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

HUZUREVİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DEMANSLI BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yüksek Lisans Tezi

Çankırı 2022

HUZUREVİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DEMANSLI BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Menşure ÖZCAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK

Çankırı 2022

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 198202007 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Menşure ÖZCAN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Huzurevinde Çalışan Hemşirelerin Demanslı Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi: 25.07.2022

Tez Danışmanı:	**Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğr. Üyesi Sevcan TOPTAŞ KILIÇ** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğr. Üyesi Cansu POLAT DÜNYA** **İstanbul Üniversitesi**	**……** **İmza**

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

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Huzurevinde Çalışan Hemşirelerin Demanslı Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler" 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
Tarih
Menşure ÖZCAN

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince ihtiyaç duyduğum zamanlarda yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve tezimin ortaya çıkmasında sağladığı katkılardan dolayı tez danışmanım Seher GÖNEN ŞENTÜRK'e,

Tanıştığım andan itibaren benden hiçbir konuda desteğini esirgemeyip zor zamanlarımda motivasyonumu hep dinç tutan ve daima yanımda olan kadim dostum Belda ÇAĞLAYAN 'a,

Sevgisiyle, fedakârlığıyla ve babalığıyla herzaman arkamda olan, yönümü kaybettiğimde önümden giderek yol gösteren, düştüğümde kaldıran, düşmemem için elinden geleni yapan, kimi zaman bir baba kimi zaman bir eş, herdaim sevgili ama en çok dostum, kıymetlim, şükür sebebim eşim Bilal ÖZCAN'a,

Bu dünyadaki umutlarım, herdaim şükür sebeplerim ve iyikilerim güzel yavrularım Halil Efe ÖZCAN, Hamza Cemal ÖZCAN ve görmek için sabırsızlandığım yavrum Hüma Halime ÖZCAN'a,

En çok da iki çocuk ve bir eş sorumluluğuna, pandemideki çalışma koşullarımın ağırlığına ve tez dönemime denk gelen aynı zamanda korkunç geçen gebeliğime rağmen bu işin de şöyle ya da böyle üstesinden gelebildiğim için bana bu gücü veren Yaratıcıma,

Sonsuz teşekkürler....

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY ..... **ii**
ETİK BEYANNAMESİ ..... **iii**
ÖNSÖZ ..... **iv**
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ..... **vii**
ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **viii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**
ÖZET ..... **x**
SUMMARY ..... **xi**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Çalışmanın Amacı 4
1.2. Araştırma Soruları 4
1.3. Sınırlılıklar 5
1.4. Sayıltılar 5
2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. Yaşlılık 6
2.2. Demans 6
2.2.1. Demans tanımı 6
2.2.2. Demansta belirti ve bulgular 7
2.2.2.1. Erken aşama 7
2.2.2.2. Orta aşama 7
2.2.2.3. Geç aşama 8
2.2.3. Yaygın demans türleri 8
2.2.3.1. Alzheimer tip demans 8
2.2.3.2. Vasküler demans 9
2.2.3.3. Lewy cisimcikli demans 10
2.2.3.4. Frontotemporal demans (FTD) 10
2.2.3.5. Creutzfeldt-Jakob hastalığı 11

2.3. Demansın İnsidansı, Prevalansı, Risk Faktörleri ve Hastalıktan Korunma 11
2.4. Demans Hastalığının Tanılanması 12
2.5. Demansta Tedavi ve Hemşirelik Bakımı 12
2.6. Tutum Kavramı 14
2.7. Hemşirelerin Demans Tanısı Almış Bireyin Bakımına Yönelik Tutumları 15
3. MATERYAL VE YÖNTEM 17
3.1. Evren ve Örneklem 17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 18
3.3. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri 18
3.4. Veri Toplama Araçları 19
3.4.1. Kişisel bilgi formu 19
3.4.2. Demans tutum ölçeği (DTÖ) 19
3.4.3. Demans bilgi değerlendirme ölçeği (DBDÖ) 19
3.5. Araştırmanın Uygulanması 20
3.6. Araştırmanın Etik Yönü 21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 21
4. BULGULAR 22
5. TARTIŞMA 31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 35
6.1. Sonuçlar 35
6.2. Öneriler 35
KAYNAKLAR 37
EKLER 42
ÖZGEÇMİŞ 52

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

DBDÖ: Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DTÖ : Demans Tutum Ölçeği

FTD : Frontotemporal Demans

WHO : World Health Organization

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 3.1: Ölçeklere ilişkin basıklık çarpıklık değerleri..... 21

Çizelge 4.1: Huzurevinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri 22

Çizelge 4.2: Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ, DBDÖ'den aldıkları puanların dağılımı 23

Çizelge 4.3: Huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DTÖ puanlarının dağılımı 24

Çizelge 4.4: Huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DBDÖ puanlarının dağılımı 27

Çizelge 4.5: Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile DBDÖ toplam puan arasındaki ilişki..... 28

Çizelge 4.6: Demans tutumunu düzeyini açıklayan regresyon analizi 29

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1: G-power Analizi 18

ÖZET

HUZUREVİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DEMANSLI BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Huzurevinde çalışan hemşirelerin demans tanısı almış bireylere yönelik tutumları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu tanımlayıcı, kesitsel çalışmanın örneklemini, huzurevinde çalışan hemşireler oluşturmuştur (n:153).Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Demans Tutum Ölçeği (DTÖ), Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği (DBDÖ) ile Ekim-Kasım 2021 tarihleri arasında online olarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, t testi, F testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Huzurevinde çalışan hemşirelerin %47,1'i 20-30 yaş aralığında, %77,8'si kadın, % 69,3'ünün lisans mezunudur. Hemşirelerin DTÖ toplam puan ortalaması 100,31±12,19, DBDÖ toplam puan ortalaması ise 18,94±5,48' dir. Hemşirelerin demans tanısı almış bireylere yönelik tutumlarını demans bilgi düzeyleri, ailesinde doğrudan bakım verdiği demans tanısı almış bir bireyin olması, demans tanısı almış bireye bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşama ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler etkilemektedir **(**$p<0,01$).Demans bilgi düzeyi ile demans tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$: $r=0,432$).

Demans tanısı almış bireylere verilen bakımın kalitesini artırmak için hemşirelerin bu bireylere karşı tutumları önemlidir. Huzurevinde çalışan hemşirelerin demans bilgi düzeyi arttıkça demans tanısı almış bireye karşı olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin demans bilgi düzeylerini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklarla yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Huzurevi, Hemşire, Demans, Tutum

SUMMARY

EXAMINING THE ATTITUDES OF NURSES WORKING IN NURSING HOME TOWARD INDIVIDUALS WITH DEMENTIA AND THE AFFECTING FACTORS

The sample of this descriptive cross sectional study which sought to examine the attitudes of nurses working in nursing home toward individuals with dementia and the affecting factors comprised nurses working in nursing home (n:153). The researcher collected the data online via the Personal Information Form, the Dementia Attitude Scale (DAS) and the Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS) between October and November 2021. In evaluation of the data, the researcher used descriptive statistics such as percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, F test and the Pearson's correlation analysis.

Of the nurses working in nursing home, 47.1% were aged 20 to 30 years, 77.8% were female and 69.3% had bachelor's degree. The nurses' mean total DAS score was 100.31±12.19 and mean total DKAS score was 18.94±5.48. Sociodemographic characteristics such as dementia knowledge level, presence of a person with dementia in family receiving direct care, state of facing a communication problem when giving care to the person with dementia and educational level affected the attitudes of nurses toward individuals with dementia **(**$p<0.01$). The study found a statistically significant correlation between the dementia knowledge level and dementia attitude scores in a positive direction ($p<0.01$: $r=0.432$).

In order to increase the quality of care given to individuals with dementia, the attitudes of nurses toward these individuals are significant. As the dementia knowledge level of nurses working in nursing home increases, they display positive attitudes toward individuals with dementia. It is recommended that inservice trainings aimed at increasing the dementia knowledge level of nurses be conducted regularly.

Keywords: Nursing Home, Nurse, Dementia, Attitude

1. GİRİŞ

DSÖ raporuna göre dünya üzerinde 60 yaş ve üzeri nüfusun, nüfus içindeki sayısı ve oranı gün geçtikçe artmaktadır. 60 yaş ve üstü kişi sayısı 2019 yılında 1 milyara yaklaşmışken, 2030 yılında bu sayının 1.4 milyar, 2050 yılında ise 2.1 milyara kadar artması beklenmektedir. Büyük bir hızla gerçekleşen bu artışın bilhassa gelişme sürecindeki ülkelerde ilerleyen senelerde daha da hızlanacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2021).

Ülkemizde yaşlı nüfus olarak kabul gören 65 yaş ve üzerindeki nüfus sayısı, 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e kadar yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2021).

Yaşlı nüfus sayısının artmasıyla beraber fonksiyonel bağımlıktaki artış; küresel halk sağlığı, bakımda sosyal sistemlerin ve hemşirelik bakımına olan talebin artışı ile sonuçlanmaktadır. Bu talep artışı ise modern toplulukların en zor problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Liu, Norman ve While, 2013). Yaşlı nüfus sayısının artmasına paralel şekilde sosyo-demografik değişimler, bakım sorunlarının gündeme gelmesine ve geleneksel aile bakımının yanında kurum bakımının da yaşlı kişi ve ailesinin tercih sebebi olmaktadır (Akdemir, Özdemir, Alparslan, Kapucu, Akkuş ve Akyar, 2010). Ağır fiziksel engellerin olması, immobilizasyon, demans gibi nörolojik hastalıklar ve artan bakım gereksinimi kurumsal bakım ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır (Nicholl ve Wilson, 2012). Huzurevinde bakım hizmeti alan yaşlıların büyük bir bölümü demans hastalığına sahip yaşlı bireylerden oluşturmaktadır (Amerikan Alzheimer Derneği, 2021).

Yaşlı bireyleri kurum bakımına yönlendiren hastalıklardan bir tanesi olan demans; hafıza, düşünce, davranış ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerisinde bozulmaya yol açan, sosyal yaşamı ve çalışma hayatını etkisi altına alan, ilerleyici merkezi sinir sistemi hastalığıdır. Hastalık ilerledikçe bireyin kendi günlük yaşam

aktivitelerini sürdürebilirliği yetersiz hale gelmekte bu nedenle de gün geçtikçe bakım gereksinimleri artmaktadır (Amerikan Alzheimer Derneği, 2021; Soner ve Aykut, 2017). Ayaktan ya da yatarak tedavi veren kurumlarda çalışan hemşirelere göre huzurevinde çalışan hemşireler aynı demans tanısı almış bireylere uzun süre ve sürekli bakım sağlamakta, sık sık bu hasta grubuyla karşılaşmakta ve bakımını sürdürmektedir (Henry Brodaty, Draper ve Low, 2003). Demans, uzun süreli hemşirelik bakımı gerektiren bir sağlık sorunudur ve demans hastalarının yaşam kalitesi, bakım veren kişinin tutumuna göre değişebilmektedir (Lee ve Jung, 2019).

Demans hastalığına sahip bireylere karşı gösterilen anlayış ve farkındalık eksikliği bireylerin karşılaştıkları güçlükleri arttırmaktadır (WHO, 2021). Özellikle direkt bakım sağlayıcılar arasında demansa karşı var olan olumsuz bakış açısı, demans anlayışının yeterli olmadığını ve demans tanısı almış bireylere karşı olumlu tutum geliştirmeye ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır (Kahana, Kinney, Kercher, Kahana, Tinsley, King, Stuckey ve Ishler, 1996).

Demans için olumlu veya olumsuz duyguları yansıtan demans tutumu, bireysel, sosyal, kültürel, kişisel değerlere (Evripidou, Charalambous, Middleton ve Papastavrou, 2019) ve bilişsel değerlere göre değişmekte olup, hemşirelerin demans tanısı almış bireyler ile karşılıklı ilişkilerinin oluşumunu ve etkili iletişimini etkileyen önemli bir faktördür (Jang, 2014). Demans hastalarına bakarken olumlu bir tutuma sahip olmak, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini artırmak için önemli bir öğe olarak tanımlanabilir (Lee ve Jung, 2019).

Hemşirelerin demans tanısı almış bireylerin bakımında sergilediği tutum ve davranışlar demansın semptomları, ilerleme hızı ve demans tanısı almış bireyler hakkındaki duygu ve düşünceleri ile ilişkili olabilir (Galvin, Kuntemeier, Al-Hammadi, Germino, Murphy-White ve McGillick, 2010). Örneğin demansta çok yaygın olan bellek ve davranış sorunları (örn. aynı soruları sorma, saldırganlık, ajitasyon, halüsinasyonlar, kafa karışıklığı vb.) hemşireler tarafından daha olumsuz tutumlara yol açabilmektedir (Feesey, 2007; Kada, Nygaard, Mukesh ve Geitung,,2009; Galvin, Kuntemeier, Al-Hammadi, Germino, Murphy-White, ve Mc Gillick, 2008; Robinson, Eccleston, Annear, Elliott, Andrews, Stirling, Ashby, Donohue, Banks, Toye, McInerney, 2014; Marx, Stanley, Van Haitsma, Moody, Alonzi, Hansen ve Gitlin, 2014; Elvish, Burrow ve Cawley, 2014). Hemşireler, demans tanısı almış bireyler ile etkileşimleri sırasında hastalıkla ilişkili davranışsal

sorunları (Marx ve ark., 2014; Galvin ve ark., 2008), kendi korku ve kaygılarını (Feesey, 2007; Kada ve ark., 2009; Shinan- Altman, Werner ve Cohen, 2014; Elvish ve ark., 2014) yönetemediklerini bildirmişlerdir (Evripidou ve ark., 2019).

Demans tanısı almış bireylere yönelik olumlu tutumun, eğitimle ilgili olduğu bilinmektedir. Yapılan birçok çalışma hemşirelerin demans tanısı almış bireylerin bakımıyla ilgili bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur (Robinson ve ark., 2014; Marx ve ark., 2014; Elvish ve ark., 2014). Demans tanısı almış bireylere bakım konusunda yaşanan bilgi eksikliğinin, hemşirelerin davranışlarını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bilgi eksikliği olduğunu bildiren hemşireler, demans tanısı almış bireylerin bakımını yönetirken hayal kırıklığı yaşadıklarını, hasta ile iletişimde sorun yaşadıklarını ve istemeden sorunlu davranışları pekiştirdiklerini bildirmiştir (Marx ve ark., 2014). Öte yandan diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre toplum ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler (Manthorpe, Iliffe ve Eden, 2003) ve demans bakımı konusunda eğitim almış uzman hemşireler hastanın bakımında daha olumlu tutuma sahiptirler (Manthorpe ve ark., 2003; Kada ve ark, 2009).

Huzurevi çalışanlarının demanslı bireylere yönelik tutumları ile ilgili yapılan çalışmaların incelendiği bir derlemede; huzurevi çalışanlarının demansla ilgili olumsuz yargıya sahip olduğunu belirlenmiştir. Huzurevi çalışanları demans tanısı almış bireylerin saldırganlık ve perseküte davranışları ile mücadelede zorlandıklarını, bu hastaların yalnız, savunmasız ve öngörülemez olduklarını belirtmişlerdir (Henry Brodaty ve ark., 2003). Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının demans hastalarına karşı genelde olumsuz tutum ve davranışa sahip olduğunu göstermektedir (Kahana ve ark., 1996; Henry Brodaty ve ark., 2003). Yine literatür incelendiğinde hemşirelerin demans tanısı almış birey bakımında, özgüven veya beceri açısından kendilerini eksik olarak algıladıkları görülmüştür (Marx ve ark., 2014; Adler, Lawrence, Ounpraseuth ve Asghar, 2015). 6 farklı huzurevinde çalışan hemşirelerin demans tanısı almış bireylere yönelik bilgi ve tutumlarının incelendiği kalitatif bir çalışmada hemşirelerin demans tanısı almış bireye karşı olumlu tutum sergiledikleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada demans tanısına sahip bireylerin bakım sürecinin gizemli olduğu, bakımlarının zor olduğu ama bakılması gerektikleri ve demans hastalığı hakkında bilgi sahibi olunduğunda daha yeterli bakım sağlanabileceği bildirilmiştir (Strøm, Lausund, Mork Rokstad, Engedal ve Goyal, 2021).

Hemşirenin demans hakkındaki bilgi düzeyi tutumu ve bireyle olan ilişkisini doğrudan etkilemektedir (Jang, 2014). Demans hastalığı hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olamayan hemşireler, demans hastasına bakım verirken birçok bakım sorunuyla yüzyüze gelebilmektedir (Park, Park ve Kim, 2015). Demans tanısı almış bireyin bakımında, hemşirelik yükünü azaltmak için hemşirelerin, demans hastalarının bakımında uzmanlaştıklarını gösteren bilgi ve beceriye sahip olmaları önemli bir ihtiyaçtır (Lee ve Jung, 2019).

Demans tanısı almış bireylerin bakımına ilişkin hemşirelerin tutumları ve bilgi düzeylerinin incelendiği bir araştırmada; hemşirelerin demans hakkında bilgi düzeyinin düşük olduğu ve olumsuz tutuma sahip oldukları bildirilmiştir. Olumsuz tutumun yetersiz semptom yönetimi, yetersiz hasta güvenliği ve demans tanısı almış bireye özgü hemşirelik bakımını bilmeme ile ilişikili olabileceği tespit edilmiştir (Evripidou ve ark., 2019). Gün geçtikçe artan demans prevalansına paralel olarak hemşirelik bakım gereksinimi de artmaktadır. Demans tanısı almış bireylerin bakımına yönelik hemşirelik eğitiminin güçlendirilmesi gerekmektedir (Evripidou ve ark., 2019; Çetinkaya, Elbi, Altan, Rahman ve Aydemir, 2019). Demans hastalığına bakımla ilgili hazırlanan eğitim-öğretim programlarının sağlık personelinin tutumlarını iyileştirdiği (Foreman ve Gardner, 2005) ve yeterli demans bilgisine sahip personelin daha olumlu tutum sergilediği (Chang ve Hsu, 2020) araştırma sonuçları ile ortaya konulmuştur. Demans tanısı almış bireylerin yaşamını sürdürdüğü huzurevi ya da rehabilitasyon merkezlerinde çalışan hemşirelerin demans hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları bakım kalitesi açısından önemlidir. Bu nedenle bu araştırmada huzurevinde çalışan hemşirelerin demanslı bireylere karşı tutumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi planlanmıştır.

1.1. Çalışmanın Amacı

Araştırmanın amacı; huzurevinde çalışan hemşirelerin demanslı bireylere karşı tutumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

1.2. Araştırma Soruları

Huzurevinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri demans tanısı almış bireylere yönelik tutumlarını etkiler mi?

Huzurevinde çalışan hemşirelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeyi demans tanısı almış bireylere yönelik tutumlarını etkiler mi?

1.3. Sınırlılıklar

11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilmesi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı' nın pandemide 14 gün süren aralıksız mesai ve karantina uygulaması, mesai dışındaki hemşirelere ulaşmakta zorlanılması, kuruluşlara mesai ve kurum dışındaki çalışanların giriş yasağının olması ve bakanlığın yalnızca online şekilde çalışmaya izin vermesi, pandemi sürecindeki hemşirelerin yoğun çalışma şartları nedeniyle anketleri cevaplamada isteksiz olmalaları bu çalışmanın sınırlılıklarıdır.

1.4. Sayıltılar

- Araştırma için seçilen veri toplama yöntemlerinin amaca uygun olduğu,
- Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışmada yer alan anketi ve ölçekleri samimi ve doğru olarak cevapladıkları,
- Araştırmada kullanılan ölçeklerden; Demans Tutum Ölçeği (DTÖ)'nin demans hastası huzurevi sakinlerine yönelik huzurevi hemşirelerinin tutumunu değerlendirdiği, Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği' nin (DBDÖ) ise huzurevinde çalışan hemşirelerin demans ile ilgili bilgi düzeylerini belirleyeceği sayıltılarından hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma süreci; biyolojik, toplumsal, çevresel etmenlerle birlikte psikolojik bileşenleri de içeren kompleks bir yapıdır (Ankri ve Cassou, 2013). 2017'de yeni yaş dilimi açıklamış; 0 ile 17 yaşlar arası ergen, 18 ile 65 yaşlar arası genç, 66 ile 79 yaşlar arası orta yaş, 80 ile 99 yaşlar arasını ise yaşlı kişiler olarak kabul etmiştir (WHO, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sosyal değişimler içerisinde en büyük değişimin yaşlı nüfusun artması olduğunu, yakın zamanda ise yaşlı insanların çocuk nüfüsundan daha fazla olacağını, insanların ise şuanda olduğundan daha fazla yaşlı olacağını bildirmektedir (WHO, 2021). Yaşlanma süreci doğal bir süreç olarak kabul edilse de, annenin ve bebeğin sağlığının geliştirilmesi, bebeklik dönemi, çocukluk dönemi ve erken erişkinlik döneminde daha iyi standartlarda hayat sürülmesi, kişilerin ortalama tahmin edilen yaşam zamanlarında artmaya neden olmaktadır (Hairi, Hiong, Bulgiba ve Mudla, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü 60 yaş ve üzerindeki kişi sayısının 2015-2050 yılları arasında 900 milyon kişiden 2 milyara kadar çıkacağını öngörmektedir (WHO, 2021). Türkiye İstatistik Kurumu son verilerine göre ise; yaşlı nüfus olarak sayılan 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısı, 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi sayısına ulaşırken, 2019 yılında %21,9 artış göstererek 7 milyon 550 bin 727 kişi sayısına yükselmiştir. Yaşlı nüfus sayısının toplam nüfus sayısına göre oranına bakılacak olursa 2014 yılında %8,0 iken, 2019 yılında ise bu oran %9,1'e kadar yükselmiştir (TÜİK, 2021).

2.2. Demans

2.2.1. Demans tanımı

Demans, hafıza, düşünce, davranış ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerisinde bozulmaya yol açan (WHO, 2021) sosyal yaşamı ve çalışma hayatını etkisi altına alan, merkezi sinir sistemini tutan ilerleyici dejeneratif bir sendromdur (Karadakovan, 2014). Demans çoğunlukla yaşlı bireyleri etkiliyor olsa da, yaşlanma

sürecinin normal bir parçası değildir (WHO, 2021). Demans, kronik, sinsi başlayan ve ilerleyici özellik gösteren bir hastalıktır (Işık ve Tanrıdağ, 2009). Demans, kognitif işlevde normal yaşlanma sürecinin dışında bir bozulmanın gerçekleştiği çoğunlukla kronik ya da ilerleyen yapıya sahip bir sendromdur (Karadakovan, 2014). Orta ve ileri yaşlardaki bireylerin yakalandığı beyin hastalıklarından en fazla yıkım sebebi olan demans, yaşlanmanın doğal sürecinin bir parçası olmamakla birlikte aslında bir patolojiye dayanıyor olması söz konusudur (Işık ve Tanrıdağ, 2009; Karadakovan, 2014). Dünya genelinde yaklaşık 50 milyon kişi demans tanısı almıştır ve buna ek olarak her yıl ortalama 10 milyon birey yeni hastalık tanısı almaktadır. Demans, Alzheimer hastalığı veya inme gibi beyni birincil veya ikincil olarak etkileyen çeşitli hastalıklardan ve yaralanmalardan kaynaklanır. Demans, dünya genelinde yaşlı insanlar içinde bağımlılık ve engelliliğin başlıca sebeplerinden birisidir. Demans; yalnızca demans tanısı almış yaşlı bireylerin üzerinde değil, aynı zamanda bakım verenlerin, ailelerin ve genel olarak toplum üzerinde de sosyal, fiziksel, ekonomik ve ruhsal etkilenmeye neden olmaktadır (WHO, 2021).

2.2.2. Demansta belirti ve bulgular

Demans, hastalığın etkisine ve kişinin hastalanmadan önceki kişiliğine bağlı olarak her kişiyi farklı şekilde etkiler. Demansla bağlantılı belirti ve semptomlar üç aşamada anlaşılabilir (WHO, 2021)

2.2.2.1. Erken aşama

Sinsi başlangıçlı olduğu için demansın erken aşaması genelde göz ardı edilmektedir. Unutkanlık, zaman kavramını yitirme, tanıdık çevrede kaybolma sık görülen erken belirtilerdir (WHO, 2021).

2.2.2.2. Orta aşama

Demans orta aşamaya doğru ilerledikçe, belirti ve bulgular daha net gözükmekte ayrıca daha kısıtlayıcı hal almaktadır. Orta evrede; son olayları ve insanların isimlerini unutma, evde kaybolma, iletişimde zorluk yaşama, kişisel bakım konusunda yardıma ihtiyaç duyma, gezinme ve tekrarlanan sorgulamalar gibi davranışsal problemler görülür (WHO, 2021).

2.2.2.3. Geç aşama

Demansın geç aşamasında ise bireyler yatağa bağımlı hale gelir. Hafıza bozuklukları daha ciddidir. Fiziksel belirti ve semptomlar daha belirgin hale gelmiştir. Geç evrede; zamanın ve yerin farkında olmama, akraba ve arkadaşları tanımada güçlük çekme, öz bakımda yardım alma, yürümekte zorlanma, saldırganlık gibi belirtiler görülür (WHO, 2021).

2.2.3. Yaygın demans türleri

Demansın birden fazla türü vardır. Alzheimer hastalığı en yaygın görülen türü olup, diğer sık görülen türleri Vasküler demans, Lewy cisimcikli demans, Frontotemporal demanstır (WHO, 2021). Demansın %60 ile %80' ini Alzheimer tip demans, %15 ile %20‟sini Vasküler tip demans, %10 ile %15‟ini Frontotemporal demans ve %5'den azını ise Parkinson hastalığına eşlik eden Lewy cisimcikli demansın oluşturduğu belirtilmektedir (Lewis, Heitkemper, Dirksen ve O‟Brien, 2007; Capezuti, Zwicker, Mezey ve Fulmer, 2008).

2.2.3.1. Alzheimer tip demans

Alzheimer Hastalığı; ilerleyici unutkanlık, afazi, agnozi, apraksi gibi bilişsel işlevlerde ve karar verme, plan yapma, soyut düşünme gibi yürütücü işlevsellerde bozulma ile karakterize, kişinin kazanılmış entelektüel ve sosyal becerilerinde kayıp, günlük yaşamında, günlük aktivitelerinde bozulma ile giden progresif, ölümcül, nörodejeneratif bir hastalıktır (Prince, Bryce, Albanese, Wimo, Ribeiro ve Ferri, 2013). Tüm demans vakaları arasında %60-80 görülme sıklığı ile en sık karşılaşılan demans tipi AH'dır (Barnes ve Yaffe, 2011). Alman nörolog Dr. Alois Alzheimer tarafından ilk olarak 1906 yılında Anguste D. isimli kadın hasta üzerinde yapmış olduğu geniş çalışmalar sonucu, hastalığın patolojisi ve klinik semptomları ilk kez tanımlanmıştır. Dr. Alois Alzheimer'ın klinik şefi Dr. Emil Kraepelin tarafından 1910 yılında bir ders kitabında ilk defa Alzheimer Hastalığı terimi kullanılmıştır. Demansın yaygın bir nedeni olarak kabul edilmesi ve tedavisi ile ilgili çalışmaların hızlanması ise ancak yaklaşık 70 yıl sonra gerçekleşmiştir (Selekler, 2010). Alzheimer tip demansta demans hastalarının tümünün neredeyse 2/3'ünden sorumlu olan kronik seyirli nörodejeneratif bir hastalıktır. Alzheimer tip demansın prevelansı geriatrik hastalarda %10 iken artan yaşla beraber oranda da giderek artış gözükmektedir. 65-74 aralığı yaşlarda prevelans %30, 85 üstü yaşlarda %50'ye kadar çıkabilmektedir

(Ferri,Prince, Brayne, Brodaty, Fratiglioni, Ganguli ve ark., 2005). Türkiye'de ölüm nedenlerinin araştırıldığı istatistiklere göre, Alzheimer tanısı alarak yaşamını yitiren yaşlı kişilerin sayısı, 2014 senesinde 10 bin 236 olarak belirlenmişken, 2018 senesinde bu sayı 13 bin 767'ye kadar yükselmiştir. Alzheimerın neden olduğu ölümlerde yaşamını yitiren yaşlı bireyler 2014 senesinde %3,9 olarak bildirilirken 2018 senesinde bu oran %4,6'a kadar yükseliş göstermiştir (TÜİK, 2021).

2.2.3.2. Vasküler demans

Demans çeşitleri arasında %17-20 görülme sıklığı ile Alzheimer tip demanstan sonra en çok görülen ikinci demans tipidir. Adlandırılırken aterosklerotik ve vasküler nörokognitif bozukluk olarak da nitelendirilen vasküler demans, serebral vasküler etmenlerin belirleyici olduğu mekanizmasında, beyne giden kan akışında azalma ile beliren, progresif bir hastalıktır (Adapinar ve Uncu, 2015).

Serebrovasküler hastalıklar demans derecesini ve ilerleme hızını artırmaktadır (Adapinar ve Uncu, 2015; Venkat, Chopp ve Chen, 2016). İnme benzeri vasküler bir durum ardından akut olarak meydana gelmekte, farklı bir vasküler durum yaşanmadığında stabil kalabilmekteyken farklı bir olay sonucu giderek kötüleşme göstermektedir (Adapinar ve Uncu, 2015). İnmenin ardından 3 ay sonra DSM-5'te, hastaların %20-30'u demans tanısı almaktadır. Ayrıca vasküler demans prevalansının erkeklerde kadınlara göre erkek bireylerde daha çok görüldüğü bildirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Vasküler demansın alt tipleri vardır. İnme ile ilişkisi en çok karşılaşılan alt tipin inme sonrası vasküler demans olarak karşımıza çıkmasını sağlamıştır. Tanılanan vakaların neredeyse dörtte üçü serebravasküler hastalık öyküsüne sahiptir. Bu tür hastalıkların geçmişte bulunması ve ileri yaş, hipertansiyon, sigara içme, hareketsiz yaşam tarzı, diabetes mellitus, hiperhomosisteinemi, hiperlipidemi, hiperfibrinojenemi, atrial fibrilasyon ve diğer kardiak aritmiler, konjestif kalp yetmezliği, obstrüktif uyku apnesi gibi risk faktörleri vasküler demans açısından da risk olarak görülmektedir (Adapinar ve Uncu, 2015; Venkat ve ark., 2015). Klinik olarak benzer semptomları olan vasküler demans ve Alzheimer tip demans hastalarda genelde bir arada bulunur ve buna da mikst tip demans adı verilmektedir (Langa, Foster ve Larson, 2004).

2.2.3.3. Lewy cisimcikli demans

Lewy cisimleri 1912'de Parkinson Hastalığı'nın beyin sapındaki tipik bulgusu olarak Alman nörolog Dr. Friedrich Lewy tarafından ilk defa tanımlanmış olsa da tanım ilk defa 1996 yılında kullanılmıştır (Gürvit, 2010). DSM-5'e bakıldığında genel yaşlı popülasyonunda % 0,1-5'i aralığında demans vakalarının tamamında ise % 1,7-30,5'i aralığında lewy cisimcikli demans olduğu belirtilmiştir. Kaynakların bazılarında demansın en sık görülen ikinci tipi olarak da yer almaktadır (Hugo ve Ganguli, 2014). Bu demans tipinde özgül bir risk faktörü belirtilmemiştir (Can ve Tatlı, 2017). Başlangıcı belirsiz, giderek kötüye giden, bilişsel eksikliklerin genellikle dikkat, görsel-uzamsal ve yönetici işlevlerde meydana geldiği nörodejeneratif bir hastalıktır. Hastalığın tanısında önemli çekirdek özellikler arasında dalgalanma, görsel halüsinasyonlar, Parkinsonizmve işaretleyici özelliklerde de REM uyku davranış bozukluğu, nöroleptik aşırı duyarlılığı ve düşük dopamin taşıyıcılığı bulunmaktadır (Gürvit, 2010; Hugo ve Ganguli, 2014). Alzheimer tip demans ve Parkinson hastalığına bağlı demansta da Lewy cisimcikleri bulunur. Ayırıcı tanı Lewy cisimciklerinin yeri ve sayısına göre yapılmaktadır (Can ve Tatlı, 2017; Sılay ve Yalçın, 2017).

2.2.3.4. Frontotemporal demans (FTD)

Frontal ve temporal loblardaki nöronların küçülmesiyle oluşur ve korteksin üst tabakaları yumuşak ve süngerimsi bir hale dönüşerek bu alanlardaki protein yapıları (tau proteini ve DNA'ya bağlanmış protein yumakları) gözlemlenebilmesine yol açmaktadır. Frototemporal demansta, hastalığın yol açtığı değişmiş davranışlar, primer progresif afazi, Pick hastalığı, kortikobazal dejenerasyon ve progresif subra-nüklear palsi görülür. Erken dönem semptomlar içerisinde kişilik ve davranış farklılıkları ortaya çıkar, üretirken yeni şeyler ortaya koyma ve konuşmada zorlanma mevcuttur. Hafızada erken dönemde bozulma görülmemesi frontotemporal demans tipini Alzheimer tip demanstan ayıran özelliğidir. Başka demans çeşitlerinden ayırıcı özelliklerine bakılacak olursa bu hastalığın 65 yaş ve altındaki kişilerde daha fazla görülmekte olmasıdır. Bu hastalığın tanısını almış kişilerin %60' ının yaşı 45- 60 aralığında bulunmaktadır. Aynı zamanda demans çeşitlerinin tamamında %10' luk bir dilime sahiptir. İlerleyen Parkinson hastalığında da Lewy cisimcikli demans ve Alzheimer tip demansta görüldüğü şekilde korteks etkilenerek protein plaklarının görülmesine neden olur (American Alzheimer's Association, 2016).

2.2.3.5. Creutzfeldt-Jakob hastalığı

Hafızayla birlikte koordinasyon bozukluğu da yapan, davranışlarda değişime sebep olan, pek görülmeyen ancak süratle ilerleyerek ölüme neden olan bir hastalıktır. Kodlanırken hata oluşan proteinler (pironlar) beyinin işlevinde bozulmalara neden olur. Sporadik ve piron enfeksiyonları ve gen aktarımı sebebiyle görülen bir hastalıktır. Sığır türlerinden bazılarının tüketimi ile geçtiği, bunun da toplumda deli dana hastalığı olarak bilindiği ifade edilmektedir (American Alzheimer's Association, 2016).

2.3. Demansın İnsidansı, Prevalansı, Risk Faktörleri ve Hastalıktan Korunma

Dünya üzerinde her üç yaşlıdan biri Alzheimer veya başka bir tip demans sebebi ile yaşamını yitirmektedir (Amerikan Alzheimer Derneği, 2021).Yaş, bunama için bilinen en güçlü risk faktörü olmasına rağmen, bunama yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Dahası, demans sadece yaşlıları etkilemez- genç başlangıçlı demans (semptomların 65 yaşından önce başlaması olarak tanımlanır) vakaların %9'unu oluşturmaktadır.

2015'de, dünya çapında yaklaşık 46,8 milyon bireyin demans ile yaşamış ancak bu sayının 2050'ye kadar 131,5 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (WHO, 2015). 2014 yılında Türkiye'de ortalama 600.000 kişinin bu hastalıkla mücadele ettiği düşünülmekteyken Alzheimer tip demans hastalığının sıklığı ile ilgili ulusal çalışmalar kısıtlıdır (Demans Bakım Modeli Raporu, 2017). Bu çalışmaların bazıları hastane veri tabanlarına göre hazırlanan toplum temelli çalışmalar olup bu çalışmalarda bilişsel bozukluk sebebiyle hastaneye başvuranların en büyük oranını, Alzheimer hastaları (%67.6) kapsarken, bu oranın %57.7'sini kadınlar oluşturmaktadır (Demans Bakım Modeli Raporu, 2017). İstanbul ilinde yaşayan 70 yaş üstü kişilerin taranması ile yapılan bir çalışmada olası Alzheimer riski % 11 olarak saptanmış, diğer demans tiplerini de kapsayan toplam risk ise %20 olarak bulunmuştur (Gürvit ve ark., 2008).

Demans hastalığının genel risk faktörleri arasında depresyon, düşük eğitim seviyesi, sosyal izolasyon ve bilişsel durağanlık yer almaktadır (WHO, 2021).

Alzheimer tip demansın risk faktörleri arasında ise kadın cinsiyette olmak, düşük eğitim seviyesi, genetik özellikler, kafa travması, apolipoprotein Epsilon-4 (APO-E4), alkol, yağlı diyet, sistolik hipertansiyon, serebrovasküler olay öyküsü, lipid metabolizma bozuklukları, oksidatif stres, nörotoksik maddeler, inflamatuar durum

yer almaktadır oluşmaktadır (Souder ve Beck, 2004; Büyükturan, 2014; Demans Bakım Modeli Raporu, 2017).

Yapılan çalışmalar demans hastalığının önlenmesinde; sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapmanın, sigara ve zarar verici düzeyde alkol kullanmamanın, kilo kontrolünü sağlamanın, kan basıncı, kolesterol ve kan şekeri seviyesini korumanın etkili olduğunu göstermektedir (Amerikan Alzheimer Derneği, 2021; WHO, 2021).

2.4. Demans Hastalığının Tanılanması

Yaşı ilerlemiş hastalarda kognitif işlevlerin sorgulanması, demansın erken aşamada tanılanabilmesi için oldukça önemli olsa da demansın değerlendirilip tanılanması oldukça zordur. Yaşlanmanın sıradan rutini varsayılan unutkanlık demans hastalığında erken aşamada teşhis şansını azaltmaktadır. Hastadan öykü alma aşaması en belirleyici ve kritik kısımlardandır. Anemnezinin doğru alınması için hastaya bakım verici rolünü üstelenen kişi ile günlük rutinlerinde hastaya eşlik eden bir aile ferdinin veya yakını olan bir bireyin de anemnez sırasında bulunması ve hastayla ilgili izlem ve fikirlerinin alınması önemlidir. Yakınmaların başlayışı (sinsi, akut, subakut) ve hastalığın ilerleme şekli (statik, basamaklı, hızlı) değerlendirilmelidir (Gürvit, 2010).

Hasta ve yakınındakilerden hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yeterliliği, oryantasyon ve unutkanlığı, ne gibi konularda destek alması gerektiği (mali işlemler, ilaç alımı, makine/alet kullanımı) bilgilerinin de alınması gerekir. Sıradan ve iyice kavranılmış faaliyetler aksamadan yerine getiriliyorsa da ilk kez karşılaşılan bir durum ile başa çıkma ve kafa karıştırıcı bir iş yapma gibi durumlarda sorun çıkabilmektedir. Ulusal Yaşlanma Örgütü-Alzheimer Derneği (National Institute on Aging - Alzheimer’s Association, NIA-AA) ve DSM-V tanı kriterleri demans tanılamasında oldukça önemlidir. NIA-AA tanı kriterlerinin kullanımı araştırmalarda kullanım için, DSM-V tanı kriterleriyse klinik tanıya daha çok elverişli olup rehberler pek çok bakımdan benzemektedir (Hugo ve Ganguli, 2014).

2.5. Demansta Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Bilişsel ve fonksiyonel gerilemeler ve komorbid durumlar nedeniyle demans hastasının bakımı oldukça zordur. Demanslı bireyler temel bakım

gereksinimleri açısından ihmal riski altındadır. Bu durumda hastaların komplikasyonlara karşı daha savunmasız olduğu ve optimal bakım kalitesinden daha az yararlanabileceği anlamını taşımaktadır (Bail ve Grealish, 2016). Yapılan çalışmalar demanslı bireylerin damgalanmadan dolayı diğer hasta gruplarına göre dezavantajlı olduğunu ve eşit olmayan sağlık hizmeti aldıklarını göstermektedir (Werner ve Heinik, 2008; Gove, Downs, Vernooij-Dassen ve Small, 2016).

Demansta tedaviye başlanmadan önce, geri döndürülebilir kognitif bozukluk etkenlerinin araştırılması ve bu etkenlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir (Hugo ve Ganguli, 2014; Yavuz ve Cankurtaran, 2016). Daha sonra tedavi kognitif fonksiyonların ile nonkognitif semptomların tedavisi olacak şekilde kısım kısım gerçekleştirilmektedir (Yavuz ve Cankurtaran, 2016; Soysal ve Işık, 2017).

Demans hastalığını geri döndürerek bütüncül iyilik halini sağlayacak herhangi bir tedavi yöntemi henüz yoktur. Önleyici ve geri dönüştürücü tedavi keşfedilinceye kadar demans hastalığının yönetimi için en doğru amaç ilerlemenin yavaşlatılması, hastalık evresinin ve günlük yaşam aktivitelerinde hastanın bağımsızlığının korunması, hastalığa bağlı davranışsal ve psikiyatrik semptomlarının azaltılması, bakım verici rolü üstlenenlerin yükünün hafifletilmesi ve huzurevine yerleştirilmesi önerilebilir (Farlow, Miller ve Pejovic, 2008; Yavuz ve Cankurtaran, 2016). Demansa tedavisinde fazlasıyla önem taşıyan başka bir unsurda demansa bağlı olarak gelişen ve bakım veren yükünü arttıran ajitasyon, sürekli dolaşma, sözlü veya fiziksel şiddet, depresyon, anksiyete, halüsinasyonlar gibi davranışsal ve psikolojik semptomların (nonkognitif semptomlar) tedavisidir.

Hemşirelik bakımı, demans tanısı almış bireylerin bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve kaliteli bakım verilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Alzheimer's Society, 2009; Thompson ve Health, 2011). Demans tanısı almış bireylerin bakımında temel hedefler; hastanın işlevselliğinin korunması, engellerinin azaltılması, stabilitesinin sürdürülmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların telafi edilmesi, hastanın kişiselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecek terapötik ortamın sağlanmasıdır. Bu hedeflere ulaşmak için hemşirelerden güncel ve pratik bilgiler ile hastaların gereksinimlerini tanımaları, doğru araçları seçmeleri, uygun bakım vermeleri ve bakım verenlere tanı, tedavi ve hastalığın tüm evrelerinde destek olmaları beklenmektedir (Akyar, 2009).

Demans hastasının ilgilenmekten hoşlandığı uğraşıları göz önüne alınarak yapılan günlük faaliyetlerinin artırılması için bireye gerçekleştirebileceği basit görevler vermek, müzik terapisi, egzersiz beraberinde güvenlik önlemlerini almak gibi nonfarmakolojik yöntemleri deneme sürecinin ardından bu semptomlar için antipsikotikler, sedatif-hipnotikler ve antidepresanlar ile ilaç tedavisi başlanması tavsiye edilmektedir (Soysal ve Işık, 2017). Demansta seyrin yavaşlatılması için kognitif fonksiyonların tedavisi için var olan alternatifler genelde Alzheimer tipi demans için geliştirilmiş olsa da diğer demans tiplerinde de kullanımı açısından kanıtlar bulunmaktadır (Işık ve Çelik, 2015).

2.6. Tutum Kavramı

Türk Dil Kurumu'na (2020) göre tutum; tutulan yol, tavır olarak tanımlanmaktadır. Duygu, düşünce ve davranışlar tutumu etkileyen öğelerdir. Bu hipoteze göre, bireyin herhangi bir konuyla ilgili bildikleri (zihinsel öğe) ona nasıl hislerle yaklaşacağını (olumlu, olumsuz, nötr) ve ona karşı hangi tavrı göstereceğini (davranışsal öğe) belirlemektedir. Kişi duygu, düşünce ve davranışsal bağlamda gösterdiği tavrıyla tutumunu göstermektedir (İnceoğlu, 2010). Tutumun özellikleri şu şekilde sıralanabilir;

- Doğuştan sahip olunan özellikler değildir buna bağlı olarak sonradan edinilir,
- Geçici düşünce süreci değildir,
- Kişiyle obje arasındaki bağa tutarlılık, kararlılık ve düzenlilik katarlar,
- Tutumlara bağlı birey ile obje bağında bir yanlılık oluşur ve kişi objeyle alakalı geliştirdiği tutumun dışına çıkamaz,
- Bir nesneye karşı pozitif ya da negatif geliştirilmiş tutum o objenin diğerleri ile kıyaslanmasından dolayı ortaya çıkar,
- Tepkinin herhangi bir şekilde gösterilmesinden ziyade tutum; tepki göstermeye meyildir VE pozitif ya da negatif davranışlara neden olabilir (Tavşancıgil, 2005).

2.7. Hemşirelerin Demans Tanısı Almış Bireyin Bakımına Yönelik Tutumları

Demans hastalığına sahip bireylere karşı gösterilen anlayış ve farkındalık eksikliği bireylerin karşılaştıkları güçlükleri arttırmaktadır (WHO, 2021). Özellikle direk bakım sağlayıcılar arasında bile demansa karşı var olan bu olumsuz bakış açısı, demans anlayışının yeterli olmadığını ve demans tanılı bireylere karşı olumlu tutum geliştirmeye ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır (Kahana ve ark., 1996).

Demans, uzun süreli hemşirelik bakımı gerektiren bir sağlık sorunudur ve demans hastalarının yaşam kalitesi, bakım veren kişinin tutumuna göre değişebilir (Lee ve Jung, 2019). Demans için olumlu veya olumsuz duyguları yansıtan demans tutumu, bireysel, sosyal, kültürel, kişisel değerlere (Evripidou ve ark., 2019) ve bilişsel değerlere göre değişmekte olup, ilişkilerin oluşumunu ve hemşirelerin demans tanısı almış bireyler ile karşılıklı ilişkilerini ve etkili iletişimini de etkileyen önemli bir faktördür (Jang, 2014). Demans hastalarına bakarken olumlu bir tutuma sahip olmak, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini artırmak için önemli bir öğe olarak tanımlanabilir (Lee ve Jung, 2019).

Hemşirelerin demans tanısı almış bireylerin bakımına yönelik olumsuz tutumları; demansın semptomları, ilerlemesi ve demans tanısı almış bireylerin hakkındaki kendi duyguları ile ilişkilidir (Galvin ve ark., 2010). Örneğin demansta çok yaygın olan bellek ve davranış sorunları (örn. aynı soruları sorma, saldırganlık, ajitasyon, halüsinasyonlar, kafa karışıklığı vb.) hemşireler tarafından daha olumsuz tutumlara yol açmaktadır (Feesey, 2007; Galvin ve ark., 2008; Kada ve ark., 2009; Robinson ve ark., 2014; Marx ve ark., 2014; Elvish ve ark., 2014). Hemşireler, demans tanısı almış bireyler ile etkileşimleri sırasında hastalıkla ilişkili davranışsal sorunları (Galvin ve ark., 2008; Marx ve ark., 2014), kendi korku ve kaygılarını (Feesey, 2007; Kada ve ark., 2009; Shinan- Altman ve ark., 2014; Elvish ve ark., 2014) yönetemediklerini bildirmişlerdir (Evripidouve ark., 2019).

Demans tanısı almış bireylere yönelik olumlu tutumun, eğitimle ilgili olduğu bilinmektedir. Toplum ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler (Manthorpe & ark., 2003), demans bakımı konusunda eğitim almış uzman hemşireler hastanın bakımında daha olumlu tutuma sahiptir (Manthorpe ve ark., 2003; Kada ve ark., 2009).

Huzurevi çalışanlarının demans tanısı almış bireylere yönelik tutumları ile ilgili yapılan çalışmaların incelendiği bir çalışmada, huzurevi çalışanlarının demansla ilgili

olumsuz yargıya sahip olduğunu belirlemişlerdir. Huzurevi çalışanları demans tanısı almış bireylerin saldırganlık ve perseküte davranışları ile mücadelede zorlandıklarını, bu hastaların yalnız, savunmasız ve öngörülemez olduklarını belirtmişlerdir (Henry Brodaty ve ark., 2003). Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının demans hastalarına karşı genelde olumsuz tutum ve davranışa sahip olduğunu göstermektedir (Kahana ve ark., 1996; Brodaty ve ark., 2003). Yine literatüre bakıldığında hemşirelerin demans tanısı almış bireyler bakımında, özgüven veya beceri açısından kendilerini eksik olarak algıladıkları görülmüştür (Marx, ve ark., 2014; Adler ve ark., 2015).

Hemşirenin demans tanısı almış bireylere karşı bilgi ve tutumu, hastayla olan ilişkisini doğrudan etkilemektedir (Jang, 2014). Demans hakkında yeterli düzeyde bilgisi olmayan hemşireler, demans hastasına bakım verirken birçok sorun yaşayabilirler (Park ve ark., 2015). Demans tanısı almış bireylerin bakımında, hemşirelik yükünü azaltmak için hemşirelerin, demans hastalarının bakımında uzmanlaştıklarını gösteren beceri ve bilgiye sahip olmaları önemli bir ihtiyaçtır (Lee ve Jung, 2019).

Demans ve Alzheimer tanısı alanların sayısının yükselişe geçmesi ile bu bireylerin bakımı, önümüzdeki senelerde önemli bir konu haline gelecektir. Dolayısıyla, demans ile ilgili negatif algı, tutum ve kalıplaşmış yargılar, tutum değişikliği gereksinimi ve demans tanısı olan insanlara karşı olumlu tutumu teşvik etme yolları eleştirel bir bakış açısıyla araştırılmalı ve sonuçlar gelecek zamanlarda bu alanda gösterilecek mücadelede dikkatle ele alınmalıdır (Çetinkaya ve ark., 2019).

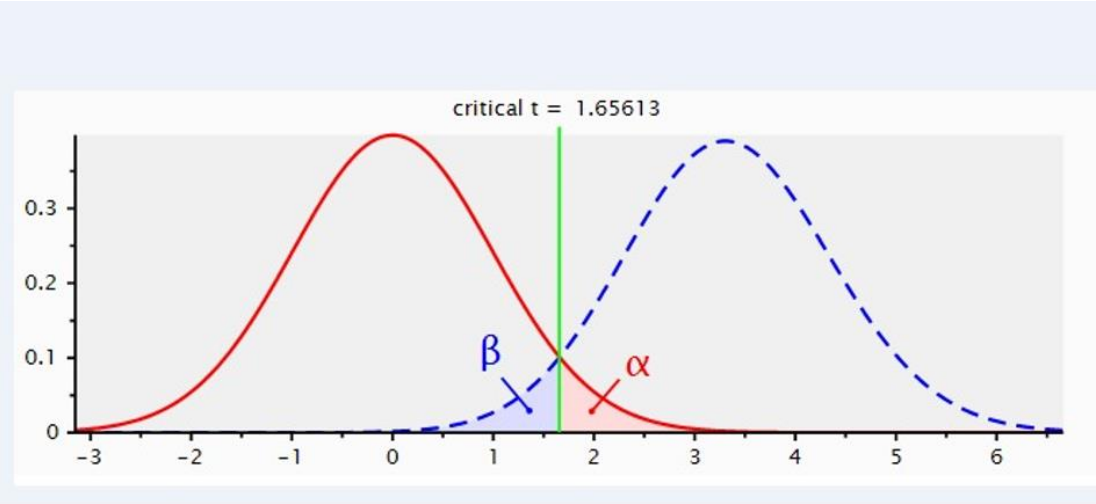
3. MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırma, huzurevinde çalışan hemşirelerin, demans tanısı almış bireylere yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki Ankara ilinde bulunan huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur (N=230).

Araştırmanın örneklemini ise, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki Ankara ilinde bulunan huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerinde görev yapan hemşireler (n=153) oluşturmuştur. Örneklem hesabında izlenen yol olarak hesaplama formulünde PASS (Power Analysis and Sample Size) istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma deseni ve kullanılan ölçekler açısından benzer olan çalışmalar incelenmiş (Başer, 2017) bu çalışmadaki sonuçlar üzerinden toplamda yığınımızda 230 kişinin bulunduğu ve G- Power analize göre 153 kişinin örneklem içerisine seçildiğinde örneklem gücü %95'tir.



F tests - Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Effect size f^2	=	0.181
	α err prob	=	0.05
	Total sample size	=	153
	Number of predictors	=	1
Output:	Noncentrality parameter λ	=	27.6930000
	Critical F	=	3.9037814
	Numerator df	=	1
	Denominator df	=	151
	Power (1-β err prob) =	0.9994598	

Şekil 3.1: G-power analizi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Eylül- Kasım 2021 tarihleri aralığında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki Ankara ilinde bulunan huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerinde görev yapan hemşirelere uygulanmıştır. Araştırma pandemi öncesi planlanmış olup, yüz yüze görüşme yolu ile uygulanması düşünülmüştür. Fakat 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilmesi ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yalnızca online şekilde çalışmaya izin vermesi sebebi ile online anket şeklinde yürütülmüştür.

3.3. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 6 ay ve üzeri demans tanısı almış bireylerin bakımını sürdürmek
- Huzurevi ve rehabilitasyon merkezinde ez az bir yıl ve üzerinde çalışmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; huzurevinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Demans Tutum Ölçeği (DTÖ) (Ek 2), Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği (DBDÖ) (Ek 3) kullanılmıştır. Evreni 230 huzurevi hemşiresinden oluşan çalışmada, 153 hemşire tarafından anketler cevaplanmıştır.

3.4.1. Kişisel bilgi formu

Literatür doğrultusunda bakım veren hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veri toplamak amacı ile araştırmacılar tarafından düzenlenen bireysel bilgi formudur. Bakım veren hemşirenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, aylık geliri, çalışma durumu, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, herhangi bir hastalığı olup olmadığı, kullandığı ilaçlar gibi soruları içermektedir.

3.4.2. Demans tutum ölçeği (DTÖ)

O'Connor ve McFadden tarafından 2010 yılında geliştirilmiş Demans Tutum Ölçeği (DTÖ), demansa yönelik üniversite öğrencileri ve doğrudan bakım çalışanları için tutumu belirlemeye yönelik geliştirilmiş bir araçtır. Ölçeğin oluşturulmasında karşılaşılan önemli bir zorluğun terminolojiyle ilgili olduğu belirtilmiştir. Alzheimer Hastalığı ve demans arasındaki bağlantı hakkında kafa karışıklığı olduğu bildirilmiş ve bu nedenle ölçek ifadelerinde (ADRD=Alzheimer's disease and related disorders) "Alzheimer hastalığı ve ilişkili hastalıklar" ifadesi kullanılmıştır. Ölçek 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 7'ye (kesinlikle katılıyorum) kadar 7'li Likert tiptedir. 20 maddelik ölçeğin, Dışlayıcı Tutum alt boyutu ile ilgili 6 maddesi ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 71, maximum paun 140'dır. Ölçekten alınan puan arttıkça, olumlu tutum düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,83' tür (O'Connor & McFadden, 2010). Ülkemizde Çetinkaya ve ark. (2019) tarafından geçerlilik güvenirliliği yapılmış olup Cronbach alpha değeri 0,84 bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki Cronbach alpha kat sayısı 0,76 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Demans bilgi değerlendirme ölçeği (DBDÖ)

2015 yılında Annear ve arkadaşları tarafından demans hastalığı hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup 27 maddeden oluşmaktadır. Aynı

ölçek 2017 yılında daha yüksek örneklem ile yeniden revize edilmiş ve açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre 25 maddeye düşürülmüştür. Ölçeğin örneklem grubunu; hekimler, hemşireler, sağlık öğrencileri, aile üyeleri, profesyonel bakım çalışanları, diğer sağlık çalışanları ve genel popülasyon (yetişkinler) (n:3649) oluşturmuştur. Ölçeğin alt boyut cronbach alpha değerleri.65 ile 0.76 arasında değişmektedir. "Yanlış, muhtemelen yanlış, muhtemelen doğru, doğru, fikrim yok/ bilmiyorum" şeklinde 5'li likert tipi bir ölçektir. Maddelere doğru cevap verildiğinde 2 puan, muhtemelen doğru/ yanlış seçeneğini işaretlediğinde 1 puan, yanlış cevap verildiğinde ise 0 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan 0- 50 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin 4 alt boyutu vardır bunlar 1- nedenler ve karakteristiği, 2- iletişim ve davranışlar, 3- dikkat edilecek noktalar, 4- riskler ve yaşam kalitesi şeklindedir. Nedenler ve karakteristiği alt boyutu 7 maddeden (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7), iletişim ve davranışlar alt boyutu 6 maddeden (S8, S9, S10, S11, S12, S13), dikkat edilecek noktalar alt boyutu 6 maddeden (S14, S15, S16, S17, S18, S19), riskler ve yaşam kalitesi alt boyutu 6 maddeden (S20, S21, S22, S23, S24, S25) oluşmaktadır. Ölçekten alınacak min puan 1, max paun 29'dur. Puan arttıkça demans hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi artmaktadır, ters soru içermemektedir. Ölçeğin uygulanması ortalama 10 dakika sürmektedir (Annear ve ark., 2015; Annear ve ark., 2017). Ülkemizde Akyol ve arkadaşları (2021) tarafından geçerlilik güvenirliliği yapılmış olup cronbach alpha değeri 0.83 bulunmuştur. Ülkemize uyarlanan ölçek tek alt boyutlu ve 17 maddeden oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda cronbach alpha kat sayısı 0,75 olarak bulunmuştur.

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasında; huzurevinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Demans Tutum Ölçeği (Ek 2), Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği (DBDÖ) (Ek 3) kullanılmıştır. Araştırma Eylül 2021 Kasım 2021 tarihleri arasında hemşirelere online anket yoluyla uygulanmıştır. Pandemi nedeniyle kurumlara giriş yapılamamıştır. Bu nedenle anketler Ankara İl Müdürlüğü Yaşlı ve Engelli Hizmetleri birimi yetkililerince oluşturulmuş whatsapp pandemi grubu ve sorumlu hemşirelerden oluşan whatsapp

grubuna gönderilerek uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulanması bir kişi için yaklaşık 15-20 dk. sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Çankırı Karatekin Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.10.2020 karar tarihli ve 337 karar no'lu etik kurul raporu alınmıştır (Ek 4). Etik kurul alındıktan sonra çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmanın yapılacağı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan 1202784 sayılı uygulama izni (Ek 5) ve ölçek yazarlarından ölçekleri çalışmada kullanabilmek için (Ek 7 ve Ek 8) e-mail yolu ile izin alınmıştır. Uygulamaya başlamadan önce çalışmanın amacı ve kapsamı konusunda örneklemi oluşturan hemşirelere bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical PackageforSocialSciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, iki grup karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Friedman testi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir. Değişkenlerin normalliği bağımlı değişkenlerin basıklık çarpıklık değerleri ve grafikler incelenerek değerlendirilmiştir (Tablo 3.1).

Çizelge 3.1: Ölçeklere ilişkin basıklık çarpıklık değerleri

	Basıklık	Çarpıklık
Demans Tutum Toplam	-0,091	0,186
Destekleyici Tutum	-0,623	-0,315
Kabullenici Tutum	0,728	-0,190
Dışlayıcı Tutum	-0,605	0,376
Demans Bilgi	-0,294	-0,602

4. BULGULAR

Huzurevinde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, DTÖ ve DBDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı, bazı sosyodemografik özelliklerine göre DTÖ ve DBDÖ puan ortalamalarının dağılımı, DBDÖ ile DTÖ ve DTÖ'ın alt boyutları arasındaki korelasyon analizi, Demans Demans tutum ve bilgi düzeyini açıklayan regresyon analizleri sırasıyla yer almaktadır.

Çizelge 4.1: Huzurevinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
20-30	72	% 47,1
31-40	49	% 32,0
41-50	30	% 19,6
51 ve üzeri	2	% 1,3
Cinsiyet		
Kadın	119	% 77,8
Erkek	34	% 22,2
Medeni Durumu		
Bekâr	64	% 41,8
Evli	89	% 58,2
Eğitim durumu		
Önlisans	24	% 15,7
Lisans	106	% 69,3
Lisansüstü	23	% 15,0
Aile Yapısı		
Çekirdek	134	% 87,6
Geniş	19	% 12,4
Aylık Gelir Durumu		
Gelir giderden az	31	% 20,3
Gelir gidere eşit	88	% 57,5
Gelir giderden fazla	34	% 22,2
Bakım Verme Süresi		
6 ay-1 yıl	25	% 16,3
1-5 yıl	40	% 26,1
5- 10 yıl	36	% 23,5
10 yıl ve üzeri	52	% 34,0
Ailede Demans Olma Durumu		
Evet	24	% 15,7
Hayır	129	% 84,3
Hastayla İletişim Sorunu Yaşama Durumu		
Evet	97	% 63,4
Hayır	56	% 36,6

Çizelge 4.1'de huzurevinde çalışan hemşirelerin demografik özellikleri sunulmuştur. Buna göre huzurevinde çalışan hemşirelerin %47,1'i 20-30 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %77,8'si kadın, %58,2'sinin evli olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyinde %69,3 (n=106)' ünün lisans mezunu, %87,6 (n=134)'sının çekirdek aile olduğu, %57,5 (n=88)'inin gelirinin gidere eşit olduğu belirlenmiştir. Demanslı hastalara bakım verme süresi 10 yıl ve üzeri olan % 34,0 (n=52), ailesinde doğrudan bakımıyla ilgilendiği demanslı birey olma durumu % 15,7 (n=24), bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşama durumu (konuşma, anlatma, işitme) % 63,4 (n=97) olarak tespit edilmiştir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2: Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ, DBDÖ'den aldıkları puanların dağılımı

Ölçekler	**Alt Boyutlar**	**Ortalama ± SS**	**Minimum**	**Maximum**
DTÖ	Destekleyici Tutum	47,27±6,24	31,00	63,00
	Kabullenici Tutum	26,60±4,94	13,00	42,00
	Dışlayıcı Tutum	26,44±4,83	15,00	35,00
	Demans Tutum Toplam	100,31±12,19	71,00	140,00
DBDÖ	Demans Bilgi Toplam	18,94 ±5,48	1,00	29,00

Çizelge 4.2'de huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ, DBDÖ'den aldıkları puan dağılımı verilmiştir. Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ toplam puan 100,31±12,19, *Destekleyici Tutum* alt boyut puan ortalaması 47,27±6,24, *Kabullenici Tutum* alt boyut puan ortalaması 26,60±4,94, *Dışlayıcı Tutum* alt boyut puan ortalaması ise 26,44 ±4,83'dir. Huzurevinde çalışan hemşirelerin DBDÖ toplam puan ortalamasının ise 18,94±5,48'dir.

Çizelge 4.3: Huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DTÖ puanlarının dağılımı

Demans Tutum Ölçeği				
Değişkenler Test	**Destekleyici Tutum**	**Kabullenici Tutum**	**Dışlayıcı Tutum**	**Demans Tutum**
Yaş 20-30 yaş	47,97±6,12	26,61±5,7	26,1±4,83	100,68±12,59
31-40 yaş	46,65±5,84	27,35±3,68	26,24±4,22	100,24±9,89
41 yaş üstü	46,66±7,11	25,44±4,7	27,5±5,66	99,59±14,61
F değeri p değeri	0,847 0,431	1,453 0,237	0,990 0,374	0,088 0,916
Cinsiyet Kadın	47,65±6,06	26,39±5,07	26,37±4,88	100,41±12,26
Erkek	45,97±6,79	27,32±4,46	26,68±4,73	99,97±12,12
t değeri p değeri	1,385 0,168	-0,966 0,336	-0,325 0,745	0,185 0,853
Medeni durum Evli	46,65±6,13	26,08±3,95	26,8±4,69	99,53±11,02
Bekar	48,14±6,34	27,33±6,02	25,94±5,02	101,41±13,68
t değeri p değeri	-1,460 0,146	-1,451 0,150	1,086 0,279	-0,940 0,349
Eğitim durumu Ön lisans [a]	46,17±5,65	26,13±5,75	27,08±4,46	99,38±12,84
Üniversite [b]	47,73±6,4	26,64±4,5	25,78±4,91	100,15±12,12
Lisansüstü [c]	46,35±6,09	26,91±6,1	28,78±4,14	102,04±12,25
F değeri p değeri	0,908 0,406	0,159 0,853	**4,049 0,019* b<c**	0,309 0,735
Aile yapısı Çekirdek	47,46±6,17	26,63±5,04	26,34±4,88	100,43±12,18
Geniş	45,95±6,79	26,42±4,35	27,11±4,58	99,47±12,58
t değeri p değeri	0,990 0,324	0,169 0,866	-0,642 0,522	0,320 0,479

Çizelge 4.3: (Devamı) Huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DTÖ puanlarının dağılımı

	Demans Tutum Ölçeği			
Aylık gelir düzeyi				
Gelir giderden az	47,55±6,60	25,61±4,93	25,74±4,39	98,9±12,04
Gelir gidere eşit	47,35±6,13	26,83±5,0	26,77±5,01	100,95±12,53
Gelir giderden fazla	46,82±6,38	26,91±4,85	26,21±4,82	99,94±11,64
F değeri	0,124	0,778	0,568	0,342
p değeri	0,884	0,461	0,568	0,711
Demans Hastasına Bakım Süresi				
6 ay-1 yıl	46±5,24	24,88±4,95	26,48±5,19	97,36±11,52
1-5 yıl	48,2±5,56	26,7±5,74	25,98±3,93	100,88±11,53
5-10 yıl	47,08±6,87	28,14±4,28	26,53±5,47	101,75±12,33
10 yıl üzeri	47,31±6,76	26,29±4,5	26,71±4,94	100,31±12,99
F değeri	0,647	2,304	0,180	0,679
p değeri	0,586	0,079	0,910	0,566
Ailede Demans Hastası Olma Durumu				
Evet	50,71±5,54	27,50±4,10	26,5±4,64	104,71±11,17
Hayır	46,64±6,18	26,43±5,08	26,43±4,89	99,50±12,24
t değeri	**3,011**	0,970	0,068	1,940
p değeri	**0,003***	0,334	0,946	0,054
Bakımda İletişim Sorunu Yaşama Durumu				
Evet	47,81±5,84	26,00±4,48	26,09±4,68	99,91±11,11
Hayır	46,34±6,84	27,64±5,55	27,04±5,08	101,02±13,94
t değeri	1,412	**-2,000**	-1,164	-0,510
p değeri	0,160	**0,047***	0,246	0,611

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çizelge 4.3'te huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DTÖ toplam puan ortalamaları dağılımı verilmiştir. DTÖ toplam puan ortalamalarının ve tüm alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının bireyin yaşına, medeni durumuna, aile yapısına, aylık gelir düzeyine, bireyin ne kadar süredir demanslı hastalara bakım verdiğine göre bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

DTÖ toplam puanı, *Destekleyici Tutum* ve *Kabullenici Tutum* puan ortalamalarının bireyin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Ancak *Dışlayıcı Tutum* puan ortalamaları incelendiğinde; önlisans mezunlarının puan ortalamaları, lisans mezunlarının puan ortalamaları ve yüksek lisans veya doktora mezunlarının puan ortalamalarının aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F:4,049$; $p<0,05$). Hangi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamı bir farklılık olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre üniversite mezunu bireylerin puanlarının istatistiksel olarak diğer eğitim kurumlarından mezun olanlara göre daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir.

DTÖ toplam puanı, *Kabullenici Tutum* ve *Dışlayıcı Tutum* puan ortalamalarının bireyin ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı bir bireyin olması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak *Destekleyici Tutum* puan ortalamaları incelendiğinde; bireyin ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı bir bireyin olanların puan ortalamaları ile bireyin ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı bir bireyin olmayanların puan ortalamalarının aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t:3,011$; $p<0,05$). Ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demans tanısına sahip bireyin var olduğunu söyleyen hemşilerin destekleyi tutum düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

DTÖ toplam puanı, *Destekleyici Tutum* ve *Dışlayıcı Tutum* puan ortalamalarının bireyin bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$) Ancak *Kabullenici Tutum* puan ortalamaları incelendiğinde; bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşayanların puan ortalamaları ile bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşamayanların puan ortalamalarının aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit

edilmiştir (t:-2,000; p<0,05). İletişim sıkıntısı yaşamadığını belirtenlerin puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.4: Huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DBDÖ puanlarının dağılımı

Değişkenler	Demans Bilgi Düzeyi	Test
Yaş		
20-30 yaş	18,86±5,65	**F değeri** 0,243 **p değeri** 0,785
31-40 yaş	19,35±4,98	
41 yaş üstü	18,5±5,95	
Cinsiyet		
Kadın	19,15±5,35	**t değeri** 0,886 **p değeri** 0,377
Erkek	18,21±5,96	
Medeni durum		
Evli	19,0±5,40	**t değeri** 0,156 **p değeri** 0,876
Bekar	18,86±5,64	
Eğitim durumu		
Ön lisans	17,71±4,34	**F değeri** 2,011 **p değeri** 0,137
Üniversite	19,53±5,86	
Lisansüstü	17,52±4,36	
Aile yapısı		
Çekirdek	18,74±5,55	**t değeri** -1,214 **p değeri** 0,227
Geniş	20,37±4,88	
Aylık gelir düzeyi		
Gelir giderden az	18,77±6,11	**F değeri** 0,107 **p değeri** 0,898
Gelir gidere eşit	18,85±5,14	
Gelir giderden fazla	19,32±5,88	
Demans hastasına bakım verme süresi		
6 ay- 1 yıl arası	16,72±5,75	**F değeri 3,463 p değeri 0,018* a <d**
1-5 yıl [b]	19,68±6,39	
5-10 yıl [c]	17,69±4,92	
10 yıl üzeri [d]	20,31±4,51	
Ailede demans hastasına bakım verme durumu		
Evet	21,67±4,24	**t değeri 2,706 p değeri 0,008***
Hayır	18,43±5,55	
Bakım verilirken iletişim sıkıntısı yaşama durumu		
Evet	19,48±5,26	**t değeri** 1,622 **p değeri** 0,107
Hayır	18±5,77	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çizelge 4.4'te huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DBDÖ toplam puan ortalamaları dağılımı verilmiştir. DBDÖ toplam puan ortalamalarının bireyin yaşına, medeni durumuna, aile yapısına, aylık gelir düzeyine ve bireyin bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). DBDÖ toplam puan ortalamalarının bireyin ne kadar süredir demanslı hastalara bakım verdiğine göre değerlendirildiğinde 6ay ile 1 yıl aralığından daha kısa sürede bakım verenlerin puan ortalamaları, 1-5 yıl arası bakım verenlerin puan ortalamaları, 6-10 yıl arası bakım verenlerin puan ortalamaları ile 10 yıl üzeri bakım verenlerin puan ortalamalarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=0,008$, $p<0,05$) saptanmıştır. Farklılık gösteren grubu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre bir yıldan az bakım verenlerin bilgi düzeyleri 10 yıl üzerinde bilgisi olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. DBDÖ toplam puan ortalamalarının bireyin ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı bir bireyin olması durumuna göre değerlendirildiğinde ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı birey olanların puan ortalamaları ile ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı birey olmayanların puan ortalamalarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=2,706$, $p<0,05$) saptanmıştır**.** Ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı birinin var olduğunu söyleyen bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.5: Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile DBDÖ toplam puan arasındaki ilişki

	Demans Tutum	**Destekleyici Tutum**	**Kabullenici Tutum**	**Dışlayıcı Tutum**
Demans Bilgi	0,432**	0,457**	0,434**	0,055

**p<0,01 istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 4.5'te hemşirelerin DTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile DBDÖ toplam puan arasındaki korelasyon analizi verilmiştir.

DBDÖ ile DTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$: $r=0,432$). Huzurevinde çalışan hemşirelerin Demans Bilgi düzeyi arttıkça Demans Tutumunun da olumlu yönde değiştiği saptanmıştır.

DBDÖ ile *Destekleyici Tutum* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,01: r=0,457). Huzurevinde çalışan hemşirelerin Demans Bilgi düzeyi arttıkça *Destekleyici Tutum* puanının da arttığı belirlenmiştir.

DBDÖ ile *Kabullenici Tutum* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,01: r=0,434). Huzurevinde çalışan hemşirelerin Demans Bilgi düzeyi arttıkça *Kabullenici Tutum* puanının da arttığı saptanmıştır.

DBDÖ ile *Dışlayıcı Tutum* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,01: r=0,055).

Çizelge 4.6: Demans tutumunu düzeyini açıklayan regresyon analizi

	Beta	**Std.Hata**	**t**	**Sig.**	**F**	**p değeri**	**Adj.R2**
Model 1:Bağımlı Değişken: Demans Tutum							
Sabit	82,129	3,218	25,525	0,000	34,599	0,000	0,181
Demans Bilgi	0,960	0,163	5,882	0,000			
Model 2: Bağımlı Değişken: Destekleyici Tutum							
Sabit	37,422	1,625	23,027	0,000	39,820	0,000	0,203
Demans Bilgi	0,520	0,082	6,310	0,000			
Model 3:Bağımlı Değişken: Kabullenici Tutum							
Sabit	19,194	1,303	14,729		35,001	0,000	0,183
Demans Bilgi	0,391	0,066	5,916	0,000			
Model 4: Bağımlı Değişken: Dışlayıcı Tutum							
Sabit	25,514	1,412	18,069	0,000	0,464	0,497	
Demans Bilgi	0,049	0,072	0,681	0,497			

Demans tutum düzeyini açıklamak için yapılan regresyon analizi sonuçları Çizelge 4.6'da verilmiştir. Demans tutum toplam puan ve alt boyutlarını açıklamak için 4 model kurulmuştur. Model bir demans tutum düzeyini demans bilgi düzeyi ile

açıklamak istendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=34,599; p< 0,05). Ayrıca kurulan modele göre demans tutum düzeyinde meydana gelen değişimin %18,1'i demans bilgi düzeyi ile açıklanmaktadır (Adj. R2=0,181). Model iki demans destekleyici tutum düzeyini demans bilgi düzeyi ile açıklamak istendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=39,820; p<0,05). Ayrıca kurulan modele göre demans destekleyici tutum düzeyinde meydana gelen değişimin %20,3'ü demans bilgi düzeyi ile açıklanmaktadır (Adj. R2= 0,203).Model üç demans kabullenici tutum düzeyini demans bilgi düzeyi ile açıklamak istendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=35,001; p<0,05). Ayrıca kurulan modele göre demans kabullenici tutum düzeyinde meydana gelen değişimin %18,3'ü demans bilgi düzeyi ile açıklanmaktadır (Adj. R2=0,183). Model dört demans dışlayıcı tutum düzeyini demans bilgi düzeyi ile açıklamak istendiğinde kurulan model istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (F=464; p>0,05).Dolayısıyla dışlayıcı tutumum düzeyinde demans bilgi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Huzurevinde çalışan hemşirelerin demans hastalarına karşı tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış bu çalışmanın bulguları ilgili literatürle birlikte aşağıda tartışılmıştır.

Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ, DBDÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ toplam puan ortalaması 100,31±12,19, DBDÖ toplam puan ortalaması ise 18,94±5,48' dir. Çalışmamızda hemşirelerin demans tutum düzeyi ve bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kullanılan ölçeklerin kesme noktası ve puan aralıkları belirtilmediği için sonuçlar araştırmacılar tarafından yorumlanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle hemşirelerin olumlu tutuma (Lee, 2016; Strom ve ark. 2019; Evripidou ve ark. 2019; Schneider ve ark., 2020) ve yeterli bilgi düzeyine (Lee, 2016; Kim, 2015; Schneider ve ark. 2020) sahip olduklarını ortaya koyan çalışma sonuçları mevcuttur. Ülkemizde huzurevinde çalışan hemşirelerin demans tutum ve bilgi düzeyini ortaya koyan çalışma sonuçlarına ulaşılamamasından dolayı sonuçlar literatüre katkı sağlamaktadır. Alanda yapılacak farklı tanımlayıcı çalışma sonuçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DTÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamasıyla; yaş, medeni durumu, aile yapısı, aylık gelir düzeyi, bakım süresi ile aralarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde; demans tutum düzeylerini inceleyen çalışmalarda bireylerin demans tutum düzeylerini bazı sosyo-demografik değişkenlerin etkilediği tespit edilmiştir (Cho, 1990; Norberg, Helin, Dahl, Hellzen, Asplud, 2006; Kim, 2015; Lee, 2016). Bizim çalışmamızda literatüre kıyasla anlamsız çıkan bu farklılığın örneklem özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Meslekte tecrübe yılı arttıkça demans tutumunun olumsuz yönde etkilendiğini ortaya bazı araştırma sonuçları mevcuttur. Bu araştırmalarda bu durumun sebebinin demans hakkında öğrenilen bilgiyi devaını sürdüremiyor olmaktan, uzun süre demans tanısı almış bireylerle çalışmanın ortaya çıkardığı tükenmişlik halinden ve bakım yükünden kaynaklı olabileceği bildirilmiştir (Galvin ve ark. 2010; Schneider ve ark. 2020). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde bakım süresi arttıkça demans tutum düzeyinde paralel bir artış olmamıştır. Meslekte 1-5 yıl çalışan hemşirelerin 10 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelere göre puan ortalaması bir puan farkla daha yüksek tespit edilmiştir.

Üniversite mezunlarının DTÖ Dışlayıcı Tutum alt boyut puan ortalamaları diğer eğitim kurumlarından mezun olan hemşirelerin puan ortalamalarından az olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F:4,049$; $p<0,05$). Eğitim durumunun demans tutum düzeyini etkilediğini ortaya koyan araştırma sonuçları olmakla beraber (Lee 2016; Hwang ve ark. 2013), bizim çalışmamızdaki bu farkın gruplara atanan örneklem sayılarındaki eşitsizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı birinin var olduğunu belirten hemşirelerin Destekleyici Tutum alt boyut puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde demans tutum düzeylerini etkileyen faktörler arasında hemşirelerin ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı bir bireyin olması değişkenine rastlanmamıştır. Ancak bu farkın bu grupta yer alan hemşirelerin empati becerilerin, farkındalıklarının ve duyarlılıklarının daha yüksek olmasından kaynakladığını düşündürtmektedir.

Demans tanısı almış bireye bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşamadığını belirten hemşirelerin Kabullenici Tutum alt boyut puan ortalamalarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p< 0,05$). Demans tanısı olan bireye bakımda etkili iletişim stratejilerinin kullanılması bakım kalitesini arttırmaktadır (Galvin ve ark., 2010; Marx ve ark., 2014). Literatürde demans tutum düzeylerini etkileyen faktörler arasında bu değişkenin incelendiği araştırma bulgusuna rastlanmamakla beraber, olumlu tutuma sahip hemşirelerin bireylerle daha etkili iletişim kurabildikleri varsayılmaktadır.

Huzurevinde çalışan hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre DBDÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelerin DBDÖ toplam puan ortalamaları ile yaş, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı, aylık gelir düzeyi ve bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($p>0,05$), bakım verme süresi, ailede bakım verdiği demans tanısı olan bireyin olması ve iletişim sorunu yaşama durumu arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim düzeyinin demans bilgi düzeyini etkilemediği tespit edilse de literatürde çok sayıda araştırma aksine eğitim düzeyinin demans bilgi düzeyini etkilediğini ortaya koymuştur (Strom ve ark., 2019; Schneider ve ark., 2020, Gönen Şentürk ve ark., 2022). Hemşirelik lisans eğitimi içerisinde demans hastalığı ve bakımına yönelik eğitim daha az yer almakta, klinik uygulamada her öğrenci demans tanısına sahip bireylerle çalışma şansı yakalayamamaktadır (Gönen Şentürk ve ark., 2022).

Huzurevinde çalışan çoğu hemşirenin demans tanısına sahip bireyle iş yaşamına başladığında karşılaştığı düşünülmektedir. Örneklem özelliklerimiz incelendiğinde lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin genellikle yönetici hemşireler olduğu, demans tanısı almış bireyin bakımında her zaman primer rol almasalar da, demans tanısı almış bireylerin aldıkları bakımı denetleyici rol üstlendikleri görülmekte, bu durumun lisans üstü düzeydeki hemşirelerdeki demans bilgi düzeyinin yükselmesine neden olduğu düşünülmektedir.

10 yıl ve üzeri demans tanısına sahip bireye bakım veren hemşirelerin diğer gruplara göre DBDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir ($F=0,008$, $p<0,05$). Mesleki tecrübenin hemşirelerin demans bilgi düzeyini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Galvin ve arkadaşları (2010) çalışmasında mesleki tecrübeye paralel olarak bilgi düzeyinin artmadığını, hemşirelerin bilgiyi sürdüremediklerini ortaya koymuştur. Ancak hizmet içi eğitimlerle desteklenen ve profesyonel bakımda yetkin olan hemşirelerin bilgi düzeyinin yüksek olması şaşırtıcı bir durum değildir.

Ailesinde doğrudan bakımı ile ilgilendiği demanslı bir birey olan hemşirelerin DBDÖ toplam puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksektir ($t=2,706$, $p<0,05$). Gönen Şentürk ve arkadaşlarının (2022) hemşirelik lisans öğrencilerinde Alzheimer bilgi düzeyini araştırdıkları çalışmasında da benzer şekilde ailede bakımı sürdürdükleri demans hastasının olduğunu belirten grubun puan otalamaları daha yüksek belirlenmiştir. Bu durumun hemşirelerin deneyimlerini arttırarak zorunlu bir öğrenme süreci yaşamalarından, demans tanısı almış bir bireyin bizzat bakımına katkı

sağlamalarından, teorik bilgiye ek olarak hastalık sürecini yakından tecrübe etme ve eksik yönlerde kendini geliştirmelerinden kaynakladığını düşündürmektedir.

Huzurevinde çalışan hemşirelerin DBDÖ, DTÖ Ölçek Alt Boyutları Arasında Korelasyon ve Regresyon Analizleri ile ilgili tartışma aşağıda sunulmuştur.

DBDÖ ile DTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$: $r=0,432$). Huzurevinde çalışan hemşirelerin demans bilgi düzeyi arttıkça olumlu demans tutum puan ortalamasının arttığı saptanmıştır.

Demans tutum düzeyini açıklamak için yapılan regresyon analizinde 4 model kurulmuştur. Demans tutum düzeyi ve alt boyutlarıyla demans bilgi düzeyi arasında kurulan modellere göre; demans bilgi düzeyi demans tutum düzeyini %18,1, destekleyici tutumu %20,3, kabullenici tutumu ise %18,3 oranında açıklamakta ve kurulan modeller istatistiksel olarak anlamlıdır ($p< 0,05$). Dışlayıcı tutum düzeyinde demans bilgi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir ($F=464$; $p>0,05$). Literatürde; demans bakımına yönelik sahip olunan bilginin, demansa yönelik tutumla pozitif yönde ilişkili olduğu, demanslı bireylere yüksek kalitede hemşirelik bakımı vermek için demans bakımı, bilgi ve tutumlarını geliştirmeye yönelik eğitim programları geliştirmenin gerekli olduğu belirtilmiştir (Norberg ve ark., 2006; Lee, 2016; Scerri ve Scerri, 2017; Evripidou ve ark., 2019; Strom ve ark., 2019; Schneider ve ark., 2020). Çalışmamızda da benzer şekilde demans tutumunu etkileyen en güçlü değişkenin hemşirelerin demans hakkındaki bilgi düzeyi olarak belirlenmiştir. Huzurevinde çalışan hemşirelerin düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimlerle demans bakımı hakkında bilgilendirilmeleri, uygulamalı eğitimlerle desteklenmeleri önerilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Huzurevinde çalışan hemşirelerin DTÖ toplam puan ortalamasının 100,31±12,19, DBDÖ toplam puan ortalaması ise 18,94±5,48' dir. Huzuruevinde çalışan hemşireler orta düzeyde olumlu tutum ve bilgiye sahiptir.
- DTÖ ile DBDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$). Huzurevinde çalışan hemşirelerin demans bilgi düzeyi arttıkça demans tutum puan ortalaması da artmaktadır.
- Demans tutum düzeyini demans bilgi düzeyi etkilemektedir (%18,1).
- Üniversite mezunu hemşirelerin diğer eğitim kurumlarından mezun olan hemşirelere göre DTÖ toplam puan ortalaması daha düşüktür.
- Ailesinde bakımı ile doğrudan ilgilendiği demanslı bir birey olan hemşirelerin olumlu tutum ve bilgi düzeyleri daha yüksektir.
- Demanslı bireye bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşamadığını belirten hemşirelerin DTÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir.
- Demanslı bireye 10 yıl ve üzerinde bakım verenlerin demans bilgi düzeyi daha yüksektir.

6.2. Öneriler

- Hemşirelik lisans eğitiminden itibaren müfredatta demans hastalığı hakkındaki ayırılan yerin genişletilmesi ve uygulamalar ile desteklenmesi,
- Huzurevinde çalışan hemşirelerin demans hastalarına karşı demans bilgi düzeylerini ve olumlu tutumlarını arttırmaya yönelik düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimlerin planlanması,

- Huzurevinde çalışan hemşirelerin göreve başlarken bakımda etkin rol almadan önce demans tanılı bireylere yönelik oryantasyon sürecinin ve kapsamının genişletilmesi,
- Huzurevinde çalışan hemşirelerin demans hastalarına karşı tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri belirleyen daha geniş örneklemli ulusal çapta çalışmaların yapılması,
- Özel ve devlet huzurevlerinde çalışan hemşirelerin demans bilgi düzeyi ve demans tutumlarının belli aralıklarla değerlendirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ankri, J., & Cassou, B. (2013). Bio-and health gerontology: How ageing changes our bodies. In *Old Age in Europe* (pp. 15-28). Springer, Dordrecht.

Adapinar, D. ve Uncu, G. (2015). Vasküler Demans. *Turkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics*.1(2):34-40.

Adler, G., Lawrence, B.M., Ounpraseuth, S., & Asghar, A. (2015). A Survey on dementia training needs among staff at community-based outpatient clinics. *Baylor College of Medicine*,41(12).doi: 10.1080/03601277.2015.1071549

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2017). Demans Bakım Modeli Raporu. Ankara: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.Erişim adresi: https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje- kitab%C4%B1.pdf

Akdemir, N., Özdemir, L., Alparslan, G.B., Kapucu, S., Akkuş, Y., ve Akyar, İ. (2010). Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Bakım Sorunları ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 12(3), 49-62.

Akyar, A. G. İ., ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 16(3), 32-49.

Akyol, M. A., Şentürk, S. G., Söylemez, B. A., ve Küçükgüçlü, Ö. (2021). Assessment of Dementia Knowledge Scale for the Nursing Profession and the General Population: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Validation. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 50*(2), 170-177.

Alzheimer's Society. (2009). Counting the cost: caring for people with dementia. *Emerg Nurse*, 17, 12.

Amerikan Alzheimer Derneği. (2021). Erişim adresi: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCzbm4kbb2AhVLSvEDHVYYA48QFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.alz.org%2Fmedia%2Fdocuments%2Falzheimers-facts-and-figures.pdf&usg=AOvVaw2Ly7jeUENko7XcPpRpAMy5

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

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

Annear, M.J., Toye, C. Elliot, K.E. J., Mclnerney, F.J., Eccleston, C.E., Robinson, A. (2017). Dementia knowledge assessment scale (DKAS): confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. *BMC Geriatrics*, 168.http://doi.org/10.1186/s12877-017-0552-y.

Annear, M.J., Toye, M.C., Eccleston, C.E., Mclnerney, F.J., Elliot, K.E. J., Tranter, B.K., Hartler, T., & Robinson, A.L. (2015). Dementia knowledge assessment scale: Development and preliminary psychometric properties. *Journal of The American Geriatrics Society*, 63(11). https://doi.org/10.1111/jgs.13707.

Bail, K., & Grealish, L. (2016). Failure to Maintain: A theoritical preposition for a new quality indicator of nurses care rationing for complex older people in hospital. *Int J Nur Stu*, 63, 146–161.

Barnes, E.D.D., & Yaffe, K. (2011). The Projected Effect of Risk Factor Reduction on Alzheimer's Disease Prevalence. *The Lancet Neurology*. 10(9), 819-828. https://doi.org/10.1016/s1474-4422(11)70072-2.

Başer, G. (2017). *Huzurevinde Çalışan Bakım Personelinin Yaşlılara Karşı Tutum ve Ayrımcılık Düzeyleri İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.

Büyükturan, Ö. (2014). *Alzheimer Demans Hastalarında Egzersiz Eğitiminin Fonksiyonellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Can, S.S., ve Tatlı, S.Z. (2017). Major ve minor nörokognitif bozukluklar: Lewy cisimcikli demans.*Türkiye Klinikleri Journal,* 10(1), 28-36

Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., & Fulmer, T. (2008). In: Evidence based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd Edition.127. New York: Springer Publishing Company.

Chang, CY. & Hsu, HC. (2020) Relationship between knowledge and types of attitudes towards people living with dementia. *Int J Environ Res Public Health*,17(11), E3777.

Cho, H.O. (1990) A study on pubulic knowledge of and attitude toward dementia. Master Thesis. Hanyang University.

Çetinkaya, A., Elbi, H., Altan, S., Rahman, S., ve Aydemir, Ö. (2019). Demans Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Archives of Neuropsychıatry*. https://doi.org/10.29399/npa.24705

Elvish, R., Burrow, S., … Cawley, R. (2014).Getting To Know Me":thedevelop- ment and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging Ment Health*,18, 481–488.

Evripidou, M., Charalambous, A., Middleton, N., & Papastavrou, E. (2019). Nurses' Knowledge and Attitudes About Dementia Care: Systematic Literature Review. *Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 48-60.

Farlow, M.R., Miller, M.L., & Pejovic, V. (2008). Treatment Options in Alzheimer's Disease: Maximizing Benefit, Managing Expectations. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.* 25,408–422.https://doi.org/10.1159/000122962

Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., … Hal,l K., (2005) Global Prevalence of Dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112–2117.

Fessey, V. (2007). Patients Who Present with Dementia: Exploring the Knowledge of Hospital Nurses. *Nursing Older People*, 19, 29–33.

Foreman, P. ve Gardner, I. (2005). Akut ortamlarda demans bakımı ve yönetiminde personelin eğitim ve öğretiminin değerlendirilmesi. *Hizmetler ACBDoH. Melbourne, Victoria: Yaşlı Bakımı Şubesi*.

Galvin, J.E., Kuntemeier, B., Al-Hammadi, N., Germino, J., Murphy-White, M. & Mc Gillick, J. (2008). Dementia-friendly hospitals. *Alzheimer Disease & Asso- ciated Disorders*, 24(4), 372–379.

Galvin, J.E., Kuntemeier, B.M.A., Al-Hammadi, N.M.B., Germino, J.B.A., Murphy-White, M., & McGillick, J. (2010). An Educational Program Designed to Improve the Care of the Hospitalized Patient With Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 24 (4), 372-379. https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181e9f829.

Gove, D., Downs, M., Vernooij-Dasssen, M., & Small, N. (2016). Stigma and GPs' perceptions of dementia. *Aging Mental Health*, 20, 391-400.

Gürvit, H., Emre, M., Tinaz, S., Bilgic, B., Hanagasi, H., Sahin, H.,... Harmanci, H. (2008). The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, *23*(1), 67-76.

Gürvit, İ. (2010). Demans sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. Nöroloji Ders Kitabı. Güneş Kitabevi.

Hairi, NN, Bulgiba, A., Hiong, TG ve Mudla, I. (2012). Yaşlılarda sarkopeni. *Geriatri*, 29-40.

Henry Brodaty, A.O., Draper, B.M., & Low, L.F. (2003). Behavioral and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *The Medical Journal of Australia*, 178(5).

Hugo, J. & Ganguli, M. (2014). Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med*, 30(3), 421-42.

Hwang, E.H., Kim,B.K., & Kim, H.R. (2013). A Study On Dementia- Related Knowledge And Attitudes İn Adolescents. *Korean Journal of Rehabilition Nursing.*16(2), 133-140.

Işık, A.T., Soysal, P. (2017). *Geriatri Pratiğinde Ölçekler*, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Işık, A.T., Çelik,T. (2015). *Geriatri Pratiğinde İlaç Tedavisi*, İzmir: O Tıp Yayınevi.

Işık, A., **Tanrıdağ, O.** (2009). Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. Geriatrik Sendromlar Dizisi, 4. 1. Basım. İstanbul: Özal Matbaa.

İnceoğlu, M. (2010). Tutum Algı İletişim. 5. Basım. 20-8. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınevi.

Jang, Y. J. (2014). A comparative study on the factors that determine the attitude toward dementia in Korea and Japan: Focusing on the care workers who work in nursing homes. Journal *of the Korean Gerontological Society*, 34(2), 333-348.

Kada, S., Nygaard, H.A., Mukesh, B.N., & Geitung, J.T. (2009). Staff Attitudes Towards institutionalized dementia residents. *Journal Clin Nurs*ing, 18, 2383–2392.

Kahana, E., Kinney, J.M., Kercher, K., Kahana, B., Tinsley, V.V., King, C., Stuckey, J.C., & Ishler, K.J. (1996). Predictors of attitudes toward three target groups of elderly persons: the well, the physically ill, and patients with Alzheimer's disease. *J Aging Health*, 8, 27–53.

Karadakovan, A. (2014). Yaşlıda demans/ Alzheimer ve bakım. In: Karadakovan A, editor. Yaşlı Sağlığı ve Bakım, 1. Baskı. 328-334. Ankara: Akdemisyen Tıp Kitabevi.

Kim, S. H. (2015). *Awareness of dementia care knowledge and person centered approach in general hospital nurses* (Doctoral dissertation). Seoul National University. Seoul.

Langa, K.M., Foster, N.L., & Larson, E.B. (2004). Mixed Dementia Emerging Concepts and Therapeutic Implications. *Clinician's Corner,* 292(23), 2901-2908. doi:10.1001/jama.292.23.2901

Lee, M. R. (2016). The Relationship among Dementia care Knowledge, Attitudes toward to dementia and Approach to dementia care of Nurses. *Journal of Digital Convergence, 14*(12), 357-367.

Lee, M.K., & Jung, H.M. (2019). Relationship between knowledge of dementia care, attitude toward dementia and person-centered care among nurses in geriatric hospitals. *Journal of East-West Nursing Research,* 25(2), 128-137.

Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, M. O'Brien P. & Bucher, L. (2007). Alzheimer's disease and dementia. *Medical surgical nursing,* 2 (11), 1561- 1579.

Liu, Y, Norman, I.J., & While, A.E (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies,* 50 (9), 1271-82.

Manthorpe, J., Iliffe, S. & Eden, A. (2003). Early recognition of dementia by nurses. *J Adv Nursing,* 44, 183–191.

Marx, K.A., Stanley, I.H…. Van Haitsma, K. (2014). Knowing Versus Doing: edu- cation and training needs of staff in a chronic care hospital unit for indi- viduals with dementia. *Journal Gerontol Nursing,* 40, 26–34.

Nicholl, C.G., & Wilson, K.J. (2012). Elderly care medicine lecture notes. 8th Edition. 11-30. UK. John Wiley & Sons.

Norberg, K.G., Helin, Y., Dahl,A., Hellzen,O., & Asplud, K. (2006). Nurses Attitudes Towards People with Dementia: the semantic differential technique. *Nursing Ethics,* 3(3), 264-274.https://doi.org/10.1191/0969733006ne863oa

O'Connor, M.L., & McFadden, S.H. (2010). Development and psychometric validation of the Dementia Attitudes Scale. *Int J Alzheimers Di*sorder, 454218.

Park, S. J., Park, K. S., & Kim, Y. J. (2015).The effects of geriatric nursing education for nursing students attitude, perception toward dementia and dementia policy. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society,* 16(7), 4467-4477.

Prince,M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C.P. (2013).The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *The Journal Of The Alzheimer's Association, 9(1),*63-75.https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007

Robinson, A., Eccleston, C., … Annear, M. (2014). Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family mem- bers of people living with dementia. *Journal Palliat Care.*30, 158–165.

Scerri, A. & Scerri, C. (2017). Outcomes in knowledge, attitudes and confidence of nursing staff working in nursing and residential care homes following a dementia training programme. *Aging & Mental Health.*1-10.

Schneider, J., Scho, A., Teschauerb, W., Krusec, A. & Teichmanna, B. (2020). Hospital Staff's Attitudes Toward and Knowledge About Dementia Before and After a Two-Day Dementia Training Program. *Journal of Alzheimer's Disease.*1-11.

Selekler, K. (2010). Alois alzheimer ve alzheimer hastalığı. *Türk Geriatri Dergisi,3, 9-14.*

Shinan-Altman, S., Werner, P., & Cohen, M. (2014). Social workers' and nurses' ill- ness representations about Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disorder,* 28, 73–78.

Sılay, K., & Yalçın, A. (2017). Lewy cisimcikli demans ve diğer demanslar. *Türkiye Klinikleri Geriatri Dergisi*, 3(1), 32-8.

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

Souder, E., & Beck, C. (2004). Overview of Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 545-559. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2004.02.010

Strøm, B. S., Lausund, H., Mork Rokstad, A. M., Engedal, K., & Goyal, A. (2021).Nursing Staff's Knowledge and Attitudes towards Dementia in an Indian Nursing Home: A Qualitative Interview Study.*Dement Geriatr Cogn Disord Extra,*11, 29-37.

Şentürk, SG, Akyol, MA, & Küçükgüçlü, Ö. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinin Alzheimer Hastalığı Bilgi Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi (Çevrimiçi)*, *19* (2), 162-166.

Tavşancıgil, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi Spss ile Veri Analizi. 2. Basım. 65-98. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Thompson, C., & Heath, H. (2011). Commitment to the Care of People with Dementia in Hospital Settings. London: RCN.

Tüik Haber Bülteni. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712 (ErişimTarihi: 3 Nisan 2021).

Türk Dil Kurumu (2020).https://sozluk.gov.tr

Venkat, P., Chopp, M. & Chen, J. (2016). New insights into coupling and uncoupling of cerebral blood flow and metabolism in the brain. *Croat Med Journal*, 57, 223-8. https://hrcak.srce.hr/file/250245

Werner, P. & Heinik, J. (2008). Stigma by association and Alzheimer's disease. *Aging Mental Health*.12, 92-99.

World Health Organization. Strategic approaches for prioritizing dementia research. Geneva, Switzerland; 2015.

World Health Organization. (2021). Dementia. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Yavuz, B.B., & Cankurtaran, M. (2016). Demans İlaçları. *Türkiye Klinikleri Journal Geriatr-Special Topics*, 2(2),18-22.

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

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

3.Medeni durumunuz: 1. ()Evli 2. () Bekar

4. Eğitim Durumunuz: 1.() Lise 2. () Önlisans 3.() Üniversite 4. () Diğer

5.Aile Yapınız: 1. () Çekirdek 2. () Geniş

6. Aylık geliriniz: 1.() Gelir giderden az 2.() Gelir gidere eşit 3.() Gelir giderden fazla

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

Cevabınız evet ise belirtiniz.....

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

Cevabınız evet ise belirtiniz.....

9.Ne kadar süredir demanslı hastalara bakım veriyorsunuz?

1.() 1 yıldan az 2.() 1-5 yıl 3.() 5- 10 yıl 4. () 10 yıl ve üzeri

10. Ailenizde doğrudan bakımıyla ilgilendiğiniz demanslı birey var mı?

1.()Evet 2.()Hayır

11.Bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz? (konuşma, anlatma, işitme..)

1.() Evet 2. () Hayır

EK 2: Demans Tutum Ölçeği (DTÖ)

Sayın katılımcı,

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

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Oldukça katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlarla çalışmak önemlidir.							
2.							
3. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlar yaratıcı olabilirler.							
4.							
5. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlara rahatça dokunabilirim.							
6.							
7. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan her bireyin farklı ihtiyaçları vardır.							
8.							
9. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan ajite bir insandan uzak dururum.							
10.							
11. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların geçmişini bilmek önemlidir							
12.							

13. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların yanında kendimi rahat hissederim.							
14.							
15. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanlar kendilerine nazik davranıldığını hissedebilirler.							
16.							
17. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan birine bakım vermeyi hayal bile edemiyorum.							
18.							
19. Alzheimer hastalığı ve benzer rahatsızlıkları olan insanların yaşamlarını iyileştirmek için çok şey yapabiliriz.							
20.							

EK 3: Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği (DBDÖ)

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki ifadeler demans hastalığı hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup 25 maddeden oluşmakta iken ülkemizde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında 17 maddeye düşmüştür. "Yanlış, muhtemelen yanlış, muhtemelen doğru, doğru, fikrim yok/ bilmiyorum" şeklinde 5' li likert tipi bir ölçektir. Maddelere doğru cevap verildiğinde 2 puan, muhtemelen doğru/ yanlış seçeneğini işaretlediğinde 1 puan, yanlış cevap verildiğinde ise 0 puan alınmaktadır. Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği	**Yanlış**	**Muhtemelen Yanlış**	**Muhtemelen Doğru**	**Doğru**	**Bilmiyorum /Fikrim Yok**
1.Alzheimer hastalığı, demansın en sık görülen tipidir.					
2.					
3.Yüksek kan basıncı kişinin demans gelişme riskini arttırır.					
4.					
5.Egzersiz, demanslı bireyler için genellikle faydalıdır.					
6.					
7.İleri evre demanslı bireyle iletişim kurmak imkansızdır.					
8.					
9.Demanslı bireyin kafası karıştığı zaman onu düzeltmek önemlidir.					
10.					
11.Demanslı bireyin alışılmışın dışındaki davranışları genellikle karşılanmamış bir ihtiyacının olduğunu gösterir.					
12.					
13.Hareket genellikle demansın ilerleyen evrelerinde etkilenir.					
14.					
15.Demanslı bireyler genellikle yeni beceriler öğrenmekte zorlanırlar.					

16.					
17.İleri evre demanslı birey için günlük bakım rahatlık sağlamaya odaklanmalıdır.					

EK 4: Etik Kurul Sonuç Formu

T.C.

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ

ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	337
Karar No:	337
Araştırmanın Yürütücüsü:	Menşure ÖZCAN
Araştırmanın Başlığı:	Huzurevinde Çalışan Hemşirelerin Demanslı Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler
Kurula Geldiği Tarih:	8.10.2020 12:41:53
Kurulda İncelendiği Tarih:	28.9.2020 15:14:19
Karar Tarihi:	20.10.2020 15:40:20
Kurul Görüşü:	Başvuru Kriterlere Uygun.

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: Kurum İzin Belgesi

T.C.
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı :E-84459573-605.01-1299895

Konu :Veri Toplama-Onay (Meryem ÖZCAN)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Çankırı Karatekin Üniversitesi Rektörlüğünün 10.09.2021 tarihli ve 30239 sayılı yazısı.
b) Personel Genel Müdürlüğünün 21.09.2021 tarihli ve 1180470 sayılı yazısı.

Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün ilgi (a) yazısında Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meryem ÖZCAN'ın "Huzurevinde Çalışan Hemşirelerin Depresyon Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışmasının Ankara İlinde bulunan Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde online anket şeklinde uygulanabilmesi için gerekli izinlerin verilmesi talep edilmiştir.

Konuya ilişkin olarak Personel Genel Müdürlüğünün uygun görüşü ilgi (b) yazı ile Başkanlığımıza iletilmiştir. Söz konusu talep Bakan Yardımcılığı Makamının 23.09.2020 tarihli ve 1202784 sayılı Oluru'yla uygun görülmüş olup Makam Oluru ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ahmet Abdullah SEZEN
Bakan a.
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkan V.

Ek: 23.09.2021-1202784 sayılı Makam Onayı.

Dağıtım:

ANKARA VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü),
Çankırı Karatekin Üniversitesi Rektörlüğüne
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/
Bilgi için: Emine ASLAN

Doğrulama Kodu: 899B081C-[illegible]-4F7F-A87D-[illegible]

Eskişehir Yolu [illegible] Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat 27 Posta Kodu: 06510
Çankaya/ Ankara
(312)705 57 00
(312)705 57 62

Sosyal Çalışma:

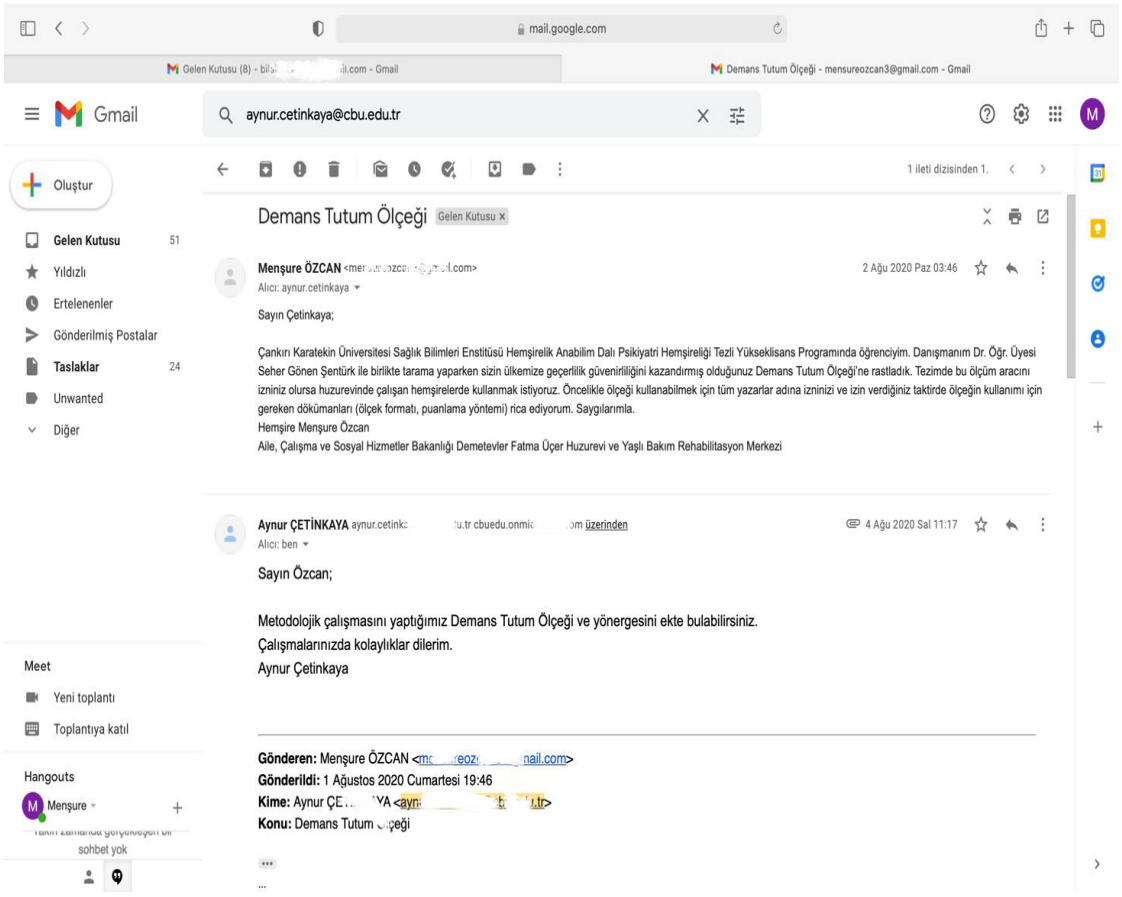
EK 6: Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı;

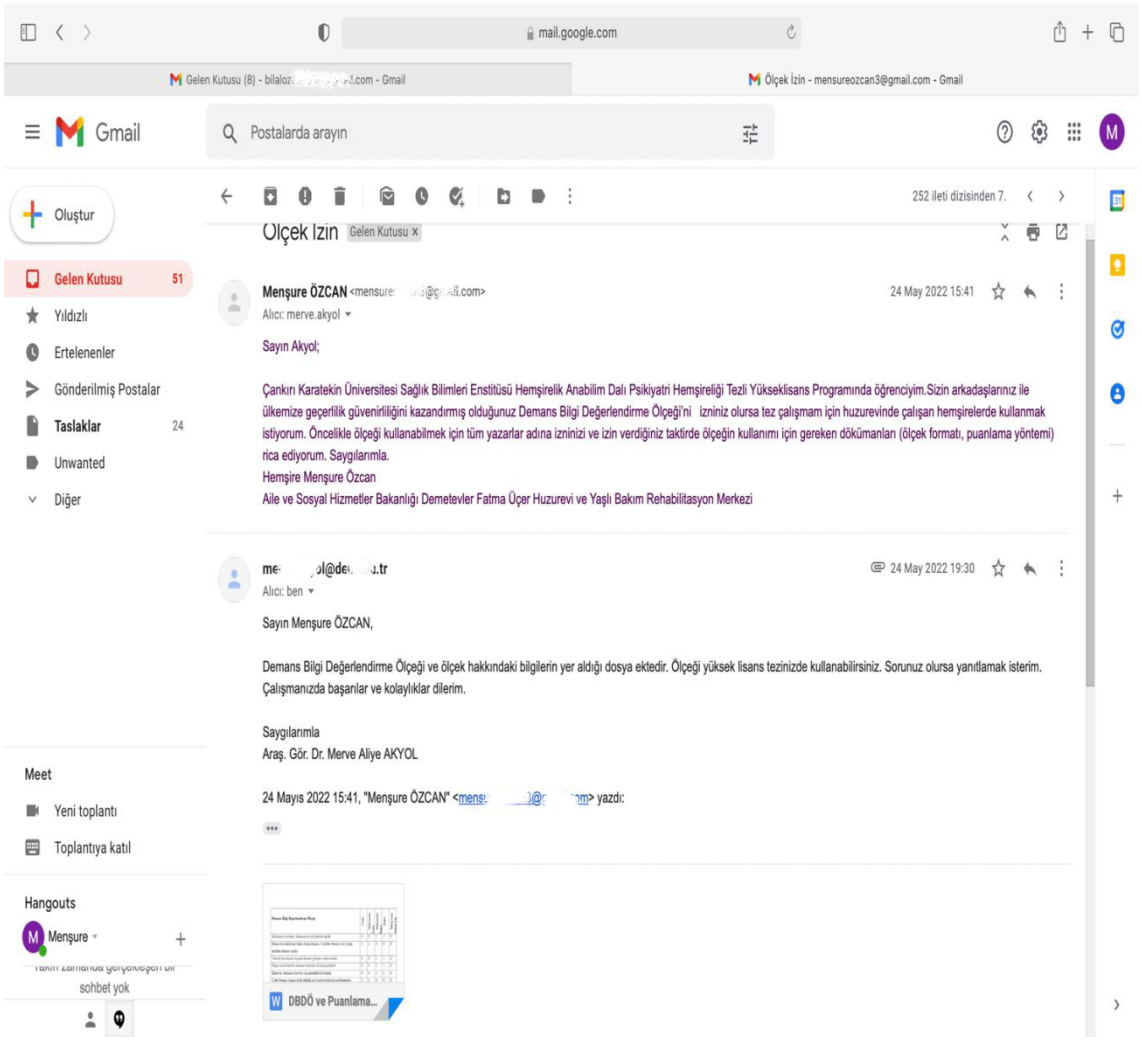
Sizi ‘Menşure Özcan’ tarafından yürütülen “ Huzurevinde Çalışan Hemşirelerin Demanslı Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır

EK 7: Demans Tutum Ölçeği (DTÖ) İzni



EK 8: Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği (DBDÖ) İzni



ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Menşure Özcan
Doğum yeri : Ankara

Öğrenim Durumu : Lisans
Lisans : 2008, Erciyes Üniversitesi Yozgat Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik

Mesleki Deneyimi:

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, 2008
Gaziantep Üniversitesi Hastanesi, 2010
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2011 (halen çalışıyor)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Psikiyatri Hemşireleri Derneği
Geriatri Hemşireleri Derneği