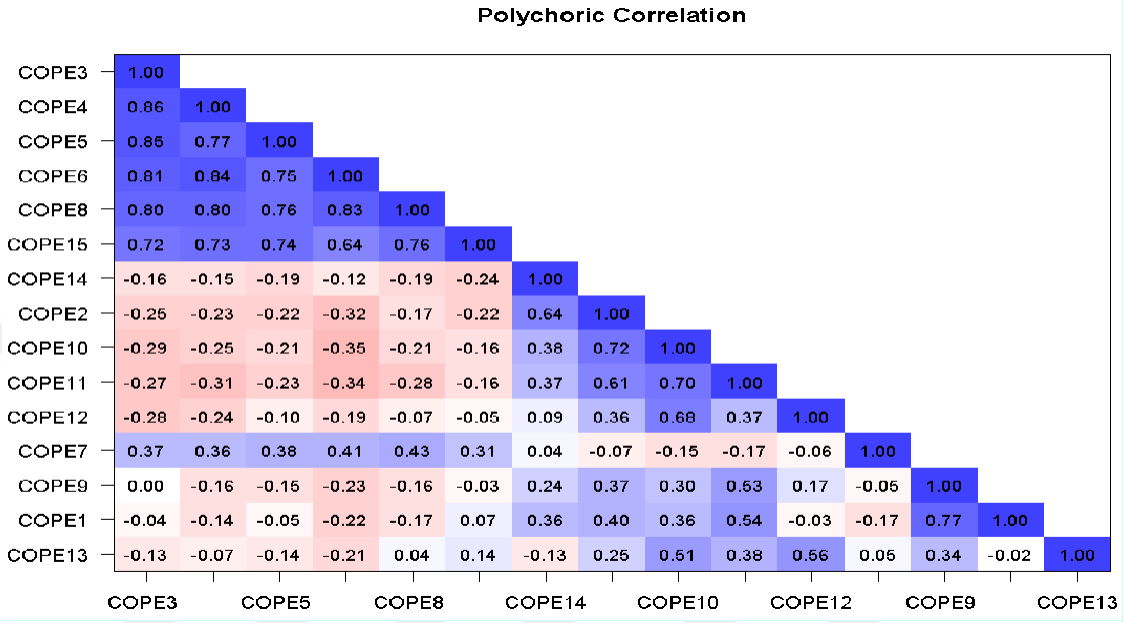
Tablo 4.3'te DFA sonucu elde edilen genel uyum ve uyumsuzluk katsayıları verilmiştir. İlk olarak, ilişkili 3 faktör modeline (kuramsal model) ilişkin, ikinci olarak eş değer iki faktör modeline ilişkin (ilişkisiz 3 faktör ve tek faktör) genel uyum ve uyumsuzluk katsayıları verilmiştir. Bu modellerin incelenmesinin nedeni, Kline'nin (2015, s:297) belirttiği gibi, aynı veriyle analiz edilen bir dizi "makul" modelden birinin seçilmesidir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi ilişkili 3 faktöre (kuramsal modele) ilişkin χ^2/sd değeri= 2,67, CFI= 0,99, TLI= 0,99, RMSEA= 0,09 ve SRMR=0,10'dur. İlişkisiz 3 faktör için χ^2/sd değeri= 5,54, CFI= 0,92, TLI= 0,91, RMSEA= 0,24 ve SRMR=0,20'dir. Tek faktöre ait uyum-uyumsuzluk katsayıları ise χ^2/sd değeri, CFI, TLI, RMSEA ve SRMR için sırasıyla 9,29, 0,91, 0,91, 0,25 ve 0,20'dir.

Tablo 4.3: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin DFA Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Model	χ^2	sd	$\frac{\chi^2}{sd}$	*p*	CFI	TLI	RMSEA GA (%90)	SRMR	$\Delta\chi^2_{sd}$
1. İlişkili 3 Faktör	246.27	87	2.67	.00	.99	.99	.09 (.08 ile .11)	.10	
2. İlişkisiz 3 Faktör	498.94	90	5.54	.00	.92	.91	.24(.23 ile .26)	.20	252.67_3
3. Tek Faktör	836.36	90	9.29	.00	.91	.91	.25(.23 ile .26)	.20	337.42_0

Şekil 4.1'de Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi ölçek maddelerine ilişkin polikorik korelasyon katsayıları verilmiştir. *Pozitif Değer* boyutunda yer alan maddeler arasındaki polikorik korelasyonlar 0,64 ile 0,86, *Negatif Etki* boyutundaki korelasyonlar 0,09 ile 0,72 ve *Desteğin Kalitesi* boyutunda korelasyonlar -0,02 ile 0,77 arasındadır.



Şekil 4.1: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi İçin Polikorik Korelasyon Katsayıları

Tablo 4.4'te Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin DFA ile doğrulanan üç faktörlü yapısı için faktör yükleri ve alt boyutlar arasındaki korelasyon katsayıları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, *Negatif Etki* alt boyutunda yer alan maddelerin faktör yükleri 0,43-0,94 arasında; *Pozitif Değer* alt boyutunda yer alan maddelerin faktör yükleri 0,53-0,90 ve *Desteğin Kalitesi* alt boyutunda yer alan maddelerin faktör yükleri 0,42-0,96 arasında değişmiştir.

Negatif Etki-Pozitif Değer boyutları arasında negatif zayıf (r=- 0,31), *Negatif Etki-Desteğin Kalitesi* boyutları arasında negatif zayıf (r=- 0,25) ve *Pozitif Değer- Desteğin Kalitesi* boyutları arasında pozitif güçlü (r=0,72) ilişki mevcuttur.

Tablo 4.4. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi- Üç Faktörlü Kuramsal Modelin Faktör Yükleri ve Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Negatif Etki	λ	Pozitif Değer	λ	Desteğin Kalitesi	λ
M3	.94	M2	.85	M1	.71
M4	.91	M10	.90	M9	.79
M5	.88	M12	.60	M11	.96
M6	.89	M14	.53	M13	.42
M7	.43				
M8	.90				
M15	.81				

Negatif Etki ~~ Pozitif Değer: -.32
Negatif Etki ~~ Desteğin kalitesi: -.25
Pozitif Değer ~~ Desteğin Kalitesi: .72

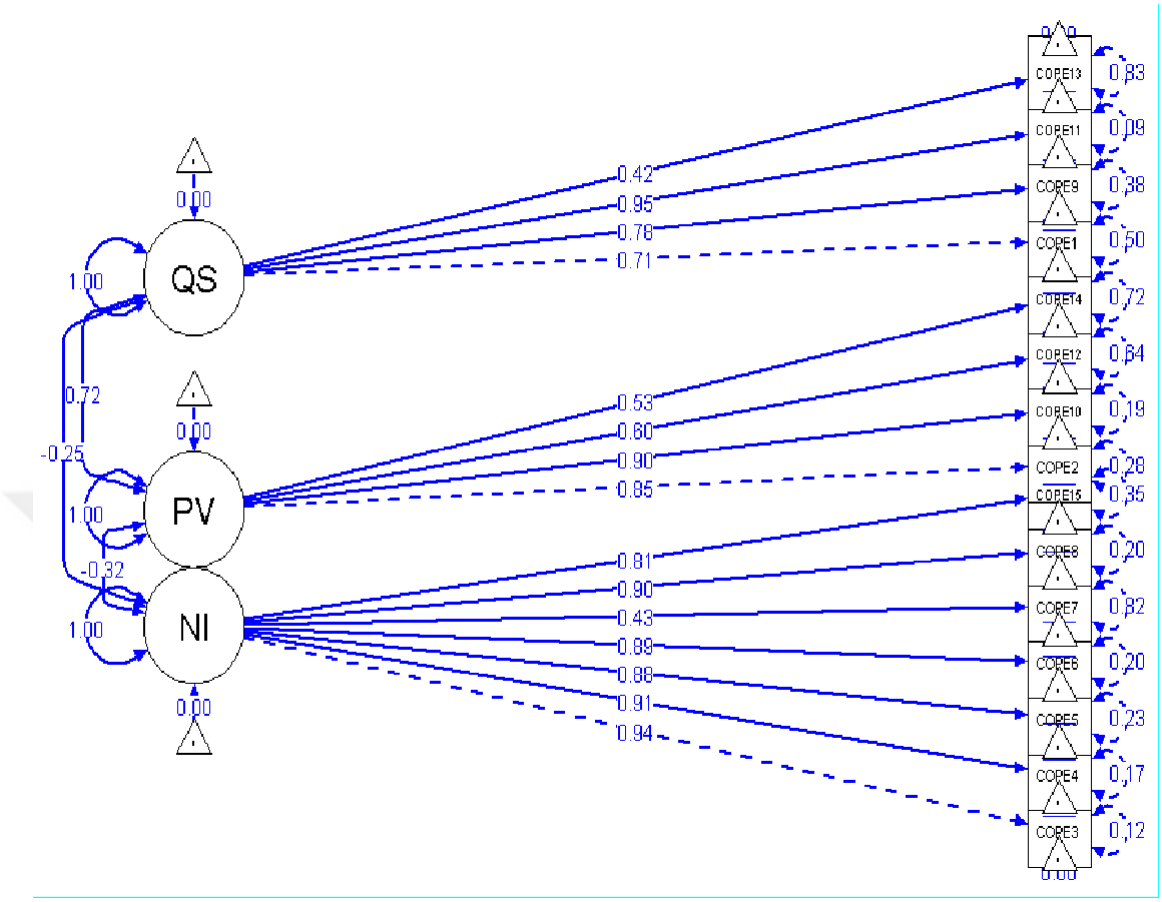
Faktör yüklerinden elde edilen yakınsak ve ıraksak geçerlik sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir. *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Desteğin Kalitesi* boyutları için yapı güvenirlik katsayısı (ω) sırasıyla 0,92, 0,78 ve 0,82; bir faktörde açıklanan ortalama varyans (AVE) sırasıyla 0,79, 0,67 ve 0,77 ve "bir faktörün ilişkili olduğu diğer faktörlerle korelasyonlarının en büyüğünün karesi (MSV)" sırasıyla 0,10, 0,52 ve 0,52'dir.

Alt boyutlar arasındaki düzeltilmiş Heterotrait-Monotrait korelasyonlar (HTMT2) incelendiğinde *Negatif Etki-Pozitif Değer* boyutları arasındaki korelasyon 0,29, *Negatif Etki-Desteğin Kalitesi* arasındaki korelasyon 0,26 ve *Pozitif Değer-Desteğin Kalitesi* arasındaki korelasyon 0,94 olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 2.5: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi Yakınsak ve Iraksak Geçerlik Katsayıları

Boyutlar	ω	AVE	MSV	Negatif Etki	Pozitif Değer	Desteğin Kalitesi
Negatif Etki	0.92	0.79	0.10		0.29	0.26
Pozitif Değer	0.78	0.67	0.52			0.94
Desteğin Kalitesi	0.82	0.77	0.52			

Şekil 4.2'de Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin standart regresyon ağırlıkları verilmiştir.



Şekil 4.2: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi Standart Regresyon Ağırlıkları

4.3.2. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulgular

Bakım yükü arttıkça bakımın negatif sonuçları daha yoğun, pozitif sonuçları ise daha az algılanır. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin daha önce yapılan validasyon çalışmalarının hiçbirinde kriter geçerliğinde kullanılan ölçekler doğrudan bakım yükü ile ilişkili değildir (McKee vd., 2003; Balduchi vd., 2008; Moholt vd., 2018). Bu bilgiden yola çıkarak COPE indeksinde yer alan *Negatif Etki* ve *Pozitif Değer* boyutlarının bakım yükünün ölçülmesinde altın standart olarak kabul edilen (Tu vd., 2022) ve dünyada en yaygın kullanılan bakım yükü ölçeklerinden biri olan Zarit Bakım Yükü Ölçeği ile korelasyonuna bakılmıştır.

Bakım vermenin bakım verenlerin fiziksel ve mental sağlığına ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir (McKee vd., 2003; Balduchi vd.,

2008; Moholt vd., 2018; Ribé vd., 2018). Bu nedenle çalışmamızda *Negatif Etki* ve *Pozitif Değer* boyutlarının yaşam kalitesi ölçümünde dünyada en yaygın kullanılan ve altın standart olarak değerlendirilen SF-12 Sağlık Anketi ve EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) ile korelasyonu, yine hem psikolojik iyilik hali hem de depresyonun ölçülmesinde yaygın kullanılan WHO-5 İyilik Durumu İndeksi ile korelasyonu incelenmiştir.

Negatif Etki ve *Pozitif Değer* boyutlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile korelasyonuna bakılmıştır.

Kriter geçerliğine ilişkin bulgular Tablo 4.6'da verilmiştir. Bakım verenlerin ZBI ortalama puanı 21,93'tür; ZBI ve *Negatif Etki* arasında orta düzeyde pozitif ilişki, *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* arasında negatif zayıf ilişki mevcuttur.

Bakım verenlerin SF12PCS ve SF12MCS alt boyutlarından aldıkların puan ortalaması sırası ile 51,21 ve 44,14'tür. EUROHIS ortalama puanı ise 43,48'dir. SF12PCS, SF12MCS ve EUROHIS *Negatif Etki* boyutu ile orta düzeyde negatif, *Pozitif Değer* boyutu ile zayıf düzeyde pozitif ilişki göstermiştir. SF12PCS ve EUROHIS *Destek Kalitesi* arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki mevcuttur, bununla birlikte SF12MCS ve *Destek Kalitesi* arasında ilişki bulunmamaktadır.

WHO-5 İyilik Durumu İndeksi ortalama puanı 54,72 olup, WHO-5 ile *Negatif Etki* boyutu arasında negatif orta düzeyde, *Pozitif Değer* boyutu arasında pozitif zayıf düzeyde ilişki bulunurken, *Destek Kalitesi* boyutu ile ilişki göstermemiştir.

Algılanan çok boyutlu sosyal destek ortalama skoru 54,09'dur, sosyal destek ile *Negatif Etki* boyutu arasında negatif, *Pozitif Değer* boyutu arasında pozitif düşük düzeyde, *Destek Kalitesi* boyutu arasında pozitif orta düzeyde ilişki mevcuttur.

Tablo 4.6: Kriter Geçerliğine İlişkin Bulgular

	Mean ±*ss*	Min-Max	Negatif Etki	Pozitif Değer	Destek Kalitesi
Zarit Bakım Yükü Ölçeği	21.93±9.20	2-44	0.607***	-0.134	-0.161*
SF12 Sağlık Anketi					
SF12PCS	51.21±32.17	0-100	-0.582***	0.282***	0.224**
SF12MCS	44.14±27.57	0-100	-0.570***	0.254**	0.076
EUROHIS (WHOQOL-8.Tr)	43.48±13.25	10-80	-0.655***	0.314***	0.353***
WHO-5 İyilik Durumu Indeksi	54.72±18.4	12-100	-0.557***	0.190*	0.080
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	54.09±16.41	20-84	-0.262**	0.187*	0.432***

*P<0.01; **P<0.01; ***P<0.001

4.3.3. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulgular

Bilinen grup geçerliğine ilişkin bulgular Tablo 4.7'de sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi hastaya bakım verme süresi ve *Negatif Etki* skoru arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (r=0,373).

Hasta bakımında hiç destek almadığını söyleyen bakım verenlerin, destek alanlara göre, *Negatif Etki* skoru istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde daha yüksek (P<0,01), *Destek Kalitesi* skoru daha düşüktür (P<0,001). Kronik hastalığı olan bakım verenlerin, olmayanlara göre negatif etki skoru istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde daha yüksektir (P<0,001). Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık derecesi *Negatif Etki* skorlarını etkilemiştir. Tam bağımlı olan hastalara bakım verenlerin negatif etki skoru en yüksek iken, bunu ileri derecede bağımlı ve orta derecede bağımlı grup izlemiştir (P<0,01), (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulgular

	Negatif Etki	**Pozitif Değer**	**Destek Kalitesi**
Hastaya Bakım Vermede Destek Veren Varlığı	16.09±4.04	11.90±2.13	9.65±1.54
Evet	18.33±4.51	11.81±1.91	8.61±1.61
Hayır	t=3.335	t=0.258	t=4.124
	P= 0.001*	P= 0.796	**P= 0.000****
Kronik Hastalık varlığı	18.34±4.48	11.73±2.04	9.02±1.64
Evet	15.65±3.81	12.00±2.05	9.45±1.63
Hayır	t=4.155	t=0.850	t=1.674
	P= 0.000**	P= 0.396	P= 0.096
Barthel Grup	18.70±4.40	11.70±1.95	9.49±1.99
Tam bağımlı	17.35±4.35	11.96±2.09	9.22±1.55
İleri derece bağımlı	15.36±3.82	11.85±2.07	9.10±1.53
Orta derece bağımlı	F=7.586	F=0.189	F=1.629
	P= 0.001**#	P= 0.828	P= 0.552
Hastaya Bakım Verme Süresi	r= 0.373	r= -0.083	r= -0.003
	P=0.000	P=0.288	P=0.973

Anlamlı farklılık tam bağımlı-orta derecede bağımlı (P=0,001) ve ileri derecede bağımlı-orta derecede bağımlı grup (P=0,023) arasındadır. *P<0,01; **P<0,01

4.4. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda bakımverenlerin ölçekte yer alan ifadelere verdikleri yanıt ortalamaları Tablo 4.8'de, ölçeğin güvenirliğine ilişkin bulgular Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi, bakım verenlerin *"Negatif Etki"* boyutunda yer alan maddelerden aldıkları puan ortalaması 1,83 ve 2,63 arasında değişmektedir; bu boyutta en düşük puan madde 7 (*"Bakıcılık yapmak maddi zorluklara yol açıyor mu?")* ve en yüksek puan madde 5'ten *("Bakım vermenin fiziksel sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi var mı?"*) elde edilmiştir.

Bakım verenlerin *"Pozitif Değer"* boyutunda yer alan maddelerden aldıkları puan ortalaması 2,49 ve 3,56 arasında değişmektedir; bu boyutta en düşük puan madde 14 *("Bakıcı olarak başkalarının sizi takdir ettiğini düşünüyor musunuz?*") ve en yüksek puan madde 12'den (*"Bakımını üstlendiğiniz kişi ile iyi bir ilişkiniz var mı?")* elde edilmiştir.

Bakım verenlerin *"Destek Kalitesi"* boyutunda yer alan maddelerden aldıkları puan ortalaması 1,80 ve 2,91 arasında değişmektedir; bu boyutta en düşük puan madde 13 (*"Sağlık ve sosyal hizmetlerden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?")* ve en yüksek puan madde 11'den (*"Aileniz tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?")* elde edilmiştir. Alt ölçek ortalama puanları *"Negatif Etki"* boyutunda 16,97, *"Pozitif Değer"* boyutunda 11,87 *ve "Destek Kalitesi"* boyutunda 9,24'tür.

Tablo 4.8. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinde Yer Alan İfadelere Verilen Yanıtların Ortalama Değerleri

Negatif Etki	**Ort±ss**
Madde 3. Bakım vermeyi çok zorlayıcı mı buluyorsunuz?	2.43±0.75
Madde 4. Bakım vermek, arkadaşlarınız ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?	2.35±0.77
Madde 5. Bakım vermenin fiziksel sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi var mı?	2.63±0.85
Madde 6. Bakım vermek, aileniz ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?	2.43±0.77
Madde 7. Bakıcılık yapmak maddi zorluklara yol açıyor mu?	1.83±0.64
Madde 8. Kendinizi bakıcı rolünüzde kapana kısılmış hissediyor musunuz?	2.54±0.85
Madde 15. Bakım vermenin duygusal durumunuz üzerinde olumsuz bir etkisi var mı?	2.62±0.76
Total	16.97±4.36
Pozitif Değer	
Madde 2. Bakıcı olarak iyi başa çıkabildiğinizi düşünüyor musunuz?	2.82±0.70
Madde 10. Bakım vermeyi değerli buluyor musunuz?	3.00±0.76
Madde 12. Bakımını üstlendiğiniz kişi ile iyi bir ilişkiniz var mı?	3.56±0.59
Madde 14. Bakıcı olarak başkalarının sizi takdir ettiğini düşünüyor musunuz?	2.49±0.67
Total	11.87±2.04
Destek Kalitesi	
Madde 1. Genel olarak, bakım verici rolünüzde yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?	2.40±0.56
Madde 9. Arkadaşlarınız ve/veya komşularınız tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?	2.14±0.50
Madde 11. Aileniz tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?	2.91±0.72
Madde 13. Sağlık ve sosyal hizmetlerden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	1.80±0.56
Total	9.24±1.64

Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı *"Negatif Etki"* boyutunda 0,91, *"Pozitif Değer"* boyutunda 0,72 ve *"Destek Kalitesi"* boyutunda 0,63'tür. Tabakalı alfa güvenirlik katsayısı 0,80, ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach alpha katsayısı ise 0,71'dir (Tablo 4.9). Test-retest ICC değeri *"Negatif Etki"* boyutu için 0,96, *"Pozitif Değer"* boyutu için 0.84 ve *"Destek kalitesi"* boyutu için 0,73 olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (COPE) Güvenirliğine İlişkin Bulgular

	Cronbach α	McDonald Ω	ICC	Madde sayısı
Negatif Etki	0.91	0.92	0.96	7
Pozitif Değer	0.72	0.76	0.84	4
Desteğin Kalitesi	0.63	0.75	0.73	4
Test bütünü için α	0.71			
Tabakalı α	0.80			

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular *"Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması"* ve *"Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması"* olmak üzere iki ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu başlık altında çalışma bulguları *"Faktör Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması", "Kriter Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması"* ve *"Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması"* olmak üzere üç alt başlıkta ele alınmıştır.

5.1.1. Faktör Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışmada Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin 3 faktörlü yapı gösterdiği DFA analizi ile doğrulanmıştır. DFA analizinde 3 ilişkili faktör modele (kuramsal model) ait uyum-uyumsuzluk indeksleri (χ^2/sd=2,67, CFI= 0,99, TLI= 0,99, RMSEA= 0,09, SRMR=0,10) ilişkisiz 3 faktör ve tek faktör modele göre daha iyi bulunmuştur (Tablo 4.3).

χ^2/sd değerinin <5 olması veri-model uyumunun "kabul edilebilir" olduğunu (Meydan ve Şeşen, 2015). Kline'na göre (2015), örneklem küçük olduğunda ise ≤2,5 olması "mükemmel" olduğunu gösterir. Mevcut çalışma 165 bakım verende tamamlandığından çalışmada elde edilen χ^2/sd değeri "mükemmel" olarak kabul edilebilir (Hair vd., 2019). Çalışmamızda CFI ve TLI değerleri sınır değer olarak kabul edilen 0,90'ı aşmıştır (Hu ve Bentler, 1999; Fan vd., 2016; Hair vd., 2019; Çokluk vd., 2023). RMSEA ve SRMR için kabul edilebilir sınır değer <0,08'dir (Schumacvker ve Lomax 2010; Hair vd., 2019; Çokluk vd., 2023), Kline (2015) SRMR değerinin 0,10'dan küçük olması gerektiğini belirtir. Çalışmadan elde edilen RMSEA ve SRMR değerleri bu değerlerin hafifçe dışındadır. Yine de diğer uyum katsayıları dikkate alındığında 3 faktörlü kavramsal modelin uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

Pearson's korelasyon katsayısına alternatif olarak kullanılan Polikorik Korelasyon Katsayısı normal dağılımlı, sürekli sıralı değişkenlerin ilişkisinin ölçüsünü gösterir ve değeri -∞ ile +∞ arasında değişir (Choi, Peters ve Mueller, 2010). Çalışmamızda alt boyutlarda yer alan maddelerin polikorik korelasyon katsayıları *Pozitif Değer* boyutunda 0,64-0,86, *Negatif Etki* boyutunda 0,09-0,72 ve *Desteğin Kalitesi* boyutunda -0,02-0,77 arasındadır (Şekil 4.1).

Mevcut çalışmada *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Desteğin Kalitesi* alt boyutlarında yer alan maddelerin regresyon ağırlıkları Streiner ve Norman tarafından (2003) önerilen sınır değer olan 0,30'u aşmıştır (Şekil 4.2 ve Tablo 4.4). Bu da alt boyutlar altında yer alan ifadelerin kendi yapıları ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin geliştirilmesinde temel alınan kavramsal çerçeve "bakım vermenin olumlu ve olumsuz yönleri olan tek boyutlu psikolojik bir deneyim olduğu"dur (McKee vd., 2003). Ancak, önceki araştırmalar, bizim çalışma sonucumuza benzer şekilde bakım verme rolüne ilişkin olumlu ve olumsuz değerlendirmelerin büyük ölçüde bağımsız olduğunu (Rapp ve Chao, 2000; McKee vd., 2003; Balducci vd. 2008) ve bakım memnuniyetinin bakım vermenin stresli ve olumsuz yönlerinden bağımsız olarak var olabileceğini göstermiştir (López, López-Arrieta ve Crespo, 2005). Bu bulgular, tutumsal ikirciklilik kavramı üzerine yapılan çalışmalar ile (Conner ve Armitage, 2008) iyi uyuşmaktadır; bu araştırmalar, bir tutum nesnesine karşı hem olumlu hem de olumsuz tutumlara sahip olmanın, birinin o tutum nesnesine karşı, açıkça olumlu veya açıkça olumsuz tutumlara sahip bir bireye göre nasıl davranacağı üzerinde etkileri olduğunu göstermiştir (Armitage ve Conner, 2004).

Mevcut çalışmada *Negatif Etki-Pozitif Değer* boyutları arasında negatif zayıf (r=-0,31), *Negatif Etki-Desteğin Kalitesi* boyutları arasında negatif zayıf (r=- 0,25) ve *Pozitif Değer-Desteğin Kalitesi* boyutları arasında pozitif güçlü (r=0,72) ilişki mevcuttur (Tablo 4.4). Kline'a göre (2015) bir ölçekte bulunan faktörler arasındaki korelasyon 0,10'un üzerinde ve 0,85'in altında olmalıdır. Faktörler arasındaki korelasyon değerlerinin çok yüksek çıkması ölçeğin ayrım geçerliliğinin olmadığını gösterir (Marsh ve Hocevar, 1988). Mevcut çalışmada *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutları arasındaki korelasyonun Kline (2015) tarafından önerilen sınırlar içinde olduğu görülmüştür. Bu durum, *Negatif Etki, Pozitif Değer ve Destek Kalitesi* alt boyutlarının birbiri ile ilişkili, ancak farklı yapılar olduğunu

göstermektedir.

Tablo 4.5'de yakınsak ve ıraksak geçerlik sonuçları verilmiştir. Maddelerin ait oldukları faktördeki ağırlıkları yeterince yüksekse, yani faktörler kendi maddelerince iyi açıklanıyorsa, yakınsak geçerlik; maddeler ait oldukları faktörlerden başka faktörlerle düşük ilişkilere sahiplerse, yani faktör kendisine ait olmayan maddelerle açıklanmıyorsa, bu durumda ıraksak geçerlik yüksek anlamına gelmektedir. Yakınsak geçerliği standart regresyon ağırlıklarının (λ) >.50, yapı güvenirlik katsayısının (ω) > .70 olması, bir faktörde açıklanan ortalama varyansın (AVE) > .50 ve (ω) > AVE'den büyük olmasıyla değerlendirilmektedir (Hair vd., 2019). Buna göre, Tablo 4.5 incelendiğinde alt boyutların güvenirlik katsayılarının .78 ile .92 arasında olduğu görülmektedir. Ayrıca maddelerin faktör yükleri .40'tan yüksektir. Tüm boyutlar için ω'lerin AVE'lerden daha büyük olduğu görülmektedir. Bu indeksler yakınsak geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

Iraksak geçerlik için "bir faktörün ilişkili olduğu diğer faktörlerle korelasyonlarının en büyüğünün karesinin (MSV)" AVE'nin karekökünden küçük olması; ayrıca her bir faktör için √AVE'nin diğer faktörlerle korelasyonlarının mutlak değerlerinden daha büyük olması istenmektedir. Ayrıca farklı faktörlerde yer alan maddeler arasındaki korelasyonların aynı faktörde yer alan maddeler arasındaki korelasyonlara oranı olarak tanımlanan Heterotrait-Monotrait korelasyonlar (HTMT) ve düzeltilmiş Heterotrait-Monotrait korelasyonların (HTMT2) .85'ten büyük olması istenmektedir. Buna göre, MSV'ler AVE'lerin karekökünden düşüktür. Benzer şekilde, Karekök AVE'ler faktörler arası korelasyonların mutlak değerlerinden daha büyüktür. Bununla birlikte, pozitif değer ile desteğin kalitesi arasındaki HTMT2 korelasyonu .85'ten büyükken; negatif etkinin diğer faktörlerle arasındaki HTMT2 korelasyonlar kesme puanlarının altındadır. Bu sonuçlar COPE ıraksak geçerliğine ilişkin kanıtların kısmen sağlandığına işaret etmektedir.

Sonuç olarak mevcut çalışmada, DFA analizinde elde edilen faktörlerin uyum-uyumsuzluk indeksleri, regresyon katsayıları, faktörler arasındaki ilişki ve yakınsak-ıraksak geçerlik bulguları bütün olarak değerlendirildiğinde Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin 3 boyutlu faktör yapısına sahip olduğu ve geçerli bir ölçek olduğu söylenebilir.

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin faktör yapısının incelendiği çalışmaların biri hariç (Moholt vd., 2018), tamamında açımlayıcı faktör analizi (AFA) kullanılmıştır.

McKee vd. tarafından 2003 yılında geliştirilen ve 17 ifade içeren Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin ilk geçerlik çalışması 5 Avrupa ülkesinden (İngiltere, İsveç, İtalya, Polonya, Yunanistan) 65 yaş üzerindeki bireylere fiziksel, emosyonel, domestik ya da finansal destek sağlayan 577 informal bakım verici üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada indeksin faktör yapısı AFA ile incelenmiş ve varyansın %52,1'ini açıklayan üç faktör bulunmuştur. *Negatif Etki* olarak isimlendirilen ve varyansın %33,7'sini açıklayan ilk faktöre 8 ifade; *Pozitif Değer* olarak isimlendirilen ve varyansın %11,2'sini ikinci faktöre 6 ifade ve *Destek Kalitesi* olarak isimlendirilen varyansın %7,2'sini açıklayan faktöre 4 ifade girmiştir. Ayrı ayrı ülke örneklemlerinde yapılan AFA'da *Negatif Etki* boyutuna giren maddelerin genel olarak ortak olduğu, buna karşın *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* alt boyutlarına giren maddelerin ülkeler arasında farklılık gösterdiği, güvenirlik analizinde de *Negatif Etki* boyutunun Cronbach alpha değerinin 0,83, *Pozitif Değer* boyutunun Cronbach alpha değerinin 0,67 olduğu saptanmış, *Destek Kalitesi* boyutu için ise kabul edilebilir Cronbach alpha değeri elde edilememiştir. Bu verilere dayanarak indeksin *Negatif Etki ve Pozitif Değer* olmak üzere 15 ifade ve iki alt faktörden oluşmasının daha uygun olacağına karar verilmiş; *Negatif Etki* boyutunda "Bakım vermeyi çok zorlayıcı mı buluyorsunuz?", "Bakım vermek, arkadaşlarınız ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Bakım vermenin fiziksel sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi var mı?", "Bakım vermek, aileniz ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Kendinizi bakıcı rolünüzde kapana kısılmış hissediyor musunuz?", "Bakım vermenin duygusal durumunuz üzerinde olumsuz bir etkisi var mı?" ifadelerinin; *Pozitif Değer* boyutunda ise "Bakıcı olarak iyi başa çıkabildiğinizi düşünüyor musunuz?", "Bakım vermeyi değerli buluyor musunuz?", "Aileniz tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?", "Bakımını üstlendiğiniz kişi ile iyi bir ilişkiniz var mı?" ve "Bakıcı olarak başkalarının sizi takdir ettiğini düşünüyor musunuz?" ifadelerinin yer almasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır. Ayrıca, destek kalitesini değerlendiren üç ifadenin ve finansal zorlukları değerlendiren bir ifadenin revize indekste çıkarma yapmadan tutulmasına karar verilmiştir.

Balducci vd. (2008) Almanya, İsveç, İngiltere, İtalya, Polonya ve Yunanistan'tan yaşlı bireylerin informal bakıcılarından oluşan örneklemde yaptığı çalışmada, çalışma grubunun bütününde (N=5640) yapılan AFA'da ölçeğin toplam varyansın %51,2'sini açıklayan üç faktörlü yapı gösterdiği, *Negatif Etki* alt boyutunun varyansın %23,6'sını, *Pozitif Değer* boyutunun varyansın %14'ünü ve *Destek Kalitesi* boyutunun varyansın %13,6'sını açıkladığı bildirilmiştir. *Negatif Etki* boyutunda "Bakım vermeyi çok zorlayıcı mı buluyorsunuz?", "Bakım vermek, arkadaşlarınız ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Bakım vermenin fiziksel sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi var mı?", "Bakım vermek, aileniz ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Kendinizi bakıcı rolünüzde kapana kısılmış hissediyor musunuz?", "Bakım vermenin duygusal durumunuz üzerinde olumsuz bir etkisi var mı?" ve "Bakıcılık yapmak maddi zorluklara yol açıyor mu?" ifadeleri; *Pozitif Değer* boyutunda "Bakıcı olarak iyi başa çıkabildiğinizi düşünüyor musunuz?", "Bakım vermeyi değerli buluyor musunuz?", "Bakımını üstlendiğiniz kişi ile iyi bir ilişkiniz var mı?" ve "Bakıcı olarak başkalarının sizi takdir ettiğini düşünüyor musunuz?" ifadeleri ve *Destek Kalitesi* boyutunda "Genel olarak, bakım verici rolünüzde yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?", "Sağlık ve sosyal hizmetlerden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?", "Aileniz tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?" ve "Arkadaşlarınız ve/veya komşularınız tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?" ifadeleri yer almıştır.

İlk validasyon çalışmasında olduğu gibi (McKee vd., 2003), yine altı ülkeden çok daha geniş bir örneklemde tekrarlanan Balducci vd. çalışmasında da (2008), *Negatif Etki* boyutunda aynı maddelerin kümelendiği, *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* alt boyutlarına giren maddelerin ülkelere göre bazı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır.

Moholt vd çalışmasında (2018) Norveç'te 65 yaş üzerindeki bireylerin informal bakım verenlerinde (N=430) yaptıkları çalışmada örneklem ikiye bölünerek bir grupta AFA, diğer grupta DFA yapılmıştır. AFA'da varyansın %58'ini açıklayan üç faktör bulunmuş; *Negatif Etki* olarak isimlendirilen faktör 1 varyansın %37,1'ini, *Destek Kalitesi* olarak isimlendirilen faktör 2 varyansın %13,3'ünü ve *Pozitif Değer* olarak isimlendirilen faktör 3 varyansın %7,6'sını açıklamıştır. *Negatif Etki* boyutunda "Bakım vermeyi çok zorlayıcı mı buluyorsunuz?", "Bakım vermek, arkadaşlarınız ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Bakım vermenin

fiziksel sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi var mı?", "Bakım vermek, aileniz ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Kendinizi bakıcı rolünüzde kapana kısılmış hissediyor musunuz?", "Bakım vermenin duygusal durumunuz üzerinde olumsuz bir etkisi var mı?" ifadeleri; *Destek Kalitesi* boyutunda "Genel olarak, bakım verici rolünüzde yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?", "Sağlık ve sosyal hizmetlerden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?", "Aileniz tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?", "Arkadaşlarınız ve/veya komşularınız tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?" ve "Bakıcı olarak başkalarının sizi takdir ettiğini düşünüyor musunuz?" ifadeleri; *Pozitif Değer* boyutunda ise "Bakıcı olarak iyi başa çıkabildiğinizi düşünüyor musunuz?", "Bakım vermeyi değerli buluyor musunuz?", "Bakımını üstlendiğiniz kişi ile iyi bir ilişkiniz var mı?" ve "Bakıcılık yapmak maddi zorluklara yol açıyor mu??" ifadeleri yer almıştır. Yapılan DFA analizinde tek faktörlü ve iki faktörlü yapıya göre AFA'da ortaya çıkan üç faktörlü yapının en iyi uyum indekslerine sahip olduğu belirlenmiştir (RMSEA=0,050, CFI= 0,951, TLI= 0,939) (Moholt vd., 2018).

Son olarak Macaristan'da 731 kişide yapılan çalışmada (Bagyura vd., 2024) olguların yaklaşık yarısını halihazırda bakım verenler, kalan yarısını ise bakım verme rolü tamamlanan bireyler oluşturmuş, veri toplama araçları online platformda doldurtulmuştur. Çalışma grubunun bütününde yapılan AFA'da ölçeğin toplam varyansın %53,6'sını açıklayan üç faktörlü yapı gösterdiği, *Negatif Etki* alt boyutunun varyansın %24,5'ini, *Destek Kalitesi* boyutunun varyansın %13,7'sini ve *Pozitif Değer* boyutunun varyansın %15,4'ünü açıkladığı bildirilmiştir. *Negatif Etki* boyutunda "Bakım vermeyi çok zorlayıcı mı buluyorsunuz?", "Bakım vermek, arkadaşlarınız ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Bakım vermenin fiziksel sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi var mı?", "Bakım vermek, aileniz ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?", "Kendinizi bakıcı rolünüzde kapana kısılmış hissediyor musunuz?", "Bakım vermenin duygusal durumunuz üzerinde olumsuz bir etkisi var mı?" ve "Bakıcılık yapmak maddi zorluklara yol açıyor mu?" ifadeleri; *Destek Kalitesi* boyutunda "Genel olarak, bakım verici rolünüzde yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?", "Sağlık ve sosyal hizmetlerden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?", "Aileniz tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?" ve "Arkadaşlarınız ve/veya komşularınız tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?" ifadeleri, *Pozitif Değer*

boyutunda ise "Bakıcı olarak iyi başa çıkabildiğinizi düşünüyor musunuz?", "Bakım vermeyi değerli buluyor musunuz?", "Bakımını üstlendiğiniz kişi ile iyi bir ilişkiniz var mı?" ve "Bakıcı olarak başkalarının sizi takdir ettiğini düşünüyor musunuz?" ifadeleri yer almıştır. Halihazırda bakım verenler ve bakım verme görevini tamamlananlarda ayrı ayrı AFA yapıldığında *Negatif Etki* faktörüne giren ifadeler aynı kalırken, *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutlarına giren ifadeler birbirinden farklılık göstermiş, bu nedenle çalışmanın başka bir örneklem grubunda tekrarlanması gerektiği belirtilmiştir (Bagyura vd., 2024).

Yapılan çalışmaların sonuçları bütün olarak değerlendirildiğinde, farklı ülkelerde negatif etki ve pozitif değer bileşenlerinin bakım vermede ortak kültürler arası deneyimler olduğu görülmektedir; negatif etki alt ölçeği pozitif değer ölçeğinden daha iyi iç tutarlılık ve ölçüt (kriter) geçerliliği göstermektedir. Bunun olası bir nedeni, bakım vermenin negatif etkilerinin kültürel olarak daha yaygın ve spesifik olması, bakım vermenin pozitif değerlerinin ise daha bireysel olması ve kültürel çeşitlilik göstermesidir (McKee vd., 2003). Buna göre, demanslı veya yaşlı bireylere bakım veren aile üyelerinin sıkıntı, hayal kırıklıklarının ve bakım vermenin negatif etkilerinin benzer olduğu, ancak bakım ile ilişkili pozitif değerin bakım veren-hasta ilişkisi, bakıma ilişkin özel koşullar vb gibi nedenlerle de farklılık göstereceği düşünülebilir. Ancak mevcut çalışmada bakım veren-bakım alan arasındaki ilişkinin kalitesinin bakım yükünü etkileyip etkilemediği incelenmediği için bu konuda kesin yargıya varmak güçtür. Yine bakım veren olmaya atfedilen değer kültürden kültüre farklılık gösterebilir, bu da bakım vermenin pozitif yönünü etkileyebilir, gelecekte bu konular ile ilgili yapılacak çalışmalar bu soruların aydınlatılmasında yardımcı olabilir.

5.1.2. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kriter geçerliğine ilişkin bulgular Tablo 4.6'da verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, çalışmamızda bakım verenlerin ZBI'den aldıkları ortalama puan yüksek derecede bakım yükü yaşadıklarını göstermektedir. ZBI ile *Negatif Etki* arasındaki orta düzeyde pozitif, *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* arasında zayıf düzeyde negatif ilişki beklenen yöndedir. Bu bulgu ZBI ve Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin tam olarak aynı şeyleri ölçmediğini, ancak ilişkili yönlerinin ortak olduğunu, *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutlarına kıyasla, *Negatif Etki* boyutundaki maddelerin ZBI'de yer alan ifadeler ile daha çok benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda SF12 ve EUROSHIS ortalama puanları bakım verenlerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Yaşam Kalitesi ölçekleri ile özellikle *Negatif Etki* boyutu arasındaki ilişki bakım vermenin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu çalışma sonuçları ile uyumludur (Balduchi vd., 2008; Ribé vd., 2018). Çalışma sonucumuza benzer şekilde Balduchi vd çalışmasında da (2008) SF-36 ile *Negatif Etki* arasında orta düzeyde negatif, *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* arasında düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur.

WHO-5 İyilik Durumu İndeksi hem psikolojik iyilik halinin (Eser vd., 2010) hem de depresyonun değerlendirilmesinde (Topp vd., 2015) kullanılmaktadır, puan arttıkça iyilik hali ve depresyon azalır. Çalışmamızda WHO-5 puanı ile *Negatif Etki* boyutu arasında negatif orta düzeyde, *Pozitif Değer* boyutu arasında ise pozitif zayıf düzeyde ilişki mevcuttur. Sonuçlarımız daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumludur (McKee vd., 2003; Balduchi vd., 2008; Moholt vd., 2018).

Ayrıca McKee vd. (2003) anksiyete, depresyon, uykusuzluk, sosyal disfonksiyon, somatik semptomlar ile *Negatif Etki* arasında pozitif, *Pozitif Değer* arasında negatif anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır. Balducci vd., (2008) çalışmasında sosyal kısıtlanma, davranışsal ve instrumental stresörler ile *Negatif Etki* boyutu arasında pozitif, *Pozitif Değer* boyutu arasında negatif ilişki olduğunu göstermişlerdir. Moholt vd. ise (2018) sosyal kısıtlanma ile *Negatif Etki* arasında pozitif, *Pozitif Değer* arasında negatif ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Daha önce yapılan çalışmalarda (McKee vd., 2003; Balduchi vd., 2008; Moholt vd., 2018) bakım verenlerin *Negatif Etki* skoru mental sağlık ve yaşam kalitesi ile *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutundan daha güçlü ilişki göstermiştir, bizim çalışmamızda bu sonucu destekler niteliktedir. Evde yaşayan demanslı hastaların bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada da yüksek düzeydeki psikolojik iyilik hali daha düşük düzeydeki bakım yükü ve daha yüksek düzeyde yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Lethin vd., 2017).

5.1.3. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışmada hastaya bakım verme süresi arttıkça *Negatif Etki* ortalama skoru artmış (r=0,373); *Negatif Etki* ve *Destek Kalitesi* boyutlarından alınan skorların bakım vermede destek alan ve almayanları ayırt edebildiği görülmüş, bakım verme işini tek başına yapan bakım verenlerin öngörüldüğü şekilde *Negatif Etki* skoru daha yüksek (P<0,01), *Destek Kalitesi* skoru daha düşük (P<0,001) bulunmuştur. Bakım verenlerde kronik hastalığın varlığı *Negatif Etki* skorunun artmasına neden olmuştur (P<0,001). Son olarak *Negatif Etki* Barthel İndeksi ile değerlendirilen bağımlılık durumuna göre gruplanan hastalarda farklılık göstermiş; bağımlılık derecesi arttıkça negatif etki skoru istatistiksel anlamlı fark gösterecek şekilde artmıştır (P<0,01), (Tablo 4.7).

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin ayırd edici geçerliği çalışılmamıştır. Bununla birlikte bazı çalışmalardan elde edilen bulgular ölçeğin ayırd edici geçerliği ile ilişkilendirilebilir. Örneğin; Wang vd (2018) çalışmasında bakım vermede destek olan başka birinin olmaması ve hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık derecesinin bakım yükünü etkilediği, Ringer vd. çalışmasında ise (2016) günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık derecesinin bakım yükünü etkilediği rapor edilmiştir. Benzer şekilde Moholt vd. (2018) hastanın bakım ihtiyacı arttıkça *Negatif Etki* skorunun arttığını rapor etmişlerdir.

Bazı çalışmalarda (McKee vd., 2003; Balduchi vd., 2008; Moholt vd., 2018; Johansson vd., 2022) bireylerin daha kötü sağlık algısı ile *Negatif Etki* arasında pozitif, *Pozitif Etki* ve *Destek Kalitesi* arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bir başka ifade ile sağlık algısı ile *Negatif Etki* ve *Pozitif Değer* arasında çift yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre, bakım vermenin negatif etkisi ile bireylerin sağlık durumu bozulabilir, aynı zamanda sağlığı daha kötü olan bakım vericiler bakımın negatif yönlerinden daha fazla etkilenebilirler ve bakımın pozitif değerini daha düşük algılayabilirler. Johansson vd., (2022) bakım yılı arttıkça negatif etkinin arttığını ve pozitif değerin azaldığını bulmuşlardır.

Ülkemizde Alzheimerlı hastalara bakım veren yaş ortalaması 45,1 ve çoğunluğu kadın olan 154 bakım verende Zarit Bakım Yükü Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada (Bölüktaş, 2021) bakım vermede destek verecek birinin olmaması, günlük bakım verme süresinin uzun olması, hastanın yürüme/hareket, boşaltım ve hijyeni

içeren günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık derecesinin fazla olması bakım yükünü birlikte etkileyen en önemli bağımsız değişkenler olarak öne çıkmıştır.

Mevcut bulgular literatür ile de kıyaslandığında, Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi alt boyutlarından özellikle *Negatif Etki* boyutunun ayırt edici geçerliğinin yeterli olduğu sonucuna varılmıştır. Destek Kalitesi alt boyutunun ayırt edici geçerliği ise kabul edilebilir düzeydedir.

5.2. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçüm aracında bulunması gereken temel özelliklerden olan güvenirlik, ilgili araç ile yapılan değerlendirmelerden elde edilen sonuçların tesadüfi hatalardan arınık olma derecesinin göstergesidir (Kula Kartal ve Mor Dirlik, 2016).

Çalışmamızda Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin güvenirliği iç tutarlılık ile incelenmiş, bu amaçla Cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Ek olarak tabakalı alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır.

Çalışmamızda *Negatif Etki* boyutu Cronbach alpha değeri 0,91, *Pozitif Değer* boyutu Cronbach alpha değeri 0,72 ve *Destek Kalitesi* boyutu Cronbach alpha değeri 0,63'tür (Tablo 4.9). Bu durum *Negatif Etki* boyutunun mükemmel derecede güvenilir (Nunnally ve Bernstein, 1994), *Pozitif Değer* boyutunun kabul edilebilir düzeyde güvenilir olduğunu (Nunnally ve Bernstein 1994; Todd ve Bradley, 1994) göstermektedir. *Destek Kalitesi* boyutundan elde edilen Cronbach alpha güvenirlik katsayısı sınır değer olan 0,70 altında bulunmuştur. Kline (2015) madde sayısı düşük ölçeklerde, 0,50-0,70 arasında, bir başka ifade ile sınır değer olan 0,70 altında, ancak 0,50 üzerinde olan güvenirlik katsayının kabul edilebileceğini belirtmiştir. Bu nedenle *Destek Kalitesi* alt boyutunun iç tutarlılık katsayısının kabul edilebilir olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda maddeler tabakalar içinde gruplandığından ve her tabaka içindeki maddeler de bir beceri ya da içerik alanıyla ilişkili olduğundan Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin tabakalı olduğu kabul edilerek tabakalı alfa güvenirlik katsayısı da incelenmiş ve bulunan 0,80 değerinin tatmin edici düzeyde olduğu kabul edilmiştir.

McKee vd. tarafından yapılan çalışmada (2003) ölçek iki faktörlü yapı göstermiş; *Negatif Etki* ve *Pozitif Değer* boyutları için Cronbach alpha değerleri 0,84 ve 0,67;

İsveç'te demanslı hastalara bakım veren eşlerde yapılan çalışmada (N:163) ölçek *Negatif Etki* ve *Pozitif Değer* olarak iki boyutta ele alınmış ve Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,82 ve 0,70 bulunmuştur (Johansson vd., 2022). Finlandiya'da engelli bireylere bakım veren 1117 kişide yapılan çalışmada Cronbach alpha güvenirlik katsayıları *Negatif Etki* ve *Pozitif Değer* boyutları için sırasıyla 0,83 ve 0,66 olarak bildirilmiştir (Juntunen vd., 2017)

Moholt vd.nin Norveç'te yaptığı çalışmada (2018) *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutlarının Cronbach alpha değerleri sırası ile 0,86, 0,64 ve 0,76, ve Macaristan'da yaşlılara bakım veren 731 kişide yapılan çalışmada 0,86, 0,63 ve 0,67 olarak bulunmuştur (Bagyura vd., 2024). Son olarak Balducci vd. (2008) Almanya, İsveç, İngiltere, İtalya, Polonya ve Yunanistan'tan toplam 5923 yaşlı bakıcısını dahil ettiği çalışmada Cronbach alpha değeri ortalama olarak *Negatif Etki* boyutu için 0,83, *Pozitif Değer* boyutu için 0,64 ve *Destek Kalitesi* boyutu için 0,66 bulunmuştur.

Mevcut çalışmada *Negatif Etki* boyutunda elde edilen Cronbach alpha değerleri diğer çalışmalara göre daha yüksek, *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutlarından elde edilen Cronbach alpha değerleri diğer çalışmalara benzerdir. Tüm çalışmalar global olarak değerlendirildiğinde *Negatif Etki* boyutunun Cronbach alpha değerinin daha yüksek olduğu ve çalışmalarda birbirine yakın değerler elde edildiği görülmektedir; *Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* alt boyutlarında genel olarak tüm çalışmalarda daha düşük Cronbach alpha değerleri elde edilmiştir.

Test-retest analizinde ICC değeri *"Negatif Etki"* boyutu için 0,96, *"Pozitif Değer"* boyutu için 0,84 ve *"Destek Kalitesi"* boyutu için 0,73 olarak bulunmuştur (Tablo 4.9); bu sonuçlar Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinde yer alan üç boyutun da test- retest güvenirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Portney ve Watkins, 2000; Ko ve Li, 2016). Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği ile ilgili yapılan çalışmalardan yalnızca birinde (Moholt vd., 2018) test-retest korelasyon katsayısı incelenmiş ve korelasyon katsayıları bizim çalışmamıza benzer şekilde *"Negatif Etki"* boyutu için 0,91, *"Pozitif Değer"* boyutu için 0,92 ve *"Destek Kalitesi"* boyutu için 0,76 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak Cronbach alpha değeri ve test-retest sınıf içi korelasyon katsayıları dikkate alındığında Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin (Carers of Older People in Europe Index - COPE) Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Mevcut çalışmada Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin orijinal ölçeğe benzer şekilde *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* olmak üzere üç faktörlü bir yapıda olduğu doğrulanmış olup; x^2/sd değerinin 5'in altında olması, yanısıra CFI ve TLI değerlerinin 1'e yakın olması veri-model uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. RMSEA ve SRMR değerleri ise sınır değerin çok az üzerinde çıkmıştır (RMSEA= 0,09, SRMR=0,10).
- *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* alt boyutlarında bulunan tüm maddelerin faktör yükleri pozitif ve sınır değer olan 0,40'ın üzerindedir. Bu sonuç alt boyutlar altında yer alan ifadelerin kendi yapıları/faktörleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.
- *Negatif Etki-Pozitif Değer* boyutları arasında negatif zayıf (r=- 0,31), *Negatif Etki-Desteğin Kalitesi* boyutları arasında negatif zayıf (r=- 0,25) ve *Pozitif Değer-Desteğin Kalitesi* boyutları arasında pozitif güçlü (r=0,72) ilişki mevcuttur. Boyutlar arasındaki korelasyon katsayılarının >0,10 ve <0,85 olması *Negatif Etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* alt boyutlarının birbiri ile ilişkili, ancak farklı yapılar olduğunu göstermektedir.
- Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi ile Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği, SF-12 Sağlık Anketi, The EUROHIS-QOL 8-item index, WHO-5 İyilik Durumu İndeksi ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında bulunan korelasyonlar kriter geçerliğini desteklemektedir.
- Bilinen grup geçerliğine yönelik yapılan incelemede hastaya günlük bakım verme saati arttıkça negatif etki skorunun arttığı, negatif etki ve destek kalitesi boyutlarından alınan skorların bakım vermede destek alan ve almayanları ayırt edebildiği görülmüş, bakım verenlerde kronik hastalığın varlığı negatif etki skorunun artmasına neden olmuş ve hastanın bakımda bağımlılık derecesi arttıkça negatif etki skoru artmıştır. Tüm bu bulgular bilinen grup geçerliğinin

göstergesidir.

- Çalışmamızda DFA sonuçları, kriter geçerliği ve bilinen grup geçerliğine ilişkin bulgular Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin ülkemizde informal bakımverenlerde kullanılabilecek geçerli bir ölçek olduğunu göstermektedir.
- *Negatif etki, Pozitif Değer* ve *Destek Kalitesi* boyutları için Cronbach alpha değeri sırası ile 0,91, 0,72 ve 0,63; test-retest ICC değeri 0,96, 0,84 ve 0,73 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar *Destek Kalitesi* boyutu dışında ölçeğin güvenilir ve zamana karşı stabil olduğunu göstermektedir.
- Tüm bu bulgulara dayanarak Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir:

Çalışmamızda geçerli ve güvenilir bulunan ölçek Alzheimerli hastalara informal bakım veren bireylerin bakım verme işlevinden nasıl etkilendiklerini değerlendirmek amacıyla başlangıç indeksi olarak kullanılabilir, böylece bakım verenlerin desteklenmeye ihtiyaç duydukları alanlar görülerek müdahale girişimleri yapılabilir.

İlk değerlendirmede negatif etki skoru yüksek çıkan bakım verenlerde, bakım vermenin mental sağlığa, günlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi bilindiğinden, bu parametrereler açısından daha detaylı olarak incelenme yapılmalıdır.

Bakım vermede destek almayan, kronik hastalığı olan bakım vericiler, fonksiyonel bağımlılığı fazla hastaya bakım verenler, yine gün içinde uzun saatler bakım verenler bakımın negatif etkilerinden daha fazla etkilenecekleri için yakından izlenerek değerlendirilmeli ve gerekirse müdahale çalışmaları yapılmalıdır.

Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksinin geçerlik ve güvenirliği, kanser hastaları, KOAH, kalp hastaları gibi bakım yükü fazla olan bireylere bakım veren aile üyelerinde de yapılmalıdır. Bu şekilde bakımın negatif yönünün global olarak ortaya çıkarılması ile büyük ölçekli girişimsel çalışmalar planlanabilir.

Bakım vermenin negatif etkilerinin evrensel olarak daha yaygın ve spesifik olduğu, bakım vermenin pozitif değerlerinin ise, bakım veren-bakım alan arasındaki ilişkinin kalitesi gibi, daha bireysel olduğu ve kültürel çeşitlilik gösterdiği bilinmektedir. Bununla birlikte mevcut çalışmada bakım veren-bakım alan arasındaki ilişkinin kalitesinin bakım yükünü etkileyip etkilemediği incelenmemiştir. Yine bakım veren olmaya atfedilen değer kültürden kültüre farklılık gösterebilir, bu da bakım vermenin

pozitif yönünü etkileyebilir, bu belirsizliklerin açığa çıkarılmasında gelecekte bu konular ile ilgili çalışmalar yapılması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

Adana, F., Ozvurmaz, S., & Mandiracioglu, A. (2022). Burden on caregivers of dementia patients and affecting factors in Turkey: A systematic review. JPMA. *The Journal of the Pakistan Medical Association, 72(*1), 108–114. https://doi.org/10.47391/JPMA.2168

Allen, A. P., Buckley, M. M., Cryan, J. F., Ní Chorcoráin, A., Dinan, T. G., Kearney, P. M., O'Caoimh, R., Calnan, M., Clarke, G., & Molloy, D. W. (2019). Informal caregiving for dementia patients: The contribution of patient characteristics and behaviours to caregiver burden. *Age and Ageing*, *49*(1), 52–56. https://doi.org/10.1093/ageing/afz128

Alpar, R. (2018). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik (5. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Altintas, E., Luyat, M., Gallouj, K., Hülür, G., & El Haj, M. (2024). Burden of family caregivers in Alzheimer's disease: The role of caregivers' perception of cognitive impairment. *Applied Neuropsychology. Adult*, 1–7. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2367102

Alzheimer's Association. (2021). 2021 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, *17*(3), 327–406. https://doi.org/10.1002/alz.12328. Erişim Tarihi: 15/03/2025.

Alzheimer's Disease Facts and Figures. (2024). *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, *20*(5), 3708–3821. https://doi.org/10.1002/alz.13809

Alzheimer Disease International. (2024). World Alzheimer Report 2024. https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf. Erişim Tarihi: 05/03/2025.

Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in europe yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. https://www.alzheimereurope.org/content/download/195515/1457520/file/FINAL%2005707%20Alzheimer%20Europe%20yearbook%202019.pdf. Erişim Tarihi: 15/03/2025.

Armitage, C. J., & Conner, M. (2004). The effects of attitudinal ambivalence on attitude-intention-behavior relations. In G. Haddock & G. R. Maio (Eds.), Contemporary

perspectives on the psychology of attitudes (pp. 121–143). Hove, England: Psychology Press.

Atlı, T., & Yiğit, S. (2021). Alzheimer Hastalığı. İçinde. Geriatri, Yaşlı Sağlığı ve Hastalıkları. Ülger Z, Erdinçler ÜD, Karan MA (Eds), Hipokrat Yayınevi, İstanbul. s. 701-709.

Babacan Yıldız, G., Yacı, Ö., Akça, Z. & Baral Kulaksızoğlu I. (2016). Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirliği. *Bezmiâlem Science, 4*(2), 60-64.

Badawoud, A. M., AlQadheeb, Y. K., AlZahrani, S. S., AlGhamdi, R. A., Alanazi, E. A., AlFozan, S. M., AlJafer, N. S., Asiri, I. M., & Alotaibi, F. M. (2023). The level of burden among caregivers of patients with Alzheimer's disease in Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4), 2864. https://doi.org/10.3390/ijerph20042864

Bagyura, M., McKee, K. J., Széman, Z., & Leleszi-Tróbert, A. M. (2024). The usability of the COPE Index in a Hungarian sample: Testing the reliability and component structure of the three subscales of the index. *Journal of Long-Term Care*, 322–333. DOI: https://doi.org/10.31389/ jltc.310

Balducci, C., Mnich, E., McKee, K. J., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., Wojszel, Z. B., Nolan, M., Prouskas, C., Bien, B., & Oberg, B. (2008). Negative impact and positive value in caregiving: Validation of the COPE Index in a six-country sample of carers. *The Gerontologist*, *48*(3), 276–286. https://doi.org/10.1093/geront/48.3.276

Bech, P., Gudex, C., & Staehr Johansen, K. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *Psychother Psychosom, 65,* 183-190.

Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *The Gerontologist*, *41*(5), 652-657.

Bennett, D. A., Schneider, J. A., Arvanitakis, Z., Kelly, J. F., Aggarwal, N. T., Shah, R. C., & Wilson, R. S. (2006). Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology, 66*(12), 1837–1844. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000219668.47116.e6

Bondi MW, Edmonds EC, Salmon DP. (2017). Alzheimer's disease: Past, present, and future. *Journal of the International Neuropsychological Society, 23,* (9-10):818-31.

Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F., & Heun, R. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251 Suppl 2,* II27–II31. https://doi.org/10.1007/BF03035123

Bozoğlu, E. (2021). Alzheimer Dışı Demanslar. İçinde. Geriatri, Yaşlı Sağlığı ve Hastalıkları. Ülger Z, Erdinçler ÜD, Karan MA (Eds), Hipokrat Yayınevi, İstanbul. s. 635-99.

Bölüktaş, P., R. (2021). Assessment of the burden among family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Turkish Journal of Geriatrics, 24*(2), 287-295. Doi: 0.31086/tjgeri.2021.225.

Brett, B. L., Gardner, R. C., Godbout, J., Dams-O'Connor, K., & Keene, C. D. (2022). Traumatic brain injury and risk of neurodegenerative disorder. *Biological Psychiatry, 91*(5), 498–507. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.05.025

Brewster, G. S., Wang, D., McPhillips, M. V., Epps, F., & Yang, I. (2024). Correlates of sleep disturbance experienced by informal caregivers of persons living with dementia: A systematic review. *Clinical Gerontologist, 47*(3), 380–407. https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2139655

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: Guilford Press.

Caamaño-Isorna, F., Corral, M., Montes-Martínez, A., & Takkouche, B. (2006). Education and dementia: A meta-analytic study. *Neuroepidemiology, 26*(4), 226–232. https://doi.org/10.1159/000093378

Cangur, S., & Ercan, I. (2015). Comparison of model fit indices used in structural equation modeling under multivariate normality. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 14*(1), 152-167. http://dx.doi.org/10.22237/jmasm/1430453580

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Caregiving for Family and Friends — A Public Health Issue. https://www.cdc.gov/healthy-aging-data/media/pdfs/caregiver-brief-508.pdf. Erişim Tarihi: 06/03/2025.

Cheng, S. T., Li, K. K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W., & Gallagher-

Thompson, D. (2020). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta- analysis. *Psychology and Aging*, *35*(1), 55–77. https://doi.org/10.1037/pag0000401

Choi, J., Peters, M. & Mueller, R.O. (2010). Correlational analysis of ordinal data: From Pearson's r to Bayesian polychoric correlation. *Asia Pacific Education Review, 11*, 459–466 (2010). https://doi.org/10.1007/s12564-010-9096-y

Cho, S. H., Woo, S., Kim, C., Kim, H. J., Jang, H., Kim, B. C., Kim, S. E., Kim, S. J., Kim, J. P., Jung, Y. H., Lockhart, S., Ossenkoppele, R., Landau, S., Na, D. L., Weiner, M., Kim, S., & Seo, S. W. (2021). Disease progression modelling from preclinical Alzheimer's disease (AD) to AD dementia. *Scientific Reports*, *11*(1), 4168. https://doi.org/10.1038/s41598-021-83585-3

Conner, M., & Armitage, C. J. (2008). Attitudinal ambivalence. In W. Crano & R. Prislin (Eds.), Attitudes and persuasion (pp. 211–286). Hove, England: Psychology Press.

Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., ve Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 35*(2), 250–258. https://doi.org/10.1002/gps.5244

Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *11*(3), 339-344. https://doi.org/ 10.5455/pmb.1-1322486024

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. & Büyüköztürk, Ş. (2023). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. 7. Baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Dadalto, E. V., & Cavalcante, F. G. (2021). The place of family caregivers for older adults with Alzheimer's disease: A literature review in Brazil and the United States. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciencia & Saude Coletiva*, *26*(1), 147–157. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020

de Araujo, E. L., & Lacerda, S. S. (2024). Psychosocial factors affected by burden in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, *18*, e20230115. https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2023-0115

Deli, D., Tsouvelas, G., Roukas, D., & Mentis, M. (2024). A systematic review of

depressive and anxiety symptoms in caregivers of dementia patients. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 10.22365/jpsych.2024.023. Advance online publication. https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.023

Diniz Pereira, J., Gomes Fraga, V., Morais Santos, A. L., Carvalho, M. D. G., Caramelli, P., & Braga Gomes, K. (2021). Alzheimer's disease and type 2 diabetes mellitus: A systematic review of proteomic studies. *Journal of Neurochemistry*, *156*(6), 753– 776. https://doi.org/10.1111/jnc.15166

Durazzo, T. C., Korecka, M., Trojanowski, J. Q., Weiner, M. W., O' Hara, R., Ashford, J. W., Shaw, L. M., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2016). Active cigarette smoking in cognitively-normal elders and probable Alzheimer's disease is associated with elevated cerebrospinal fluid oxidative stress biomarkers. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, *54*(1), 99–107. https://doi.org/10.3233/JAD-160413

Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *12*(1), 17-25.

Eser, E., Çevik, C., Baydur, H., Güneş, S., Esgin, T. A., Öztekin, Ç. S. & Özyurt, B. (2019). Reliability and validity of the Turkish version of the WHO-5, in adults and older adults for its use in primary care settings. *Primary Health Care Research & Development*, *20(*e100), 1-7. https://doi.org/10.1017/S1463423619000343

Eser, E., Lağarlı, T., Baydur, H., Akkurt, V., Akkuş, H., Arslan, E., Cengiz, E., Çiftçioğlu, G., Işık, H., Karabacak, H., Özkapud T., Özyıldırım, E., Soybaş, H., & Vural, O. (2010). EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 8*(3), 136-152.

Fan, Y., Chen, J., Shirkey, G., John, R., Wu, S. R., Park, H., & Shao, C. (2016). Applications of structural equation modeling (SEM) in ecological studies: An updated review. *Ecological Processes*, *5*, 1-12

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2019). *Multivariate Data Analysis.* Cengage Learning EMEA. https://bit.ly/3spPaHa

Haussmann, R., Ganske, S., Gruschwitz, A., Werner, A., Osterrath, A., Lange, J., Buthut, M., Donix, K. L., Linn, J., & Donix, M. (2018). Family history of Alzheimer's disease and subjective memory performance. *American Journal of Alzheimer's*

Disease and Other Dementias, *33*(7), 458–462. https://doi.org/10.1177/1533317518775033

Higginson, I. J., Gao, W., Jackson, D., Murray, J., & Harding, R. (2010). Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, *63*(5), 535–542. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.014

Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling: *A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55, https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Insel, P. S., Weiner, M., Mackin, R. S., Mormino, E., Lim, Y. Y., Stomrud, E., Palmqvist, S., Masters, C. L., Maruff, P. T., Hansson, O., & Mattsson, N. (2019). Determining clinically meaningful decline in preclinical Alzheimer disease. *Neurology*, *93*(4), e322–e333. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007831

Isik, A. T., Soysal, P., Solmi, M., & Veronese, N. (2019). Bidirectional relationship between caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: A narrative review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(9), 1326–1334.

Janoutová, J., Machaczka, O., Zatloukalová, A., & Janout, V. (2022). Is Alzheimer's Disease A Type 3 Diabetes? A Review. *Central European Journal Of Public Health*, *30*(3), 139–143. Https://Doi.Org/10.21101/Cejph.A7238

Johansson, M. F., McKee, K. J., Dahlberg, L., Summer Meranius, M., Williams, C. L., & Marmstål Hammar, L. (2022). Negative impact and positive value of caregiving in spouse carers of persons with dementia in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1788. https://doi.org/10.3390/ijerph19031788

Jones, E. G., Mallinson, R. K., Phillips, L., & Kang, Y. (2006). Challenges in language, culture, and modality: Translating English measures into American sign language. *Nursing Research*, *55*(2), 75–81. https://doi.org/10.1097/00006199-200603000-00002

Juntunen, K., Nikander, R., Törmäkangas, T., Tillman, P., & Salminen, A. L. (2017). Reliability and validity of the COPE Index among caregivers of disabled

people. *Applied Nursing Research, 33,* 102–107. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.002

Kaya, E., & Yılmaz, Y. (2024). Association of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease with cognitive impairment and all-cause dementia: A comprehensive review. *The Turkish Journal of Gastroenterology: The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology*, *35*(2), 76–82. https://doi.org/10.5152/tjg.2024.23629

Kazim, S. F., & Iqbal, K. (2016). Neurotrophic factor small-molecule mimetics mediated neuroregeneration and synaptic repair: Emerging therapeutic modality for Alzheimer's disease. *Molecular Neurodegeneration*, *11*(1), 50. https://doi.org/10.1186/s13024-016-0119-y

Keleş, E., & Özalevli, S. (2018). Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3*(2), 39-42.

Kline, R. B. (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (Fourth Edition). NY: Guilford Publications.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, *15*(2), 155-163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

Kopp, W. (2022). Pathogenesis of (smoking-related) non-communicable diseases-Evidence for a common underlying pathophysiological pattern. *Frontiers in Physiology*, *13*, 1037750. https://doi.org/10.3389/fphys.2022.1037750

Kula Kartal, S. & Mor Dirlik, E. (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alpha katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16*(4), 1865-1879.

Kumar, A., Sidhu, J., Lui, F., & Tsao, J. W. (2024). Alzheimer Disease. In *StatPearls.* StatPearls Publishing.

Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., & Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 32*(2), 87–92.

Lethin, C., Leino-Kilpi, H., Bleijlevens, M. H., Stephan, A., Martin, M. S., Nilsson, K., Nilsson, C., Zabalegui, A., & Karlsson, S. (2020). Predicting caregiver burden in

informal caregivers caring for persons with dementia living at home- A follow-up cohort study. *Dementia (London, England)*, *19*(3), 640–660. https://doi.org/10.1177/1471301218782502

Lethin, C., Renom-Guiteras, A., Zwakhalen, S., Soto-Martin, M., Saks, K., Zabalegui, A., Challis, D. J., Nilsson, C., & Karlsson, S. (2017). Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home. *Aging & Mental Health*, *21*(11), 1138–1146. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1211621

Li, X., Feng, X., Sun, X., Hou, N., Han, F., & Liu, Y. (2022). Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2019. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *14*, 937486. https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.937486

Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., Liu, J., Yu, T., & Ji, Y. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(9-10), 1291–1300. https://doi.org/10.1111/jocn.13601

Liu, S., Liu, J., Wang, X. D., Shi, Z., Zhou, Y., Li, J., Yu, T., & Ji, Y. (2018). Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiety in dementia caregivers: A comparison of frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, *30*(8), 1131–1138.

López, J., López-Arrieta, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *41*(1), 81–94. https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.12.001

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functiıonal Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 61–65.

Mank, A., van Maurik, I. S., Rijnhart, J. J. M., Rhodius-Meester, H. F. M., Visser, L. N. C., Lemstra, A. W., Sikkes, S. A. M., Teunissen, C. E., van Giessen, E. M., Berkhof, J., & van der Flier, W. M. (2023). Determinants of informal care time, distress, depression, and quality of life in care partners along the trajectory of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia (Amsterdam, Netherlands)*, *15*(2), e12418. https://doi.org/10.1002/dad2.12418

Manzini, C. S. S., & do Vale, F. A. C. (2020). Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. *Dementia &*

Neuropsychologia, *14*(1), 56–61. https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010009

Marsh, H. W. & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, *97(*3), 562-582. Doi: 10.1037/0033- 2909.97.3.562

Maruish, M.E. (2012). User's manual for the SF-12v2 Health Survey. 3rd ed. Lincoln, RI: Quality-Metric Incorporated; 2012.

McKee, K. J., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Oberg, B., Krevers, B., Spazzafumo, L., Bień, B., Parker, C., Nolan, M. R., Szczerbinska, K., & COPE Partnership (2003). The COPE index--a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health*, *7*(1), 39–52. https://doi.org/10.1080/1360786021000006956

Meydan, C. H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi Amos Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Moholt, J. M., Friborg, O., Skaalvik, M. W., & Henriksen, N. (2018). Psychometric validation of the Carers of Older People in Europe Index among family caregivers of older persons with dementia. *SAGE Open Medicine*, *6*, 2050312118792812. https://doi.org/10.1177/2050312118792812

Monteiro, I., Brito, L., & Pereira, M. G. (2024). Burden and quality of life of family caregivers of Alzheimer's disease patients: the role of forgiveness as a coping strategy. *Aging & Mental Health*, *28*(7), 1003–1010. https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2320138

Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, *34*(1), 19–26. https://doi.org/10.2307/583753

National Institute on Aging. (2022). What are the signs of Alzheimer's disease. https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-symptoms-and-diagnosis/what-are-signs-alzheimers-disease. Erişim tarihi: 08/03/2025.

National Research Council (US) Committee on the Role of Human Factors in Home Health

Care. (2010). The Role of Human Factors in Home Health Care: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. 7, Informal Caregivers in the United States: Prevalence, Caregiver Characteristics, and Ability to Provide Care. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK210048/. Erişim Tarihi: 14/03/2025.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill.

Ohno, S., Chen, Y., Sakamaki, H., Matsumaru, N., Yoshino, M., & Tsukamoto, K. (2021). Burden of caring for Alzheimer's disease or dementia patients in Japan, the US, and EU: Results from the National Health and Wellness Survey: A cross-sectional survey. *Journal of Medical Economics, 24*(1), 266–278. https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1880801

Olczak, A., Truszczyńska-Baszak, A., Stępień, A., & Górecki, K. (2022). Functional therapeutic strategies used in different stages of Alzheimer's disease-A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(18), 11769. https://doi.org/10.3390/ijerph191811769

Özpak, L., Pazarbaşı, A., & Keser, N. (2017). Alzheimer hastalığının genetiği ve epigenetiği. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26*(1), 34-49. https://doi.org/10.17827/aktd.280520

Passeri, E., Elkhoury, K., Morsink, M., Broersen, K., Linder, M., Tamayol, A., Malaplate, C., Yen, F. T., & Arab-Tehrany, E. (2022). Alzheimer's disease: Treatment strategies and their limitations. *International Journal of Molecular Sciences, 23*(22), 13954. https://doi.org/10.3390/ijms232213954

Pınar Bölüktaş R. (2025). *Temel Gerontoloji*. İstanbul Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Porsteinsson, A. P., Isaacson, R. S., Knox, S., Sabbagh, M. N., & Rubino, I. (2021). Diagnosis of early Alzheimer's disease: Clinical practice in 2021. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease, 8*(3), 371–386. https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23

Portney L. G., & Watkins M. P. (2000). Foundations of Clinical Research: Applications to Practice. New Jersey: Prentice Hall.

Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Morris, R. G., Victor, C., & Clare, L. (2020). Caregiver

influences on 'living well' for people with dementia: Findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health*, *24*(9), 1505–1513. https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1602590

Qureshi, D., Collister, J., Allen, N. E., Kuźma, E., & Littlejohns, T. (2024). Association between metabolic syndrome and risk of incident dementia in UK Biobank. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, *20*(1), 447–458. https://doi.org/10.1002/alz.13439

Rapp, S. R., & Chao, D. (2000). Appraisals of strain and of gain: Effects on psychological wellbeing of caregivers of dementia patients. *Aging & Mental Health, 4*(2), 142–147. https://doi.org/10.1080/13607860050008664

Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: Caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *22*(1), 25–33. https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1360500

Ringer, T. J., Hazzan, A. A., Kennedy, C. C., Karampatos, S., Patterson, C., Marr, S., Misiaszek, B., Woo, T., Ioannidis, G., & Papaioannou, A. (2016). Care recipients' physical frailty is independently associated with subjective burden in informal caregivers in the community setting: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, *16*(1), 186. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0355-6

Roberts, R. O., Aakre, J. A., Kremers, W. K., Vassilaki, M., Knopman, D. S., Mielke, M. M., Alhurani, R., Geda, Y. E., Machulda, M. M., Coloma, P., Schauble, B., Lowe, V. J., Jack, C. R., Jr, & Petersen, R. C. (2018). Prevalence and outcomes of amyloid positivity among persons without dementia in a longitudinal, population-based setting. *JAMA Neurology*, *75*(8), 970–979. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.0629

Santiago, J. A., & Potashkin, J. A. (2021). The Impact of disease comorbidities in Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *13*, 631770. https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.631770

Scuteri, D., Morrone, L. A., Rombolà, L., Avato, P. R., Bilia, A. R., Corasaniti, M. T., Sakurada, S., Sakurada, T., & Bagetta, G. (2017). Aromatherapy and aromatic plants for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia in patients

with Alzheimer's disease: Clinical evidence and possible mechanisms. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2017*, 9416305. https://doi.org/10.1155/2017/9416305

Shah, S., Cooper, B., & Maas, F. (1992). The Barthel Index and ADL evaluation in stroke rehabilitation in Australia, Japan, the UK and the USA. *Australian Occupational Therapy Journal, 39*(1), 5–13. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.1992.tb01729.x

Soner, S., & Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *3*(2), 375-387.

Soylu, C., & Kütük, B. (2020). SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1-9. DOI:10.5080/u25700

Soysal Gündüz, Ö., Mutlu, S., Aslan Basli, A., Gül, C., Akgül, Ö., Yilmaz, E., & Aydemir, Ö. (2021). Validation of the Turkish Form of Short Form-12 health survey version 2 (SF-12v2). *Archives of Rheumatology*, *36*(2), 280–286. https://doi.org/10.46497/ArchRheumatol.2021

Stall, N. M., Kim, S. J., Hardacre, K. A., Shah, P. S., Straus, S. E., Bronskill, S. E., Lix, L. M., Bell, C. M., & Rochon, P. A. (2019). Association of informal caregiver distress with health outcomes of community-dwelling dementia care recipients: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *67*(3), 609–617.

Streiner, D. L. & Norman, G. B. (2003). Health Measurement Scales: A Paractical Guide to Their Development and Use. Oxford University Press, Oxford.

Sutcliffe, C., Giebel, C., Bleijlevens, M., Lethin, C., Stolt, M., Saks, K., Soto, M. E., Meyer, G., Zabalegui, A., Chester, H., Challis, D., & RightTimePlaceCare Consortium (2017). Caring for a person with dementia on the margins of long-term care: A perspective on burden from 8 European countries. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(11), 967–973.e1. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.004

Szabo, S., Lakzadeh, P., Cline, S., Palma Dos Reis, R., & Petrella, R. (2019). The clinical and economic burden among caregivers of patients with Alzheimer's disease in Canada. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(11), 1677–1688. https://doi.org/10.1002/gps.5182

Tahami Monfared, A. A., Phan, N. T. N., Pearson, I., Mauskopf, J., Cho, M., Zhang, Q., & Hampel, H. (2023). A systematic review of clinical practice guidelines for Alzheimer's disease and strategies for future advancements. *Neurology and Therapy*, *12*(4), 1257–1284. https://doi.org/10.1007/s40120-023-00504-6

Tahmi, M., Palta, P., & Luchsinger, J. A. (2021). Metabolic syndrome and cognitive function. *Current Cardiology Reports*, *23*(12), 180. https://doi.org/10.1007/s11886- 021-01615-y

Terzo, S., Amato, A., & Mulè, F. (2021). From obesity to Alzheimer's disease through insulin resistance. *Journal of Diabetes and Its Complications*, *35*(11), 108026. https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2021.108026

Tian, Q., Bilgel, M., Moghekar, A. R., Ferrucci, L., & Resnick, S. M. (2022). Olfaction, cognitive impairment, and PET biomarkers in community-dwelling older adults. *Journal of Alzheimer's Disease,* 86(3), 1275–1285. https://doi.org/10.3233/JAD-210636

Todd, C. & Bradley, C. (1994). Evaluating the design and development of psychological scales. In: *Handbook of Psychology and Diabetes: A Guide to Psychological Measurementis in Diabetes Research and Practice*. Ed: C. Bradley, Harwood Academic Publishers, Chur, Switzerland, p.15-42

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well- Being Index: Aa systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3), 167–176. https://doi.org/10.1159/000376585

Tran, T. A., Mattap, S. M., Warren, N., Teng, J. H. J., Duong, M. D., Hoang, V. M., Yasin, S., & Mohan, D. (2025). Caregiver burden among dementia caregivers in low-and middle-income countries in Asia: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 1–13. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2462110

Tu, J. Y., Jin, G., Chen, J. H., & Chen, Y. C. (2022). Caregiver burden and dementia: A systematic review of self-report instruments. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, *86*(4), 1527–1543. https://doi.org/10.3233/JAD-215082

Türkiye Alzheimer Derneği. (2025). https://www.alzheimerdernegi.org.tr/turkiyede-600-000-aile-alzheimer-hastaligi-ile-mucadele-ediyor/. Erişim Tarihi: 06/03/2025.

Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (2024). https://sozluk.gov.tr/. Erişim Tarihi: 14/03/2025.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni (2024). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2023.* Sayı:53710. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710. Erişim Tarihi: 05/03/2025.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haber Bülteni (2023). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2022.* Sayı:49747. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747. Erişim Tarihi: 05/03/2025.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2025). World Population Prospects 2024. Summary of Results. https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2024_Summary-of-Results.pdf. Erişim Tarihi: 13/01/2025.

van Duijn, C. M., Clayton, D., Chandra, V., Fratiglioni, L., Graves, A. B., Heyman, A., Jorm, A. F., Kokmen, E., Kondo, K., Mortimer, J. A., Rocca, W. A., Shalat, S. L., Soininen, H., Hofman, A., & EURODEM Risk Factors Research Group (1991). Familial aggregation of Alzheimer's disease and related disorders: A collaborative re- analysis of case-control studies. *International Journal of Epidemiology, 20 Suppl 2,* S13–S20. https://doi.org/10.1093/ije/20.supplement_2.s13

Vermunt, L., Sikkes, S. A. M., van den Hout, A., Handels, R., Bos, I., van der Flier, W. M., Kern, S., Ousset, P. J., Maruff, P., Skoog, I., Verhey, F. R. J., Freund-Levi, Y., Tsolaki, M., Wallin, Å. K., Olde Rikkert, M., Soininen, H., Spiru, L., Zetterberg, H., Blennow, K., Scheltens, P., … ICTUS/DSA study groups (2019). Duration of preclinical, prodromal, and dementia stages of Alzheimer's disease in relation to age, sex, and APOE genotype. *Alzheimer's & Dementia, 15*(7), 888–898. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.04.001

Vinuesa, A., Pomilio, C., Gregosa, A., Bentivegna, M., Presa, J., Bellotto, M., Saravia, F., & Beauquis, J. (2021). Inflammation and insulin resistance as risk factors and potential therapeutic targets for Alzheimer's disease. *Frontiers in Neuroscience, 15*, 653651. https://doi.org/10.3389/fnins.2021.653651

Wang, Z., Ma, C., Han, H., He, R., Zhou, L., Liang, R., & Yu, H. (2018). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Moderation effects of social support and mediation effects of positive aspects of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10.1002/gps.4910.

Wang, L., Zhou, Y., Fang, X., & Qu, G. (2022). Care burden on family caregivers of

patients with dementia and affecting factors in China: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 1004552. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1004552

Ware, J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Sundaram, M., & Bjorner, J. B. (2010). User's manual for the SF-12v2 Health Survey. 2nd ed. Lincoln, RI: Quality-Metric Incorporated.

Weinstein, G., Zelber-Sagi, S., Preis, S. R., Beiser, A. S., DeCarli, C., Speliotes, E. K., Satizabal, C. L., Vasan, R. S., & Seshadri, S. (2018). Association of nonalcoholic fatty liver disease with lower brain volume in healthy middle-aged adults in the Framingham study. *JAMA Neurology*, *75*(1), 97–104. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2017.3229

Williams, H. C., Carlson, S. W., & Saatman, K. E. (2022). A role for insulin-like growth factor-1 in hippocampal plasticity following traumatic brain injury. *Vitamins and Hormones*, *118*, 423–455. https://doi.org/10.1016/bs.vh.2021.11.009

Wolk, D. A. & Dickerson, B. C. (2024). Clinical Features and Diagnosis of Alzheimer Disease. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-alzheimer-disease

World Health Organization. (2024). The top 10 causes of death. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death. Erişim Tarihi: 06/03/2025.

Wu, Z., Wang, Z. H., Liu, X., Zhang, Z., Gu, X., Yu, S. P., Keene, C. D., Cheng, L., & Ye, K. (2020). Traumatic brain injury triggers APP and Tau cleavage by delta-secretase, mediating Alzheimer's disease pathology. *Progress in Neurobiology*, *185*, 101730. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2019.101730

Xu, W., Tan, L., Wang, H. F., Tan, M. S., Tan, L., Li, J. Q., Zhao, Q. F., & Yu, J. T. (2016). Education and risk of dementia: Dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Molecular Neurobiology*, *53*(5), 3113–3123. https://doi.org/10.1007/s12035-015-9211-5

Yang, H., Luo, Y., Hu, Q., Tian, X., & Wen, H. (2021). Benefits in Alzheimer's disease of sensory and multisensory stimulation. *Journal of Alzheimer's Disease*, *82*(2), 463–484. https://doi.org/10.3233/JAD-201554

Ye, B. S., Kim, H. J., Kim, Y. J., Jung, N. Y., Lee, J. S., Lee, J., Jang, Y. K., Yang, J. J., Lee, J. M., Vogel, J. W., Na, D. L., & Seo, S. W. (2018). Longitudinal outcomes of

amyloid positive versus negative amnestic mild cognitive impairments: A three-year longitudinal study. *Scientific Reports, 8*(1), 5557. https://doi.org/10.1038/s41598- 018-23676-w

Yıldırım, N., & Can Eke, B. (2024). Alzheimer hastalığı, risk faktörleri ve tedavi. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 48*(2), 766-790. Doi: 10.33483/jfpau.1441827

Yin, X., Xie, Q., Huang, L., Liu, L., Armstrong, E., Zhen, M., Ni, J., Shi, J., Tian, J., & Cheng, W. (2021). Assessment of the psychological burden among family caregivers of people living with alzheimer's disease using the Zarit Burden Interview. *Journal of Alzheimer's Disease,* 82(1), 285–291. https://doi.org/10.3233/JAD-210025

Yu, D. S. F., Cheng, S. T., & Wang, J. (2018). Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: An integrative review of research literature. *International Journal of Nursing studies, 79,* 1–26.

Yu, J. T., Xu, W., Tan, C. C., Andrieu, S., Suckling, J., Evangelou, E., Pan, A., Zhang, C., Jia, J., Feng, L., Kua, E. H., Wang, Y. J., Wang, H. F., Tan, M. S., Li, J. Q., Hou, X. H., Wan, Y., Tan, L., Mok, V., Tan, L., … Vellas, B. (2020). Evidence-based prevention of Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of 243 observational prospective studies and 153 randomised controlled trials. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *91*(11), 1201–1209. https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321913

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

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *55*(3-4), 610–617. https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095

Zhang, X. X., Tian, Y., Wang, Z. T., Ma, Y. H., Tan, L., & Yu, J. T. (2021). The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, *8*(3), 313–321. https://doi.org/10.14283/jpad.2021.15

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma COPE indeksinin Alzheimer hastalarına primer bakım veren aile bireylerinde güvenirliğini ve geçerliğini incelenmek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden sorulara eksiksiz ve içtenlikle cevap vermeniz önemlidir. Çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak olup, tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırmada toplanan verileri **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca korumak amacıyla tüm tedbirler alınacaktır. Çalışmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Çalışmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Halime CİVELEK

Sabahattin Zaim Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

<u>Hasta Yakınına Ait Bilgiler</u>

1. Yaşınız: ( ) 18-24 ( ) 25-34 ( ) 35-44 ( ) 45-54 ( ) 65 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Eğitim durumunuz: ( ) Okur yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite

4. Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar

5. Mesleğiniz:

6. Çalışma durumunuz: ( ) Çalışmıyor ( ) Tam zamanlı çalışıyor ( )Yarı zamanlı çalışıyor

7. Ekonomik durumunuz: ( ) Çok kötü ( )Kötü ( ) Orta ( )İyi ( ) Çok iyi

8. Çocuğunuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

9. Kronik hastalığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

10. Aile tipiniz: ( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( ) Parçalanmış aile

11. Hastaya yakınlık dereceniz: ( ) Kızı ( ) Oğlu ( ) Kardeşi ( ) Eşi ( ) Diğer

12. Hastaya Bakım verme süreniz (günlük-ortalama saat):

13. Hastaya bakımda destek veren başka kimse var mı: ( ) Evet ( ) Hayır

Hastaya Ait Bilgiler

14. Hastanın Yaşı:

15. Hastanın cinsiyeti: ( ) Kadın ( ) Erkek

16. Hastanın medeni durumu: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Hiç evlenmemiş, eşinden ayrılmış, ölmüş

17. Hastanın başka kronik hastalığı var mı: ( ) Var ( ) Yok Var ise:

18. Hastanın eğitim durumunu: ( ) Okur yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite

19. Hastanın ekonomik durumunu: ( ) Çok kötü ( )Kötü ( ) Orta ( )İyi ( ) Çok iyi

20. Hastanızın tanı süresi:

21. Alzheimer tipi:

EK 2. Türkçe Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index-COPE)

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Genel olarak, bakım verici rolünüzde yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
2. Bakıcı olarak iyi başa çıkabildiğinizi düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
3. Bakım vermeyi çok zorlayıcı mı buluyorsunuz?	( )	( )	( )	( )
4. Bakım vermek, arkadaşlarınız ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?	( )	( )	( )	( )
5. Bakım vermenin fiziksel sağlığınız üzerinde olumsuz etkisi var mı?	( )	( )	( )	( )
6. Bakım vermek, aileniz ile ilişkinizde güçlüklere neden oluyor mu?	( )	( )	( )	( )
7. Bakıcılık yapmak maddi zorluklara yol açıyor mu?	( )	( )	( )	( )
8. Kendinizi bakıcı rolünüzde kapana kısılmış hissediyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
9. Arkadaşlarınız ve/veya komşularınız tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
10. Bakım vermeyi değerli buluyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
11. Aileniz tarafından yeterince desteklendiğinizi hissediyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
12. Bakımını üstlendiğiniz kişi ile iyi bir ilişkiniz var mı?	( )	( )	( )	( )
13. Sağlık ve sosyal hizmetlerden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
14. Bakıcı olarak başkalarının sizi takdir ettiğini düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )
15. Bakım vermenin duygusal durumunuz üzerinde olumsuz bir etkisi var mı?	( )	( )	( )	( )

EK 3. Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi (Carers of Older People in Europe Index- COPE Index) (Orijinal)

	Never	**Sometimes**	**Often**	**Always**
1-Overall, do you feel well supported in your role of caregiver?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
2-Do you feel you cope well as a caregiver?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
3-Do you find caregiving too demanding?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
4-Does caregiving cause difficulties in your relationship with friends?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
5-Does caregiving have a negative effect on your physical health?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
6-Does caregiving cause difficulties in your relationship with your family?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
7-Does caregiving cause you financial difficulties?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
8-Do you feel trapped in your role as a caregiver?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
9-Do you feel well supported by your friends and/or neighbours?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
10-Do you find caregiving worthwhile?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
11-Do you feel well supported by your family?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
12-Do you have a good relationship with the person you care for?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
13-Do you feel well supported by health and social services?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
14-Do you feel that anyone appreciates you as a caregiver?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
15-Does caregiving have a negative effect on your emotional?	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

EK 4. Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği

Aşağıdaki sorular hastanıza bakım verirken hissettiklerinizi tanımlamak içindir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Size en uygun olanı daire içine alarak işaretleyiniz.

	Asla	Nadir	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
1- Hastanızın ihtiyaç duyduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
2- Hastanızla geçirdiğiniz zaman nedeniyle, kendinize yeterli zaman kalmadığını düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
3- Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi gergin/sıkıntılı hisseder misiniz?	( )	( )	( )	( )	( )
4- Hastanızın davranışlarından utanıyor musunuz? (Hastanızın davranışları sizi utandırıyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
5- Hastanızın yanındayken kızgın hissediyor musunuz? (Yakınınız ile birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?)	( )	( )	( )	( )	( )
6- Hastanızın diğer aile üyeleriyle ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
7- Geleceğin hastanız için neler getireceğinden korkuyor musunuz? (Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız var mı?)	( )	( )	( )	( )	( )
8- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
9- Hastanızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
10- Hastanızla ilgilendiğiniz için sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz? (Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?)	( )	( )	( )	( )	( )
11- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde özel hayatınızın olmadığını düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
12- Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?	( )	( )	( )	( )	( )

EK 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Her cümlede söyleneni sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	1 (Kesinlikle hayır)	2 (Çok nadir)	3 (Nadir)	4 (Orta)	5 (Sık)	6 (Çok sık)	7 (Kesinlikle evet)
1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşacağım bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerimden) alırım.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8.Sorunlarımı ailem ile (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

konuşabilirim.							
9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

EK 6. SF-12 Sağlık Anketi

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Son dört haftada genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirdiğinizi belirleyecek sorulardan size en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1. Genelde sağlık durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
( )	( )	( )	( )	( )

2. Şu anki sağlık durumunuz aşağıdaki aktivitelerinizi sınırlıyor mu? Sınırlıyorsa ne kadar?

	Evet, çok sınırlıyor	Evet, az sınırlıyor	Hayır, hiç sınırlamıyor
a) Bir masayı yerinden oynatmak, elektrik süpürgesini itmek veya top oynamak gibi orta şiddetli aktiviteler	( )	( )	( )
b) Birkaç kat merdiven çıkmak	( )	( )	( )

3. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca fiziksel sağlığınız nedeniyle günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a) İstediğimden daha azını gerçekleştirdim.	( )	( )
b) İşin veya aktivitenin cinsine göre sınırlandım.	( )	( )

4. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca herhangi bir duygusal probleminiz nedeniyle işiniz veya günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a) İstediğimden daha azını gerçekleştirdim.	( )	( )
b) İşin veya aktivitenin cinsine göre sınırlandım.	( )	( )

5. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca ağrılarınız günlük işlerinizi ne kadar engelledi?

Hiç etkilemedi	Çok az etkiledi	Kısmen etkiledi	Oldukça etkiledi	Aşırı etkiledi
( )	( )	( )	( )	( )

6. Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz dört hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için size en yakın olan cevabı işaretleyiniz. Geçtiğimiz dört haftanın ne kadarında kendinizi…

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazı Zamanlar	Nadir	Hiçbir Zaman
a) Rahat ve huzurlu hissettiniz?	( )	( )	( )	( )	( )
b) Enerjik hissettiniz?	( )	( )	( )	( )	( )

7. Geçtiğimiz dört haftanın ne kadarında, fiziksel sağlığınız veya psikolojik problemleriniz nedeniyle sosyal aktivitelerinizi yapamadınız? (Örnek: Akraba veya arkadaş ziyaretleri)

Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlar	Nadir	Hiçbir zaman
( )	( )	( )	( )	( )

EK 7. WHO-5 İyilik Durumu İndeksi (The World Health Organisation- Five Well Being Index)

Doğru ya da yanlış cevap yoktur size uygun olanı daire içine alarak işaretleyiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Geçen zamanın yarısından çoğunda	Geçen zamanın yarısından azında	Bazen	Hiçbir zaman
Son 2 hafta boyunca kendimi neşeli ve keyifli hissettim.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Son 2 hafta boyunca kendimi sakin ve gevşemiş hissettim.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Son 2 hafta boyunca kendimi aktif ve dinç hissettim.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Son 2 hafta boyunca sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Son 2 hafta boyunca günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

EK 8. Avrupa Sağlık Etki Ölçeği (Europe Health Impact Scale, WHOQOL-8, EUROHIS)

Lütfen tüm ifadeleri okuyun ve size en uygun olan ifadeyi işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Önemli olan sizin kendi izleniminizdir.

	Çok kötü (0)	Biraz kötü (1)	Ne iyi, ne kötü(2)	Oldukça iyi (3)	Çok iyi (4)
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
3. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	( )	( )	( )	( )	( )
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizde ne kadar hoşnutsunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
5. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
6. Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	( )	( )	( )	( )	( )
7. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	( )	( )	( )	( )	( )
8. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	( )	( )	( )	( )	( )

EK 9. Barthel İndeksi

Parametreler	Hastanın Değerlendirilmesi	Skor
Beslenme	Tam bağımsız yemek için gerekli aletleri kullanabilir. Kesme, yağ sürme ya da diyeti düzenlemede bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Tam bağımlıdır.	( ) 10 ( ) 5 ( ) 0
Yıkanma	Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir. Yardıma ihtiyacı vardır.	( ) 5 ( ) 0
Kendine bakım	Elini yüzünü yıkayabilir dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir. Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	( ) 5 ( ) 0
Giyinip soyunma	Hasta giyinip soyunabilir, düğme, fermuar açıp kapatabilir, aAyakkabılarını çözebilir, bağlayabilir. Yardıma gereksinim duyar (İşin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir). Tam bağımlıdır.	( ) 10 ( ) 5 ( ) 0
Bağırsak kontrolü	Bağırsak kontrolü tamdır (kontinenttir). Hasta nadiren dışkısı kaçırır. İnkontinansı mevcuttur (ya da dışkı yumuşatıcı veya lavmana ihtiyaç duyar).	( ) 10 ( ) 5 ( ) 0
Mesane kontrolü	Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilir. Nadiren idrarını kaçırır. İnkontinans mevcuttur veya kateterlidir, mesanesini boşaltımını tek başına yapamaz.	( ) 10 ( ) 5 ( ) 0
Tuvalet kullanımı	Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kâğıdını kendi kullanabilir. Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kâğıdını kullanmak için bir miktar yardım alır. Tam bağımlıdır.	( ) 10 ( ) 5 ( ) 0
Transfer (Yataktan-tekerlekli sandalyeye ve tekerlekli sandalyeden-yatağa)	Tam bağımsızdır. Transfer sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel). Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir, ama transfer için majör yardıma ihtiyaç duyar. Transferi gerçekleştiremez, dengeli oturamaz.	( ) 15 ( ) 10 ( ) 5 ( ) 0
Mobilite Düzgün yüzeyde yürüme Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa)	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir). Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir. Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir, köşeleri dönebilir, yatağa, tuvalete yanaşabilir. Tekerlekli sandalyede oturabilir, ancak kullanamaz.	( ) 15 ( ) 10 ( ) 5 ( ) 0

Merdiven inip çıkma	Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzan, baston, koltuk değnekleri). Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Yapamaz.	( ) 10 ( ) 5 ( ) 0

EK 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Halime CİVELEK tarafından yürütülen ***"Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin (Carers of Older People in Europe Index - COPE) Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi"*** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı COPE (Carers of Older People İn Europe İndex) indeksinin Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerde güvenirlik ve geçerliğinin incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [redacted] e-posta adresi ve [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.
Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

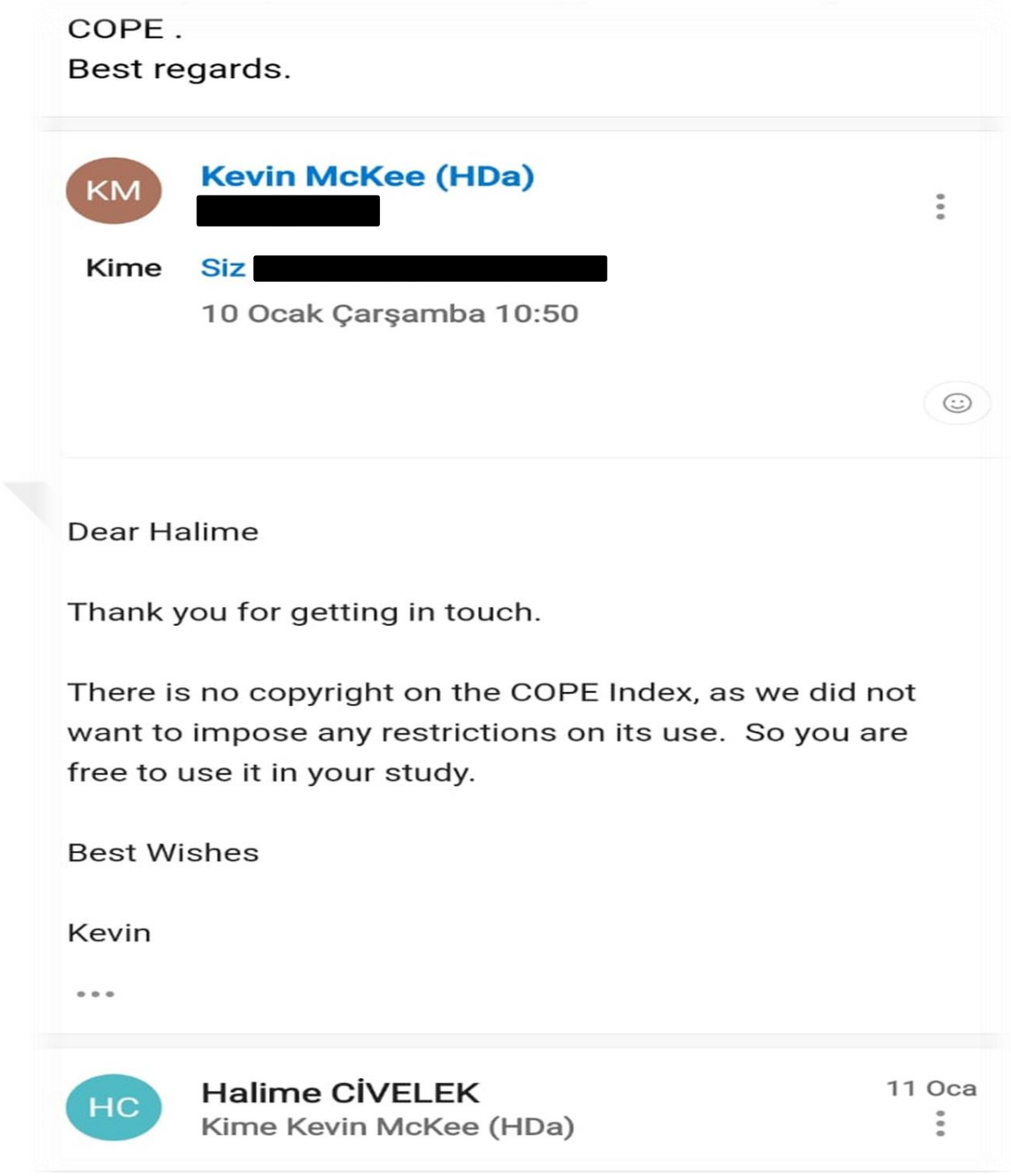
Katılımcının**:**
Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin
Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının
Adı-Soyadı: Halime CİVELEK
İmzası:

EK 11. COPE İndeksi Kullanım İzni



COPE .
Best regards.

KM **Kevin McKee (HDa)** [redacted]

Kime Siz [redacted]

10 Ocak Çarşamba 10:50

Dear Halime

Thank you for getting in touch.

There is no copyright on the COPE Index, as we did not want to impose any restrictions on its use. So you are free to use it in your study.

Best Wishes

Kevin

HC **Halime CİVELEK** 11 Oca
Kime Kevin McKee (HDa)

EK 12. Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği Kullanım İzni

Sabahattin Zaim Üniversitesi'nde Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş danışmanlığında, Yüksek lisans tez öğrencisiyim.

Tezimde Kısa Zarit Bakım Yükü Ölçeği (12 Madde) 'nizi kullanmak için izninizi istiyorum.

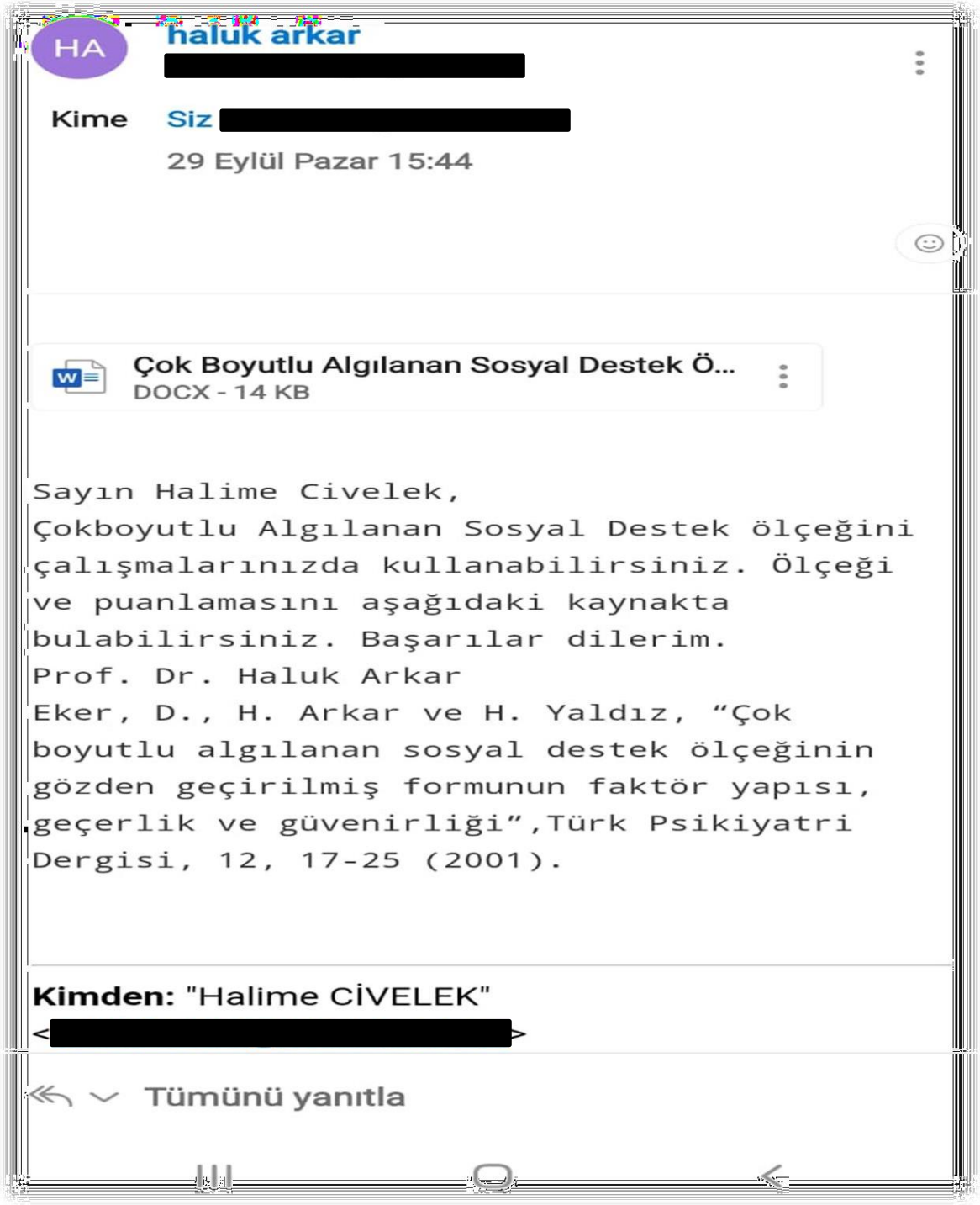
Teşekkürler
Saygılarımla

Halime Civelek



Tabii kullanabilirsiniz
Başarılar dilerim
Ibk

EK 13. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni



HA haluk arkar [redacted]

Kime Siz [redacted]

29 Eylül Pazar 15:44

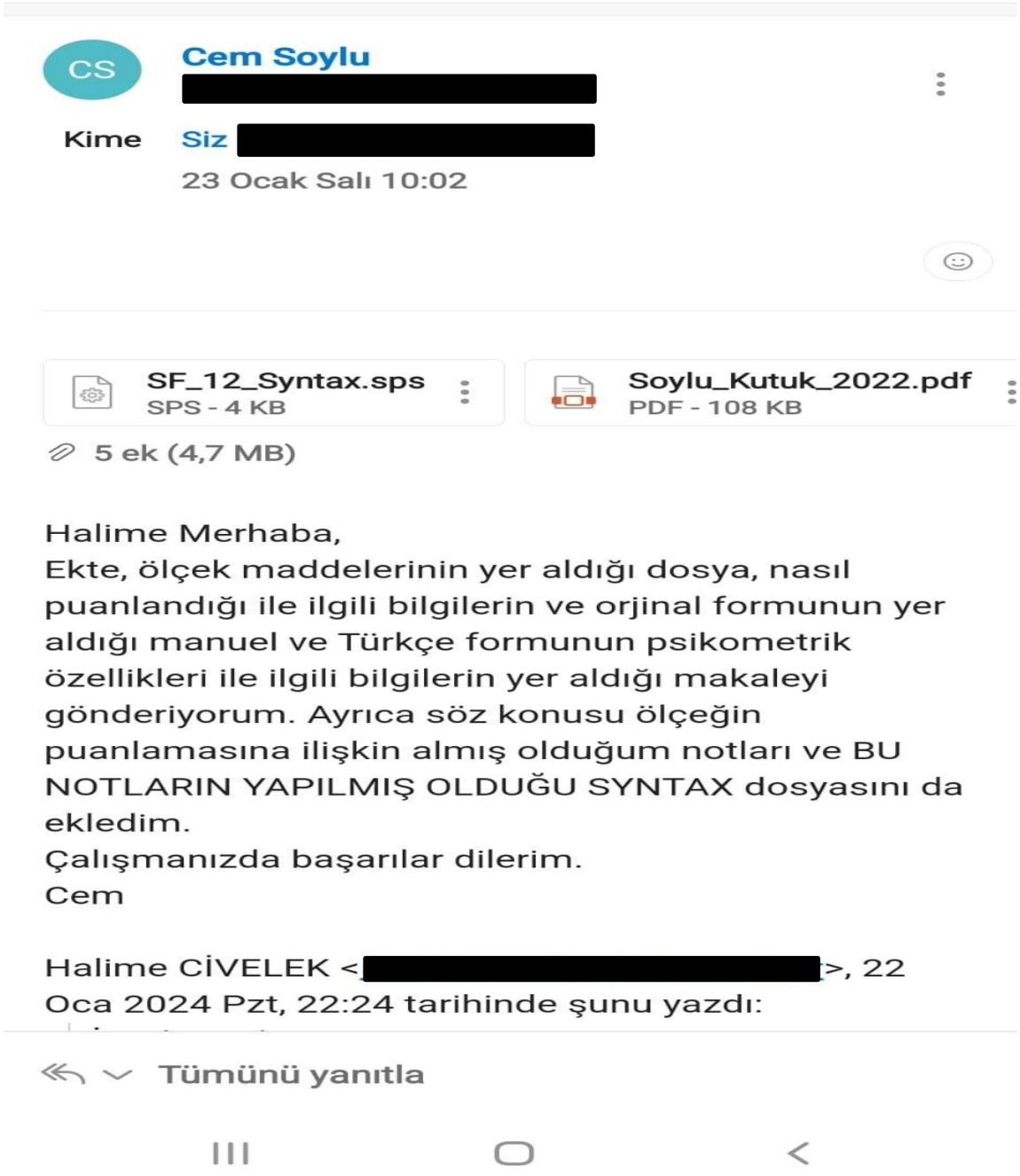
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ö...
DOCX - 14 KB

Sayın Halime Civelek,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yaldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği",Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Halime CİVELEK"
<[redacted]>

Tümünü yanıtla

EK 14. SF-12 Sağlık Anketi Kullanım İzni



CS

Cem Soylu [redacted]

Kime Siz [redacted]

23 Ocak Salı 10:02

SF_12_Syntax.sps
SPS - 4 KB

Soylu_Kutuk_2022.pdf
PDF - 108 KB

5 ek (4,7 MB)

Halime Merhaba,
Ekte, ölçek maddelerinin yer aldığı dosya, nasıl puanlandığı ile ilgili bilgilerin ve orjinal formunun yer aldığı manuel ve Türkçe formunun psikometrik özellikleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı makaleyi gönderiyorum. Ayrıca söz konusu ölçeğin puanlamasına ilişkin almış olduğum notları ve BU NOTLARIN YAPILMIŞ OLDUĞU SYNTAX dosyasını da ekledim.
Çalışmanızda başarılar dilerim.
Cem

Halime CİVELEK <[redacted]>, 22 Oca 2024 Pzt, 22:24 tarihinde şunu yazdı:

Tümünü yanıtla

EK 15. WHO-5 İyilik Hali Ölçeği Kullanım izni



CC **CELALETTIN CEVIK** [redacted]

Kime Siz [redacted]

27 Eylül Cuma 19:17

WHO5_Turkish.pdf
PDF - 199 KB

Merhaba Halime hanım,

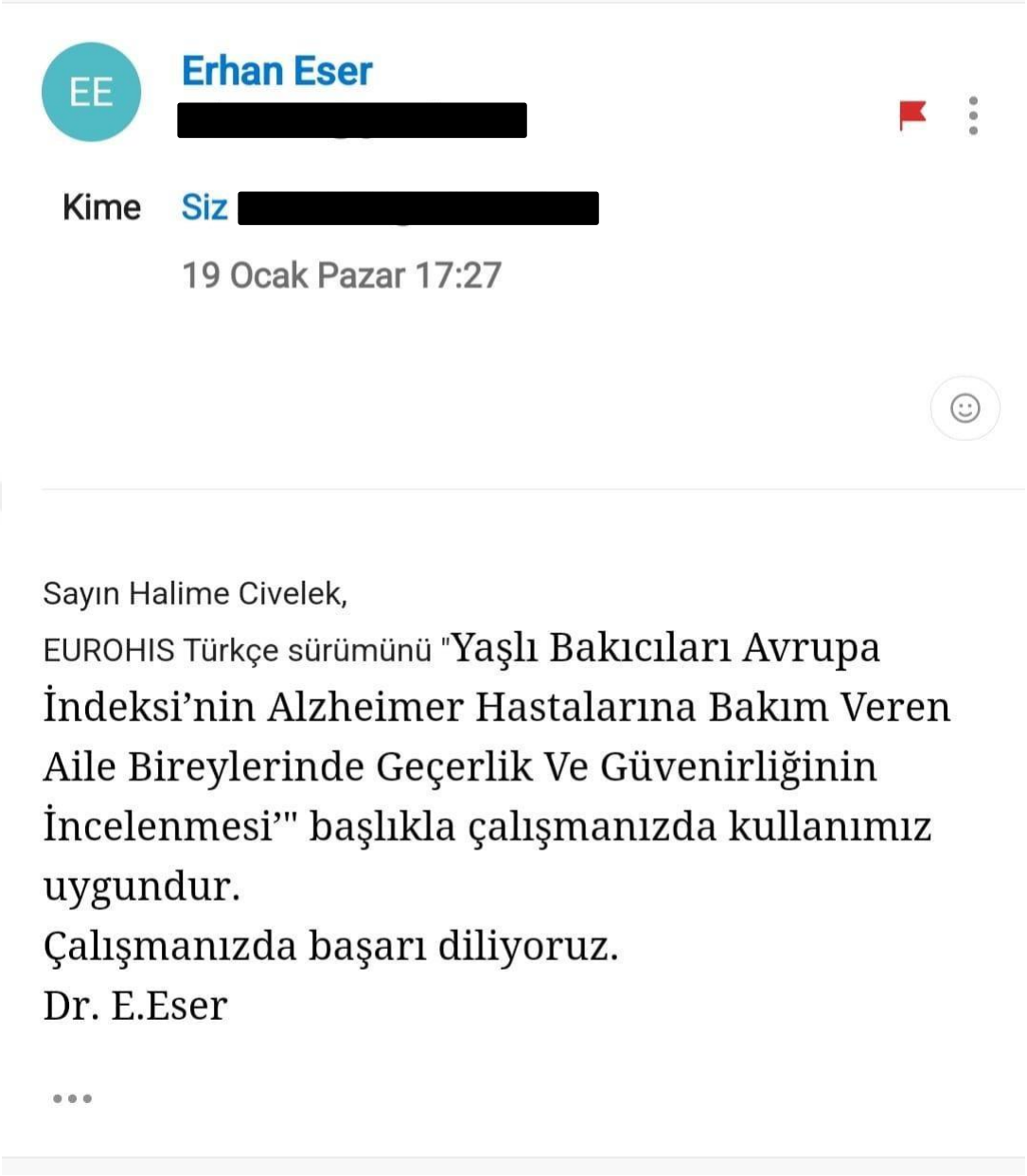
Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve ölçek yönergesi ekli dosyada. WHO-5 ölçeğini çalışmanızda kullanmanız bizi mutlu eder.

aşağıdaki çalışmaya atıf yapabilirsiniz.

Eser, E., Çevik, C., Baydur, H., Güneş, S., Esgin, T. A., Öztekin, Ç. S., ... & Özyurt, B. (2019). Reliability and validity of the Turkish version of the WHO-5, in adults and older adults for its use in primary care settings. Primary Health Care Research & Development, 20.

İyi çalışmalar dilerim.

EK 16. EUROHIS Kullanım İzni



EE

Erhan Eser [redacted]

Kime Siz [redacted]

19 Ocak Pazar 17:27

Sayın Halime Civelek,

EUROHIS Türkçe sürümünü "Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinde Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi'" başlıkla çalışmanızda kullanımız uygundur.

Çalışmanızda başarı diliyoruz.

Dr. E.Eser

EK 17. Kurum Çalışma Onayı

BELGE TARIHI: 7.06.2024 BELGE SAYISI: 2400020785

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-46656802-044-2596237
Konu :ÇALIŞMA ONAYI

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Halkalı Cad. No: 281 Halkalı KÜÇÜKÇEKMECE/İSTANBUL

İlgi : 04.06.2024 tarihli, 2591691 sayılı yazı

Üniversiteniz Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 2023/07 sayılı onam ile Etik Kurulu onayı alınmış olan ve Nöroloji Anabilim Dalı Alzheimer Polikliniğinden takipli olan hasta yakınlarından anket ile veri toplanabilmesi için "Yaşlı bakıcıları Avrupa indeksinin Alzheimer hastalarına bakım veren aile bireylerinde geçerlilik ve güvenirliliğinin incelenmesi" başlıklı araştırmasına dair Halime CİVELEK' in kurumuzca kayıt altına alınan ilgi sayılı dilekçesi Dekanlığımız tarafından incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Tufan TÜKEK
Dekan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC3DMTHBFC Pin Kodu :83743 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys

İstanbu[redacted]
Tel : (2[redacted]
e-posta : [redacted]
Kep Adr[redacted]

Bilgi için : Duygu TUNA TALAY

EK 18. Etik Kurul Kararı

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.06.04-2300016634 11.12.2023
Konu : Etik Kurul Kararı (Halime CİVELEK)

Sayın Halime CİVELEK
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 13.10.2023 tarihli ve 2023/07 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Halime CİVELEK Etik Onay Belgesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: ME7PAHP Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Bilgi için : Selda Şenol
Yeminli Katip
Telefon No:
Faks No:
Telefon No:
e-Posta:
İnternet Adresi:
Direkt Hat:
Kep Adres: [redacted]

1/1 1/2

İstanbul Zaim Üniversitesi	ETİK ONAY BELGESİ	Doküman No	ET-FR-674
		İlk Yayın Tarihi	27.11.2023
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	1/1

Tarih	13.10.2023
Sayı	2023/07
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	*Yaşlı Bakıcıları Avrupa İndeksi'nin Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi*
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Halime CİVELEK
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi Selda ŞENOL

Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Temsilcisi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Dogrulama Kodu: DU7MDFP Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Halime CİVELEK

Eğitim ve Akademik Durum

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, 2025, İstanbul

Lisans: İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, 2010, İstanbul

İş Tecrübesi

2010-2017. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Hemşireliği

2018-2019. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Diyabet Polikliniği Diyabet Eğitim Hemşiresi

2019-Halen. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Klinik Merkez Biyokimya Laboratuvarı Kan Alma Birimi Kan Alma Hemşiresi

Sertifikalar

İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon, Sağlık, 2016

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Hemşireliği, 2018