T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Serap SATILMIŞ

Çankırı 2021

DEMANSLI BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Serap SATILMIŞ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK

Çankırı 2021

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 188202004 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Serap SATILMIŞ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi : 6/Aralık/2021

Tez Danışmanı:	**Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**…… İmza**
Jüri Üyesi:	**Doç. Dr. Satı DİL Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**…… İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğretim Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi**	**…… İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım
İmza
Prof. Dr.Özcan ÖZKAN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
6/Aralık/2021
Serap SATILMIŞ

ÖNSÖZ

Bu çalışma, demanslı bireye bakım verenaile üyelerinin bakım yükü ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedeflemiştir. Yüksek lisans tez çalışması olarak hazırlanan bu çalışmanın konusunu Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran demanslı bireylerin yakınları oluşturmaktadır. Bu çalışma Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde gerçekleştirilmiştir.

Böyle bir çalışmaya yönelmemi sağlayan ve uygulanması sırasında büyük anlayış, yardım ve destek gördüğüm değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seher Gönen Şentürk'e,

Fikir ve görüşlerini benimle paylaşan, her anlamda örnek aldığım saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Satı Dil ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK'e,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren ve gerekli ortamı sağlayan Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne, gönüllü olarak çalışmaya katılan değerli katılımcılara, beni bugünlere yetiştiren, her türlü zorluklara rağmen sevgilerini ve desteklerini asla esirgemeyen aileme, her zaman yanımda olan canım eşim Vedat'a, beraber başladığımız bu yolculukta bana her türlü desteği veren değerli yüksek lisans dönem arkadaşlarım Belda Çağlayan, Damla Kargın Öksüz, Ceyda İnci Soydaş ve Nilay Göktaş'a

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY ..... **iii**
ETİK BEYANNAMESİ ..... **iv**
ÖNSÖZ ..... **v**
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ..... **viii**
ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **ix**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **x**
ÖZET ..... **xi**
SUMMARY ..... **xii**
1. GİRİŞ **1**
1.1 Çalışmanın Amacı 3
1.2 Problemler 3
1.3 Hipotezler 3
1.4 Sınırlılıklar 4
1.5 Sayıltılar 4
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1 Demans Tarihçesi ve Tanımı 5
2.1.1 Demans Prevelansı ve insidansı 5
2.1.2 Demans Risk Faktörleri ve Etiyolojisi 6
2.1.3 Demans Sınıflandırılması 6
2.1.4 Demans tanı ve tedavisi 8
2.2 Bakım Verme ve Bakım Yükü 9
2.2.1 Bakım verenlerin yaşadığı sorunlar ve hemşirenin rolü 10
2.3. Aleksitimi 11
2.3.1 Aleksitiminin etiyolojisi ve risk faktörleri 11
2.3.2 Alekstiminin sıklığı 11
2.3.3 Aleksitiminin belirti ve bulguları 12
2.3.4 Aleksitiminin tedavisi 12
2.3.5 Aleksitimi ve hemşirelik 12
3. MATERYAL ve YÖNTEM **14**
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi 14
3.2 Evren ve Örneklem 15
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 15
3.4 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 16
3.5 Veri Toplama Araçları 16

3.6 Araştırmanın Değişkenleri.....18
3.7 Araştırmanın Uygulanması.....18
3.8 Araştırmanın Etik Yönü.....18
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi.....18

4. BULGULAR 19
5. TARTIŞMA 30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 36
KAYNAKLAR 39
EKLER 49
ÖZGEÇMİŞ 57

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

DSM **:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

ICD **:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems(Uluslararası Hastalık Sınıflandırması**)**

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK **:** Türkiye İstatistik Kurumu

TDK **:** Türk Dil Kurumu

BVYE **:** Bakım Verenlerin Yükü Envanteri

TAÖ **:**Toronto Aleksitimi Ölçeği

SVO **:** Serebrovasküler Olay

ADI **:** Alzheimer's Disease International

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4. 1 Demanslı bireye bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri (n=106) 19
Çizelge 4. 2 Bakım verilen demanslı bireylerin sosyodemografik özellikleri (n=106) 21
Çizelge 4. 3 Bakım verenlerin BVYE ve TAÖ puan dağılımı (n=106) 22
Çizelge 4. 4 Bakım verenlerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre BVYE puanları..... 23
Çizelge 4. 5 Bakım verenlerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre TAÖ puanları 25
Çizelge 4. 6 TAÖ toplam puan ortalamalarına göre bakım verenlerin aleksitimi özellikleri..... 27
Çizelge 4. 7 BVYE ile TAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki 28

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1 : G power Analiz Sonucu 14

Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ÖZET

SATILMIŞ, Serap. Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.(Yüksek Lisans Tezi). Çankırı, 2021.

Araştırma, demanslı bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran demanslı bireye bakım verenler; örneklemi ise dahil edilme kriterlerine uygun demanslı bireye bakım veren aile üyeleri (n:106) oluşturmuştur. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler yüzyüze görüşme yöntemi ile Ağustos 2020- Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, shapiro-wilk, t testi,pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Bakım verenlerin %67'si kadın, yaş ortalaması 41,77±13,68, %50'si üniversite mezunu, %42,5'inin geliri giderden az ve %13,2'si kronik bir hastalığa sahiptir. Ayrıca bakım verenlerin%30,2'si annesine bakım verdiğini, %57,5'i 1-5 yıl arası bakım verdiğini, %77,4'ü bakımda diğer aile üyelerinden destek aldığını ve %58,5'i kendilerine vakit ayırabildiklerini bildirmiştir. Bakım verenlerin BVYE toplam puan ortalaması 47,66±22,65,TAÖ toplam puan ortalaması 58,18±10,86'dir. Bakım verenlerin %32,1'isinin aleksitimik özellik göstermediği, %26,4'ünün muhtemel aleksitimik özellik gösterdiği, %41,5'inin ise aleksitimisi olduğu saptanmıştır.

Bakım verirken kendisine vakit ayıramayan, bakımda hasta ile iletişim sorunu yaşayan ve bakım verirken diğer aile üyelerinden destek alamayan bakım verenlerin BVYE ve TAÖ toplam puan ortalaması diğer bakım verenlere göre daha yüksektir($p<0.05$). BVYE toplam puanı ile TAÖ toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). TAÖ toplam puan ortalaması arttıkça BVYE toplam puan ortalaması da artmaktadır.

Araştırma sonuçlarına dayalı olarak; bakım yükünü etkileyen etmenlerden bir tanesi de aleksitimidir. Hemşireler bakım verenlere destek olurkne bakım yükünü etkileyen önemli etmenlerden birisi olarak aleksitimiyi de değerlendirmeli, gereksinime göre hemşirelik bakımını planlamalı ve uygulamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, Bakım Veren, Bakım Veren Yükü, Demans, Hemşirelik

Investigation of the Relationship between Caregiver Burden and Alexithymia Levels of Family Members Who Care for Individuals with Dementia

SUMMARY

SATILMIŞ, Serap. Investigation of the Relationship between Caregiver Burden and Alexithymia Levels of Family Members who Care for Individuals with Dementia. (Master's Thesis). Çankırı, 2021.

This descriptive study was conducted to investigate the relationship between care burden and alexithymia levels of family members who care for individuals with dementia.

The population of the study comprised caregivers of individuals with dementia who presented to the Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital affiliated to the Ankara Provincial Health Directorate. Of them, those who met the inclusion criteria were included in the study sample (n:106).

Data were collected using the Personal Information Form, Caregiver Burden Inventory, and Toronto Alexithymia Scale.

Data were collected between August 2020 and April 2021 using the face-to-face interview method. In the analysis of the data, numbers, percentages, arithmetic mean, Shapiro-Wilk, t test, Pearson correlation analysis were used.

The mean age of the participating caregivers was 41.77±13.68 years, Of them, 67% were women, 50% were university graduates, 42.5% had income less than their expenses, 13.2% had a chronic disease, 30.2% cared for their mothers, 57.5% had been giving care for 1-5 years, 77.4% received support from other family members while providing care, and 58.5% could spare time for themselves. The mean scores they obtained from the overall Caregiver Burden Inventory and Toronto Alexithymia Scale were 47.66±22.65 and 58.18±10.86 respectively. Of the participating caregivers, 32.1% did not have the symptoms of alexithymia, 26.4% probably had alexithymia, and 41.5% had alexithymia.

Of the participating caregivers, those who could not spare time for themselves, had communication problems with the patient while providing care, and did not receive support from other family members while giving care obtained higher mean scores from the Caregiver Burden Inventory and Toronto Alexithymia Scale than did the other participants.

According to the results of the study, one of the factors affecting the care burden is alexithymia. While nurses support caregivers, they should also take alexithymia into account as one of the important factors affecting the care burden, and plan and implement nursing care according to their needs.

Key Words: Alexithymia, Caregiver, Caregiver Burden, Dementia, Nursing

1. GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus gün geçtikçe artmaktadır (T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus 7 milyon 953 bin 555'dir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artan ve bireylerde yeti yitimine neden olan nöropsikiyatrik hastalıklar arasında "demans" yaşlı sağlığını tehdit eden önemli bir kronik hastalık haline gelmiştir (Aslan, 2017; Cılız, 2017; Eğilli, 2016; Eğilli, Sunal ve diğerleri, 2017, Alzheimer's Association, 2021). Demans günümüzde yaygındır ve yaygınlığının zamanla daha da artması beklenmektedir (Alzheimer's Disease International, 2013). DSÖ demans görülme oranını 2015 yılında 47 milyon olduğunu by sayının 2030 yılında75 milyona, 2050 yılında ise 132 milyona çıkabileceğini bildirmiştir (DSÖ, 2021).

Demans kelimesi Latincede (dementia) "zihnin yitirilmesi" anlamına gelmektedir (Eker, 2008). Demansın ilerleyici özelliği nedeniyle gün geçtikçe hastaların bakım sorunları artmakta ve bu durumbakım veren aile üyelerinin zorlanmasına neden olmaktadır (Gangulive diğerleri, 2005; Levine ve diğerleri, 2010).Bakım veren yükü demanslı bireylerin ailelerinde çok sık görülmektedir (Dauphinot ve diğerleri, 2015). Bakım veren yükü, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle bir başkasının bakımına gereksinim duyan bireye, bakım verenlerin yaşadığı fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak tanımlanmaktadır (Bayramova, 2008; Alpteker, 2008; Uğur ve Fadıloğlu, 2012; Küçükgüçlü, Esen ve Yener, 2009). Demanslı bireylere bakım verenler fiziksel engelli bireylere bakım verenler ile kıyaslanıdığında daha çok stres yaşamakta (Boots ve diğerleri, 2016) ve sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altında kalmaktadırlar (Dünya Sağlık Örgütü, 2017). Yapılan çalışmalarda, demanslı bireylere bakım veren bireylerin bakım yüklerinin artmasıyla birlikte, bakım verenlerde enfeksiyon hastalıkları ve depresyon görülme sıklığında artış olduğu, anksiyete, stres, tükenmişlik ve davranış bozuklukları görüldüğü, sağlık algılarında olumsuz yönde değişikliklerin olduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğü bildirilmektedir (Riedijk ve diğerleri, 2006; Dauphinot

ve diğerleri, 2015; Tülek ve diğerleri, 2020; Abdollahpour ve diğerleri, 2015; Deeken ve diğerleri, 2003; Dew ve diğerleri, 2004; Lin ve Lu, 2005; Özdemir, Şahin ve Küçük, 2009; Pinquart ve Sorensen, 2003). Yaşanan biyo-psiko-sosyo-ekonomik sorunlar bakım verenlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Akyar ve Akdemir, 2009; Atagün ve diğerleri, 2011; Yılmaz, Turan ve Gündoğar, 2009; Koca, Taşkapılıoğlu, ve Bakar, 2017). Bakım verenlerde yaşanan depresyon, anksiyete, duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlar beraberinde iletişim sorunlarını ortaya çıkarmaktadır (Lynch, Shuster ve Lobo, 2017; Richardson, Morton ve Broadbent, 2016). Bakım verme sürecini olumsuz etkileyen durumlardan birisi de duyguların doğru ve yeterli düzeyde ifade edilememesidir (Charlifue ve diğerleri, 2016). Bu aşamada karşımıza aleksitimi kavramı çıkmaktadır. Aleksitimi, bireylerin duygularını yaşama ve anlatıma dökme biçimlerini etkileyen duygulanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Müller, Bühner, Ziegler ve Şahin, 2007). Yunanca kökenli olan aleksitimi kavramı Türkçe' ye "duygular için söz yokluğu" olarak kazandırılmıştır (Dereboy, 1990).

Travmatik beyin hasarı geçiren aile üyelerinde tükenmişlik ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada aleksitimi saptanan aile üyelerinde duygusal tükenme, azalmış kişisel başarı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Katsifaraki ve Wood, 2014). Depresyon tanısı olan bireylerle yapılan bir diğer çalışmada ise aleksitimi düzeyi ile depresif belirti şiddetinin artış gösterdiği, yaşam kalitesinin ise azaldığı belirlenmiştir (Karayağız ve Baştürk, 2016). Demans hastalarına bakım verenlerde depresyon görülme sıklığı yüksektir (Kahraman Ergen, 2021; Çetinkaya, 2021; Doğan, 2021; Gülbol, 2020; Duman, 2018; Demirlek, 2015). Depresyon belirtilerinden olan anhedoninin (haz almama) aleksitimik bireylerde de görüldüğü bilinmektedir (Krystal, 1979). Bakım sürecinde gün geçtikçe artan bakım yükü ya da bakım verende varolan aleksitimi bireylerde anhedoniye neden olabilmektedir. Demans hasta ve yakınları sağlık bakım hizmetlerinin her basamağında sağlık hizmetine gereksinim duymaktadır. Bakım verenler literatürde gizli hastalar olarak tanımlanmaktadır (Küçükgüçlü, 2004;Türkiye Alzheimer Derneği [TAD], 2015).

Literatürde bakım verenlerin depresyon, bakım yükü, anksiyete, duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlar yaşadığı ile ilgili çeşitli araştırmalar yer almaktadır (Lynch, Shuster ve Lobo, 2017; Rahnama ve diğerleri, 2017; Cheng, Mak ve diğerleri, 2017 ; Liu ve diğerleri, 2018 ; Livingston ve diğerleri, 2020). Bu

nedenle; demanslı bireylere bakım verenlerde aleksitimi varlığının, onların bakım yükünü dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilecek faktörler arasında olabileceği düşünülerek aralarında nasıl bir ilişki olduğunun incelenmesi hedeflenmiştir. Bu araştırmada; demanslı bireylere bakım verenlerde aleksitimi varlığının, bakım veren yükü ile aleksitimi arasındaki ilişkinin ve etkileyen etmenlerin incelenmesi hedeflenmiştir. Bakım verenlerin ruh sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde anahtar role sahip olan psikiyatri hemşireleri riskli durumların belirlenmesi, sorunun nedenlerinin ortaya koyması ve bakım verene özgü hemşirelik bakım planını sürdürmelisinde görevlidir.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, demans hastalarına bakıım veren aile üyelerinin bakım yükü ve aleksitimi düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.2 Problemler

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

- Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri bakım yükünü etkiler mi?
- Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile aleksitimi durumları arasında bir ilişki var mıdır?
- Bakım verenlerin bakım verme yükü ile aleksitimi durumları arasında bir ilişki var mıdır?

1.3 Hipotezler

H_1: Demanslı hastaya bakım veren aile üyelerinin BVYE puanları ile TAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

H_2: Demanslı hastaya bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre BVYE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

H_3:Demanslı hastaya bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre TAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

H_4: BVYE ve TAÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki vardır.

1.4 Sınırlılıklar

Bu araştırmapandemi nedeniyle diğer kurumlar izin vermediği için tek bir eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiş olup, sonuçlar yalnızca o örneklem grubuna genellenebilir, tüm evrene genellenemez.

Pandemi sürecinden dolayı veri toplama süreci uzamış olup, hasta ve yakınlarına ulaşmakta güçlük yaşanmıştır. Hastaneye yatışı yapılan hastalarda genellikle ilk tanılar kaydedilip demans gibi bazı kronik hastalıkların veri tabanına kayıt edilmemesi hastaların gözden kaçmasına neden olmuş olması da bu araştırmanın kısıtlılığıdırr.

1.5 Sayıltılar

Araştırma için seçilen veri toplama yöntemlerinin amaca uygun olduğu, araştırmaya katılan demanslı bireye bakım verenlerin anket ve ölçeklerdeki sorulara samimiyetle ve doğru cevapladıkları, araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu, araştırmada kullanılan ölçeklerden; BVYE'nin bakım veren yükünü yansıtacağı, TAÖ'nin aleksitimi düzeyini yansıtacağı sayıltılarından hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Demans Tarihçesi ve Tanımı

Demans, bireyin günlük hayatını sürdürmesini etkileyen hafıza, dil, problem çözme ve diğer düşünme becerilerinde azalma ile karakterize sorunların ve durumların genel adıdır (Alzheimer Association, 2020). DSM (Diagnostic and statistical manual of mental Disorders) IV'de demans, günlük normal fonksiyonları bozacak şekilde kognitif yeti alanlarından birden fazlasında bozulmaya neden olan bir hastalık olarak tanımlanmıştır. DSM V'de demans yerine ağır nörobilişsel bozukluk terimi kullanılmıştır. DSÖ'nün 2013 yılında yayınladığı Global Hastalık Yükü çalışmasına göre demans hastalığı 60 yaş üstü nüfusta yetiyitimine neden olan önemli hastalıklardan bir tanesidir.

2.1.1 Demans Prevelansı ve İnsidansı

Demans prevelansı, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyinden etkilenmektedi (Lobo ve diğerleri, 2000; Vas ve diğerleri, 2001; Uçku ve diğerleri, 2007; Amerika Alzheimer Derneği Raporu, 2009). 2020 yılında dünya çapında tahmini 50 milyon kişi bulunuyor ve her yıl 10 milyon yeni vaka teşhis ediliyor (DSÖ, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 50 milyon civarı insan demans tanısına sahip ve bunların %60 kadarı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Her yıl 10 milyon yeni vaka saptanmaktadır (DSÖ, 2019).Tanı alan birey sayısındaki eksiklik düşük ve orta gelirli ülkelerde daha da belirgindir (Lang ve diğerleri, 2017). Ülkemizde de resmi olarak demans vaka sayısı bildirilmemiş olup, Türkiye'de 600.000 kişinin demansla mücadele ettiği tahmin edilmektedir (Türk Alzheimer Derneği, 2020). Avrupa Alzheimer Derneği raporunda, 2012 yılında Türkiye'de Alzheimer hasta sayısı 331.512 olup, bu sayı, total nüfusun %0,44'ünü oluşturmaktadır (https://www.alzheimerdernegi.org.tr). Ülkemizde demans sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bölgesel çalışmalarda demans görülme sıklığı 65-70 yaş

ve üzeri hastalarda %8-20 arasında görüldüğü belirlenmiştir (Arslantaş ve diğerleri, 2009; Gürvit ve diğerleri, 2008; Keskinoğlu ve diğerleri, 2006).

2.1.2 Demans Risk Faktörleri ve Etiyolojisi

Demans hastalığının kesin nedeni bilinmemekle beraber bazı risk faktörleri hastalığın gelişmesinde rol oynamaktadır. Demansın değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri vardır (Bellou ve diğerleri, 2017). Değiştirilebilir risk faktörleri; sigara- alkol kullanımı, sedanter yaşam, obezite, eğitim seviyesinin düşük olması, enfeksiyonlara maruziyet, sosyal izolasyon ve depresyondur (WHO, 2019). Değiştirilemez risk faktörleri ise; ileri yaş, kadın cinsiyette olma, ailede başka demanslı bireylerin varlığı, kafa travmaları, apolipoprotein E4 allelinin varlığı, 14. ve 21. kromozomdaki bazı mutasyonlar, kişilik bozukluğu, düşük sosyo-ekonomik düzey ve depresyondur (Özbabalık ve Husseın, 2017; Emin Alıcılar ve Çalışkan, 2021; Çınar, 2012; Uyar, 2017; Arıoğul ve Cankurtaran, 2002; Adalı, 2020).

DSÖ'nün küresel eylem planlarındaki önemli hedeflerden biri, demansın değiştirilebilir risk faktörlerini kontrol altına almaktır (DSÖ, 2017).Değiştirilebilir risk faktörleri ile ilgili yapılan önleme çalışmalarında demansın %35 oranında azaldığı görülmüştür (Ritchie ve diğerleri, 2012; Livingston ve diğerleri, 2017; Alzheimer Association, 2019).

Demansın etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla beraber çok sayıda sistemik hastalık ve merkezi sinir sistemi ile ilgili sorunlar ve yapısal değişikliklerin rol oynadığı tahmin edilmektedir. Bunlar; hipotroidi, hipertroidi, hipoparatroidi gibi endokrin bozukluklar; enfarktlar gibi serebrovasküler nedenler; karaciğer, böbrek, akciğer yetmezliği; aritmi; metabolik hastalıklar; B12, tiyamin, folat gibi vitamin eksiklikleri; kafa travmaları ve kafa içi tümörler; nörosifiliz, AİDS, kronik menenjit gibi enfeksiyonlar ve zehirlenmelerdir (Öztürk, 2014).

2.1.3 Demans Sınıflandırılması

Demansa sebep olan birçok hastalık vardır. Alzheimer hastalığı bunlardan en yaygın olanıdır ve demans vakalarının %60-%70'ini oluşturur (DSÖ, 2020). Bunun dışında, vasküler demans, Lewy cisimcikli demans, fronto-temporal demans gibi türleri de tüm dünyada sıklıkla görülür.

Alzheimer Hastalığı: Demans türleri içinde en yaygın görülen tip olup demans türlerinin %60 ila %80'nini oluşturmaktadır (Alzheimer's Association, 2021). Bu

hastalık, ilerleyici amnestik bozukluk ile birlikte bilişsel, davranışsal ve nöro-psikiyatrik değişimlerin sosyal fonksiyonları ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği klinik bir tablo olarak tanımlanır (Dubois ve diğerleri, 2010). Tanılanmasında en fazla göze çarpan semptom, yakın geçmiş olayları hatırlayamama iken ilerleyen evrelerde uzak geçmişe ait hafıza kayıpları ortaya çıkar. İleri evrelerde yürüme, yemek yeme, konuşma zorlukları ve kişilik değişimleri görülmeye başlar. Aile geçmişinde hastalık görülmesi en önemli risk faktörlerinden biridir (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2019).

Vasküler Demans: Alzheimer hastalığından sonra ikinci en sık görülen ve tüm vakaların %17 ile %30'unu oluşturmaktadır (ADI, 2021). Vasküler demans, kortikal alanda birçok infarkt alanlarının oluşması sonucu olabildiği gibi, subkortikal alanda küçük damarların infarktı sonucu da oluşabilir. Bu demans türünün, vasküler bilişsel yetersizlik olarak da adlandırıldığı görülmektedir. Alzheimer hastalığı ve vasküler yetersizliğin bir arada görüldüğü türü, hipoperfüzyon demans, hemorajik demans, stratejik infarkt demans, herediter demans gibi türleri de bulunmaktadır (O'Brien ve Thomas, 2015).

Lewy Cisimcikli Demans: Lewy cisimcikli demans (LCD); uyku, kognitif, denge ve hareket bozuklukları ile birlikte nöropsikiyatrik semptomların (konfüzyon, halüsinasyon gibi) eşlik ettiği bir demans türüdür (Taylor et al., 2020). Hafıza kaybı ve oryantasyon bozukluğu gibi Alzheimer'a benzer belirtileri de vardır (Rahman ve Howard, 2018). Parkinson tipi demans da denilebilir. Yapılan prevelans çalışmaları sistematik inceleme raporunda tüm demans vakalarının % 0.3- % 24.4'ünün LCD olduğu belirtilmiştir (Hogan ve diğerleri, 2016).

Fronto-Temporal Demans: Bu hastalık, daha genç yaşlarda görülen (<65 yaş), davranış bozuklukları (aşırı yemek yeme, sosyal davranışlarda ve karakterde değişim, konuşma bozukluğu vb.) ve nöropsikiyatrik belirtiler gösteren bir demans türüdür (Bang, Spina ve Miller, 2015). Bir sistematik inceleme çalışmasında erken yaşta görülen bu demans türünün prevelansının %3-%27 arasında değiştiği bulunmuştur (Vieira ve diğerleri, 2013). Bu demans türleri dışında yaşlılarda konfüzyon ve bilişsel yetersizlik oluşturan ayrıca demans ile karıştırılan durumlar da vardır. Bu tedavi edilebilen ve geçici durumlar; enfeksiyon veya deliryum, depresyon, dehidratasyon, diyabet, böbrek, karaciğer ve tiroit problemleri, beslenme yetersizliği, şiddetli kabızlık, ilaçların yan etkisi veya yanlış kullanımı, bazı vitamin ve minerallerin eksikliğidir (James ve Jackman, 2017).

2.1.4 Demans Tanı ve Tedavisi

Demans tanısı konabilmesi için öncelikle kapsamlı bir öykünün alınması, nörolojik ve mental muayenenin yapılması gereklidir (Hanağası, 2010). Klinik olarak demans tanısının konulabilmesi için hastanıngünlük yaşam aktivitelerinde bozulma meydana gelmesi beklenmektedir (Erkol, 2005). Demans hastalığında erken tanılama çok önemlidir, risk grubundaki yaşlı bireylere, bilişsel ve işlevsel yıkım ilerlemeden rutin taramalar yapmak ve olası demansı belirlemek gerekmektedir (Rudolp ve diğerleri, 2010).

Demans tanılanmasında dünyada ve ülkemizde yaygın olarak ICD- 10, DSM-V ve NINCDS-ARDRA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) kriterleri kullanılmaktadır. Hastaların bilişsel durumunu değerlendirmede standardize minimental durum değerlendirmesi (SMMT) ve saat çizme testinden yararlanılabilir. Kesin tanı beyin otopsisi ile konulmaktadır. Laboratuar bulguları (BOS'ta beta amiloid düzeyinde azalma ve tau düzeyinde yükselme), beyin BT‟si ve MRG gibi görüntüleme yöntemleri beyindeki atrofilerin saptanmasında yardımcı olmaktadır (Karadakovan, 2014; Amerikan Alzheimer Derneği, 2014). DSM IV tanı kriterleri 2013 yılında revize edilmiştir. Bu revizyonda demans tanımı daha geniş bir şekilde açıklanmıştır. DSM V'e göre kognitif bozukluk major ve minör olarak tanımlanmıştır. Major kognitif bozuklukta hasta günlük yaşam aktivitelerini(GYA) gerçekleştirmede de bağımsızlığını kaybetmiş iken minör kognitif bozuklukta hasta GYA'ni bağımsız olarak sürdürmektedir (APA, 2013).

Demans tedavisinin amacı hastanın şikayetlerini azaltmak, varolan durumun kötüleşmesini önlemek, yaşam kalitesini iyileştirmek, hastaya bakım veren bireylerinin yükünü hafifletmek, hastanın hayatını güvenli hale getirmek, hastaneye yatışları azaltarak sağlık sisteminde oluşan ekonomik yükü de azaltmaktır (Işık ve Bozoğlu, 2009; Arvanitakis ve diğerleri, 2019). Temel amaç etkeni ortadan kaldırmaktır eğer etken ortadan kaldırılamıyorsa semptomatik tedavi yöntemi kullanılır. Semptomatik tedavi yöntemi farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak sınıflandırılır ve tedavi hastanın demans türüne, kliniğine ve hastanın diğer özelliklerine bakılarak planlanır (Bird ve Miller, 2009; Cohen-Mansfield, 2018; Okamura ve diğerleri, 2018; Arvanitakis ve diğerleri, 2019; Escher ve Jessen, 2019; Tisher ve Salardini, 2019). Günümüzde demans tedavisinde; erken ve orta evrede

asetil kolinesteraz inhibitörleri, orta ve ileri evrede NMDA reseptör antagonisti kullanılmaktadır (Knight ve diğerleri, 2018). Farmakolojik tedavilerin yanı sıra motor ve kognitif rehabilitasyon gibi nonfarmokolojik tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Zucchella ve diğerleri, 2018).

Henüz demans için iyileştirici bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Asetilkolinesteraz (AChE) inhibitörlerinin başlangıç tedavisinde bilişsel işlevler ve günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesinde ılımlı etkisi vardır. NMDA reseptör antagonistleri ise orta evreden itibaren kullanılmaktadır (APA, 2010).

2.2 Bakım Verme ve Bakım Yükü

Bakım veren kavramı "hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendisine bakamayan kişilere yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişi/ kişiler" olarak tanımlanmaktadır (Bayramova, 2008). Bakım veren yükü kavramı ise ilk kez Grad ve Saisbury tarafından 1963 yılında tanımlanmıştır(Bayramova, 2008; Alpteker, 2008). Bakım verme yükü; kronik hastalığı ya da yetersizliği olanaile üyesine veya bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, baskı altında hissetmesi, gerilmesi veya yük altına girmesi olarak tanımlanmaktadır (Bayramova, 2008, Alpteker, 2008; Uğur ve Fadıloğlu, 2012).

Bakım veren yükünü bakım verenin ve bakım alan bireyin özellikleri etkilemektedir. Bakım yükünü etkileyen etmenler şu şekilde sıralanabilir; bakım verenin yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, eğitim durumu, sağlık durumu, çalışma durumu, mesleği, ekonomik durumu, kültür düzeyi, hasta ile yakınlık derecesi, bakımda destek alıp almama durumu, hastanın aynı evde yaşama durumu; hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalığın türü ve evresi etkilemektedir (Sivasathiaseelan ve diğerleri, 2019; Erbay, 2017; Simpson ve Carter, 2015; Atagün, Devrim Balaban, Atagün, Elagöz ve diğerleri, 2011; Dağdeviren, Demir, Adahan, Dağdeviren ve diğerleri, 2020; Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015; Akpınar, 2009; Gönen Şentürk, 2016). Bakım yükü, bakım veren bireylerin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bireylerin bakım yükü arttıkça yaşam kaliteleri düşmekte (Coen ve diğerleri, 2002; Srivastava ve diğerleri, 2016) ve iş hayatındaki üretkenlikleri azalmaktadır (Fujihara ve diğerleri, 2019).Demanslı bireye bakım veren aile üyelerinde bakım yükü, bakım verirken zorlanma, anksiyete, duygusal stres, depresyon, tükenmişlik, düşük yaşam

kalitesi, iş kayıpları ve ekonomik güçlükler gibi birçok sağlık sorunu yaşamaktadır (Aslan, 2017; Peng ve Chang, 2013).

2.2.1 Bakım Verenlerinin Yaşadığı Sorunlar ve Hemşirenin Rolü

Hem formal hemde informal bakım verenler bu süreçte çeşitli sorunlar yaşamaktadır. İnformal bakım verenlerin formal bakım verenlere göre daha fazla bakım yükü yaşadıkları bilinmektedir**(**Dağdeviren, Demir, Adahan, Dağdeviren ve diğerleri, 2020). Seidel ve Thyrian (2019), demans hastalarına bakım veren 25 formal bakım veren ile 25 informal bakım veren (aile üyesi) arasındaki karşılaştırmalı çalışmalarında, aile üyelerinin, formal bakıcılara kıyasla daha yüksek bir yük algıladıklarını bulunmuştur.Yapılan bir çalışmada bakım verenler sağlıklarının bakım sürecinde olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir (Şahin ve diğerleri, 2009).

Bakım verenler bu süreçte biyo-psiko-sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkilenmektedir (Karaaslan, 2013; Kasuya, Polgar ve Takeuchi, 2000; Küçükgüçlü, Esen ve Yener, 2009; Akgün Şahin, Polat ve Ergüney, 2009; Uğur ve Fadıloğlu 2012; Karaaslan, 2013; Altın, 2006). Demansı olan yaşlıya bakım verenlerin yüksek oranda bakım yükü ve psikolojik sıkıntı yaşadığı yine bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre depresyon ve diğer psikopatolojik hastalıklardan daha fazla etkilendiğini göstermektedir (Boekhorst ve diğerleri, 2008; Au ve diğerleri, 2010).

Hasta ve ailesinin karşılaşabilecekleri zorlukları en iyi değerlendirebilecek kişiler hemşirelerdir. Holistik bir yaklaşımla bakım verenin ve hastanın ihtiyaç ve sorunlarının belirlenmesi ve çözülmesinde destek olurlar (Gel ve Kesgin, 2017). Bakım veren bireyi destekleyici girişimler bilgi verme, fiziksel destek sunma, psikolojik destek sunma ve kaynakları kullanma olarak dört şekilde kategorize edilmektedir (İzgü, 2014). Bakım verenlerin sorunlarını belirlemek için kapsamlı veri toplamak, hemşirelik bakım planında aileyi bir bütün olarak ele almak, hemşirelik girişimlerinde ailenin baş etme becerilerini kazanmasını sağlamaktır (Clara, 2020; Yaşar, 2009; Ardahan, 2006; Nguyen, 2009; Taylan, Alan ve Kadıoğlu, 2011). Hemşire hastalara ve hasta yakınlarına tanı sonrası evde yaşamın nasıl olacağı ve yaşanabilecek sorunlarla nasıl baş edilecekleri hakkında eğitim vermelidir

(Taylan, Alan ve Kadıoğlu, 2011). Bunun için hemşirenin iletişim becerileri oldukça önemlidir.

2.3 Aleksitimi

Aleksitimi kavramı "duygular için söz yokluğu" (Dereboy, 1990), "duygusal ahrazlık" (Şahin 1991) ve"düşünce köleliği" (Dökmen, 2000) gibi birkaç farklı şekilde tanımlanmıştır. DSM-V'te ise aleksitimi, zihinsel bir bozukluk olarak kategorize edilmemiştir (DSM-V, 2013). Aleksitimi genel olarak duyguları anlamlandırma, adlandırma ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır (Sayar ve Dinç, 2008; Ergün, 2008).

Aleksitimi düzeyi yüksek olan bireylerin empati ve iletişim becerilerinin düşük, olumsuz otomatik düşünce sıklığının ise yüksek olduğu saptanmıştır (Aksoy ve Çoban, 2017; Yalnızoğlu ve diğerleri, 2018).

2.3.1 Aleksitiminin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Aleksitimi kavramı etiyolojik kökenine göre primer ve sekonder olmak üzere iki farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Aleksitimi tüm yaşam sürecini etkileyen ve psikosomatik hastalığa neden olan bir durum olarak ortaya çıktıysa primer ; ileriki yaşam dönemlerinde ortaya çıktıysa sekonder olarak tanımlanmaktadır. Etiyolojisinde; genetik faktörler, olumsuz bakıcı deneyimi, çocukluk çağı travmaları, beyin fonksiyonlarını etkileyen psikolojik olaylar veya hastalıklar yer almaktadır (Kano ve diğerleri, 2012); Wearden, Cook, Vaughan, 2003; Krystal, 1982; Wisa ve diğerleri, 1990; Messina, Beadle ve Paradiso, 2014). Risk faktörleri arasında ileri yaş, erkek cinsiyette olma, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi vedüşük duygusal zeka yer almaktadır (Leonard, 2019).

2.3.2 Aleksitiminin Sıklığı

Literatürdeçeşitli durumlarda ve hastalıklarda aleksitimi sıklığı ile ilgili çok sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Örneğin psikosomatik hastalığı olan bireylerde %22 (Beştepe, Tüzer ve Önder, 2000), psöriyasiste %62 (Şahin ve diğerleri, 1996), peptik ülser hastalarında %54 (Şahin, 1991), organik patoloji bulunmayan mastalji yakınmalı hastalarda %50 (Topcuoğlu ve diğerleri, 2003),

irritable kolon sendromunda %46 (Sayar ve diğerleri, 2000), romatoid artritte %54, sistemik lupus eritematozusda %42 (Vadacca ve diğerleri, 2008) oranında aleksitimi saptanmıştır.Aleksitimi depresyon (Carano ve diğerleri, 2006; Sayar, Kirmayer ve Taillefer, 2003) ve sosyal fobi gibi (Solmaz ve diğerleri, 2000) bazı psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde yer almakta aynı zamanda psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda aleksitimi oldukça sık görülmektedir(Leweke ve diğerleri, 2012).

2.3.3 Aleksitiminin Belirti Bulguları

Aleksitimi belirtileri ve bulguları; duygu ve duyguları ifade etme de zorluklar, duygular ve bu duygularla ilgili bedensel duyumlar arasında ayrım yapma da problemler, mantıklı ve katı bir düşünme tarzı, başkalarının duyguları tanıma ve bunlara cevap vermede zorluklar, yetersiz baş etme becerileri ve buna bağlı gelişen stres, uzak ve sert görünme, yaşam memnuniyetsizliği, empati kurmada yetersizlik, ısrarlı, tekrarlayıcı konuşmalar, kendi bildiğini yapma ve düşünmeden davranma şeklinde sıralanmaktadır (Leonard 2019; Temiz, 2018; Erden ve Ergün, 2008; Hamarta ve Yalçın, 2010).

2.3.4 Aleksitimi Tedavisi

Aleksitiminin kesin bir tedavisi yoktur. Tedavi genellikle hastanın gereksinimine göre planlanmaktadır (https://www.healthline.com/health/autism/alexithymia#treatments).

Tedavide aleksitimik bireylerin kendi içlerine dönerek yaşadıkları duyguları fark etmeleri sağlanmalı ve bu duyguları için uygun kelimeler bulmalarına yardımcı olunmalıdır (Krystal, 1982). Terapide; bilişsel davranışçı terapi (CBT), destek grup terapisi ve psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (https://www.healthline.com/health/autism/alexithymia#treatments).

2.3.5 Aleksitimi ve Hemşirelik

İnsanı anlamak ve ona yardım edebilmek için bireyi bütün bileşenleri ile ele almak gerekmektedir. Hemşireler genellikle fiziksel hastalıklara yönelikleri için birçok psikolojik sorun ve hastalıkları gözardı edebilmektedir. Bu noktada fiziksel tedavi ile ruhsal tedaviyi entegre etmeye çalışan Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi devreye girmektedir (Güzel, 2020). KLP genel hastane içinde psikiyatri hizmetleri sunarak önemli bir gereksinimi gidermektedir.Psikiyatri hemşireleri aleksitimik

yapıya sahip bireylerde tedavi edici ilişki yoluyla duygusal farkındalık, duyguları ifade etme ve eşduyum becerilerini kazandırılabilir ve içgörüyü artırabilir.Hemşirelik mesleğinin özel alanlarından biri olan psikiyatri hemşiresinin yardıma ihtiyaç duyan bireylere yardım etmek, sorunlarına çözüm bulabilmek için gerekli yetkinlik ve beceriye sahip olması gerekir (Çam ve Engin, 2006).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

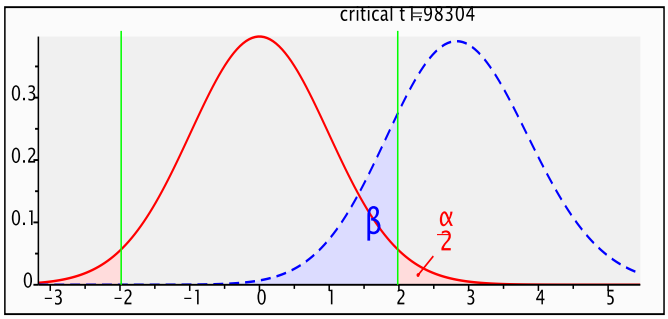
3.1 Araştımanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma,demanslı bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2 Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara il Sağlık Müdürlüğü Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran demanslı hastalara bakım veren bireyler oluşturmuştur. Türkiye'nin başkenti olması ve sosyo-ekonomik düzeyler açısından geniş bir yelpazeye sahip bir devlet hastanesi olması ve veri toplama aşamasında araştırmacıya izin veren bir kurum olması nedeniyle bu hastane seçilmiştir. Örneklemi ise aynı hastaneye başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, örneklem kriterlerine uyan ve ölçme araçlarını tam ve eksiksiz dolduran bireyler oluşturmaktadır. Araştırma Covid-19 pandemisinden önce planlanmış olup, örneklem hesabı yapılırken; kısıtlamalardan dolayı yeterli hasta yakını sayısına ulaşılamadığından ve benzer çalışma olmadığından güç analizi yapılmıştır (Şekil 1).Alınan örneklemimizden hesaplanan güç %80' dir.

Şekil 1 : G power Analiz Sonucu



t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	0.5544041
	α err prob	=	0.05
	Sample size group 1	=	57
	Sample size group 2	=	49
Output:	Noncentrality parameter δ	=	2.8458301
	Critical t	=	1.9830375
	Df	=	104
Power (1-β err prob)		=	0.8049669

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Bu kurum, 1957 yılında temeli atılmış olup 300 yatak kapasiteli olarak 1964 yılında açılmıştır. 2005 tarihinde, Sosyal Sigortalar Kurumunun kaldırılıp tüm güvenlik kuruluşlarının tek bir çatı altında toplanması amacı ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulmasıyla hastane sağlık bakanlığına devredilmiştir. Hastanenin adı T.C.Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak değiştirilmiştir. Hastane semt poliklinikleri ve kırk sekiz polikliniği ile Türkiye'nin en büyük hastanelerinden biridir. Bu çalışma yatan hasta servislerinde yapılmıştır. Araştırma izin alındıktan sonra Ağustos 2020'de başlanılmış olup pandemi sürecinden dolayı Nisan 2021'de tamamlanmıştır.

3.4 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriteleri

- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Bakımdan birinci derecede sorumlu aile üyesi olma,
- En az 6 aydır bakım verme sorumluluğunu sürdürüyor olma,
- Türkçe bilme,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmama,
- İletişime engel, görme duyma sorunu yaşamama

3.5 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak; Demanslı Bireyi ve Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (EK 2) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (EK 3) ölçekleri kullanılmıştır.

3.5.1 Demanslı Bireyi ve Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda bakım verenlerin ve hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veri toplamak amacı ile araştırmacılar tarafından düzenlenen bireysel bilgi formudur. Bakım verenlere ve hastalara ait olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hasta ile yakınlık derecesi, aylık geliri, çalışma durumu, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, herhangi bir hastalığı var mı, kullandığı ilaçlar gibi soruları içermektedir. İkinci bölüm hastaya ait olan verilerdir; hastanın cinsiyeti, eğitim durumu, akut veya kronik bir hastalığı olup olmadığı, doktoru tarafından reçete edilen veya edilmeyen kullanılan ilaçlar gibi veriler yer almaktadır(EK 1).

3.5.2 Bakım Verenlerin Yükü Envanteri

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVYE) Novak ve Guest (1989) tarafından geliştirilmiş, orjinal adı“The Caregiver Burden Inventory” dir. BVYE, 24 maddelik likert tipi (0-4) bir ölçektir. Puanlama, hiç tanımlamıyor (0) puan, az tanımlıyor (1) puan, orta derecede tanımlıyor (2) puan, oldukça tanımlıyor (3) puan, çok tanımlıyor (4) puan şeklindedir. Zaman-Bağımlılık (1, 2, 3, 4, 5. maddeler), Gelişimsel (6, 7, 8, 9, 10. maddeler), Fiziksel (11, 12, 13, 14. maddeler), Sosyal (15, 16, 17, 18,19. maddeler) ve Duygusal Yük(20, 21, 22, 23, 24. maddeler) olmak üzere beş alt boyutu vardır. Bütün alt boyutlar beş maddeden, ancak üçüncü boyut olan fiziksel yük dört maddeden oluşmaktadır. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte, her bir maddeye verilen yanıtın puanı (0-4) 1.25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmakta ve bu boyuttan da toplam 20 puan elde edilmektedir. Toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri, 2009 yılında Küçükgüçlü ve arkadaşları ve tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0,94 olarak saptanmıştır (Ek 2). Ölçeğin, BVYE’ni çalışmamızda

kullanmak için gerekli olan izin yazarlardan alınmıştır (Ek 4).Bizim çalışmamızda BVYE'nin Cronbach Alpha kat sayısı 0.964 tespit edilmiştir.

3.5.3 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) Bagby ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. TAÖ, 20 maddeden oluşan likert tipte bir ölçektir. Üç alt boyuttan oluşmaktadır. Duygularını Tanımada Güçlük (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14. maddeler), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (2, 4, 11, 12, 17. maddeler) ve Dışa Vuruk Düşünme (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20. maddeler) alt boyutlarından oluşmaktadır. "Hiçbir Zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her Zaman" seçenekleri olan beşli likert bir ölçektir. 1 ile 5 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten en düşük 20 en yüksek 100 puan alınabilir. Puan arttıkça aleksitimi görülme oranı artar. Bireyin aldığı toplam puan 51 ve altında ise aleksitimi yok, 52-60 arası muhtemel aleksitimi, 61 ve üzeri puanda ise aleksitimi vardır. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik güvenilirliğini Güleç ve arkadaşları (2009) tarafından çalışılmış olup, Cronbch Alpha katsayısı 0,78 dir. Bizim çalışmamızda TAÖ'nün Cronbach Alpha katsayısı 0,846 olarak tespit edilmiştir.TAÖ'yü kullanmak için yazarlardan izin alınmıştır (Ek 5).

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni bakım veren yükü puan ortalaması ve aleksitimi düzeyi puan ortalamasıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise demanslı birey ve bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik özellikleridir.

3.7 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu (EK 1), Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (EK 2), Toronto Aleksitimi Ölçeği (EK 3)kullanılmıştır. Araştırma verileri Ağustos 2020-Nisan 2021 aralığında bakım verenlere yüzyüze anket uygulama şeklinde yapılmıştır.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Çankırı Karatekin Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.2.2020 14:46:10 karar tarihli ve 173 no'lu etik kurul belgesi alınmıştır (EK 4).

Etik kurul izni alındıktan sonra çalışmanın başlayabilmesi için araştırmanın yapılacağı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 30984361-300-E. 15874 sayılı izin alınmıştır (EK 5). Çalışmaya başlamadan önce hasta yakınlarına çalışmanın amacı ve kapsamı konusunda bilgi verilerek, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan sözlü onam alınmıştır. Çalışma Covid-19 tedbirleri kapsamında uygun sosyal mesafe sağlanarak uygulanmıştır.

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri, Statistical Package for Social Sience(SPSS) for Windows 22.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları, tanımlayıcı ve ilişkisel istatistikler kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu shapiro wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uygun olduğu için parametrik testlerden t testi, korelasyon için pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çizelge 4. 1 Demanslı bireye bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri (n=106)

Değişken	**Sayı**	**%**
Yaş X ±SS 41,77±13,68		
Cinsiyet		
Kadın	71	67,0
Erkek	35	33,0
Eğitim Durumu		
Okuryazardeğil	3	2,8
İlkokul	17	16,0
Ortaokul	15	14,2
Lise	17	16,0
Lisans	53	50,0
Yükseklisans	1	1,0
Çalışma Durumu		
Evet	73	68,9
Hayır	33	31,1
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	45	42,5
Gelir Gidere Eşit	43	40,5
Gelir Giderden Fazla	18	17,0
Yakınlık Derecesi		
Eşi	6	5,7
Annesi	32	30,2
Babası	20	18,8
Kardeşi	5	4,7
Kayınvalide	9	8,5
Kayınpeder	6	5,7
Akraba(Amca, Dayı, Torun)	28	26,4
Bakım Verme Süresi		
1 Yıldan Az	32	30,2
1-5 Yıl	61	57,5
6 Yıl Ve Üzeri	13	12,3
Bakımda Destek Alma		
Evet	82	77,4
Hayır	24	22,6
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	14	13,2
Hayır	92	86,8
Düzenli İlaç Kullanma Durumu		
Evet	12	11,3
Hayır	94	88,7
Kendine Vakit Ayırma Durumu		
Var	62	58,5
Yok	44	41,5

Çizelge 4.1 incelendiğinde; demanslı bireyin bakım verenlerin yaş ortalaması 41,77±13,68, %67'si kadın, %50'si üniversite mezunu, %42,5'inin gelirinin giderden az, %13,2'sinde kronik hastalık mevcut ve bunların %11,3'ü düzenli ilaç kullanmaktadır. Bakım verenlerin %5,7'si eşine, %30,2'si annesine, %18,9'u babasına, %4,7'si kardeşine, %8,5'i kayınvalidesine, %5,7'si kayınpederine ve %26,4'ü birinci dereceden akrabasına (amca, dayı, büyükanne, dede) bakım vermektedir. Bakım verenlerin %57,5'i 1-5 yıl arası bakım verdiğini ve %77,4'ü bakımda diğer aile üyelerinden destek aldığını belirtmiştir. Bakım verenlerin %41,5'inin kendisine vakit ayıramamaktadır.

Çizelge 4. 2 Bakım verilen demanslı bireylerin sosyodemografik özellikleri (n=106)

Tanımlayıcı Özellikler	**n**	**%**
Yaş X ± S.S 73,36±9,082 (yıl)		
Demans Süresi X ± S.S 3,38±2,906 (yıl)		
Cinsiyet		
Kadın	64	60,4
Erkek	42	39,6
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	4	3,8
İlkokul	72	67,9
Ortaokul	22	20,8
Lise	4	3,8
Lisans	3	2,8
Yükseklisans	1	0,9
Kronik Hastalık		
Evet	74	69,8
Hayır	32	30,2
Düzenli İlaç Kullanımı		
Evet	70	66,0
Hayır	36	34,0

Çizelge 4.2 incelendiğinde; demanslı bireylerin yaş ortalaması 73,36±9,082, ortalama demans süresi 3,38±2,906, %60,4'ü kadın, %67,9'u ilkokul mezunu,%69,8'inin demans dışında başka bir kronik hastalığı mevcut, %66'sı demans ilaçları dışında farklı ilaç kullanmaktadır.

Çizelge 4. 3 Bakım verenlerin BVYE ve TAÖ puan dağılımı (n=106)

Ölçekler		Ortalama ±Standart sapma	Min.	Max.
BVYE	**Zaman-Bağımlılık Yükü**	11,47±5,49	0	20
	Gelişimsel Yük	10,69±5,39	1	20
	Fiziksel Yük	10,35±5,23	0	20
	Sosyal Yük	8,77±5,67	0	20
	Duygusal Yük	6,38±5,52	0	20
	TOPLAM	47,66±22,65	1	95
TAÖ	**Duygularını Tanımlamada Güçlük**	18,93±5,86	7	32
	Duygularını Sözme Dökmede Güçlük	14,73±2,96	9	21
	Dışa Dönük Düşünme	24,52±4,78	13	37
	TOPLAM	58,18±10,86	32	86

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ve TAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları Çizelge 4.3'de verilmiştir. Bakım verenlerin Zaman- Bağımlılık Yükü Alt Boyut puan ortalaması (11,47±5,49), Gelişimsel Yük Alt Boyut puan ortalaması (10,65±5,39), Fiziksel Yük Alt Boyut puan ortalaması (10,35±5,23),Sosyal Yük Alt Boyut puan ortalaması (8,77±5,67), Duygusal Yük Alt Boyut puan ortalaması (6,38± 5,52) ve BVYE toplam puan ortalaması 47,66±22,65' dir.

Bakım verenlerin Duygularını Tanımlamada Güçlük Alt Boyut puan ortalaması 18,93±5,86, Duygularını Söze Dökmede Güçlük Alt Boyut puan ortalaması 14,73±2,96 ve Dışa Dönük Düşünme Alt boyut puan ortalaması 24,52 ±4,78,TAÖ toplam puan ortalaması 58,18 ±10,86' dir.

Çizelge 4. 4 Bakım verenlerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre BVYE puanları

		BVYE					
Özellikler	**N**	**Zaman-Bağımlılık Yükü**	**Gelişimsel Yük**	**Fiziksel Yük**	**Sosyal Yük**	**Duygusal Yük**	**BVYE Toplam Puanı**
Cinsiyet							
Kadın	**71**	11,96 ±5,70	11,14±5,41	10,65±5,27	8,97±5,56	6,39±5,32	46,99±22,90
Erkek	**35**	10,49±4,97	9,77±5,30	9,75±5,17	8,37±5,95	6,34±5,99	42,77±22,18
		t=1,302	t=1,233	t=0,833	t=0,511	t=0,045	t=0,900
		p=0,196	p=0,220	p=0,407	p=0,611	p=0,964	p=0,370
Çalışma durumu							
Evet	**73**	11,16±5,51	10,01±5,44	10,02±5,45	8,55±5,85	6,23±5,54	43,97±23,59
Hayır	**33**	12,15±5,47	12,18±5,02	11,10±4,70	9,27±5,31	6,70±5,54	49,18±20,28
		t=-0,856	t=-1,943	t=-0,985	t=-0,607	t=-0,399	t=-1,097
		p=0,394	p=0,055	p=0,327	p=0,545	p=0,691	p=0,275
Kronik Hastalık							
Evet	**14**	13,57±4,50	12,64±4,92	14,02±4,60	11,29±4,95	7,79±5,19	56,50±18,64
Hayır	**92**	11,15±5,58	10,39±5,42	9,80±5,11	8,39±5,70	6,16±5,56	43,93±22,83
		t=-1,545	t=1,464	t=2,911	t=1,797	t=1,024	t=1,960
		p=0,125	p=0,146	**p=0,004**	p=0,075	p=0,308	p=0,053
Kendine Vakit Ayırma							
Evet	**62**	9,15±5,01	8,65±5,16	8,67±5,12	7,00±5,79	4,97±5,18	36,69±21,34
Hayır	**44**	14,75±4,37	13,57±4,31	12,73±4,44	11,27±4,48	8,36±5,42	58,14±18,19
		t=-5,969	t=-5,170	t=-4,241	t=-4,097	t=-3,258	t=-5,411
		p=0,00	**p=0,00**	**p=0,00**	**p=0,00**	**p=0,002**	**p=0,00**
İletişim Sorunu							
Evet	**57**	12,81±4,55	11,95±4,93	11,78±4,48	9,86±5,31	7,05±5,48	51,09±19,98
Hayır	**49**	9,92±6,09	9,22±5,57	8,70±5,58	7,51±5,87	5,59±5,52	39,20±24,06
		t=2,785	t=2,667	t=3,144	t=2,162	t=1,363	t=2,778
		p=0,006	**p=0,009**	**p=0,002**	**p=0,033**	p=0,176	**p=0,006**
Bakımda Destek Alma Durumu							
Evet	**82**	10,56±5,33	9,56±5,16	9,45±5,17	7,65±5,59	5,35±5,06	40,68±21,48
Hayır	**24**	14,58±4,93	14,54±4,30	13,44±4,23	12,63±4,09	9,88±5,69	62,38±18,36
		t=-3,300	t=-4,300	t=-3,449	t=-4,048	t=-3,738	t=-4,487
		p=0,001	**p=0,00**	**p=0,001**	**p=0,00**	**p=0,00**	**p=0,00**
Düzenli İlaç Kullanımı							
Evet	**12**	13,92±4,31	13,33±4,47	13,33±4,68	11,67±5,05	7,75±5,52	57,33±20,17
Hayır	**94**	11,16±5,56	10,35±5,42	9,97±5,19	8,40±5,66	6,20±5,52	44,10±22,60
		t=1,651	t=1,825	t=2,130	t=1,899	t=0,913	t=1,931
		p=0,102	p=0,071	**p=0,036**	p=0,060	p=0,363	p=0,056
Eğitim Durumu							
OkuryazarDeğil	**3**	15,33±6,42	11,67±9,71	12,08±8,13	11,00±9,00	11,33±9,29	59,00±40,59
İlkokul	**17**	12,12±4,02	12,24±3,21	10,74±3,03	11,29±4,97	8,29±5,18	52,53±16,30
Ortaokul	**15**	13,73±4,62	13,87±4,08	12,50±3,92	10,87±4,76	8,13±6,57	56,60±17,11
Lise	**17**	10,88±5,63	10,18±5,72	11,40±5,70	8,65±5,18	6,59±5,30	45,41±22,62
Lisans	**54**	10,61±5,90	9,43±5,58	9,21±5,64	7,31±5,78	4,94±4,86	39,67±23,37
		F=1,471	F=2,608	F=1,581	F=2,493	F=2,550	F=2,624
		p=0,217	**p=0,040**	p=0,185	**p=0,048**	**p=0,044**	**p=0,039**
Bakım Verme Süresi							
1 yıldan az	**32**	8,16±5,85	7,56±5,18	8,05±5,83	7,16±5,84	4,63±5,00	33,94±23,99
1-5 yıl	**61**	12,38±4,61	12,00±4,83	11,27±4,58	9,54±5,58	7,28±5,77	50,21±20,30
6 yıl üzeri	**13**	15,38±4,33	12,23±5,54	11,73±5,09	9,15±5,24	6,46±4,80	52,62±20,40
		F=12,050	F=8,877	F=4,825	F=1,920	F=2,492	F=6,809
		p=0,00	**p=0,00**	**p=0,010**	p=0,152	p=0,088	**p=0,002**

Çizelge 4.4'te bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre BVYE puanlarının dağılımına yer verilmiştir.

BVYE Zaman Bağımlılık Alt Boyut puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı, eğitim durumu arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), kendine vakit ayırma durumu, hasta ile iletişim sorunu yaşama durumu,bakımda destek alma durumu ve bakım verme süresi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

BVYE Gelişimsel Yük Alt Boyut puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımıanlamlı bir fark yokken ($p>0,05$), kendisine vakit ayırma durumu, iletişim sorunu yaşama, bakımda destek alma durumu, eğitim durumu ve bakım süresi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

BVYE Fiziksel Yük Alt Boyutpuan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, eğitim durumu arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanım durumu, kendisine vakit ayırma durumu ve hasta ile iletişim sorunu yaşama durumu, bakımda destek alma durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

BVYE SosyalYük Alt Boyut puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı ve bakım verme süresi arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), kendisine vakit ayırma durumu, hasta ile iletişim sorunu yaşama durumu, bakımda destek alma durumu ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

BVYE Duygusal Yük Alt Boyut puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı, hasta ile iletişim sorunu yaşama durumu ve bakım verme süresi arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), kendisine vakit ayırma durumu , bakımda destek alma durumu ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri toplam puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı anlamlı bir fark yokken ($p>0,05$), kendisine vakit ayırma durumu, iletişim sorunu yaşama, bakımda destek alma durumu, eğitim durumu ve bakım süresi arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Çizelge 4. 5 Bakım verenlerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre TAÖ puanları

Özellikler	n	TAÖ			
		Duyularımı Tanımlamada Güçlük	Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Dönük Dışa Düşünme	Toplam TAÖ Puanı
Cinsiyet					
Kadın	**71**	19,45±6,11	14,92±3,06	25,11±4,14	59,48±10,88
Erkek	**35**	17,89±5,24	14,34±2,74	23,31±5,74	55,54±10,48
		t=1,296	t=0,935	t=1,841	t=1,772
		p=0,198	p=0,352	p=0,068	p=0,079
Çalışma durumu					
Evet	**73**	19,15±6,03	15,01±2,99	24,48±4,98	58,64±11,59
Hayır	**33**	18,45±5,52	14,09±2,83	24,61±4,38	57,15±9,11
		t=0,564	t=1,492	t=-0,126	t=0,653
		p=0,574	p=0,139	p=0,900	p=0,515
Kronik Hastalık					
Evet	**14**	18,14±5,69	14,21±2,96	24,29±6,18	56,64±11,62
Hayır	**92**	19,05±5,91	14,80±2,97	24,55±4,57	58,41±10,79
		t=-0,540	t=-0,692	t=-0,195	t=-0,566
		p=0,590	p=0,490	p=0,846	p=0,572
Kendine Vakit Ayırma					
Evet	**62**	17,48±5,42	14,05±2,74	24,15±4,64	55,68±9,83
Hayır	**44**	20,98±5,90	15,68±3,02	25,05±4,97	61,70±11,37
		t=-3,148	t=-2,891	t=-0,954	t=-2,913
		p=0,002	**p=0,005**	p=0,342	**p=0,004**
İletişim Sorunu					
Evet	**57**	19,91±5,89	15,12±3,15	25,16±4,79	60,19±12,10
Hayır	**49**	17,80±5,67	14,27±2,68	23,78±4,71	55,84±8,75
		t=1,875	t=1,493	t=1,492	t=2,091
		p=0,064	p=0,138	p=0,139	**p=0,039**
Bakımda Destek Alma Durumu					
Evet	**82**	18,33±5,65	14,46±2,86	23,88±4,77	56,67±10,40
Hayır	**24**	21,00±6,20	15,63±3,17	26,71±4,22	63,33±11,03
		t=-1,990	t=-1,703	t=-2,620	t=-2,722
		p=0,049	p=0,092	**p=0,010**	**p=0,008**
Düzenli İlaç Kullanımı					
Evet					
Hayır	**12**	20,17±5,09	15,33±3,02	23,17±4,26	58,67±10,31
	94	18,78±5,96	14,65±2,96	24,69±4,83	58,12±10,98
		t=0,772	t=0,751	t=-1,040	t=0,164
		p=0,442	p=0,454	p=0,301	p=0,870
Eğitim Durumu					
OkuryazarDeğil	**3**	20,33±8,96	16,33±3,51	29,67±2,08	66,33±13,20
İlkokul	**17**	21,35±5,55	14,76±2,90	23,24±4,71	59,35±11,77
Ortaokul	**15**	18,13±5,37	14,80±2,62	23,87±4,12	56,80±7,05
Lise	**17**	18,35±5,66	13,76±3,40	22,71±4,12	54,82±10,99
Lisans	**54**	18,50±5,99	14,91±2,93	25,39±4,98	58,80±11,27
		F=0,950	F=0,713	F=2,427	F=0,981
		p=0,439	p=0,585	p=0,053	p=0,421
Bakım Verme Süresi					
1 yıldan az					
1-5 yıl	**32**	17,22±6,05	14,31±2,93	24,19±5,37	55,72±11,70
6 yıl üzeri	**61**	19,66±5,55	14,80±2,98	24,44±4,22	58,90±9,80
	13	19,77±6,39	15,38±3,01	25,69±5,85	60,85±13,11
		F=2,000	F=0,648	F=0,471	F=1,357
		p=0,141	p=0,525	p=0,626	p=0,262

Çizelge 4.5'de bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre TAÖ puanlarının dağılımına yer verilmiştir.

Duygularını Tanımlamada Güçlük Alt Boyut puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı, hasta ile iletişim sorunu yaşama durumu, eğitim durumu ve bakım verme süresi arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), kendisine vakit ayırma durumu ve bakımda destek alma durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyut puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı, hasta ile iletişim sorunu yaşama, bakımda destek alma durumu, eğitim durumu ve bakım verme süresi arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), kendisine vakit ayırma durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Dışa Dönük Düşünme Alt Boyut puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı, hasta ile iletişim sorunu yaşama, kendisine vakit ayırma durumu, eğitim durumu ve bakım verme süresi arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), bakımda destek alma durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

TAÖ toplam puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı, eğitim durumu ve bakım verme süresi arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), hasta ile iletişim sorunu yaşama, kendisine vakit ayırma durumu ve bakımda destek alma durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Çizelge 4. 6 TAÖ toplam puan ortalamalarına göre bakım verenlerin aleksitimi özellikleri

Aleksitimi Varlığı	**n**	**%**
Aleksitimi yok (51 ve altı puan)	34	32,1
Muhtemel Aleksitimi (52-60 puan)	28	26,4
Aleksitimi var (61 ve üzeri puan)	44	41,5
Toplam Puan	106	100

Çizelge 4.6 incelendiğinde; örneklemin %32,1'isinin aleksitimik özellik göstermediği, %26,4'ünün muhtemel aleksitimik özellik gösterdiği, %41,5'inin ise aleksitimisi olduğu saptanmıştır. Kesme puan aralıkları (cut off point) Güleç ve arkadaşlarının (2009) yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışma bulguları baz alınarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 4. 7 BVYE ile TAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Zaman-Bağımlılık Yükü	**Gelişimsel Yük**	**Fiziksel Yük**	**Sosyal Yük**	**Duygusal Yük**	**BVYE Toplam**
Duygularını Tanımlamada Güçlük	0,496**	0,549**	0,415**	0,486**	0,567**	0,574**
Duygularını Söze Dökmede Güçlük	0,525**	0,745**	0,735**	0,205*	0,233*	0,879**
Dışa Dönük Düşünme	0,510**	0,556**	0,407**	0,014	-0,089	0,059
TAÖ Toplam	0,516**	0,436**	0,338**	0,294**	0,321**	0,420**

***p<0,05, **p<0,01**

Çizelge 4.7'te BVYE ve TAÖ arasındaki ilişkinin puan dağılımı sunulmuştur.

Duyguları Tanımlamada Güçlük alt boyut puan ortalaması ile zaman bağımlılık (r=0,496), gelişimsel yük (r=0,549), fiziksel yük (r=0,415), sosyal yük (r=0,486), duygusal yük (r=0,567) ve BVYE toplam puan (r=0,574) arasında orta şiddette,pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır(p<0,01).

Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyut puan ortalaması ile zaman bağımlılık (r=0,525), gelişimsel yük (r=0,745), fiziksel yük (r=0,735) arasında orta şiddette,pozitif yönlü, sosyal yük (r=0,205) ve duygusal yük (r=0,233) arasında zayıf şiddette,pozitif yönlü ve BVYE toplam puan (r=0,879) arasındagüçlü,pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır (p<0.01).

Dışa Dönük Düşünme alt boyut puan ortalaması ile zaman bağımlılık (r=0,510), gelişimsel yük (r=0,556), fiziksel yük (r=0,407) arasında orta şiddette,pozitif yönlü bir ilişki varken (p<0,01),duygusal yük (r=-0,089) arasında zayıf şiddette, negatif yönlü,sosyal yük (r=0,014) veBVYE toplam puan(r=0,059)arasında zayıf şiddette,pozitif yönlü ve anlamsız bir ilişki vardır (p>0.05).

BVYE toplam puanı ile TAÖ toplam puanı arasında orta şiddette, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). Korelasyon katsayısı r=0,420 olarak

hesaplanmış buna göre TAÖ toplam puan ortalaması arttıkça BVYE toplam puanı artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Demanslı bireye bakım veren aile üyelerinin bakım veren yükü ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatürle birlikte aşağıda yer alan başlıklarda tartışılmıştır.

Bakım Veren Yükü Envanteri Sonuçlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Demans hastalığı kronik, ilerleyici, davranışsal ve sosyal sorunların birarada görüldüğü nöropsikiyatrik bir hastalık olduğu için doğrudan bakım veren aile üyeleri bu süreçte etkilenmektedir (Özcan ve Kapucu, 2009; Gönen Şentürk ve Küçükgüçlü 2021;Karahan ve Güven, 2002). Alanda pek çok bakım yükü çalışması mevcut olmakla beraber, bakım yükü ortalaması pek çok faktörden (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bakımda destek alma, sosyal destek vb.) etkilendiği için değişkenlik göstermektedir (Küçükgüçlü, Esen ve Yener, 2009; Gönen Şentürk ve Küçükgüçlü 2021; Akpınar Söylemez, 2013; Yıldırım, Engin, Başkaya, 2013). Çalışmamızda bakım verenlerin orta düzeyde bakım yükü (47,66±22,65) yaşadıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Ayrıca bakım veren aile üyelerinin %49,1'lik kısmı bakım alan bireylerin çocuklarıdır. Bakım verenler bakım sürecince pek çok sorunla yüzyüze gelmekte ancak bu durumun farkına varılması ve ifade edilmesinde bazı engeller söz konusu olabilmektedir. Kültürümüzde bir aile büyüğüne bakmanın görev olarak görülmesi bazı duygu ve düşüncelerin rahat ifade edilmesini engellemektedir. Özellikle örneklemin büyük bir kısmını oluşturan (%49,1) evlat bakım verenlerin hem evlat rolünün gereği olarak hemde ebeveynlerine olan sevgi ve saygı nedeniyle bakımı üstlendikleri ve bakım yükü düzeyini yeterince açıklayamadıkları düşünülmektedir.

Bakım veren yükü envanteri alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın zaman bağımlılık yükü alt boyut puan ortalamasına ait olduğu görülmektedir (Çizelge 4.3). Çalışma bulguları literatürle benzerdir (Taşdelen ve Ateş, 2012; Yıldırım, Engin, Başkaya, 2013). Zaman bağımlılık yükü bakım verenin bakım için harcadığı zaman ve yapmış olduğu bakım uygulamalarından kaynaklanan yükü tanımlamaktadır (Küçükgüçlü, Esen, Yener, 2009). Demans hastalarının bakım gereksinimi gün geçtikçe artmaktadır (Özcan ve Kapucu, 2009). Hastalığın yanısıra eşlik eden kronik hastalıklar, yaşlılık, maddi ve bakım sorunları bakım verenlerin bakım verme süresini ve uygulama sayısını arttırmaktadır.

Demans hastalarına bakım verenler, kardiyovasküler problemler, bağışıklık sisteminde zayıflama, yara iyileşmesinde gecikme, birden fazla kronik hastalığa sahip olma (diyabet, artrit, ülser ve anemi gibi), daha fazla hastaneye başvuru yapma ve daha fazla sağlık sorunu yaşama gibi çeşitli durumlar açısından yüksek risk altındadır (Schuluz ve Martine, 2004; Alzheimer's Association, 2021). Çalışmamızda bakım verenlerin %13,2'sinde en az birkronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir(Çizelge 4.1). Oranın görece düşük olamasının nedeni örneklem grubumuzun yaş ortalamasının 41,77±13,68 olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Çünkü yaş arttıkça kronik hastalık görülme sıklığı artmaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014; Öztürk ve diğerleri, 2002).

Çalışmamızda kronik hastalığa sahip bakım verenlerin fiziksel yük alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Çizelge 4.5). Bakımın bireylere büyük sorumluluklar yüklemesi, kendi rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi, kendi sağlıklarına yeteri kadar vakit ayıramamaları hem kronik hastalık görülme sıklığını arttırmakta hemde kendi sağlık sorunundan dolayı daha fazla fiziksel yük hissetmelerine neden olmaktadır.

BVYE toplam puan ortalamalasıyla; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), kendisine vakit ayırma durumu, iletişim sorunu yaşama, bakımda destek alma durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Çizelge 4.5). Yıldırım, Engin ve Başkaya (2013) çalışmasında da çalışmamızla benzer şekilde BVYE toplam ve alt boyut puan ortalamalarıyla; gelir düzeyi, eğitim durumu ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durumun bakım yükünü etkileyen diğer faktörlerin bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kendisine vakit ayıramayan, bakımda destek alamayan bireylerin bakım yükünün diğerlerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Çizelge 4.5).Bakım vermenin getirdiği sorumluluklar nedeniyle bakım verenler kariyer hedeflerinden ya da hobilerinden vazgeçme,sosyal ortamdan uzaklaşma, arkadaşları ve aileleriyle birlikte kısıtlı zaman geçirme gibi durumları sıkça yaşamaktadırlar (Leong, Madjar ve Fiveash, 2001). Yapılan çalışmalar bakım verme sürecinin en çok sosyal hayatı etkilediğini ve sosyal destek yetersizliğinin bakım verme yükünü arttırdığını ortaya koymuştur (Gönen Şentürk ve Küçükgüçlü 2021; Babaoğlu ve Öz, 2003; Bedük ve Karaaslan, 2011). Bakım sürecine destek olan biri

ya da birilerinin varlığı, bakım verenin dinlendirilmesi, sorumlulukları paylaşılması, bakım yükünün önlenmesi ya da azaltılması açısından oldukça önemlidir(Gönen Şentürk ve Küçükgüçlü, 2021).

Hastasıyla iletişim sorunu yaşayan bakım verenlerin bakım yükü diğerlerine göre daha yüksektir ($p<0.05$) (Çizelge 4.5).Bakım verenler demanslı bireylerle sıklıkla iletişim sorunu yaşamaktadırlar, bunun en büyük nedeninin hastalığı bilmeme ve hastalığın dalgalı seyir göstermesi olduğu düşünülmektedir. Bakım verme sürecine yönelik yapılan hemşirelik eğitimlerinde doğru iletişim kurma şekli ilk sırada yer almalıdır. Bakım verenler hasta ile inatlaştığını, hastanın anlamsız yada uygun olmayan sözlerinden rahatsız olduğunu dile getirmektedir (Küçükgüçlü, Gönen Şentürk, Akpınar Söylemez, 2017).

Araştırmamızın hipotezleri açısından, H_2 kabul edildi. Yani; "Demanslı hastaya bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre BVYE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır".

Toronto Aleksitimi Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Literatürde uluslararası alanda yapılan araştırmalarla kıyaslandığında ülkemizde aleksitimi ile ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bununla beraber aleksitimi konusunda yapılan çalışmalar son on yılda artış göstermiştir. Aleksitimi prevalansı, psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda oldukça yüksektir (Leweke ve diğerleri, 2012), çünkü aleksitimi önceden var olan psikopatolojiye yatkınlık oluşturabilir ve hatta onu alevlendirebilir. Fiziksel (obezite, huzursuz bağırsak sendromu gibi) ve psikiyatrik (sosyal fobi, konversiyon gibi) hastalık tanıları almış olan kişilerle yapılan pek çok çalışmada aleksitimik özellikler incelenmiştir (Yazıcı ve diğerleri, 2006; Solmaz ve diğerleri, 2000; Çelikel ve Saatçioğlu, 2002). Çalışmamızda TAÖ toplam puan ortalaması 58,18±10,86 olup bakım verenlerin puan ortalaması orta düzeydedir (Çizelge 4.4). Ayrıca katılımcıların %32,1'isinin aleksitimik özellik göstermediği, %26,4'ünün muhtemel aleksitimi gösterdiği, %41,5'inin ise aleksitimisi olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.7). Literatürde demanslı bireye bakım verenlerde aleksitemi ile ilgili çalışma sonucu olmadığı için kıyaslama yapılamamıştır. Ancak bu sonuç bize demanslı bireylere bakım veren aile üyelerinin aleksitimi görülme sıklığı açısından riskli grupta yer aldığını ve aleksitiminin bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden biri olabileceğinin gösterilmesi açısından önemlidir.Yapılan araştırmalarda aleksitiminin depresyon, somatizasyon,

öfke/saldırganlık, tükenmişlik gibi pek çok sorunla ilişkili olabildiği belirtilmiştir (Samur, Luminet ve Koole, 2017; Panayiotu ve Constantinou, 2017; Iorga ve diğerleri, 2017). Tükenmişlik ve aleksitimi ilişkisini inceleyen çalışmalarda aleksitimiyle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif, kişisel başarı arasında ise negatif ilişki olduğu, aleksitiminin tükenmişlik için bir risk faktörü oluşturduğu belirlenmiştir (Taycan, Erdoğan Taycan ve Çelik, 2014; Katsifaraki ve Tucker, 2013).

Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puan ortalaması ile; cinsiyet, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir fark yokken ($p>0.05$), hasta ile iletişim sorunu yaşama, kendisine vakit ayırma ve bakımda destek alma durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$) (Çizelge 4.6). Kardiyak kökenli hastalığa sahip (n:200) bireylerde zihinsel sağlık, aleksitimi ve ailesel sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; aleksitimi ile zihinsel sağlık arasında pozitif, ailesel sosyal destek ile negatif ilişki belirlenmiştir. Hastaların aileden gördüğü sosyal destek azaldıkça duyguları tanımada güçlük ortaya çıkmaktadır. Aynı çalışmada tıbbi girişimlerin yanı sıra özellikle hastaların duygularına ve ailelerinin sosyal desteğine dikkat ederek psikolojik müdahalelerin sağlanması önerilmiştir (Bahremand ve diğerleri, 2017). Aleksitimi, bireylerin duygularını yaşama ve anlatıma dökme biçimlerini etkileyen duygulanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Müller, Bühner, Ziegler ve Şahin, 2007). Yapılan araştırmalar duyguyu ifade etmenin akıl ve beden sağlığına, psikolojik iyi oluş haline pozitif yönde ciddi bir katkısı olduğunu göstermiştir (Kuzucu, 2011). Katsifaraki ve Wood'un 2015 yılında yaptıkları çalışmada travmatik beyin hasarı geçirmiş 60 bireyin aile üyelerinde tükenmişlik ve aleksitimi arasındaki ilişkiye bakmışlardır. Aleksitimi görülen aile üyelerinde duygusal tükenme, azalmış kişisel başarı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Karayağız ve Baştürk (2016), depresyon hastalarında yaptıkları çalışmada, aleksitimi puanlarının artışı ile depresif belirti şiddetlerinin artış gösterdiği, yaşam kaliteleri puanlarında ise azalma olduğunu bulmuşlardır. Parkinson hastaları ve bakım veren eşleri ile yapılan bir diğer çalışmada aleksitimi varlığının eşler arasında ilişki kalitesi ve memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olduğu ortaya çıkarılmıştır (Ricciardi ve diğerleri, 2015). Lai ve arkadaşları (2014), ayaktan kurum bakımı alan 51 terminal dönem hastasına bakım veren bireyde (n:60) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin algıladıkları yük arttıkça aleksitimi düzeyinin de önemli ölçüde arttığını saptamışlardır.

Duygularını yaşama ve anlatıma dökme sorunu yaşayan bireylerin etkin iletişim kurabilmesi beklenmemektedir. Öte yandan sosyal ilişkilerin kurulmasında, kişisel ihtiyaçların belirlenmesi ve uygun şekilde ifade edilmesinde en önemli unsur etkin iletişim kurma ve kendini ifade etme yeteneği yer almaktadır. Çalışmamızda aleksitimi düzeyi yüksek olan bakım verenlerin, hasta ile iletişim sorunu yaşaması, kendisine vakit ayıramaması ve bakımda destek alamaması bu açıdan bakıldığında beklendik bir sonuçtur.

Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında; H_3 kabul edilmiştir. Yani; "Demanslı hastaya bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre TAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır".

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ve Toronto Aleksitimi Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

BVYE toplam puanı ile TAÖ toplam puanı arasında orta şiddette, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Çizelge 4.8). Ülkemizde ve dünyada demanslı hastalara bakım verenler de algılanan yük (Elmas, 2021; Yorulmaz, 2021; Yavaş Çiçek, 2020; Sink ve Covinsk, 2006; Yılmaz, Turan ve Gündoğar, 2009; Koca, Taşkapılıoğlu ve Bakar, 2017; Sivrioğlu, 2004; Akyar ve Akdemir, 2009) ile ilgili birçok çalışma yapılmış olup bakım verenlerin aleksitimi düzeylerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Klietz ve arkadaşları (2020) parkinson hastaları ve hastalara bakım verenler ile yaptığı çalışmada, hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğunu, aleksitimik bakım verenlerin bakım yükünün yüksek olduğunuortaya koymuştur. Literatürde bakım verenlerde alekstimi kavramı ile tükenmişlik (Katsifaraki ve Wood, 2014), depresyon (Karayağız ve Baştürk, 2016), eşler arası ilişki ve memnuniyet (Ricciardi ve diğerleri, 2015) gibi değişkenler kullanılarak çalışmalar yapılmış ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Bakım veren aile üyelerinde bakım yükü, depresyon, tükenmişlik gibi psikososyal sorunlar olduğuna dair literatürde çok sayıda çalışma mevcuttur (Campbell ve diğerleri, 2008; Cooper ve diğerleri, 2006; Gaugler ve diğerleri, 2008; Luca ve diğerleri, 2015; Gönen Şentürk ve Küçükgüçlü, 2021; Avcı ve Kelleci, 2016 ; Melin ve diğerleri, 2017; Martino ve diğerleri, 2019). Depresyonu olan bireylerin suçluluk ve ambivalan duygularla başa çıkmak için duygusal engelleme stratejilerini kullandığı, duygularını objektif şekilde tanımlamada daha fazla zorluk hissettiği bilinmektedir (Son ve diğerleri, 2012).

Foresta ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada ALS (Amyotrofik Lateral Skleroz) hastalarının bakım verenlerinde aleksitimi, yük ve duygusal durumu incelemiştir ve bakım verenlerin %53' ünde aleksitimi belirlenmiştir. Toplam aleksitimi puanı ile depresyon ve duygusal yük arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da %41,5 oranında aleksitimi belirlenmiştir (Çizelge 4.6). Fakat çalışmamızda bakım verenlerde depresyon varlığı ve bakım verme süreci öncesinde aleksitimi varlığı incelenmediği için bu ilişkinin neden kaynaklandığı tam olarak açıklanamamaktadır. Bu durumda bakım verenlerde aleksitimi varlığı depresyon ve bakım yüküne neden olabileceği gibi bakım yükünün neden olduğu depresyon da aleksitimiye neden olabileceğini düşündürmektedir.

Bu bağlamda H_4 kabul edildi. Yani; "BVYE ve TAÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki vardır".

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Araştırma, demanslı bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve aleksitimi düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiş olup Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran demans tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinin (n:106) katılımı ile sağlanmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre;

- Bakım verenlerin %67'si kadın, yaş ortalaması 41,77±13,68, %50'si üniversite mezunu, %42,5'inin geliri giderden az ve %13,2'si kronik bir hastalığa sahiptir.
- Bakım verenlerin %30,2'si annesine bakım verdiğini, %57,5'i 1-5 yıl arası bakım verdiğini, %77,4'ü bakımda diğer aile üyelerinden destek aldığını ve %58,5'i kendilerine vakit ayırabildiklerini bildirmiştir.
- Bakım verenlerin BVYE toplam puan ortalaması 47,66±22,65, TAÖ toplam puan ortalaması 58,18±10,86'dir.
- Bakım verirken kendisine vakit ayıramayan, bakımda hasta ile iletişim sorunu yaşayan ve bakım verirken diğer aile üyelerinden destek alamayan bakım verenlerin BVYE ve TAÖ toplam puan ortalaması diğer bakım verenlere göre daha yüksektir.
- BVYE toplam puanı ile TAÖ toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). TAÖ toplam puan ortalaması arttıkça BVYE toplam puan ortalaması da artmaktadır.
- Bakım verenlerin BVYE'nin zaman-bağımlılık yükü alt boyutu ile TAÖ'nün duyguları tanımlada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- Bakım verenlerin BVYE'nin gelişimsel yük alt boyutu ile TAÖ'nün duyguları tanımlada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Bakım verenlerin BVYE'nin fiziksel yük alt boyutu ile TAÖ'nün duyguları tanımlada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- Bakım verenlerin BVYE'nin sosyal yük alt boyutu ile TAÖ'nün duyguları tanımlada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- Bakım verenlerin BVYE'nin duygusal yükü alt boyutu ile TAÖ'nün duyguları tanımlada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

6.2 Öneriler

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik öneriler sunulmuştur;

- Algılanan bakım yükü zaman içinde değişebileceğinden belirli aralıklarla değerlendirilmelidir,
- Bakım vermenin aile üzerinde oluşturduğu riskler açısından bakım veren birey dışındaki diğer aile üyeleri de ele alınmalı ve desteklenmelidir,
- Bakım verenler aleksitimi açısından değerlendirilmeleridir,
- Bakım verenlere, kendi duygularını fark etmeleri, olaylar karşısındaki duygusal tepkilerini değerlendirmeleri ve kontrol etme becerilerinin kazandırılması için destek verilmelidir,
- Hemşireler bakım veren bireylerdeki aleksitimiyle beraberinde ortaya çıkabilecek depresyonu erkenden tanılamalı, 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmelidir,
- Bakım verenlerin sosyal destek sistemleri arttırılmalıdır,
- Araştırmada belirli bir demans türüne sahip bireyler ele alınmamıştır, ileriki çalışmalarında demans türüne göre bakım verenlerde bakım yükü ve aleksitimi ilişkisinin incelenmesi,
- Bakım verme süreci öncesi bireylerdeki aleksitimi düzeyinin incelenmesi,
- Aleksitimi ile bakım yükü birbirini etkilediği için mümkünse aleksitimisi olan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenmemesi,
- Psikiyatri hemşireleri konsültasyon liyezon hemşireliği kapsamında, bakım verenlere hastanın demans tanısı aldığı andan itibaren hastalığın seyri ve bu durumlarla nasıl başa çıkacakları konusunda bakım verene özgü eğitimler planlamalıdır.

KAYNAKLAR

Abdollahpour, I., Nedjat, S., Salimi, Y., Noroozian, M. ve Majdzadeh, R. (2015). Which variable is the strongest adjusted predictor of quality of life in caregivers of patients with dementia?. Psychogeriatrics. 15(1): 51-57

Akgün Şahin, Z., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. A*tatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 12: 1-9

Aksoy, M., Çoban, G.İ. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14: 45-51

Akyar, İ. (2011). Demanslı Hasta bakımı ve bakım Modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* 18(2): 79-88

Alm, A.K., Hellzen, O., Norbergh, K.G. (2014). Experiences of family relationships when a family member has dementia. Open Journal of Nursing;4:520-527.

Alpteker, H. (2008). *65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi.* (Yüksek lisans tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Bolu.

Alzheimer's Association. (2020). What Is Dementia?. https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia

Alzheimer's disease facts and figures (2009). Alzheimer's Assosiation, Erişim adresi: http://www.alz.org/national/documents/report_alzfactsfigures2009.pdf

Alzheimer's Research UK. (2018). Erişim adresi: https://www.dementiastatistics.org/statistics/global-prevalence/

Alzheimer's Disease International. (2013). Policy Brief for Heads of Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050. https://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf

American Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer‟s disease facts and figures. Alzheimer‟s & Dementia;12(4).

American Psychiatric Association. (APA) (2010). Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. American Psychiatric Publishing.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V) (Çev.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.

Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 9(2):68-75

Atagün, M.I., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride güncel yaklaşımlar- Current approachs in pscyhiatry3(3): 513-552

Au, A., Li, S., Lee, K., Leung, P., Pan, P.C., Thompson, L., GallagherThompson, D. (2010). The coping with caregiving group program for Chinese caregivers of patients with alzheimer's disease in Hong Kong. Patient Educ Couns, 78: 256-260

Avcı, D., Kelleci, M. (2016). Tip 2 diyabetli hastalarda aleksitimi: anksiyete, depresyon ve glisemik kontrolün rolü. *Hasta Tercihi. Uyum* 10:1271. doi: 10.2147/PPA.S110903

Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki, **Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi**, 2: 24-33.

Bahremand, M., Alikhani, M., Jajali, A., Mahboubi, M. ve Farnia, V. (2017). Mental health with heart disease: analysis of alexithymia and family social support. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/315808748_Mental_health_of_patients_with_heart_disease_analysis_of_alexithymia_andfamily_social_support

Bayramova, N. (2008).*Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi.* (Doktora tezi). Ege Üniversitesi . Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir.

Bedük, T. Karaaslan, A. Y. (2011). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı)

Berry, D. S. ve Hansen, J. S. (1996). Positive Affect, Negative Affect and Social Interaction. Journal of Personality and Social Psychology, Vol 71(4), 796-809.

Beştepe, E., Tüzer, V., Önder, M.E. (2000). Psikiyatrik Ve Psikosomatik Hasta ve Kontrol Grubunda Aleksitimi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *3P Dergisi*; 8 (3): 175-181

Blanchard, B.E., Arena, J.G., Pallmeyer, J.P. (1981). Psychosometrik Properties Of A Scale To Measure Alexithymia. Psychotheraphy and Psychosomatics; 35 (1): 64-71.

Boekhorst, S., Pot, A.M., Deplaa, M., Smit, D., Lange, J (2008). Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological disterss of informal caregivers. Aging Ment Health, 12: 761-768.

Boots, L. M. M., de Vugt, M. E., Kempen, G. I. J. M., & Verhey, F. R. J. (2016). Effectiveness of the blended care self-management program "Partner in Balance" for early-stage dementia caregivers: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 231. https://doi.org/10.1186/s13063-016-1351-z

Bulut, S., Ekici, İ., Polat, A., Berilgen, S., Gönen, M., Dağ, E., Demir, C.F. (2002). Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans prevalansı ve Demans alt grupları. *Demans Dergisi 2*: 105-110

Cerejeira, J., Lagarto, L. ve Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. Frontiers in Neurology. 3: 73.

Cheng, S. T., Mak, E. P. M., Fung, H. H., Kwok, T., Lee, D. T. F., & Lam, L. C. W. (2017). Benefit-finding and effect on caregiver depression: A double-blind randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **85**(5), 521– 529. https://doi.org/10.1037/ccp0000176

Cömert, I.T., Aktay, M. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi Ve Depresyonun Yordayıcısı Olarak Bağlanma Stiller. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.

Croog, S. H., Burleson, J. A., Sudilovsky, A. ve Baume, R. M. (2006). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. Aging & Mental Health, 10 (2), 87–100

Cusack, E., Killoury, F., Nugent, L. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: Skills, competencies and supports required to adopt

recovery-orientated policy in practice. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 24, 93-104

Çam, O., Engin, E. (2006). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde farkındalık eğitiminin bireysel performans standartlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 82-91.

Çam, O., Engin, E. (2014). Bireysel psikoterapi. Çam O, Engin E. Editörler. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti. İstanbul. s. 969–1007.

Çelikel, F. Ç., Saatçioğlu, Ö. (2002). Konversiyon Bozukluğunda Aleksitiminin Depresyon ve Anksiyeteye Etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 5, 229-234.

Çetinkaya, F. (2008).*Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmes*i. (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Davison, C. D., Neale, J. M. (2004). Anormal Psikolojisi (7. Basım) (İ. Dağ, Çev. Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları

Deeken, J.F., Taylor K.L., Mangan, P., Yabroff, K.R., Ingham, J.M. (2003). Care for The Caregivers: A Review Self-Report Intruments Developed to Measure The Burden. Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. Journal of Pain and Symptom Management; 26(4): 922-953.

Dereboy, İ.F. (1990). Aleksitimi: Bir Gözden Geçirme.*Türk Psikiyatri Dergisi*;1(3):157-65

Dew, M.A., Myaskovsky, L., Dimartini, A.F., Switzer, G.E., Schulberg, H.C., Kormos, R.L. (2004). Onset, Timing and Risk for Depression and Anxiety in Family Caregivers to Heart Transplant Recipients. *Psychological Medicine*; 34: 1065–1082.

Dökmen, U. (2000). Yarına Kim Kalacak? Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Varolmak, Gelişmek Uzlaşmak. İstanbul: Sistem Yayıncılık

Erden, G., Ergün, H. (2008). 14-18 Yaş Arası Ergenler Ve Ebeveynlerinde Aleksitimik Özellikler, Ebeveyn Tutumları, Bağlanma Ve Bağımlılık. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.

Ergün, H. (2008).*14-18 Yaş Arası Ergenler Ve Ebeveynlerinde Aleksitimik Özellikler, Ebeveyn Tutumları, Bağlanma ve Bağımlılık.* (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara

Fernandez, A., Sriram, T.G., Rajkumar, S., Chandrasekar, A.N. (1989). Alexithymic Characteristics In Rheumatoid Arthritis: A Controlled Study. Psychotheraphy And Psychosomatics; 51 (1): 45-50.

Ferri, C.P., Prince M., Brayne, C. ve ark. (2005). Global prevelance of dementia: A delphi consensus study. Lancet.

Foresta, S.L., Faraone, C., Villari, S.P., Russo, M., Vita, G., Lunetta, C., Messina, S., Epifanio, M.S.(2016). Alexithymia, Burden and Emotional State In ALS' Caregivers.

Ganguli, M., Dodge, H.H., Shen, C., Pandav, R.S., (2005). et al. Alzheimer disease and mortality: a 15-year epidemiological study. Arch Neurol ;62:779–84

Gıl, F.D., Weıgl, M., Wessels, T., Irnıch, D., Baumüller, E., Wınkelmann, A. (2008). Parental Bonding And Alexithymia In Adults With Fibromyalgia. Psychosomatics; 49 (2): 115- 122.

Gönen Şentürk, S., Küçükgüçlü, Ö. (2021). Bridging Healing and Therapy: A Mixed-Methods Study on Support Group Intervention Based on Watson's Theory of Human Caring. Holist Nurs Pract. Mar-Apr 01;35(2):81-91. doi: 10.1097/HNP.0000000000000435. PMID: 33555721.

Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 13:143-51

Gürkan, A., Beycan Ekitli, G. (2015). Alexithymia in the Art of Nursing. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics;1:80–6.

Gürvit, H., Bilgiç, B. (2013). Nöroloji Temel Kitabı. 2. Baskı

Güzel, S.S. (2020). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. Erişim adresi: https://www.ornekhemsire.com/post/kons%C3%BCltasyon-liyezon-psikiyatrisi-hem%C5%9Fireli%C4%9Fi

Hamarta, E., Yalçın, S.B. (2010).Üniversite Öğrencilerinin Duygularını İfade Edebilmelerinin Aleksitimi Ve Psikolojik İhtiyaçlarına Göre İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi.

Harold, I.K. ve Benjamin, J. S. (2004). Klinik Psikiyatri, çev. Abay, E. vd., Nobel Tıp Kitabevi. Ankara

Hintistan, S. (2012). Aleksitimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 1(4).

https://www.alzheimerdernegi.org.tr/2020/08/29/turkiyede-600-000-aile-alzheimer-hastaligi-ile-mucadele-ediyor/

Iorga, M., Socolov, V., Muraru, D., Dirtu, C., Soponaru, C., Ilea, C., et al. (2017). Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics And Gynecology Physicians. BioMed Research International;10:1–10

Karadakovan, A. (2014). Alzheimer hastalığı. In: Karadakovan, A., Eti Aslan F editors. Dâhili ve cerrahi hastalıklarda bakım, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 1180- 1183.

Karakaş, S.A., Ersöğütçü, F. (2016). Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi,* 3, 133-9.

Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Overview of quality of life in chronic disease patients Erişim adresi: https://openaccess.biruni.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12445/1333

Kasuya, R.T., Polgar, B., Takeuchi R. (2000). Caregiver burden and burnout. Postgrad Med, 108: 119-123.

Katsifaraki, M., Tucker, P. (2013). Alexithymia and burnout in nursing students. J Nurs Educ ;52:627–33.

Katsifaraki, M., Wood, R. (2014). The impact of alexithymia on burnout amongst relatives of people who suffer from traumatic brain injury. Erişim adresi: https://doi.org/10.3109/02699052.2014.919538

Keskinoğlu, P., Giray, H., Pıçakcıefe, M., Bilgiç, N., Ucku, R. (2006). The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of İzmir Turkey. Arch Gerontol Geriatr, 43: 93-100.

Klietz, M., Schnur, T., Drexel, S.C., Lange, F., Paracka, L., Huber, M.K., Dressler, D., Höglinger, G.U., Wegner, F. (2020). Alexithymia Is Associated with Reduced Quality of Life and Increased Caregiver Burden in Parkinson's Disease. *Brain Sciences.* 10(6): 401.doi: 10.3390/brainsci10060401

Knight, R., Khondoker, M., Magill, N., Stewart, R., & Landau, S. (2018). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors and memantine in treating the cognitive symptoms of dementia. Dementia and geriatric cognitive disorders, 45(3-4), 131-151

Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., Bakar, M. (2017). Alzheimer Hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişilerin yükü. Arch Neuropsychiatry;54: 82-6

Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., Bakar, M. (2017). Alzheimer Hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişilerin yükü. Arch Neuropsychiatry;54: 82-6

Koçak, R. (2002). Aleksitimi, Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *AnkaraÜniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi;*35(1-2):182-4

Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Brand, R., Trıjburg R.W., Rooıjmans, H.G. (2000). Is Alexithymia A Risk Factor For Unexplained Physical Symptoms In General Medical Outpatients? Psychosomatic Medicine; 62 (6): 768-778.

Krystal, H.J. (1982). Alexithymia and Effectiveness of Psychoanalytic Treatment. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy. 9: 353-378.

Küçükgüçlü, Ö. (2004). *Bakımverenlerin Yükü Envanteri"nin Türk Toplumu* İçin *Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi*. (Doktora Tezi). EgeÜniversitesi. İzmir.

Küçükgüçlü, Ö., Esen, A., Yener, G. (2009).*Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumu için Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi.* Erişim adresi: http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=269

Laidlow, T., Coverdal, J., Fallon, I., Kydd, R.(2002). Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. Community Ment Health J, 38: 303- 310.

Laks, J., Goren, A., Duenas, H., Novick, D. (2016). et al. Caregiving for patients with Alzheimer‟s disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. Int J Geriatr Psychiatry;31:176-1

Leonard, J. (2019). What to know about alexithymia. Erişim adresi: https://www.medicalnewstoday.com/articles/326451

Lesser, I. M. (1985). A Critique of Contribution to The Alexithymia Symposium Psychoter Psychosom, 44: 82-88.

Levine, C., Halper, D., Peist, A., Gould, D.A. (2010). Bridging troubled waters: family caregivers, transitions, and long-term care. Health Aff (Millwood);29:116–24

Lin, P.C., Lu, C.M.(2005). Hip Fracture: Family Caregivers' Burden and Related Factors for Older People in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*; 14:719–726.

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, **396**, 413–446. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6

Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L., Andersen, K. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology; 54(Suppl 5) 4-9

Luca, A., Luca, M., Di Mauro, M., Palermo, F., Rampulla, F. ve Calandra, C. (2015). Aleksitimi, depresyondan daha fazla, tip 2 diyabetik hastaların glisemik kontrolünü etkiler. *J. Endokrinol. Yatırım* . 38, 653-660. doi: 10.1007/s40618-015-0238-2

Lumley, M.A, Gustavson, B.J, Partridge, R.T., Labouvie-Vief, G. (2005). Aleksitimi ve ilgili duygusal yetenek yapılarının birden fazla yöntem kullanılarak değerlendirilmesi: ölçümler arasındaki ilişkiler. *Duygu* 5:329. doi: 10.1037/1528-3542.5.3.329

Martino, G., Caputo, A., Bellone, F., Quattropani, MC ve Vicario, CM (2020). Tip 2 diabetes mellitusta görünenin ötesine geçmek: savunma mekanizmaları

ve bunların depresyon ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ön. Psikol* . 11:267. doi: 10.3389/fpsyg.20200.00267

Mattila, A.K, Saarni, S.I., Salminen, J.K., Huhtala, H., Sintonen, H. ve Joukamaa, M. (2009). Genel popülasyonda aleksitimi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. *Psikosomatik* 50, 59-68. doi: 10.1176/appi.psy.50.1.59

Mavioğlu, H. (2008). Alzheimer hastalığı. In: Mas, M.R., Işık, A.T., Karan, M.A., Beğer, T., Akman, Ş., Ünal, T. editör. Geriatri. Ankara: Fersa Matbaacılık; ss: 1021.

Melin, E.O., Thunander, M., Landin-Olsson, M., Hillman, M. ve Thulesius, HO (2017). Depresyon, diyabet türleri arasında gece yarısı kortizol salgılanması, aleksitimi ve anksiyete ile farklılık gösterdi: kesitsel bir karşılaştırma. *BMC Psikiyatri* 17:335. doi: 10.1186/s12888-017-1495-8

Müller, J., Bühner, M., Ziegler, M. ve Şahin, L. (2007). Are alexihymia ambivalence over emotional expression and social insecurity overlapping constructs? Journal of Psychosomatic Research, 64, 319-25.

Nemiah, J. C., Freyberger, H. ve Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of psychosomatic medicine, 430-439. London: Butterworths.

Nguyen, M. (2009). Nurse's Assessment of Caregiver Burden. Medsurg Nursing. 18(3):147-51

OECD(Organisation for Economic Cooperation and Development). (2015). Addressing dementia: The OECD response. Paris: OECD Publishing..

Onor, M., Trevisiol, M., Spano, M., Aguglia, E., Paradiso, S. (2010). Alexithymia and aging. The Journal of Nervous and Mental Disease; 198 (12): 891-895

Ortiz-soria, B., Martínez-sánchez, F., ve Ato-garcia, M. (2003). Alexithymia – State or Trait? Spanish Journal of Psychology, 6(1), 178–187.

Öksüz,E., Barış, N., Arslan, F., Ateş, M. A. (2013). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Psikiyatrik Semptom Düzeyleri Ve Bakım Verme Yükleri, *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 7(1):24-30

Öner, Ö.İ. (2012). *Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Elazığ.

Özbaş, D., ve Buzlu, S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 19(3), 187-193.

Özcan, M., Kapucu, S. (2009). Demanslı hastalara bakım veren yakınların yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. *Akad Geriatri,* (1): 167-172.

Özdemir, F.K., Şahin, Z.A., Küçük, D. (2009). Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*; 26: 153-158

Öztürk, Y., Soy, D., Öztürk, M., Mutluay, B., Altunkaynak, Y., Sözmen, V, vd. (2002). İnmeden Bir Yıl Sonraki Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Bağımsızlığın Değerlendirilmesi.Düşünen adam, 15(2): 117-121

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J, et al. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. Compr Psychiatry ;56:206–16

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. ve Sourtzi, P.(2007). Caring or a relative with dementia: family caregiver burden. Journal of Advanced Nursing, 58 (5), 446–457

Parker, J. D. A., Taylor, J. T. ve Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. Comprehensive Psychiatry, 39, 91–98.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2003). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden And Depressive Mood: A Meta-Analysis. Journal Of Gerontology:Psychological Sciences; 58b(2): 112–128.

Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., ... ve Steffens, D. C. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. Neuroepidemiology. 29(1-2): 125-132.

Prince, M., Guerchet, M. ve Prina, M. (2015). The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends. World Health Organization, Geneva.

Prince, M., Wimo, A., Guercet, M., Ali, G.C., Wu, Y., Prina, M. (2015). World Alzheimer's report 2015, the global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International, London

Ricciardi, L., Pomponi, M., Demartini, B., Ricciardi, D., Morabito, B., Bernabei, B. and Bentivoglia, A. (2015). Emotional awareness relationship quality and satisfaction in patients with Parkinson's Disease and their spousal caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* doi: 10.1097/NMD.0000000000000342

Samur, D., Luminet, O., Koole, L.S. (2017). Alexithymia Predicts Lower Reading Frequency: The Mediating Roles of Mentaliing Ability and Reading Attitude. Poetics; 65:1–11.

Sayar, K., Bilen, A., Arıkan, M. (2001). Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı Ve Aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*; 2 (1): 36-42

Sayar, K., Kirmayer, L.J., Taillefer, S.S. (2003). Predictors Of Somatic Symptoms In Depressive Disorder. General Hospital Psychiatry; 25 (2): 108-114.

Sayar, K., Köse, S., Grabe, H. J., Topbas, M. (2005). Alexithymia and dissociative tendencies in and adolescent sample from Eastern Turkey. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59, 127-134

Sayar, K., Solmaz, M., Trablus, S., Öztürk, M., Acar, B. (2000). İrritable Kolon Sendromunda Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi;* 11 (3): 190-197

Seidel, D., Thyrian, J.R. (2019). Burden of caring for people with dementia – comparing family caregivers and professional caregivers. A descriptive study. DOI https://doi.org/10.2147/JMDH.S209106

Selekler, K. (2010). Aloıs alzheımer and alzheımer's dısease. ***Türk Geriatri Dergisi***; Özel Sayı 3: 9-14.

Sifneos, P.E. (1988). Alexithymia and Its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity", Psychiatric Clinics of North America, 11(3),287-293

Sink, K. M., Covinsky, K. E., Barnes, D. E., Newcomer, R. J. ve Yaffe, K. (2006). Caregiver Characteristics Are Associated with Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Journal of American Geriatric Society, 54(5),796– 803).

Sivasathiaseelan, H., Marshall, C. R., Agustus, J. L., Benhamou, E., Bond, R.L., van Leeuwen, J. E.,& Warren, J. D. (2019). Frontotemporal dementia: a clinical review. In Seminars in neurology (Vol. 39, No. 02, pp. 251- 263). Thieme Medical Publishers.

Sivrioğlu, E. Y. (2004). Alzheimer Hastalarının Bakım Verenlerinde Sosyodemografik Özellikler Ve Bakım Verme Biçiminin Depresyon Düzeyiyle İlişkisi, Yeni Symposium 42 (2): 55-59.

Solmaz, M., Sayar, K., Özer, Ö.A., Öztürk, M., Acar, B. (2000). Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk Ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma. Klinik Psikiyatri; 3 (4): 235-241.

Son, SH., Jo, H., Rim, H.D., Kim, J.H, et al. (2012). A Comparative Study on Alexithymia in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans. Psychiatry Investig; 9:325–31.

Söylemez, B., Küçükgüçlü, Ö. (2018). Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı. Vize Yayıncılık. Ankara(Edt. Bilgili, N., Kitiş, Y.) ss:352

Swiller H.I. (1988). Alexithymia: Treatment Utilizing Combined Individual and Group Psychotherapy. Int J Psychother; 38:47–61

Şahin, A., Cantürk, T., Arık, A.C., Özgenç, Ü. (1996). Psöriyasisli Hastalarda Aleksitimik Özellikler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 1996; 13 (1): 7-11.

Şahin, A.R. (1991). Peptik Ülser Ve Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2 (3): 189- 196

Şahin, Z.A., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;12(2): 1-8

Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., Tosun, A. (2014). Aleksitimi: Tedavi girişimleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 6:22–31.

Tacon, A. (2001). Alexithymia: a challenge for mental health nursing practice. Aust NZJ Ment Health Nurs, 10:229-35.

Taşdelen, P., Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 9(3): 22-9.

Taycan, O., Erdoğan Taycan, S., Çelik, C. (2014). Relationship of Burnout With Personality, Alexithymia, And Coping Behaviors Among Physicians in A Semiurban And Rural Area in Turkey. Archives of Environmental & Occupational Health; 69:159–66.

Taylor, G. J. (1984). Alexithymia Concept, Measurement and Implications for Treatment", American Journal of Psychiatry, 141(6), 725-732.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. ve Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.

TDK(Türk Dil Kurumu). (2017). Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/

Tekin, Ç.S. ve Kara, F. (2018). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD),* 3(1), 219-229.

Temiz, T.Z. (2018). Bir sınıflandırma çalışması: aleksitimik belirtiler ve bağlanma örüntüleri. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi,* 3:21-42.

The World Report on Ageing and Health, 2015, WHO.

Toseland, R. W.,McCallion, P., Smith, T. ve Banks, S. (2004). SupportingCaregivers of FrailOlderAdults in an HMO Setting. *AmericanJournal of Orthopsychiatry, 74*(3), 349–364. https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.3.349

Türkiye İstatistik Kurumu, (2020).İstatistiklerle Yaşlılar. (2021, Mart). *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni,* 37227. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). İstatistiklerle Yaşlılar. (2019, Mart). *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*, 30699. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2018-30699

Uçku, R., Keskinoğlu, P., Yener, G., Yaka, E. (2007). Türk toplumuna göre yeniden düzenlenmiş standartize minimental testin toplumda yaşayan eğitimli ve eğitimsiz yaşlılarda geçerlilik güvenirliliği., Tübitak proje no: SBAG- HD-145 (106s131), İzmir.

Uğur, Ö., Fadıloğlu, Z.Ç. (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, s.12-13.

Ülger, Z. Arıoğul, S. (2005). Demans ve tedavisi. *Türkiye Tıp Dergisi,* Geriatri Özel Sayısı.

Vadacca, M., Bruni, R., Cacciapaglia, F., Serino, F., Arcarese, L., Buzzulini, F. et al.(2008). Alexithymia and Immünoendocrine Parameters In Patients Affected By Systemic Lupus Erythematosusu And Rheumatoid Arthritis. Rheumatismo; 60 (1): 50-6.

Vas, C.J., Pinto, C., Panikker, D. (2001). et al. Prevalence of dementia in an urban Indian population. Int Psychogeriatric;13, 439-450.

WHO (2015). The World Report on Ageing and Health.

WHO (2018). Erişim adresi: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/

Wong, D. (2000). Stres factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: İmplications for culturally sensitive practices. British J Soc Work, 30: 365-382

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025

World Health Organization. (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia

Yalçın, S.B. (2010).*Üniversite Öğrencilerinin Duygularını İfade Edebilmelerinin Aleksitimi ve Psikolojik İhtiyaçlarına Göre İncelenmesi*. (Doktora tezi). Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Konya.

Yalçın, S.B., Hamarta, E. (2013). Üniversite öğrencilerinin duygularını ifade edebilmelerinin aleksitimi ve psikolojik ihtiyaçlarına göre incelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 3: 36-82.

Yalnızoğlu Çaka, S., Topal, S., Nemut, T., Çınar, N. (2018). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinde Aleksitimi ile Empati Arasındaki İlişki. Journal of Human Sciences, 15:996-1005.

Yaşar Koyuncu, E. (2009).*Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler* . (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Yazıcı, A. C., Başterzi, A., Acar, Ş. T., Üstünsoy, D. (2006). Alopesi Areata ve Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 101-106.

Yılmaz, A., Turan, E., Gundogar, D. (2009). Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. Australas J Ageing; 28:16-21.

Yılmaz, A., Turan, E., Gundogar, D. (2009). Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. Australas J Ageing; 28: 16-21.

Yurt, E. (2006).*Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon Ve İç Görü İle İlişkisi.* (Uzmanlık tezi).T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi. İstanbul.

Zaybak, A. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 15 (1): 48-54.

Zucchella, C., Sinforiani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S., Bartolo, M. (2018). The multidisciplinary approach to Alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. Frontiers in neurology, 9, 1058.

EKLER

EK 1: Demanslı Bireyi ve Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu
EK 2: Bakım Verenlerin Yükü Envanteri
EK3: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)
EK4: Etik Kurul Sonuç Formu
EK5: Hastane İzin Belgesi
EK6: Bakım Verenlerin Yükü Envanteri İzni
EK7: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) İzni

EK 1: Demanslı Bireyi ve Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Demans hastalarının bakımlarıyla ilgilenen aile üyelerinin algıladıkları bakım veren yükü ve aleksitimi(duygusal ahrazlık) düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedefleyen bu araştırmada Cevaplamanız için verilen bu anketler, bilimsel bir çalışma için düzenlenmiş olup, elde edilen veriler sadece bu amaçla kullanılacaktır. Lütfen aşağıda verilen ölçeklerdeki soruları yanıtlarken size en uygun ifadeyi işaretleyiniz. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Araştırmaya ilişkin sorularınız ve fikirlerinizi belirtmek isterseniz ulaşabileceğiniz e-posta adresi aşağıdadır.

Katılımınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Dr. Öğretim Üyesi Seher Gönen Şentürk

Serap Yalçın

Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

A.B.D. Psikiyatri Hemşireliği Bölümü

Yüksek Lisans Öğrencisi

BAKIM VERENİ TANITICI BİLGİLER

1. BÖLÜM: BAKIM VERENLER

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. ( ) Kadın 2. ( ) Erkek

3. Eğitim Durumunuz: 1. ( ) Okur-yazar değil 2.( ) Okur-yazar/ilkokul 3.( ) Ortaokul 4.

( ) Lise 5.( ) Üniversite 6. ( ) Diğer

4.Hastaya Yakınlık Dereceniz: 1. ( ) Eşim 2. ( ) Annem 3.( ) Babam 4. ( ) Kardeşim 5.( ) Kayınvalidem 6.( ) Kayınpederim 7.( ) Akrabam(Amca,hala,teyze…belirtiniz) 8.( )Diğer

5. Şuanda çalışıyor musunuz? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

6. Aylık geliriniz:

1.( ) Gelir giderden az 2.( ) Gelir gidere eşit 3.( ) Gelir giderden fazla

7. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

1.( ) 1 yıldan az 2.( ) 1-5 yıl 3.( ) 6 yıl ve üzeri □

8- Herhangi bir hastalığınız var mı? 1.( )Evet 2.( )Hayır

Cevabınız evet ise belirtiniz…….

9. Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı? 1.( )Evet 2.( )Hayır

Cevabınız evet ise belirtiniz…….

10. Bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz? (konuşma, anlatma, işitme..) 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

11. Siz olmadığınız zaman hastanıza bakan var mı? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

12. Kendinize vakit ayırabiliyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

2. BÖLÜM: BAKIM ALAN HASTALAR

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: 1.( ) Kadın 2. ( ) Erkek

3- Eğitim düzeyi: 1.( ) Okur-yazar 2.( ) İlkokul/İlköğretim (ortaokul) mezunu 3.( ) Lise ve dengi okul mezunu4.( ) Yüksekokul/ fakülte mezunu 5.( ) Lisansüstü eğitim

4- Ne kadar süredir demans tanısı var?

5- Akut veya kronik bir hastalığı var mı? 1.( )Evet 2.( )Hayır

Cevabınız evet ise belirtiniz…….

6. Doktoru tarafından reçete edilen veya edilmeyen kullanılan ilaçları var mı?

1.( )Evet 2.( )Hayır Cevabınız evet ise belirtiniz…….

EK-2: BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ

Bakım veren kişi olarak bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakım verdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor.				
0 puan **Hiç tanımlamıyor**	**1 puan** **Az tanımlıyor**	**2 puan** **Orta derecede tanımlıyor**	**3 puan** **Oldukça tanımlıyor**	**4 puan** **Çok tanımlıyor**
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama,ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımıma ihtiyaç duyuyor.				
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.				
3. ……				
4. ……				
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok				
Puan				
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum				
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.				
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi				
9. ……				
10. ……				
Puan				
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum				
12. Sağlığım olumsuz etkilendi				
13. ……				
14. Fiziksel olarak yorgunum				
Puan				
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.				
16. ……				
17. ……				
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum				
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım				
Puan				
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.				
21. ……				
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum				
23. ……				
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum				
Puan				
Toplam Puan				

EK- 3 TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını yazınız.

1 **Hiçbir zaman**	**2** **Nadiren**	**3** **Bazen**	**4** **Sık sık**	**5** **Her zaman**

1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	
3. Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	
4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim	
5. ……	
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	
7. ……	
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	
9. ……	
10. ……	
11. İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor	
12. İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	
14. ……	
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	
16. ……	
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	
18. ……	
19. ……	
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	

TAÖ-20'de kesme değer: Skor 51 ve aşağısında ise aleksitimi yoktur. 52-60 arası muhtemel aleksitimi vardır. 61 ve üzeri skorda aleksitimi vardır(Puanlar 1'den 5'e kadardır).

Toplam Puan (20-100): …

EK 4: ETİK KURUL SONUÇ FORMU

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	2020/173
Karar No:	173
Araştırmanın Yürütücüsü:	Serap Yalçın
Araştırmanın Başlığı:	Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Kurula Geldiği Tarih:	27.02.2020
Kurulda İncelendiği Tarih:	14.02.2020
Karar Tarihi:	27.02.2020
Kurul Görüşü:	Çalışma Formata Ve Kriterlere Uygundur.

SONUÇ:

Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Murat ARI

Üye
Prof. Dr. Ali YİĞİT

Üye
Doç. Dr. Ela CANBOLAT

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Haydar KOÇ

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İlknur GÖL

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKYOL

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAK

EK-5: HASTANE İZİN BELGESİ

T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 30984361-300-E.15874 05/08/2020
Konu : Serap YALÇIN (Tez Çalışması)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ (HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI)

İlgi : Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Tescil Birimi 21/07/2020 tarihli ve 90739940-799-E.1036 sayılı yazısı.

Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün yazısı ilgide ve ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Özcan ÖZKAN
Enstitü Müdürü

Ek: Serap Yalçın Tez Çalışması

EK-6: BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ ÖLÇEK İZNİ

Sayın Serap Yalçin

"Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım veren Yükü ve Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasında ben ve arkadaşlarım tarafından Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliği çalıştığımız "Bakım verenlerin yükü envanteri" ni kullanabilirsiniz.
Süreçte bilgi gereksiniminiz olduğunda bana yeniden ulaşabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgiyi ekte bulabilirsiniz

Prof. Dr. Özlem Küçükgüçlü

EK-7: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEK İZNİ

Sayin Yalcin,
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK eşliğinde yürütülecek "Demans hastalarının bakım verenlerinin yaşadığı yük ile aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkiyi" incelemeyi planlayan yüksek lisans tezinizde kullanılmak üzere tarafımızdan Türkçe uyarlama çalışması yapılan "20 maddeli Toronto Aleksitimi Ölçeği" ni yükaynak göstermek kaydıyla kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar dileklerimle,

Hüseyin Güleç
SBÜ.Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH

ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Serap SATILMIŞ

Öğrenim Durumu : Yüksek lisans
Lisans : 2018, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik
Yüksek lisans : 2021, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Mesleki Deneyimi:
Özel Güven Hastanesi, 2020
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi (halen çalışıyor)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Psikiyatri Hemşireler Derneği