

**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ALZHEİMER HASTALIĞINI ETKİLEYEN
PSİKO-SOSYAL FAKTÖRLER VE TIBBİ SOSYAL
HİZMET**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nursel YILDIZ YÜCE

**Enstitü Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet
Enstitü Bilim Dalı : Sosyal Hizmet**

Tez Danışmanı Prof. Dr. Meshut BAĞAK

OCAK-2015

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ALZHEİMER HASTALIĞINI ETKİLEYEN
PSİKO-SOSYAL FAKTÖRLER VE TIBBİ SOSYAL
HİZMET**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nursel YILDIZ YÜCE

**Enstitü Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet
Enstitü Bilim Dalı : Sosyal Hizmet**

Bu tez 20/01/2014 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

☐ Kabul
☐ Red
☐ Düzeltme

Jüri Üyesi

☐ Kabul
☐ Red
☐ Düzeltme

Jüri Üyesi

☐ Kabul
☐ Red
☐ Düzeltme

BEYAN

Bu tezin yazılmasıda bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, bálkaların eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nursel YILDIZ YÜCE

18.12.2014

ÖNSÖZ

Alzheimer hastası ve ailelerine yönelik etkili tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri uygulama düşüncesi ile bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma yaklaşık iki yıl içinde zorlu bir süre içinde hazırlanmıştır.

Araştırmam sırasında üstün yardım ve desteğini esirgemeyen, araştırmamın ilk aşamasından itibaren beni destekleyen, katkılarıyla çalışmamı yön veren danışmanım Sayın Prof. Dr. Meshut BALAKÖZ, araştırma anket sorularının değerlendirilmesi, örneklem belirlenmesi aşamasında istatistiksel yorumlarıyla araştırmama katkıda bulunan Emine BORÖZ teşekkür ederim.

Bu çalışmaya bugüne kadar destekleri ile hep yanımda olan annem- babam Nurcan ve İsmail YILDIZÖZ, kardeşlerim Ayşe ve Furkan YILDIZÖZ, elim Oktay YÜCEÖZE, kızım Alanur YÜCEÖZE ithaf ediyorum.

Nursel YILDIZ YÜCE

18.12.2014

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
İLEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
SUMMARY.....	x

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1: ALZHEİMER HASTALIĞI.....	5
-----------------------------------	---

1.1 Alzheimer Hastalığının Tanımı.....	5
--	---

1.2 Alzheimer Hastalığının Tarihçesi.....	6
---	---

1.3 Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi	7
--	---

1.3.1 Alzheimer Hastalığının Dünyada Görülme Şekli.....	7
---	---

1.3.2 Alzheimer Hastalığının Türkiye'de Görülme Şekli.....	8
--	---

1.4 Alzheimer Hastalığının Klinik Evreleri Ve Belirtileri	10
---	----

1.4.1 Preseptomatik Evre.....	11
-------------------------------	----

1.4.2 Klinik Öncesi (Preklinik) Evre.....	12
---	----

1.4.3 Çok Erken Evre	12
----------------------------	----

1.4.4 Erken (Hafif) Evre.....	12
-------------------------------	----

1.4.5 Orta Evre.....	13
----------------------	----

1.4.6 Ağır (ileri) Evre.....	13
------------------------------	----

1.5 Alzheimer Hastalığını Etkileyen Faktörler	14
---	----

1.5.1 Kontrol Edilemeyen Faktörler.....	14
---	----

1.5.1.1 Yaş	14
-------------------	----

1.5.1.2 Cinsiyet	15
------------------------	----

1.5.1.3 Ailevi ve Genetik Yatkınlık	16
1.5.2 Psiko-Sosyal Faktörler	17
1.5.2.1 Sosyo-Ekonomik Durum.....	18
1.5.2.2 Eğitim Düzeyi.....	18
1.5.2.3 Meslek ve Mental Aktivite	19
1.5.2.4 Fiziksel Aktivite	19
1.5.2.5 Sigara ve Alkol Kullanımı.....	20
1.5.2.6 Kafa Travması.....	21
1.5.2.7 Beslenme Ve Diyet	22
1.5.2.8 Depresyon ve Stres	22
1.5.2.9 Toksik Madde	23
1.6 Alzheimer Hastalığında Tanı.....	23
1.7 Alzheimer Hastalığında Tedavi.....	26
BÖLÜM 2: TIBBİ SOSYAL HİZMET	28
2.1 Tıbbi Sosyal Hizmet Tanımı.....	28
2.2 Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	31
2.3 Alzheimer Hastalarına ve Ailelerine Yönelik Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları	32
BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİK VE BULGULARI	36
3.1 Araştırma Modeli.....	36
3.2 Araştırma Evreni ve Örneklemi	36
3.3 Araştırma Metod ve Teknikleri	38
3.4 Hipotezler.....	39
3.5 Araştırma Sınırları ve Varsayımları.....	40

3.6 Araştırmanın Tanımları.....	41
3.7 Veri Toplama Teknikleri ve Analiz.....	41
3.8 Bulgular ve Yorum.....	42
3.8.1 Araştırmaya Katılan Refakatçiler Hakkında Genel Bilgiler	42
3.8.2 Alzheimer Hastalarına Ait Bilgiler.....	45
 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR.....	69
EKLER.....	77
ÖZGEÇMİŞ.....	88

KISALTMALAR LİSTESİ

A•	: Beta Amiloid
ABD	:Amerika Birlelik Devletleri
ACT	:The Adult Changes in Thought
ADRDDA	:Alzheimer's Disease And Related Disorders Association
A.G.E	:Adę Geçen Eser
AH	:Alzheimer Hastalığı
APP	:Amiloid Prekürsör Protein
APOE	:Apolipoprotein
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
CASI	:Cognitive Ability Screening Instrument
DSM-IV	:Diagnostic And Statical Manual Of Mental Disorders
EEG	:Elektroensefalogram
HKB	:Hafif Kognitif Bozukluk
HIV	:Human Immunodeficiency Virüs
MMSE	:Mini-mental State Examination
NIH	:Amerika Birlelik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü
NINCDS	:National Institute Of Neurological And Communicative Disorders And Stroke
OECD	:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
Par	:Topluma Atfedilen Risk
P.P	:Sayfa
RR	:Relatif Risk

SPSS	:The Statistical Program for Social Science
SVO	:Serebro Vasküler Hastalık
TUİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
V.B	:Ve Benzeri
V.D.	: Ve Diğerleri
VOL	:Cilt
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Örneklem Genişliği için Dikkate Alınan Veriler.....	37
Tablo 2: Örneklem Grubu Özellikleri	38
Tablo 3: Refakatçilerin Yaşı.....	43
Tablo 4: Refakatçileri Cinsiyeti.....	43
Tablo 5: Refakatçilerin Yaşı.....	43
Tablo 6: Refakatçilerin Eğitim Durumu	44
Tablo 7: Refakatçilerin Çalışma Durumu	44
Tablo 8: Yaşı Dağılımı.....	45
Tablo 9: Cinsiyet Dağılımı.....	45
Tablo 10: Medeni Hal Dağılımı.....	45
Tablo 11: Eğitim Durumu	46
Tablo 12: Cinsiyete Göre Eğitim Durumu	46
Tablo 13: Cinsiyete Göre Mesleki Durum	47
Tablo 14: Ekonomik Durum.....	47
Tablo 15: Cinsiyete Göre Ekonomik Durum Dağılımı.....	48
Tablo 16: Eğitim Durumuna Göre Ekonomik Durum	48
Tablo 17: Sahip Olunan Çocuk Sayısı.....	49
Tablo 18: Yaşandan Kili Sayısı.....	49
Tablo 19: Geçmişteki Sosyal İlişki Düzeyi	50
Tablo 20: Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	50
Tablo 21: Fiziksel Aktivite Yapma Sıklığı.....	50
Tablo 22: Fiziksel Aktivite Olarak Namaz Kılma Durumu	51
Tablo 23: Okuma Faaliyetinde Bulunma	51
Tablo 24: Eğitim Durumuna Göre Okuma Faaliyetinde Bulunma Durumu	52
Tablo 25: Okuma SıklığıDurumu	52
Tablo 26: Mental Aktivitelerde Bulunma Durumu.....	53
Tablo 27: Mental Aktivite ve Okuma Faaliyeti Bağlamında Kuran-ı Kerim Okuma ...	53
Tablo 28: Eğitim Durumuna Göre Kuran-ı Kerim Okuma Durumu	53
Tablo 29: Besin Türlerine Göre Tüketim Sıklığı.....	54

Tablo 30: Sigara-Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanma Durumu.....	55
Tablo 31: Doğultan Var Olan veya Sonradan Olultan Engel Durumu	55
Tablo 32: Yalından Saklık Durumu.....	56
Tablo 33: Yalından Saklık Sorunu Dakdeme.....	56
Tablo 34: Depresyon veya Derin Uzuntu Geçirme Durumu.....	56
Tablo 35: Depresyon veya Derin Uzuntu Nedenleri.....	57
Tablo 36: Ameliyat Olma Durumu	57
Tablo 37: Kafa Travması Geçirme Durumu.....	58
Tablo 38: Hafif Kognitif Bozukluk (hkb) Taneme Alma Durumu	58
Tablo 39: Aile Yakınlarında Alzheimer Taneme Olma Durumu.....	58
Tablo 40: Alzheimer Taneme Olan Bireylerin Hastaya Yakınlık Derecesi.....	59
Tablo 41: Alzheimer Taneme Alma Durumu	59

İEKİLLER LİSTESİ

İekil 1: Nüfus Piramidi	9
İekil 2: Alzheimer Hastalığının Klinik Evreleri.....	11
İekil 3: Yaı Grubu ve Ciniyete Göre Türkiye Nüfusu.....	16

ÖZET

Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı Alzheimer Hastalığına Etkileyen Psiko-Sosyal Faktörler ve Tıbbi Sosyal Hizmet	
Tezin Yazarı Nursel YILDIZ YÜCE	Danışman: Prof. Dr. Meshut BALAK
Kabul Tarihi: 20.01.2015	Sayfa Sayısı x (ön konuş) + 76(tez) + 8(ek)
Anabilimdalı Sosyal Hizmet	Bilimdalı Sosyal Hizmet
Bu çalışmada, Alzheimer hastalığına etkileyen psiko-sosyal faktörlerin var olduğu düşünülen yola çalışıldı; hastaların Alzheimer olmadan önceki psiko-sosyal ve ekonomik yaşantıları incelenmiş ve Alzheimer hastalığına neden olan psiko-sosyal faktörler saptanmaya çalışılmıştır. Tespit edilen faktörler ışığında Alzheimer hastalarına yönelik tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri üzerinde durulmuştur. Çalışma, örnekleme dahilinde Sakarya ili Adapazarı ilçesinde ikamet eden 60 Alzheimer hastası ile yapılmış olup; çalışma kapsamında oluşturulan anket formu hastaların refakatçilerine uygulanmıştır. Elde edilen bilgiler SPSS kullanılarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Buna göre; hastaların kadınlarda, ileri yaşlarda ve eğitim düzeyi düşük kişilerde daha fazla görüldüğü; bu nedenle yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun Alzheimer hastalığına etkileyen faktörler arasında olduğu; hastaların Alzheimer tanınmadan önce hiçbir mental aktivite ile uğraılmadığı fiziksel aktivite yapmadığı bu nedenle sosyal aktivitelere katılanın Alzheimer hastalığına etkileyebileceği sonucuna varılmıştır. Ruh sağlığı ve Alzheimer arasındaki olumlu bir ilişki olduğu hastaların geçmişte depresyon geçirme bulgusu ile kanıtlanmıştır. Alzheimer hastalığının genetik yatkınlıktan, kronik sağlık sorunlarından etkilendiği tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen bulgulara göre çalışmanın son bölümünde sonuç ve önerilere yer verilmiştir.	

Anahtar kelimeler: Alzheimer hastalığı, Psiko-sosyal faktörler, Tıbbi Sosyal Hizmet

SUMMARY

Yalova University Institute of Social Sciences Master Thesis Summary

Thesis Title: The Psycho-Social Factors That Affect The Alzheimer's Disease And Medical Social Work

Thesis Author: Nursel YILDIZ YÜCE **Advisor:** Prof. Dr. Meshut BALAK

Date of Acceptance: 20.01.2015 **Total Number of:** x (pretext) + 76 (mainpart) + 8 (app.)

Department: Social Work

Field of Study: Social Work

At this study, it has begun with the opinion that there are psycho-social factors that effect the Alzheimer's disease; psycho-social and economic lives of the patients before they become Alzheimer have been analyzed and it is aimed to determine the psycho-social factors that cause to Alzheimer's disease. In consideration of the determined factors, the medical social service interventions for Alzheimer's patients have been emphasized.

The survey sampling has been realized with 60 Alzheimer's patients, who reside in Province Sakarya, District Adapazarı and the questionnaire form, which was formed within the scope of this study, has been applied to their hospital attendants. Obtained data has been analyzed and commented by using SPSS. According to this, it has been concluded that the disease occurs on women, advanced ages and undereducated persons highly; for this reason, age, sexuality and educational background are among the factors that affect the Alzheimer's disease; the patients did not occupy in any mental activity before taking Alzheimer diagnosis; they did not do any physical activity, for this reason, it has been concluded that attending to social activities may affect the Alzheimer's disease. That there is a positive relation between mental health and Alzheimer has been proved with the finding of having depression of the patients in the past. It has been concluded that the Alzheimer's disease is affected by genetic predisposition and chronic health problems. According to the findings that were obtained within the scope of the study, the final part of the study has included conclusion and suggestions

Keywords: Alzheimer disease, Psycho-social factors, Medical social work

GİRİŞ

Alzheimer hastalığı bireyin günlük yaşam aktivitelerinde ilerleyici yönde yavaşça neden olmasa nedeniyle sağlıklı bireyleri kronik bakım hastasına haline getirmektedir. Tellioklu (2011:13), Alzheimer hastalığını Alzheimer hastalığı (AH), bilişsel işlevlerde bozulma, günlük yaşam aktivitelerinde azalma, davranışsal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanan ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır. İki şekilde tanımlanmaktadır. Alzheimer hastalığının prevalansı 65 yaş üzerinde %6-10, 85 yaş üzerinde %30-47'dir (Selekler,2012: 10-11).Yapılan araştırmalarda yaş ile doğru orantılı olan ve daha çok 60 veya 65 yaş üstü bireylerde görünmeye başlayan, ilerleyen yaş ile birlikte görülme sıklığı artan Alzheimer hastalığı yaşlı nüfusu artan ve artacağı düşünülen ülkeleri etkileyen sağlık sorunlarının başında gelmektedir.

Dünya ve Türkiye'de artan nüfus oranları içerisinde doğumdan beklenen yaşam süresi¹'nin artacağı tahmin edilmektedir. Bu bağlamda Kolgar'ın düşünceleri yönlendirici olmuştur:

“Bütün dünyada yaşanan sosyal , ekonomik, kültürel, teknolojik ve demografik değişiklikler yaşlılık olgusuna yeni bir anlam ve görünüm kazandırmıştır. Sosyal yaşamdaki ve tıptaki ilerlemeler insanlardan daha sağlıklı ve daha uzun yaşlar yaşamasını sağlamıştır.” (Kolgar, 1992: 1).

Birleşmiş Milletlerin Dünya Nüfus Beklentileri 2010 raporuna göre Türkiye'nin 2010-2015 yılları arasında doğumdan beklenen yaşam süresi 74,60 iken; 2045-2050 yıllarında bu yaşam süresinin artarak 78,50 olacağı belirtilmiştir. (Türkiye İstatistik Kurumu, 2012). Artan 60 ve üzeri yaş grubu nüfusu içerisinde yaşa bağlı olarak gelişen Alzheimer hastalığı nedenleri, risk faktörleri, önleme/korunma çabaları ve tedavi yöntemleri gibi konuları araştırmaya sosyal politikalara yön vereceği düşünülmektedir.

Fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutu olan insan sağlığını etkileyen psiko sosyal faktörler bulunmaktadır. Sağlığın sosyal boyutunu oluşturan tıbbi sosyal hizmet, birey, aile ve sosyal çevresi ile çalışmalar yapmakta, yaptığı bu çalışmaların temelinde ise sosyal sağlığın korunmasını amaçlamaktadır. Tıbbi sosyal hizmet hedef kitlesi içerisinde yer

¹**Doğumdan beklenen yaşam süresi:** Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşamı beklenen ortalama yaş sayıdır.

alan ve sosyal hizmet müdahalesi gerektiren hastalar içerisinde kronik sağlık sorunu olan, bakıma muhtaç veya yaşlı hastalar yer almaktadır. Alzheimer hastaları bu grup içerisinde yer alan hastalar olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle Alzheimer hasta ve ailelerine yönelik olarak tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri yapmak mesleğin bir gereğidir.

Çalışmanın birinci bölümünde; Alzheimer hastalığının klinik belirtileri, nedenleri, görülme sıklığı, tanısı ve tedavi yöntemleri, hastalığı etkileyen psiko-sosyal faktörler gibi temel konulara değinilerek hastalık hakkında genel bilgiler paylaşılmıştır.

İkinci bölümünde; tıbbi sosyal hizmet tanısının tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri ve Alzheimer hastası ve yakınlarına yönelik tıbbi sosyal hizmet müdahalelerine yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise çalışmanın konusu ve amaç doğrultusunda hazırlanan toplamda 60 hasta üzerinde gerçekleştirilen anket uygulamaları sonucunda elde edilen Alzheimer hastalığını etkileyen psiko-sosyal faktör bulguları incelenmiştir.

Problem

Alzheimer, yaşla birlikte olarak artma riski gösteren, ilerleyici, nörodejenaratif bir hastalıktır. Alzheimer kronik bir hastalıktır ve bireyi zamanla bakıma muhtaç hale getirmektedir. Daha çok 65 yaş ve sonrasında görülme sıklığı artan hastalık, sürekli ilerleyici bir karakter göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerde görülme sıklığı artan hastalık yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam sürmelerini engelleyebilen bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Gittikçe uzayan insan ömrü ile birlikte yaşlılıkta görülen sağlık sorunlarının azaltılması var olan sağlık sorunlarının bireyin yaşamına asgari ölçüde etkilemesi ve yaşlılığın kaliteli bir şekilde geçirilmesi için yaşlı refah alanında çalışmaların ve politikaların artmasını sağlamıştır.

Birey, sosyal bir varlık olması nedeniyle bireyin sağlığını sosyal çevresinden etkilenmesine neden olmaktadır. Bireyin yaşamı boyunca ihtiyaç duyduğu gereksinimlerine veya ortaya çıkan sorunlarına göre farklı sosyal hizmet modellerinden faydalanması uygun olmaktadır. Yaşlılık dönemi ile beraberinde gelen sağlık sorunları ve buna karşılık olarak ortaya çıkan bazı sosyal problemlerde yaşanabilmektedir. Yaşlılıkta ortaya çıkan problemlerden biride yaşlının kendi bakımını yapabilecek fiziki,

akli ve ruhi güçten geri kalmasē baēkasēnē bakēnēna desteēine ihtiyaē duymasēdē. Alzheimer hastalēēnē sürekli ilerleyen klinik seyri nedeniyle yaēē bireylerin bakēna muhtaē hale gelmesi kaēēēmaz olmaktadır.

Günümüzde saēēēn korunmasē önemli politikalar haline gelmiētir. Bu nedenle yaēē yaēam kalitesini etkileyen ve araēēma konusu olan AH hastalēēndan korunmak iēin bu hastalēēē etkileyen psiko sosyal faktörlerin saptanmasē gerekmektedir. Saptanan bu faktörler doērultusunda artan yaēē nüfusu nedeniyle görölme saēēē riski artan ve artacaēēdölünölün Alzheimer hastalarēna ve ailelerine yönelik geliētirilecek tēbbi sosyal hizmet uygulamalarēbu araēēmanēn yapēmasēproblemini oluēturmuētur.

Amaē

Bu araēēmanēn genel amacē Alzheimer hastalēēnē etkileyen psiko- sosyal faktörleri saptamak ve buna baēē olarak mikro- mezzo ve makro boyutta tēbbi sosyal hizmet uygulamalarē ortaya koymaktē. Araēēmanēn alt amaēlarē ise, Alzheimer hastalēēnē nedenleri, evreleri, klinik bulgularē tedavi yöntemlerini araēēmak, hastalēēn Dünya da ve Türkiye de görölme saēēēnē belirlemek, hastalēēē etkileyen psiko-sosyal faktörler saptamak ve tēbbi sosyal hizmet uygulamalarē ortaya koymaktē.

Önem

Geliēen teknolojik ilerlemeler insan ömrünün artmasēnē saēlarken yaēa baēē olarak görölün hastalēklarēn görölme saēēē da artmēētē. Türkiye nüfusunda uzayan ömür ve artan yaēē nüfusu dikkate alēndēēēda Alzheimer hastalēēnē görölme riskinin artacaēē dölünölünmektedir. Yaēē nüfusunu önemli derecede tehdit eden Alzheimer hastalēēē bireyi ve sosyal çevresini etkilemektedir. Bu nedenle Alzheimer hastasē ve sosyal çevresine yönelik geliētirilen tēbbi sosyal hizmet müdahaleleri önem arz etmektedir. Ayrēca tēbbi sosyal hizmet alanēda Alzheimer hastalēēnē etkileyen psiko sosyal faktörlerin saptanmasēna iliēkin araēēmanēn olmamasē aēēēndan bu araēēma önem taēēnaktadır.

Yöntem

Alzheimer hastalēēna neden olan psiko sosyal faktörlerin saptanmasē amacēyla yapēan ēalēmada aēēklayēēörnek olay yöntemi kullanēmēētē. Belirli bir süre iēinde yapēan bu

alıma aynı zamanda anlık bir alıma olup; araştırma toplamda iki yıl içinde hazırlanmıştır. Araştırmada basit tesadüfî örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Sakarya ili Adapazarı ilçesinde ikamet eden atmış yaı ve üstü altmış Alzheimer hastası oluşturmaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular için anket tekniği kullanılmıştır. Bu doğrultuda hazırlanan anket formu hastaları, anket sorularına cevap verimli bir şekilde cevap veremeyeceği dölünölerek refakatçilerine uygulanmıştır Anket formundan elde edilen verilen bilgisayar ortamında SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BÖLÜM 1: ALZHEİMER HASTALIĞI

Yaşam koşullarının iyileşmesi, tıp teknolojisinin gelişmesi çeşitli hastalıkların tedavisi veya kontrol edilebilir hale gelmesi sayesinde insan ömrü uzamıştır. Yaşlı nüfusun arttığı topluluklarda demans önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir.

Demans, uyanıklık, hareketlilik ve duyuşsal işlevlerdeki değişikliklerle ilgili olmayan, alzheimer günlük hayat aktivitelerinde kademeli olarak kışlamaya sebep olan, zeka veya sosyal davranışlardaki kronik ve genellikle ilerleyici bir bozulmaya belirten bir hastalıktır. (Emik ve Cangöz, 2010: 8).

En sık demans türü olan Alzheimer tipi demans tüm demansların %50-70'ini oluşturmaktadır. Alzheimer hastalığı ilk kez 1907 yılında bellek kaybı konuşturma yeteneğinin bozulması, paranoid belirtiler ve delüzyonlar ile tanımlanmıştır ve nöropatolojisinde nörofibriller yumaklar ve senil plaklar yer almaktadır (Möller ve Graeber, 1998; akt. Akyar, 2011: 81). Ülkelerin sağlık politikaları görülme sıklığı artan ve daha çok yaşlı nüfusu tehdit eden Alzheimer hastalığı tedavisine yönelik sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Henüz kesin tedavisi geliştirilemeyen Alzheimer hastalığının tedavi çalışmaları yan sıra hastalıktan korunma yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar da yapılmaktadır. Hakkında araştırmalar devam eden hastalık birçok bilimin dikkatini çekmektedir. Bu nedenle bu bölümünde Alzheimer hastalığı tarihçesi, görülme sıklığı, psiko-sosyal nedenleri, belirtileri, klinik seyri, tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilere yer verilmiştir.

1.1 Alzheimer Hastalığının Tanınması

Alzheimer hastalığı entelektüel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara neden olan progresif nörodejeneratif bir hastalıktır. Alzheimer hastalığı santral sinir sisteminin ilerleyici, genetik, geriye dönüşsüz, yaygın hücre içi dejenerasyon hastalığı olup en sık rastlanan demans türüdür (Akpınar, 2009).

Bir başka tanı ile alzheimer hastalığı beyindeki hipokampus ve diğer yapıların bozukluklarında ortaya çıkan nöron dejenerasyonu ile oluşan ve bellek kaybı ile ortaya çıkan tabloya Alzheimer hastalığı denir. (Arifoğlu, 2012: 76).

Bilişsel işlevler; bellek, dikkat, görsel-mekansal işlevler, öğrenme, problem çözme, yargılama, yürütücü işlevler, beceri ve lisand (Güler, 2011: 333). Selekler (2012:15)

göre bilişsel(zihinsel) fonksiyonlar; dikkat, bellek, konuşma(dil), görsel mekânsal işlevler ve praxiden oluşur. AH, tüm bu sayıdan bilişsel işlev bozukluğu ile ortaya çıkmaktadır. Bireyde oluşan bilişsel işlev kaybı zamanla bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapamamasına, başka bir bireyin bakımına, desteğine ihtiyaç duymasına neden olmaktadır.

Demans, bilişsel ve entelektüel işlevlerde azalma sonucu bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olmasıdır (Koçer, 1999: 44). Elmacı (2012:171) demansı şu şekilde tanımlamıştır; odemans, birden fazla zihinsel alanda kalıcı ve ilerleyici gerilemenin günlük aktivitelerini bozmasıyla sonuçlanan bir klinik sendromdur.

Demansın tipleri; vasküler (beyin damar hastalarına bağlı) demans, Lewy cisimcikli demans, fronto-temporal demans ve Alzheimer tipi demanstır. AH, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevlerde ilerleyici yavaşla neden olan demans hastalığının en sık görülen sebebidir.

1.2 Alzheimer Hastalığının Tarihçesi

Alzheimer hastalığı ilk olarak 1901 yılında doktor Alois Alzheimer tarafından tedavi edilen August Deter isimli 51 kadın yaındaki hastada rastlanmıştır. Hastanın klinik bulgularında yönelim ve bellek bozukluğu, okuma ve yazma eylemlerinde zorlanma saptanmış ve hastalığın ilerleyen vakitlerinde hastada kognitif bozukluklar devam etmiş ve artmıştır. 1906 yılında vefat eden hastanın beyni, Doktor Alois Alzheimer tarafından mikroskopik olarak incelenmiştir. Yapılan mikroskopik incelemede; korteks tabakasında inceltme, senil plaklar ve nörofibriller yumaklar tespit edilmiştir. Yumaklar daha önce hiç tanımlanmamıştır. (Selekler, 2010) Hastanın otopsisinde gümüş boyasıyla anormal boyanma örneği, yani senil plaklar, distofiknotlar, nörofibriller yumaklar (yoğun perikaryal boyanma şeklinde görülür) ve serebral kortekste belirgin yaygın atrofi ve hücre kaybı gözlenmiştir. 1960'lara kadar çok nadir bir hastalık olduğu ve sadece presenil yaş grubunda görüldüğü düşünülüyordu (Kıçelli, 2001; akt. Murat, 2006: 5).

Alois Alzheimer, elde ettiği bu bulguları 1906 yılında Güney-Batı Alman Akademi Hastalıkları Uzmanları Kongresinde serebral korteksin tuhaf bir hastalığı adıyla sunmuş; 1907 yılında Genel Psikiyatri ve Adli Tıp Dergisi (Allgemeine Zeitschrift für

Dünyañın tüm bölgelerindeki sağlık çalıřanlarñı kapsayan WHO tarafından 2004 yėđında yayınlanan Evrensel Hastalık Ađırlıklarė (Global Burden of Disease) çalışması yaklağık 500 e yakın sakat bırakan hastalıklar üzerine yapılmıştır. Belirlenen hastalıklar yedi sñıfa ayrılmıştır. İddetli hastalıklar 6. ve 7. Sñıf olarak düzenlenmiştir. Alzheimer ve diğer demans türleri 6. Sñıf hastalık olup; ağırlık derecesi 0.50 ile 0.70 olarak belirlenmiştir (WHO, 2004). Bu durum demans ve AHñın görölme İddetini anlama ağşından açıklayıcı niteliktedir.

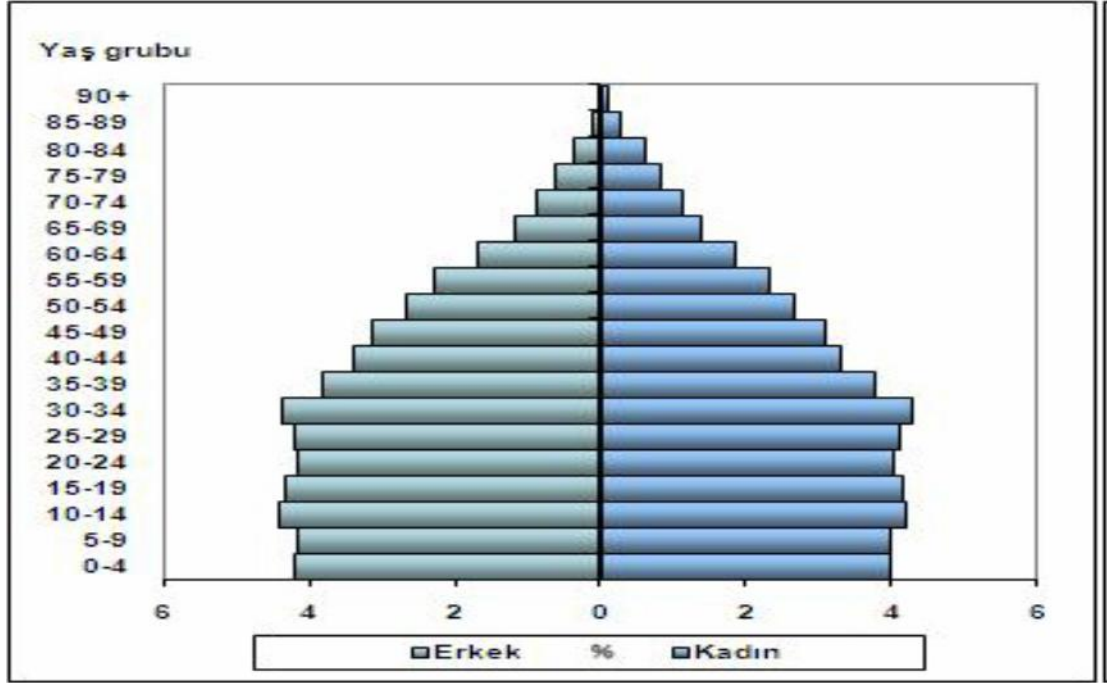
Dünya bölgelerinde AH görölme sıklığı WHO 2004 verilerine göre; Doğu Akdeniz ve Afrikađda 0.6 milyon, Güneydođu Asyađda 2. 8 milyon, Amerikađda 5 milyon, Batı Pasifikte 7.4 milyon, Avrupađda 7.6 milyondur (a.g.e.:32). Geliřmiřlik seviyesi yüksek olan Batı bölgelerinde, ortalama yaşama süresinin uzaması AH görölme sıklıđıñı arttırmaktadır.

Ülkelere göre dađđın da 2001 yėđ verilerine göre Çinđde 5milyon, Avrupağda 5milyon, ABDđde 2,9 milyon, Hindistan 1,5 milyon, Japonyağda 1,1 milyon, Rusyağda 1,1 milyon, Endonezyağda 1 milyon demans olgusunun varlığı bildirilmektedir (Elmacı 2012: 171). Ortalaman yaşam ömrü en uzun olan Çin ve Avrupağda Ah görölme sıklığı daha fazla olmaktadır.

1.3.2 Alzheimer Hastalığının Türkiyeğde Görölme Sıklığı

Türkiyeđde ortalama yaşam süresinin gelişmiş ülkelerdeki kadar olmaması karđılađılan AH vakaların ve bu vakalara yönelik sağlık harcamaların dikkat çekici büyüklükte olmamasına neden olmaktadır. Fakat Türkiye genç bir nüfus yapışına sahiptir ve ileriki yėlarda yaşlı popölasyonu artacak olan bir ülkedir. Bu nedenle AHñın, Türkiye için gelecekte en büyük sağlık sorunlarından olmasđ beklenmektedir. Buna rağmen Türkiyeđde AH hakkında yapılan epidemiyolojik yeterli değildir.

Şekil 1: Nüfus Piramidi



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2012

Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığında 2012 yılında yayınlanan "Türkiye'nin Demografik Yapı ve Geleceği, 2010-2050" isimli haber bülteninde;

"2011 yıl ortası nüfus tahminlerine göre dünya nüfusu yaklaşık 6 milyar 974 milyon kişidir. Dünya nüfusunun yüzde 1,1'ini oluşturan Türkiye nüfusu 74 milyon kişiden oluşmaktadır. 2050 yılı nüfus tahminlerine göre dünya nüfusu 9 milyar olacaktır. Türkiye'nin Nüfusu 2050 yılında 94 milyon 585 bin kişi olacaktır tahmin edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2012b)."

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları (2012) Türkiye'de 65 ve daha yukarıdaki nüfus oranının %7,5'e (5.682.003 kişi) yükseldiğini göstermektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2012a). AH'nin 65 ve yukarıya görülme prevalansı nedeniyle Türkiye nüfusunun %7,5'ini oluşturan 5.682.003 kişi AH riski ile karşı karşıyadır.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü "Demans Görülme Sıklığı" raporuna göre; 2006 yılında OECD ülkeleri arasında yapılan bir çalışmada Türkiye'de demans görülme sıklığı %0,4'tür (OECD/European Union, 2010: 54).

1999 yılında ülkemizden bildirilen bir çalışmada Türkiye'deki Alzheimer hastası sayısının 200.000'in üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (Öztürk, Karan, 2009: 36)

Hacettepe Üniversitesi ıç Hastalıklar Anabilim Dalı Geriatri Ünitesinde 2003 yđı içinde değerlendirilen 1255 yaslđda yapığan; Klinik geriatrik değerlendirme, Geriatrik depresyon skalası, MMSE (Minimental skor incelemesi), saat çizdirme testi, günlük yaşam aktiviteleri, enstrumental günlük yaşam aktiviteleri, laboratuvar ve radyolojik incelemeler sonucunda %14.4 demans (bunun %80'i Alzheimer tipi demans) ve %21.8 depresyon hastası saptanmığtır. Alzheimer hastalarının %34'ünde depresyon birlikteliği vardı.

Dünyada 15 milyon, ABD'de 4 milyon ve Türkiye'de 250-500.000 tahmini demans hastası vardı. Ayrıca demans öncesi bir klinik tablo olan Hafif kognitif bozukluk hastalđđı ülkemiz yaslđlarında için tahmini rakam 500.000- 1.000.000'dir (Cankurtaran, Arıoğul, 31.01/2013, parag.7).

ısmail Tufan'ın ıtürkiye'de Kronik Hasta ve Bakına Muhtaç Yaslđlar isimli yazışında yas gruplarına göre uluslararası bulgulara dayanan Alzheimer hastalarının oranını Türkiye'nin istatistiklerine yansıtarak yaptığı hesaplamada 193.000 AH olduğunu belirtmiğtir (Tufan, 31.01.2013: 2).

Türkiye Alzheimer Derneğinin desteği ile ıstanbul Tıp Fakóltesi Nöroloji Bilim Dalı olarak yürütölen ıalımda ıstanbul'un Kadıköy Bölgesinde 70 yağ üzerindeki 1.000 civarında insandan 100 ünde Alzheimer hastalđđı telhis edildi. Diğer bir deyişle, 70 yağ üzerinde hastalđđın karlığalığma sıklığı yaklağık yüzde 10 olarak bulunmuştur. Bu rakam da dünyadaki diğer aralışmalarda ııkan oranlarla benzerlik göstermektedir. Eđer bu oran Türkiye'nin nüfus yapışına uygulanırsa Türkiye'de yaklağık 400 bin civarında Alzheimer hastası olduğu ortaya ııkmaktadır (<http://www.alzheimerdernegi.org.tr/>, 31.01.2013).

Araltışma evrenini temsil eden Sakarya ili nüfus bilgileri incelendiğinde; 2012 yđında Sakarya ilinde toplam nüfusunun 902.267 olduğu, 65 yağ üstü nüfusun 73.152 olduğu tespit edilmiğtir (Adrese Dayalı Nüfus Kayı Sistemi Sonuıları 2012).

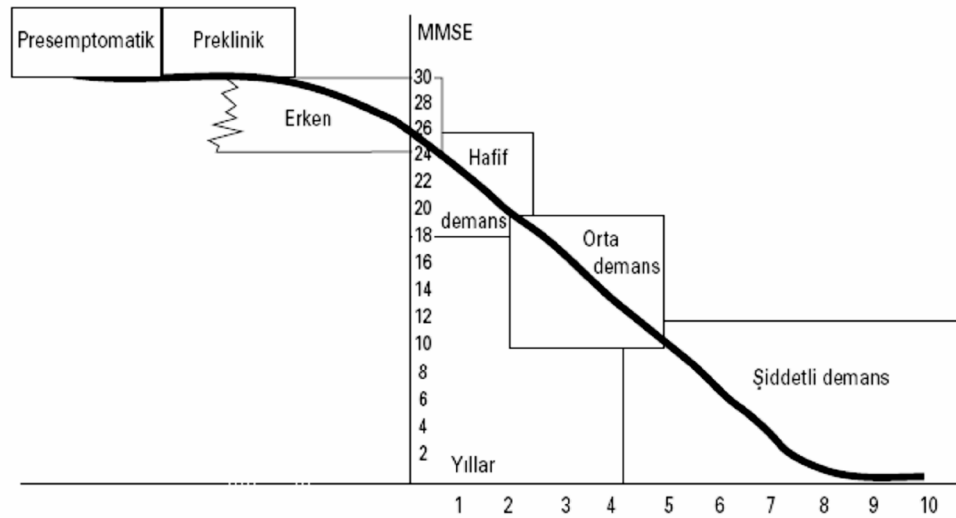
1.4 Alzheimer Hastalđđının Klinik Evreleri Ve Belirtileri

AH, kronik ve sürekli ilerleyici bir seyir gösteren hastalıktır. Hastalđđın bağlangııından itibaren dönemsel değiklikler gözlemlenmesi mümkündür. Ne zaman bađlandıđđının

net olarak anlaşılamaması özellikle artan yaş ile birlikte unutkanlığın normal görülmesiyle bu hastalığın telhis edilmesini geciktiren en önemli nedenlerdendir.

AH kliniğinin en önemli özelliği sinsi başlayıp yavaş seyirli olmasıdır. AH'nin seyrinde yakınma ve bulguların şiddetine göre klinik tablo erken, orta ve ileri olmak üzere üç evreye ayrılabilir (Yazıcı ve Lahin, 2010: 49). Seleklere (2012:48) göre; Alzheimer hastalığı klinik öncesi, çok erken evre, erken veya hafif evre, orta ve ağır evre olmak üzere beş döneme ayrılır. Bazı çalışmalar ise AH evrelerine presemptomatik dönemi eklemektedir.

Şekil 2: Alzheimer Hastalığının Klinik Evreleri



Kaynak: (Daffner, Scinto, 2000:1-27; akt. Altın,2006:16)

Çalışmamızda AH altı evre içinde incelenmiş ve evreler ile birlikte görülen belirtiler tablolar halinde düzenlenmiştir.

1.4.1 Presemptomatik Evre

Beyinde yavaş ilerleyen bir patolojik süreç vardır. Ancak mental veya davranışsal semptomlar, günlük aktivitelerde bozulma, performanstaki azalma yönünden, duyarlı testler kullanıldığında bile, nörofizyolojik testlerde bir bozukluk yoktur (Altın,2006: 16).

1.4.2 Klinik Öncesi (Preklinik) Evre

Altın (2006:48), klinik öncesi evreyi, ortalı yılların başlarına kadar geri uzandığı düşünülen klinik öncesi dönem, hastalığın karakteristik ve patolojik bulgularının başladığı bilişsel fonksiyonların korunduğu, klinik ve nöropsikolojik testler açısından sessiz evredir. İlekinde belirtmektedir.

1.4.3 Çok Erken Evre

Nöropsikiyatrik testlerde ortaya çıkan başta hafıza olmak üzere bilişsel fonksiyonlarda bozulma vardır (Akpınar,2009: 19). Selekler (2012: 48-49) bu dönemde hastaların bilişsel bozukluk işaretleri göstermeye başladığını, özellikle bellek başta olmak üzere diğer bilişsel fonksiyonlarda da ancak nöropsikolojik testlerle ortaya konabileceğini, klinik olarak kolayca gözden kaçabileceğini ve günlük aktivitelerde belirgin aksamalara neden olmayan bozulmalar görülebileceğini belirtmektedir. Bu dönemde, hafif ve süreklilik arz eden hafıza problemleri, olaylara ait detayları hatırlayamama, yargılama, problem çözme, sosyal ilişkiler ve zaman takibi ile ilgili konularda sorunlar yaşanabilir. Bu özellikler daha çok hafif bilişsel bozukluk özellikleri ile örtülür.

1.4.4 Erken (Hafif) Evre

Yazıcı ve Lakin (2010:50) bu evrede,mental muayenede belleğin kayıf fazı genellikle korunmuş, geri çağırma ve tanıma fazı bozulduğunu,dikkat ve planlama, akıl yürütme bozukluğu İlekinde hafif yürütücü illev bozukluğu yanı sıra kelime bulma güçlüğü ile karakterize dil bozukluğu saptanabildiğini, yakınmaların farkında olan bazı hastalarda reaktif depresyon gelişebildiğini vurgular.

Bellek fonksiyonlarında yakın geçmiş ile ilgili olan unutkanlıklarda artış ve yeni bilgilerin öğrenilmesinde zorluk yaşamı görülür fakat uzak geçmiş ile ilgili bilgiler sağlamdır. Bu nedenle hasta yakınlarını bu dönemi eskileri benden iyi hatırlıyor fakat yeni şeyleri ise hemen unutuyor gibi cümlelerle anlatabilirler. Bu dönemde bellek bozukluğu, yeni bir bilginin öğrenilmesinde zorluk, yer yön bulma güçlüğü görülür. Günlük yaşam aktivitelerinde unutkanlıklar görülebilir. Kelime bulmakta zorlanma, duraklayarak konuşma gibi dil bozuklukları olur. Kızın kapanma, inkar gibi davranış sorunları gözlemlenebilir. Örnek verecek olursak erken evre AH hastalarında, eşlerinin yerlerini karıştırmak veya kaybetmek, isimleri unutmak, kullandın cep telefonu, bulamık

makinesi gibi aletlerin kullanılmı unutmak, sorulan soruları tekrar sormak gibi davranırlar görölür.

1.4.5 Orta Evre

Bu dönemde belirtilerin boyutu biraz daha ıddetlenir. Hastalar günlük yalım aktivitelerini yerine getirirken bılkasılmın yardımına ihtiyaı duyar. Yakın bellek bozukluğu artar ve uzak bellekte bozulmalar bıllar. Yeni bilgileri öğrenme tamamen durur ve geımił bilgiler ise kronolojik bir sıra ile unutulur. Yer ve kıli tanımna, zaman algısı bozulur. Hesap yapma yetisi kaybolur. Giyinme- soyunma, kııisel temizlik, ev temizliği yapma konularında yardımna ihtiyaı duyarlar. Ruhsal sorunlar ve davranırlar sorunlarartar. Bir konulmayesürdüremeyecek düzeyde dil bozukluklarımeydana gelir. Bu evre hastalarda görülen belirtiler ıu ıekilde örneklendirilebilir; isim, okuduğu okul, yaptıkıı gibi konularıhatırlamama, gece ve gündüz ayrılmı yapamama bu nedenle hava karadıkında yatmaya gitme, amaçsız hareketler yapma, halüsinasyonlar görme (parasılmın ıalındıkımı kendine kötölük yapıddıkımı sanma), yemek yerken dökme, ev dımna ııkınca kaybolma, bııkımna, saldırganlık, ıüphecilik gibi.

1.4.6 Akır (ıleri) Evre

Bu dönem hastaların öz bıkmın becerilerini yerine getirme, günlük yalım aktivitelerini yapamama nedeniyle tamamen bılkasılmın bıkmımna muhtaı bir duruma gelmesine neden olur. Bellek tamamen bozulur sadece bazı bellek parıacıkları kalır. Yakın akrabalar tanımna, kendini tanımna kaybolur. Konululanları anlamama, anlamsız sesler ııkarma, niyetini anlatamama durumları olulur. Beslenme, yıkanma, giyinme yapıdamaz. ııdrar kontrolü saıklanamaz. Kas sertlełmesi, ıekil ve hareket bozukluğu ve yataıa bııkılmılık olulur.

Yatak yarası enfeksiyonları akciğer embolisi veya enfeksiyonu, üriner enfeksiyon, beslenme bozukluklarılmın yarattıkı komplikasyonlar bıılıca ölüm nedenlerini olulurur (Yazıcı ve ıahin, 2010 :50).

1.5 Alzheimer Hastalığına Etkileyen Faktörler

Yapılan araştırmalarda AH vakalarında ortak bulunan bazı faktörlere rastlanmıştır; AH'yi etkileyen bazı risk faktörlerinin olduğu tespit edilmiştir. Yaş, cinsiyet ve aile öyküsü kesinleşmiş ve kontrol edilemeyen risk faktörüdür.

Hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetus mellitus, sigara, oksidatif stres, down sendromu, kafa çevresi, serebrovasküler olay öyküsü, metabolizma bozuklukları, nörotoksik madde, sosyo-ekonomik düzey, eğitim seviyesi, mental ve fiziksel aktivite, meslek, alkol kullanımı, kafa travması, beslenme şekli, uyku bozuklukları, depresyon gibi faktörler ise AH etkilediği düşünülen fakat henüz kesin olarak kanıtlanmamış, kontrol edilebilen ve çevresel risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Çalışmanın bu kısmında AH etkileyen kesinleşmiş faktörler ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Ayrıca araştırma konusu bağlamında AH etkileyen psiko-sosyal faktörler olarak sıralanabilecek sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi, meslek ve mental aktivite, fiziksel aktivite, alkol veya sigara kullanımı, depresyon öyküsü, stres, uyku bozukluğu, beslenme şekli, nörotoksik maddeye maruz kalma ele alınacaktır.

1.5.1 Kontrol Edilemeyen Faktörler

Alzheimer hastalığı hakkında yapılan çalışmalar neticesinde bazı faktörler ve Alzheimer arasında ilikin olduğu tespit edilmiştir. Bu faktörler; yaş, cinsiyet, aile ve genetik yatkınlık olarak bilinmektedir. Tespit edilen bu faktörlerin değiştirilmez olması nedeniyle bazı kaynaklarda bu faktörler kontrol edilemeyen faktörler olarak anılmaktadır.

1.5.1.1 Yaş

Uluslararası literatürde geriyatrik yaş 65 yaş ve üstü için geçerlidir (Cankurtaran, Arıoğlu, 31.01/2013, paragraf.4). Neugarten ise yaşları genç yaş (65-74 yaş), orta yaş (75-84 yaş), yaşlı yaş (85-90 yaş) olmak üzere üç bölüme ayırır. (Kolář, 1996)

AH, erken yaşlarda başlasa dahi belirtilerinin belirli bir yaştan sonra fark edilebilmesi, tanı konulan yaşın artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle AH, yaş arttıkça görülme sıklığı artan bir hastalık olarak bilinmektedir.

Yaş gruplarına göre AH görülme sıklığı 65 yaş üzeridekilerde %6-10 iken, 85 yaş üzerindeki kişilerde %30-50 gibi yüksek oranlara ulaşılıyor (Selekler,2012: 46). Prevalans 60 yaşından sonra her beş senede bir-iki katına çıkar (Selekler, 2010: 10-11)

Rowland ve Green'e göre (1991), 65 yaş ve üzeri için prevalans %10.3, 80 yaş ve üzeri için %47'dir. Doğu Boston çalışmasında %80,5 65 yaş üzerinde olan 3623 hasta ele alınmış ve nörolojik, nöropsikolojik ve laboratuvar çalışmaları ile Alzheimer hastalığının 65 yaş üzerinde prevalans oranının %10.3, 85 yaş üzerinde ise %47.2 olduğunu göstermiştir. 65 yaş üzerindeki popülasyonun her yıl %2.6'si yeni Alzheimer hastası olmaktadır. (Koçer,1999: 41-42).

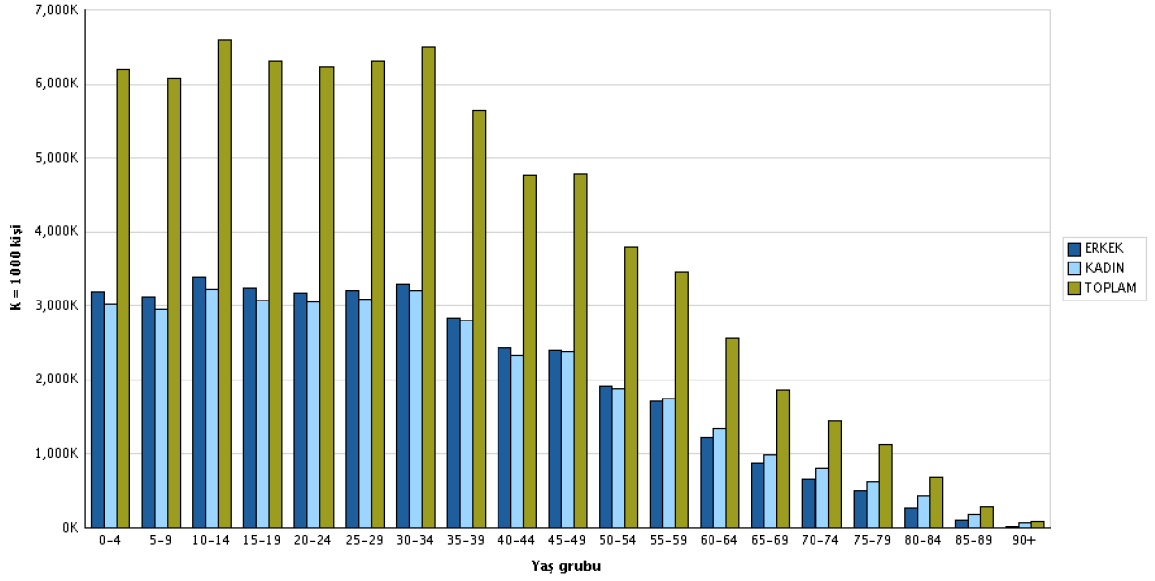
Görüldüğü gibi AH'nin en önemli risk faktörünün yaş olduğu, bireyin yaşı arttıkça, toplam nüfus içerisinde yaşlı birey sayısı arttıkça bireyin ve bireyin içinde yaşadığı toplumun AH ile karşılaşma olasılığı artmaktadır.

1.5.1.2 Cinsiyet

Grundman ve Thal (2000), kadınların erkeklere oranla yaşam ömrünün daha uzun olması nedeniyle rölatif prevalansta bir artış olduğu öne sürmektedir. McBee ve arkadaşlarına (1997) göre ise AH sıklığı kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır (Erdemoğlu, Varlıbalı, 2001: 105). Bu durumun kadınların menopoz dönemi sonrasında östrojen düzeylerinde meydana gelen değişikliklerle açıklanmaktadır. Yine hastalığın kadınlarda daha sık görülmesinin göreceli olarak kadınlarda eğitim seviyesinin daha düşük olmasına da bağlayan yayınlar da vardır (Karaman, 2002).

2006 yılı Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün Demans Görülme Sıklığı raporuна göre; 80-84 yaş grubu arasından erkeklerin %15'inde; kadınların ise %16'sında AH görülmektedir. 95 yaş ve üstünde bu oran erkeklerde %32,4; kadınlarda ise %48,8 olarak saptanmıştır. (OECD/European Union, 2010: 54).

İleil 3.Yaı Grubu ve Cinsiyete Göre Türkiye Nüfusu



Kaynak: Yaı Grubu ve Cinsiyete Göre Türkiye Nüfusu TUİK, 2011

2011 yđe Türkiye yaı ve cinsiyet nüfus verilerine göre; 60 yaı ve üstü kadın nüfus oranın 60 yaı ve üstü erkek oranından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Veriler Türkiye'de kadınların ortalama yaıam süresini erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum Türkiye'de kadınlarda AH grlme riskini arttırmaktadır. 2011 yđe Türkiye yaı ve cinsiyet gruplarına göre nüfus dađđanın verileri, kadın cinsiyetinin AH iēin risk faktörü olduğunu kanışlandırmaktadır.

1.5.1.3 Ailevi ve Genetik Yatkınlık

Alzheimer hastalığının genetik etkisi, ailesel AH (kalışsal otomozal dominant ileli) ile sınırlıdır ama ailesi AH iēeren vakalar ara sıra görülmektedir. AH'nin erken yaıta baılaması ve pozitif aile öyküsü hastalığın genetik belirtileri olarak bilinmektedir (Lohmann, 2012: 259).

Alzheimer hastalığında genetik faktörler büyük oranda hastalığın gelişimi iēin ēevresel faktörlere bir yatkınlık zemini yaratacak ileilde birer risk faktörü niteliğindedirler (Altın, 2006: 6). Aile öyküsünde özellikle birinci derecede akrabaların etkilenmesi önemlidir, bu durumda risk dört kat artmaktadır (Topçuoğlu, Selekler, 1998: 64). Selekler (2012), birinci derece akraba (anne- baba) Alzheimer hastası olanlarda hastalık riskinin, ailesinde Alzheimer olmayanlara göre, 4-10 kat arttırdığını

belirtmektedir. (Selekler,2012: 125). Knopman (2001) göre, AHnn %2sini ailevi AH oluşturur(Cankurtaran, Arkl, 31.01/2013, parag.58).

Rossor (1991) göre vakaların %50sinde otozomal dominant (baskın gen geili) geil tespit edilmiştir (Koçer,1999:41). Otozomal dominant geilten sorumlu olan şimdiye kadar 3 ayr gen bulunmuştur: amiloid prekürsör protein (APP) geni (21. kromozom), presenilin 1 geni (14. kromozom) ve presenilin 2 geni (1. kromozom) (Altın, 2006: 6). Bu  gende görülen mutasyon, erken yaş AHye neden olmaktadır.

Bir çok çalışma geç yaşlarda başlayan AH için apolipo protein E (APOE) geni üzerinde birleşmektedir. APOEnin birkaç formu bulunmaktadır. Bunlardan biri olan APOE 4, hastaln grlme riskini artırmaktadır. Buna rağmen APOE 4 taşyan birisinde kesinlikle AH geliēeēi veya APOE 4 taşmayanlarda geliēmeyeēi anlamına gelmez. Birçok uzman geç yaşta başlayan AHnin geliēmesinde başka genlerin de etkileyebileēine inanmaktadır. Dünyadaki bilim adamları bu genler üzerine çalışmaktalar. Yapđan alışmalar APOE 4 geninin AH grlme riskini arttıracak tespit edilmiştir (<http://www.nia.nih.gov/alzheimers/topics/causes>,08/02/2013).

1.5.2 Psiko-Sosyal Faktörler

nsan sağln kontrol edemediēi faktörler etkilediēi kadar, kontrol etmesi mümkün olan faktörlerden de etkilenmektedir. nsan sağl fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak ele alndğnda insanın içinde bulunduēu psikolojik ve sosyal faktörlerin önemi karşnza çıkmaktadır. Bu nedenle her hastaln olduēu gibi Alzheimer hasaln etkileyen psiko-sosyal faktörlerinde mevcut olduēu düşüncesi ile yapđan bu araştırmada bireylerin sosyo-ekonomik durumlar eēitim düzeyleri, mesleki durumlar mental ve fiziksel aktivite yapma durumu, madde kullann beslenme özellikleri ve sağlk problemleri hastal etkileyen psiko-sosyal faktörler olarak ele alınmıştır.

1.5.2.1 Sosyo-Ekonomik Durum

Sosyo-ekonomik durum AH hastalığı için önemli bir risk faktörü olduğu veya olmadığı birçok çalışmada belirtilmektedir. Buna karşın bireylerin sosyal mekanizmalar ile olan ilişkilerinin AH ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Dr. David A. Bennett ve Rush Üniversitesi Chicago Tıp Merkezinde çalışan meslektaşları sosyal ilişkiler ve fiziksel değişim ile AH arasında ilişkiyi anlamak için bir çalışmaya başladılar. 1,100'den fazla yaşlı insan üzerinde klinik değerlendirme, hafıza ve zihin fonksiyonları hakkında 21 adet test yaptılar. Katılımcılara çocukları arkadaşları ve aileleri ile görüşme şekillerine ilişkin sorular sorulmuştur. Katılımcılar öldüğünde beyinleri alınmış ve AH kanalları için analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan ve ölen ilk 89 kişi hakkında elde edilen analizler Lancet Nörolojide yayınlanarak; sosyal ilişkileri fazla olan bireylerin AH riskinin daha az olduğu kanıqlanmıştır (<http://www.nih.gov/researchmatters/april2006/04282006alzheimer.htm>, 26/02/2013).

Saczynski, Preifer, Masaki (2006), ileri yaşta düşük sosyal uyum ve orta yaştan ileri yaşa sosyal uyumun giderek azalması, ileri yaşta demans ve AH riskini iki misli arttırdığı ortaya koyan çalışmalar olduğunu ifade etmektedir (Atılkan, 2012: 192).

1.5.2.2 Eğitim Düzeyi

Eğitim ve AH riski rezerv hipotezi ile açıklanmaktadır. Eğitim, nöral ve bilişsel rezervi artırarak beyindeki dejeneratif patolojik değişikliklerle baş etmede kompensatuar mekanizmayı oluşturmada ve demans sendromunun ortaya çıkmasını engellemektedir (Atılkan, 2012: 193).

Düşük eğitim düzeyi AH'ye yakalanma olasılığını artırmaktadır (Yazıcı ve Lahin, 2010: 49). 1988 yılında Langay demans araştırmalarında düşük eğitim seviyesinin AH riskini arttırdığı kanıqlanmıştır. Bu araştırmalarda demans riskinin 75 yaşından sonra, hiç eğitim görmemişlerde, herhangi eğitim alanlara göre çok daha yüksek olduğu saptandı (Selekler, 2012: 129).

ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) 2010 yǎnda AH risk faktörlerine yönelik sistematik bir değerlendirme raporu yayınlanmıştır. Raporda en çok üzerinde durulan AH risk faktörleri baz alınmış, her bir risk faktörü için hesap edilen relatif risk (RR) ve söz konusu risk faktörünün toplumdaki prevalansını kullanarak hem ABD hem de Dünya geneli için topluma atfedilen risk (PAR) hesaplamaları yapılmışlardır. Bu hesaplamalara göre eğitim eksikliği PAR değeri yaklaşık %19(6 473 000 AH vaka sayışıdır) (Atelkan,2012).

1.5.2.3 Meslek ve Mental Aktivite

Crowe, Andel ve Pedersen (2003)ce göre hafızayı kullanmayı gerektiren birçok aktivitenin (örgü, dans, okuma, müzik aleti çalma, bahçevanlık, sosyal ve kültürel aktiviteler gibi), demans ve AH önleyici etkileri birçok çalışmanın hedefini oluşturmaktadır (Atelkan, 2012: 193)

Manhattan, New York ta, demans olmayan 65 yaşı ve üzerindeki 1772 kişinin katıldığı Scarmes ve ark.ın çalışmasında (2001), kişilerin bazal boş zamanlar değerlendirme aktiviteleri saptandıktan sonra, 7 yıl (ortalama 2.9 yıl,) senelik standardize nörolojik ve nöropsikolojik muayeneleri yapılmış ve yaşı, etnik grup, eğitim ve meslek düzenlemesi yapıldıktan sonra boş zamanları değerlendirme aktiviteleri ile demans arasındaki rölatif risk araştırılmıştır. Takip süresinde, toplam 207 kişiye demans tanısı konmuştur. Yüksek düzeyde boş zamanları değerlendirme aktivitelerine katılanları, %38 daha az risk ile demans geliştiği tespit edilmiştir. Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri arasında rölatif riski en aza indiren etken olarak entelektüel faktör saptanmıştır (Selekler, 2007).

Beyinlerini aktif tutan insanlarda demans gelişme riskinin azalabileceği görülmektedir. Okumak, satranç gibi hobilerle uğraşmak, bulmaca çözmek veya puzzle yapmak riskin önlenmesine yardımcı olmaktadır (<http://www.alz.co.uk/info/risk-factors,04/03/2013>).

1.5.2.4 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite yapmanın sağlıklı bir yaşam için önemli olduğu bilinmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite demansa yakalanma riskini düşürebilmektedir. Kanalar, egzersizlerin beyne giden kan ve oksijen akışını arttırarak beyin hücrelerine doğrudan

olumlu etki edeceğini göstermektedir (<http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>,04/03/2013).

ó1984'te başlatşan Seven Contries Study'de 1900 ve 1920 yşlarş arasşnda doşan 2.285 erkeşin 1990, 1995 ve 2000'de takip muayeneleri yapşdş Bu kşlilerden 1990'da 1.149 křli, 2000'de de 384 křli hayatta kalmş tř ve fiziksel olarak saşlşklş olan 295'şnden elde edilen bilgiler deşerlendirildi. Bulgular yaşlşşk ařřnda, şiddeti orta-az derecede yapşdan fiziksel aktivitelerin en az derecede yapşdana gřre, zihinsel yşkşnşn daha az olmasşnş saşladşşnş gşsterdi. Yazarlar, fiziksel aktiviteyi en az yapan erkeklerde en fazla zihinsel yşkşn bulduklarşnş orta-az şiddette aktivitenin(voleybol oynama, saatte üç mil yşrşyşl gibi) daha az zihinsel yşkşna neden olduşunu belirtti (Selekler,2012: 149).

óThe Adult Changes in Thought (ACT)ôalřmasřndan (2006) 65 yaşndan bşyşk, rastgele 2581 kşliye ilk tarama testi olarak óCognitive Ability Screening Instrument (CASI)ô testi yapşmş ve skoru 86 dan yşksek olanlar kognitif olarak saşlam křli olarak alřmaya alşnmş tř. Skoru 86 dan dşlşk olanlara tekrar ayrşntşş muayene ve testler uygulanmş, demansş saptanmayanlar da alřmaya eklenmiştir ve sonuçta 1740 kşlinin sonularş analiz edilmiştir. alřmada, haftada 3'ten az egzersiz yapanlara gřre, haftada 3 veya daha fazla egzersiz yapan kşlilerde demans sşklşşnş azaldşş bulunmuştur. Bu kşlilerde demans riski %32 oranşnda azalmş tř (Selekler, 2007).

1.5.2.5 Sigara ve Alkol Kullanşnş

AH neden olan faktşrler içerisinde sigara ve nikotin hakkşnda tartşmalar bulunmaktadış. Bazş alşmalar nikotinin AH için şnleyici faktşr olduşunu; bazşlarş ise sigara kullanşnşnş AH olma riskini arttırdşşnş belirtmektedir. Aslşnda nikotin vaskşler hastalşklara neden olmakta; vaskşler hastalşklar ise demans riskini arttırmaktadış. Bu durum sigara kullanşnş ve AH arasşndaki ilişkiyi aşklayşş niteliktedir (Gogia, Rastogi, 2009: 58-59).

2011 yşşnda yayşnlanan bir çalşmada, 1978-85 yşlarş arasşnda araştırmaya katşdan 21.123 kşli, ileri dşnşk olarak deşerlendirildi ve orta yaşlarda gşnde iki paketten fazla sigara içen bireylerde, 20 yř sonra Alzhiemer, vaskşler ve dişer demans riskinin, hiç sigara içmeyenlere gşre %100 arttışş ve sigaranş zararlı etkisinin genellikle vaskşler

mekanizmalar (damar sertliğini arttırarak) yoluyla olduğu saptandı (Selekler, 2012: 113).

Alkol kullanm ve AH riski hakkında yapılan araştırmalar alkolün hafif orta ve yüksek derecede tüketilmesi olarak sınıflandırarak yapılm ve bu güne kadar kesin bir bulguya saptanmamıştır.

Orta yaşlarda yoğun alkol tüketiminin, ileri yaşlarda AH riskini üç katından daha fazla arttırdığı ve bu etkinin ApoE 4 taşıyıcılarında daha belirgin olduğu bildirilmiştir (Antilla vd., 2004; akt. Ateşkan, 2012: 194).

Selekler'e göre (2012), uzun süreli (kronik) ve çok miktarda alkol alm ve ileri yaşlarda bunama nedenidir ve MR ıalılmalarında ise orta derece alkol tüketiminin beyinde küçölme yaptığığı gösterilmiştir (Selekler, 2012).

Alkol tüketimiyle zihinsel sağlık arasındaki ilişkiyi araştıran 17 ıalımdan (1980-99) 11'inde orta derecede alkol içenlerin hiç içmeyenlere göre demans yönünden daha avantajlı olduğu bulundu. Fakat orta derecede alkol içmenin mi mental sağlıkı düzelttiği yoksa mental olarak sağlıklı kişilerin mi orta miktarlarda alkol tükettiği tartılmalı kaldı. 1990'de yaşlarda yapılan bir ıalımda, almından hemen sonra alkolün zihinsel fonksiyonlar ve performansla negatif etkisi olduğu belirtildi ve diğer ayrıntıda bir araştırmada alkolün karar verme, sözel öğrenme ve hatırlama gibi birçok bilişsel fonksiyon üzerinde bozucu etkisi olduğu kaydedildi (a.g.e: 158-159).

Araştırma alımasında yapılan literatür taramasında Türkiye'de AH ve alkol kullanm hakkında yapılm bir ıalıma rastlanmamıştır.

1.5.2.6 Kafa Travması

Kafa travması ve AH ilişkisi hakkında yapılan ıalımlar bulunmaktadır. Komaya sokacak tek kafa travması ve multiple kafa travmaları AH yakalanma riskini arttırmaktadır. Tekrarlı mikro travmalar yanında majör kafa travmalarında da sonraki 5-7 yđ içinde AH risk artmaktadır (Karaman, 2002). Özellikle bilinç kaybına yol açan, ciddi kafa travmaları ilerde AH gelişimi açısından risk oluştatabilmektedir. Travmanın nöronal hasara yol açtığı bunun A• amiloid birikimini arttırdığı bunların da daha sonra amiloid plaklara dönüştüğü, gerek hayvan gerekse de insan ıalımlarında gösterilmiştir (Yazıcı, Lakin, 2010: 49). ABD veteran ıalıması 2. Dünya Savaşı sırasında ciddi kafa travması geçirenlerde, AH ve demans gelişim riskinin arttığıne ortaya koymuştur (Plassman vd., 2000).

1.5.2.7 Beslenme Ve Diyet

JAMA'da yayınlanan Rotterdam çalışmasında 5395 demans olmayan 55 yaş üstü kişinin katıldığı bir çalışmada 5 yıllık takipte 197 hastada demans (146'si Alzheimer) gelişmiş ve beslenme özellikleri incelendiğinde yüksek E vitamini ve C vitamini, beta karoten alan kişilerde diğer faktörler elimine edildiğinde demans gelişim riskinin daha az olduğu görülmüştür (Cankurtaran, 2004: 37).

Akdeniz tipi diyet uyumun, vasküler yollardan bakımsız olarak düşük AH riski ile ilişkili olduğu da tespit edilmiştir (Atelkan, 2012: 194).

Doymuş (sature) ve transansature yağların fazla miktarda alınmasının AH riskini artırdığı buna karşılık omega-6-poliansature ve mono ansature yağ alınmasının riski azalttığı mukabil total yağ, hayvansal yağ ve diyet kolesterolü ile AH arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. (Morris v.d., 2003: 194-200). Yüksek yağlı diyetin AH için risk faktörü olabileceği bildirilmiştir. Haftada en az bir öğün veya daha fazla balık yiyen kişilerde, daha az balık yiyenlere kıyasla göre, AH riski %60 oranında daha az bulunmuştur (Arşıkul, 2003).

İncelenen mevcut kanıtlar beslenme ve diyet faktörlerinin önemli bir rol oynamadığını desteklemektedir. Omega-3 yağ asitlerinin uzun zincirli kullanımı (genellikle balık tüketimi olarak ölçülen) ile ilişkisini gösteren düşük riskli birkaç uzunlamasına çalışmalar en tutarlı kanıtlardır. Diğer faktörler (B vitamini, E vitamini, C vitamini, folat ve beta-karoten) için olası bir koruyucu etkisi (düşük doymuş yağ ve yüksek sebze alınması) olduğu düşündüren çok sayıda kanıtlardır (<http://consensus.nih.gov/2010/alzstatement.htm>, 07/03/2013).

1.5.2.8 Depresyon ve Stres

Mount Sinai Tıp Fakültesinin New York'ta yaptığı bir araştırma majör depresif bozukluk ve AH arasında bağ olduğunu göstermiştir (Rap, 2006). Depresyon öykülü Alzheimer hastalarının ve depresyon bulgusu olan hastaların hipocampus bölgelerinde belirgin nöropatolojik değişiklikler görülmektedir. Yaşamlarında majör depresif bozukluk tanınan hastalarda AH olma riski artmaktadır (Gogia, Rastogi, 2008: 60).

Billings, Green, Mcgaugh ve LaFerla (2007), Kalifornia-Irvine Üniversitesinde yapılan araştırmada stres hormonunun beyinde AH neden olan lezyonların oluşumunu

həzləndərdə, bu nədənle aralırmacıları, yalıllıktı stres yönetimi ve ilaç kullanımlı azaltılması hastalığı yavallı ilerlemesini saklayacaklı dılındıktını belırmıtır (Gogia, Rastogi, 2008: 60). ,

Depresyon, stres ve AH arasında ilişkinin olup olmadığına dair çalışmalarda depresyonun preklinik bir semptom mu yoksa tek bağına bir risk faktörü mü olduğu konusu tartışılmadı.

1.5.2.9 Toksik Madde

Markesbury'e göre (1996) uzun süren teoriler metal ve kimyasalların kesin olarak AH neden olabileceğini göstermektedir. Toksik maddelerin alınmasının beyin hasarına neden olduğu bilinmekle birlikte demanslı bireylerin beyinlerinde birçok metal kalıntıları bulunmuştur. Alüminyum sinir sistemini etkileyen önemli bir elementtir. Alüminyuma maruz kalmanın AH neden olacağını belirten teoriler başlangıçta tıp uzmanları tarafından anlamsız görülse de son yıllarda bu teoriler saygınlık kazanmıştır (Gogia, Rastogi, 2008: 63).

Yapılan çalışmalarda içme suyu içindeki alüminyum ve AH riski arasında doğrudan bir ilişki olduğu keşfedilmiştir (Amstrong v.d.,1992). Özellikle içme suyu ile ilgili olarak yapılan 13 epidemiyolojik çalışmada 9'unda bu ilişki vurgulanmıştır (Kurt vd., 2003).

1994 yǎnda Kanada Saǵlǵk ve Yaǵl alǵma Grubuǵun (Canadian Study of Health and Age Working Group) alǵmalarǵa göre, tutkal, zirai ilaç, suni gübre illerinde alǵan bireylerin AH riskinin ykseldiǵi kanǵlanmǵtt.Mesleksel olarak çözücü maddelerle temas edenlerde Ah riski incelendiǵinde yapǵttdar ve peptisidlere maruz kalanlarda artmǵ risk bildirilmtir (a.g.e., 2003).

1.6 Alzheimer Hastalığına Tanı

Alzheimer hastalığının kesin tanışē (%100 oranında) ancak hasta beyin dokusunun, biyopsi veya otopsi materyalinde incelenmesi ile patolojik olarak konur. Fakat hiçbir hastada patolojik tanıya gerek yoktur. Çünkü klinik olarak %90 oranında doğru tanı konabilir (Selekler, 2012: 62). Bir hastaya demans tanıışē koymak için en önemli kriter en az iki bilişsel alanda bozulmasının görülmesi ve bu bozulmaların günlük yaşam aktivitelerini ve/veya sosyal ilişkilerini bozmuş olması gerekir.

Alzheimer hastalığının klinik tanesi için yayınlanmış olan ve bugün yaygın biçimde National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association(NINCDS-ADRDA) ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) tanı kriterleri kullanılmaktadır. Tanı kriterlerindeki koşullar karşılandığında klinik tabloyu DSM-IV'de Alzheimer Tipi Demans, NINCDS-ADRDA ise Muhtemel Alzheimer Hastalığı olarak adlandırmaktadır (Babacan Yıldız, 2012: 270).

NINCDS-ADRDA Alzheimer Hastalığının Klinik Tanı Kriterleri²

1. Tanı kriterleri:

- Klinik muayene ile saptanan, Mini-Mental Test, Blessed Demans Ölçeği ya da benzer bir test ile dokümanite edilen ve nöropsikolojik testlerle doğrulanan demans tablosu;
- İki ya da daha fazla bilişsel süreçte bozulma,
- Bilinç bozukluğu yok,
- Başlangıç 40-90 yaşları arasında, büyük ölçükle 65 yaşından sonra,
- Bellek ya da diğer bilişsel süreçlerde ilerleyici bozukluğa yol açabilecek sistemik ya da beyne ait başka bir hastalık yok.

2. Tanıyı destekleyen kriterler:

- Dil (afazi), motor yetenekler (apraksi) ve algı (agnozi) gibi özgül bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulma,

²AKPINAR, Burcu (2009), *Alzheimer Hastalığı Hafif Kognitif Bozukluk Ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik Ve Nöropsikolojik Açılardan İncelenmesi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı s. 24-25 den derlenmiştir.

- Gnlk yasam aktivitelerinde bozulma ve davran biminde deilme,
- Ailede benzer bozukluk yks (zellikle patolojik olarak kanlanmsa),
- Laboratuvar da: Standart tekniklerle normal lomber ponksiyon, EEGnin normal olmas ya da yava dalga aktivitesinde art gibi non-spesifik deiliklikler, Bilgisayar Tomografide (BT) serebral atrofiye ilikin bulgular ve seri incelemelerde bu bulgular ilerleyii.

3. Tanile uyumlu olabilecek dier klinik zellikler:

- Hastaln seyrinde platolar,
- Depresyon, uykusuzluk, inkontinans, hezeyan, illzyon ve halsinasyonlar, verbal, emosyonel ya da fiziksel katastrofik patlamalar, cinsel bozukluklar ve kilo kayb gibi elliki bulgular,
- Baz hastalarda, zellikle hastaln ileri dnemlerinde, kas tonusunda art,
- Myoklonus ya da yrme glk gibi dier nrolojik bozukluklar,
- Hastaln ileri evresinde nbetler,
- Ya iin normal BT.

4. Tane kesinletiren kriter:

- Biyopsi ya da otopsiyle elde edilen histopatolojik kanlar.

DSM-IV Alzheimer Hastaln Klinik TanKriterleri³

1. Multiple kognitif bozukluklar (Hafza bozukluu; yeni bilgileri renememe veya daha nce renilen lyleri geri aamama)

³CANKURTARAN, Mustafa. ve ARIKL, S.; (----) Demans ve Alzheimer Hastal , <http://www.ecz akademi.org/? modul=makale>, Er. 31.01.2013 kaynakndan derlenmitir.

2. Afazi(konuşma bozukluğu), Apraksi(hareket bozukluğu), Agnosi (duyu bozukluğu), planlama, organizasyon, sıralama gibi yürütücü fonksiyonların yapamaması
3. Hastanın bozukluğundan yakındığı bu işlevlerin günlük hayatı etkilemesi ve fonksiyonlarda başlangıça haline göre giderek azalmanın izlenmesi
4. Kognitif fonksiyonlarda yavaş başlangıçlı ve sürekli devam eden bir kaybın olması
5. Hafıza ve bilinç değişikliklerine neden olan diğer santral sinir sistemi hastalıklarının bulunmaması(SVO, Parkinson Hastalığı, Huntington Hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali ve beyin tümörü)
6. Demansa neden olabilecek sistemik hastalıkların olmaması (hipotroidizm, vitamin B12 eksikliği, folik asit eksikliği, hiperkalsemi, niyasin eksikliği, nörosifiliz, HIV enfeksiyonu)
7. Klaca bakıldığında durumlar
8. Semptomların yalnızca delirium sırasında çıkmaması
9. Bozukluğun daha çok diğer eksen I hastalıklarına uymaması (major depresyon, İizofreni gibi)

1.7 Alzheimer Hastalığında Tedavi

Günümüzde AH, hala tedavi edilebilir veya önlenebilir bir hastalık değildir ancak belirtileri azaltacak semptomatik tedavi bulunmaktadır. Bugünkü çalışmalar daha çok AH insidansını azaltıcı önlemlerin alınması hastalığın prelinik durumda kalmasını önlemesi veya belirtilerinin azaltılmasını yaklaşımlarını içeren tedavi ve önleme çalışmalarını içermektedir.

Alzheimer hastalığı tedavisinde bazı temel noktadan bahsedilebilir. Kolinesteraz inhibitörleri(kesilayıcı), nöroprotektif yöntemler, farmakolojik olmayan tedaviler, psikofarmakolojik ajanlar, genel sağlığı korumaya yönelik aktiviteler ve klinisyen ile hasta yakınları veya bakıcılar arasındaki işbirliği (Cankurtaran, Arıoğlu, 31/01/2013,)

Güncel tedavi, hastalık sürecinde kolinerjik innervasyon kaybı olması gerçeğinden hareket ederek, kolinerjik rezervin desteklenmesine dayanmaktadır. Bu amaca yönelik olarak asetil kolin esterase inhibitörleri (donepezil, rivastigmin ve galantamin) tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (Yazıcıoğlu, 2010: 52)

AH tedavisinde son 20 yılda iki grupta dört ilaç kullanılmaktadır. Bunlar asetil kolin esterase inhibitörleri (kolinesteraz inhibitörleri) ve , Anti-glutamat tedavisinde kullanılan memantin'dir. Hastalığın orta ve ağır evresinde asetil kolin esterase inhibitörlerinden bir tanesi memantin ile kombine edilerek kombinasyon tedavisi uygulanabilir (Selekler,2012: 71-72).

AH hakkında yapılan epidemiyolojik çalışmalar farklı tipte bazı ilaçların AH tedavisinde kullanılabileceğini göstermektedir. Bunlar, steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar, kolesterol düşürücü ilaçlar (statinler), amiloid yapımını azaltmaya yönelik ilaçlar, anti-tau protein ilaçlar, apoptozu önlemeye yönelik ilaçlar, insülin ve diyabet tedavisinde kullanılan ilaçlar, kan-beyin bariyerini etkileme ve kök hücre tedavileridir (İlçk ve Çelik, 2012,573-581).

Bunun yanı sıra Alzheimer hastalığının iyileşme sürecini olumsuz anlamda etkileyen el zamanlı hastalıkların yönetilmesi gerekmektedir. Bunlar; davranışsal problemler ve fonksiyonel yetersizliklerdir. Alzheimer hastalığı ile görülme sıklığı artan depresyona yönelik olarak sertralin, citalopram ve fluoxetine gibi antidepresan ilaçlar, ajitasyon, paranoide delüzyonlar ve halüsinasyona yönelik risperidon ve olanzapine gibi atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak uyku ve davranışsal problemleri kontrol etmeye yönelik ilaçlar da tedavide yer almaktadır (Öztekin, 2000: 66-76).

BÖLÜM 2: TIBBİ SOSYAL HİZMET

Fiziksel yönü olan Alzheimer hastalığının aynı zamanda psikolojik ve sosyal bir yönü de bulunmaktadır. Sosyal sağlığın korunması amacıyla tıp alanında misyon yüklenen tıbbi sosyal hizmet hedef kitlesinden biri, kronik rahatsızlık yaşıyan bireyler ve aileleridir. Alzheimer hastalığı başladığından itibaren kronik bir şekilde devam etmesi, hastalığı yaşıyan bireyi ve sosyal çevresini birinci düzeyde olumsuz etkilemesi nedeniyle sosyal hizmet müdahalesi gerektirmektedir. Bu nedenle bu bölümde genel olarak tıbbi sosyal hizmet tanımı ve uygulamalarına ve Alzheimer hasta ve/ veya yakınlarına yönelik tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına yönelik bilgilere yer verilmiştir.

2.1 Tıbbi Sosyal Hizmet Tanımı

Kut, sosyal hizmet mesleğini bireyin karar verme özgürlüğünü kendi yararına kullanması açısından bilinçlenmesinde, yaşadığı çevrenin değışen sosyo-ekonomik koşullarına ve normatif sistemine uyum sağlayarak toplumda verimli bir unsur olması yönünden gerekli olan değışimin yaratılmasında müdahale edebilecek bilgi, yöntem ve becerilere sahip hatta bu tür bir müdahaleye yetkisi olan bir meslek olarak tanımlamaktadır (Kut,1988: 16).

Friedlander, sosyal hizmetinde hedefinin sadece birey, aile, grup ve toplumların sosyal ilişkilerinde yardımcı olmak değil, aynı zamanda sağlık ve ekonomik açıdan standartlarını yükselterek sosyal refaha daha iyi ulaşılması için plan ve politikalar hazırlanmak olduğunu belirtmektedir (Friendlander, 1961;akt. Özdemir, 2000: 102). Friendlanderın sosyal hizmet mesleği hedefinde değinilmiş olduğu bireyin sağlık standartlarını yükseltme tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ile örtülmektedir.

Sağlık sektöründe sosyal hizmetin ilk uygulamaları hastaneye yatan hasta ile ilgili aile, akraba ve yakınlarından bilgiler almak ve yine hasta ile ilgili aileye akrabalara ve yakınlarla bilgi vermek, hastanın aile ve dış çevre ile ilişkilerini güçlendirmek için ona yardımcı olmak gibi etkinlikler olmuştur.

Resmi Gazete öde (1973) yayınlanan tanıma göre tıbbi sosyal hizmet; hastaneye yatan her hastanın uygulanan tedaviden en etkili şekilde yararlanması amacıyla sosyal hizmet

personelince görülecek ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler yanėnda, hastanėn ailesi ve çevresi ile ilėlkilerinin dőzenlenmesi, hastaneden ıktėktan sonra kėlisel ve aile sorunlarėnė özőmlenmesi gibi hususlarėn tőmődőrő (Resmi Gazete,1973; akt. Duyan,1996: 7).

Yukarė değinilen tėbbi sosyal hizmet tanėnė ierikinde olan hasta, hastanėn ailesi ve çevresi ile olan ilėlkilerinin dőzenlenmesi misyonu, ilk tėbbi sosyal hizmet uygulamalarėnė gőnőmőzde tėbbi sosyal hizmet uygulamalarėnė içinde yerini aldėđėnė gősterir.

Tėbbi sosyal hizmet, koruyucu sađlėk hizmetleri kapsamėnda mikro, mezzo ve makro boyutlarda uygulamalar yapmayė benimsemiė, bu kapsamda eđitici, destekleyici, geliėtirici hizmetlerin yapėmasėnė hedeflemektedir. Nitekim, 4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansė Sađlėk ve Sosyal Hizmetler Komisyonu Raporuėna gőre tėbbi sosyal hizmetler; őkėli, grup, aile ve toplumun sađlėk hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmalarė amacėyla sosyal hizmet uzmanlarėnca yőrőtőlecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eđitsel boyutlarda, destekleyici ve geliėtirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleđinin yőntem ve felsefesiyle birleėtirilerek tēp ve koruyucu sađlėk hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bőtőnőő olarak tanėnlanmėťť (Duyan,1996: 7).

Tomanbay (1992), tėbbi sosyal hizmeti, hastalarėn bakėn, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden sađlėklarė yőnőnden yararlanmalarėnė engelleyen içsel ve dėsal sorunlarė özőmlenmesi amacėyla yapėdan ekonomik, toplumsal, psikolojik, eđitici, destekleyici hizmetlerin tőmő olarak tanėnlanmėťť. (Tomanbay, 1992: 105). Bu aėdan bakėddėđėnda tėbbi sosyal hizmet, sađlėk sorunlarė nedeniyle bakėn, tedavi ve rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalarėn tedavi, bakėn ve rehabilitasyonundan daha fazla faydalanmalarė için var olan bireysel veya sosyal sorunlarė özőmlenmesi uygulamalar yapmaktadı.

Tėbbi sosyal hizmetin temel őzelliki, hastalėkla ve hastalėđėn tėbbi tedavisi ile bađlantėđ bireyin ve ailenin yaėamėnė etkileyen sosyal ve duygusal sorunlarė őzebilmektir (Swanson, 2000).Bu bağlamda tėbbi ve psikiyatrik alanda alėđan sosyal hizmet uzmanlarė tedavi sőrecinde hastanėn ve ailelerinin pratik gereksinimlerinin karėđanmasė (sađlėk sigortasėndan yararlanma, sosyal yardėm hizmetlerinden yararlanma vb gibi)

hastalığın tedavisi ve izlemi için gerekli olan protez, ortez, ilaç gibi tıbbi malzemelerin saklanacak uygun kaynakların bulunması hastanın tedaviden en etkin biçimde yararlanabilmesi için sağlık ekibinin bir parçası olarak, hasta ve ailesi hakkında ekibe bilgi verilmesi ve ekibin çalışmalarının desteklenmesi, hastanın hastalık nedeniyle yaşadığı umutsuzluk, korku, üzüntü, çaresizlik ve suçluluk duyguları gibi psikolojik sorunların çözümünde destek olunması hastanın hastalık nedeniyle yerine getiremediği çocukların bakımını yapması gereken günlük işler gibi sorumlulukların yerine getirilmesi için destek sağlanması hastanın ailesi ve sosyal çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastanın ve ailesinin yasal konular, hakları toplumda var olan hizmetler ve bunlara nasıl ulaşabileceği gibi konularda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi, intihar girişimi, kayıplar, istismar mağduru olma gibi kriz ve travma yaratan yaşam durumlarının ele alınması ile ilgili konularda çalışmaktadır (Carr ve Parsons,1990)

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesine göre tıbbi sosyal hizmet; öyayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi).ô

Sonuç olarak tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında koruyucu, destekleyici, eğitici, geliştirici uygulamalar yapmaktadır. Yapılan uygulamalarda ise temel olarak;

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi
- Bireyin sosyal sağlığının korunması
- Bireyin tedavi, bakım ve rehabilitasyondan etkin bir şekilde faydalanması
- Bireyin tedavi, bakım ve rehabilitasyondan etkin bir şekilde faydalanmasını engelleyen bireysel ve çevresel sorunların çözümlenmesi
- Hasta ve ailesi ile tedavi süreci ve tedavi sonrasında ilişkilerinin düzenlenmesi

- Bireye sosyal illevsellik'in kazandırılması

hizmetlerini kapsamaktadır.

2.2 Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Sosyal hizmet uygulaması insanla kaynak sistemler arasındaki bağlantı ve etkileşimlerle, hem bireylerin hem de sistemlerin illeviinde karlılıktan sorunları odak alır (Pincus ve Minahan, 1973). Bartlett (1988)ö göre; sosyal hizmet uygulamaları bir değer, amaç yaptıran, bilgi ve yöntem bütünü olarak tanıılır (Bartlett, 1988).

Sosyal Hizmet uygulamasında, sosyal hizmetin mesleki müdahalesi söz konusudur. Mesleki müdahale; bir mesleğin yetki alanına giren sorunları, mesleki ahlaki ilkeleri doğrultusunda bilimsel kuram ve mesleki bilgi ve beceri araçlarıyla çözümlenmesidir (Özdemir, 2000: 8).

Sosyal hizmet uygulamasının amacı insanların sorun çözme ve sorunlarla başa çıkma kapasitelerini arttırma, insanların kaynak, hizmet ve fırsat verebilecek sistemlerle ilişkiye geçirme, bu sistemlerin etkili ve insanca illeviini saklama, sosyal politikanın gelişi mesi ve ilerlemesine katkıda bulunmaktır (Pincus ve Minahan, 1973).

Son yıllarda her toplumda meydana gelen sosyal, psikolojik, ekonomik değişimler ile birlikte sosyal hizmet mesleğinin odağı hizmet verilen bireylerin sorunlarına yönelmiştir. Bu yöneliş mesleki alanlarda uzmanlaşma çalışmalarıyla beraberinde girmiştir. Nitekim, Koşgar (1992) bu durumu şu şekilde açıklamıştır;

ó sosyal hizmet uygulaması 1920-1930larda kesin olarak alanlara göre bölünmüş bir görüntü çizerken, bu durum sosyal hizmet elemanlarının ortak bir oryantasyon kazanmalarını engellemiştir. Mesleğin oluşumuna uygun olarak sosyal hizmette uzmanlaşma uzun süre belirli bir alanda kazanılan ileri beceri olarak düşünülmüştür. Yani yeni yöntemlere göre uzmanlaşmadan çok alanlara göre uzmanlaşma söz konusu olmuştur. Örneğin; psikiyatrik sosyal hizmet, okul sosyal hizmeti gibi. (Koşgar, 1992: 23).

Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet uygulama alanlarındadır. 16.02.2011 tarih 7465 sayılı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi öne göre tıbbi sosyal hizmet uygulaması bireyle, grupta, ailesiyle, toplumla sosyal hizmet ve sosyal hizmet araştırması yöntemlerinin kullanıldığı ve başvuru, inceleme, müdahale,

değerlendirme, uygulama, sonuçlandırma ve izleme aşamalarının gerçekleştirildiği sosyal hizmet müdahalesi olarak tanımlanmıştır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, Madde:3).

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının odak noktası ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanmasını sosyal sağlığının korunmasını ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanmasıdır. Bu doğrultusunda tıbbi sosyal hizmet alanında yapılan uygulamalar hastaların ve/veya ailelerinin ihtiyaçlarına yönelik olarak gelişmekte olup, genel olarak yapılan tıbbi sosyal hizmet uygulamaları şu şekilde sıralanabilir;

- Hasta ve/veya ailesi ile psiko sosyal çalışma, grup çalışması eğitim çalışmaları
- Ayn-i (gıda, yakacak, giyecek, sağlık, barınma yardımları gibi)- Nakdi yardım sağlama için sosyal yardım mekanizmalarına hasta ve/veya ailesi adına bildirim yapma
- Tedavi masraflarının karşılanması için tedavi kaynaklarına yönlendirme
- Sosyal inceleme ve değerlendirme, ev ziyareti yapma,
- Kurum bakımına veya geçici barınma merkezlerine yerleştirme
- Hasta nakil hizmeti sağlamak için mahalli idareler ile koordinasyon sağlama
- Sosyal etkinlik düzenleme

2.3 Alzheimer Hastalarına ve Ailelerine Yönelik Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Profesyonel bir sosyal hizmet uygulaması bir seri aşama sonucunda gerçekleşir. Bu aşamalar:

1. Başlangıç (hasta ve sorunların belirlenmesi) aşaması

2. Sosyal hizmet planlama a1aması
3. Hizmetin verilmesi a1aması
4. Değerlendirme, sonlandırma ve takip a1aması(Duyan,1996: 22).

Ba1langıç a1amasında uzmanla ba1vuran ki1inin ilk kar1ılaşı tanırma ve sorunun ne olduğunun arařtırđđđđ sorun saptamasđđđđ yapıđđđđ a1amadır (Kul1gözoğlu, 2013: 98).Hastanın tıbbi bakım ve tedavi almasđna neden olan veya buna etki eden faktörler, hastanın içinde bulunduğu durumu anlamak için hastanın ailesi, hekimi ve diğer tıbbi bakım ve tedavi personelinden , hasta hakkında tutulan kayıtlardan hasta hakkında bilgi edinilir(Duyan,1996: 22-23).Hasta ile ilk kar1ılaşma, hastanın bireysel ba1vurusu, hasta ailesinin ba1vurusu, sosyal hizmet uzmanđđđđ tespiti veya tıbbi bakım ve tedavi personelinin tespiti üzerine olabilir.

Alzheimer hastalđđđđđ tipik özelliği, artan ya1a bağlı olarak görölme řeklđđđđđ artması yava1 yava1 ilerlemesi, kronik ve ilerleyici bir hastalık olmasđ bireyin bilişsel, duygusal ve sosyal illevselliğini kaybetmesine neden olmasđ bireyi zamanla günlük ya1am aktivitelerini yerine getiremeyecek, öz bakım becerilerini yapamayacak düzeyde bakđna muhtaç duruma getirmesidir. Bu nedenle ilk a1ama da genel olarak Alzheimer hastası ya1lı bakımna muhtaç ve kronik sağlık sorunları olan hasta olarak değerlendirilebilir, buna bağlı olarak ya1adđđđđ sorunlar belirlenebilir.

Sosyal hizmet uygulamasđđđđ, müdahalesinin planlanmasđ a1amasđ sorunun anla1ımasđndan sonra uygulanmasđ gereken hizmetin planlandđđđđ a1amadır. Hizmetin planlanmasđnda hasta ve/veya ailesi, sosyal hizmet uzmanđ ve diğer sağlık personeli ekip olarak karar almalıdır.

Alzheimer hastası hastalđđđđđ nedeniyle kendi kararđđđđ veremeyebilir bu nedenle ailesinin hasta hakkında karar vermesine izin verilmelidir. Alzheimer hastasđđđđ ve ailesinin ya1adđđđđ sorun tespit edildikten sonra hastanın ailesi ile hasta hakkında psiko-sosyal ve ekonomik değerlendirme yapılarak sorunun çözümüne yönelik uygun hizmet modeli planlanır.

Hizmetin verilmesi a1amasđ uygun görölün hizmet modelinin uygulandđđđđ sosyal hizmet müdahalesinin gerçekte1itiği a1amadır. Alzheimer hastanın veya ailesinin tespit

edilen soruna yönelik mikro ve mezzo tıbbi sosyal hizmet müdahalesi genel olarak şu şekilde planlanabilir;

1. Alzheimer hastalığı hastalık süreci hakkında hasta yakınlarına danışmanlık veya rehberlik hizmetinden bulunma, ailenin hastaya bakım konusunda eğitilmesi
2. Hastanın yaşam koşullarının saptanması için hastanın evine ziyaret yapma, sosyal inceleme ve değerlendirmede bulunma
3. Hasta ve ailesi ile ilgili psiko-sosyal ve ekonomik değerlendirme
4. Ayni- nakdi yardım sağlama, tedavi masrafları ve giderleri hakkında kaynak bulma, yönlendirme
5. Hastanın evde bakımına kolaylaştırıcı bakım ve destek hizmetlerinden faydalandırma
6. Bakım desteklerinden uzak olan veya bakım verenin tükenmişliği nedeniyle hastanın sürekli olarak bakımına gibi kurum bakımına yerleştirme
7. Hasta aileleri ile grup çalışmalarını yapma, sosyal faaliyetler düzenleme

Ayrıca toplumun Alzheimer hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, koruyucu önlemlerin toplumun tüm kesiminde aktifleştirilmesi, tedavi, bakım ve destek hizmetlerine kolay ulaşılabilir etkin sosyal politikaların geliştirilmesi, Alzheimer hastalarına özgü hizmet modellerinin oluşturulması gibi makro boyutlu müdahaleler de yapılabilir.

Moore ve Jones (2012), "Social Work and Dementia" isimli kitabında demanslara yönelik yapılacak müdahaleleri şu şekilde listelemiştir;

- Demans hakkında profesyonel kamu bilinç ve anlayışı geliştirmek
- Erken tanı ve müdahale hizmetlerinin kalitelendirilmesi
- Demanslara ve bakıcıların kaliteli bilgilendirme yapılması
- Bakım, destek ve tavsiye hizmetlerine kolay erişim sağlanması
- Akran desteği ve öğrenme ağlarının geliştirilmesi
- Personel destek hizmetleri

- Bakıcı stratejisinin uygulanması
- Hastanelerde demanslılara kaliteli bakım sağlanması
- Konut desteği, konut ilgili hizmetler, tele bakım desteği sağlamak
- Bakım evinde yaşamı sürdürmek
- Yaşam sonu bakım hizmetlerinin geliştirilmesi
- Demanslılara yönelik bilgilendirme ve etkili iletişim gücü oluşturulması
- Demans hakkında ortak stratejiler geliştirmek
- Sağlık ve bakım hizmetlerinin geliştirmek
- Etkin ulusal ve bölgesel stratejilerin uygulanması (Moore ve Jones, 2012: 25).

Yukarıda listelenen alternatif konular, mikro, mezo ve makro sosyal hizmet müdahaleleri olarak da değerlendirilebilir.

BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİK VE BULGULARI

Çalışmanın bu bölümünde Adapazarı ilçesinde yaşayan Alzheimer hastalarının, hastalıklarına etkileyen psiko-sosyal faktörlerin saptanmasına ilişkin yapılan araştırma bilgilerine yer verilmiştir.

3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırmalar, benimsenen yaklaşımlar, yöntem, süre ve amaçlarına göre sınıflandırılabilir. Alzheimer hastalıklarına etkileyen psiko-sosyal faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu araştırma yorumlayıcı yaklaşımlar (fenomenoloji) ile yapılmıştır. Yorumlayıcı yaklaşımlarda, sosyal yapıların inşası veya sosyal anlamalar ile deneyimler odaklıdır (Kümbetoğlu, 2005: 39). Yorumlayıcı yaklaşımların benimsenmesi Alzheimer hastalıkları hakkında önce, niçin oluyor sorusuna cevap bulunmasına sağlamıştır. Olan durumu izah etmeyi amaçlayan veya başka deyişle değişkenler arasında sebep sonuç ilişkisi üzerine temellendirilmiş bu çalışmada açıklayıcı (sebe-sonuç) araştırma yapılmıştır. Araştırma yöntemi veya veri edinme yöntemi olarak, yapılan çalışmada anket çalışmasıdır. Araştırmanın anket çalışması olarak yapılması elde edilen bilgilerin standardize olmasını ve kolay analiz edilmesini sağlamıştır. Araştırma, araştırılan olgu veya olguların belirli bir andaki durumunu ortaya koymasına yönelik olması nedeniyle kapsadığı süre bakımından anlık araştırma değildir.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, araştırmacının çalışma alanına oluşturan, örneğin seçtiği ve edindiği sonuçları genelleştireceği gruptur (Altunışık, v.d. 2010:130). Evren, belirli özelliği taşıyan bireyleri tümünün oluşturduğu topluluk olarak tanımlanır (Sümbüloğlu, vd., 1999: 36). Bu çalışmada örneklem grubunun seçildiği ve edinilen sonuçların genelleştirileceği evren Sakarya ili Adapazarı ilçesidir. Alzheimer hastalığına tanısı almış hastalar bu araştırmanın ele aldığı bireylerin ortak özelliğidir.

Örnekleme, bir çalışma için seçildikleri büyük grubu (evren) temsil edebilecek şekilde, grup içerisinde belli sayıda elemandan oluşan, bir alt elemanlar grubu oluşturulması

sürecidir (a.g.e.: 131). Yapılan araştırma türlerine göre örneklem tipi belirlenmesi bazı yöntemler kullanılabilir. Tanımlanan evrendeki her elemanın eşit ve bağımsız seçilme şansına sahip olma durumu basit tesadüfi örneklem yöntemi ifade etmektedir. Yapılan araştırmada basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılmıştır.

2012 yılı Sakarya il nüfusu 902 267 ; Adapazarı ilçe merkez nüfusu 257.826 ve 65 yaş ve üzeri toplam nüfus 19.091'dir (TÜİK, 2012c).

Tablo 1.Örneklem Geniiliği için Dikkate Alınan Veriler

Adapazarı İlçe Merkez Nüfusu	257.826
65 yaş ve üzeri Adapazarı İlçe Nüfusu	19.091
Türkiye'de Demans Görülme Sıklığı	%0.4
Adapazarı'nda Demansli 65 yaş ve üzeri birey sayısı	77

Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Geniiliği Tahmini:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: incelenen olayın görülme sıklığı

q: incelenen olayın görülme sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülme sıklığına göre yapmak istenen ± sapma

$$(77)(1.96)^2(0.20)(0.80)$$

n= _____

$$(0.05)^2(77-1)+(1.96)^2(0.20)(0.80)$$

n= 59 minimum toplam olgu miktarı dikkate alınarak **60 tane** hasta özelliklerini taşıyan hastalar araştırmanın örneklem grubunu oluşturulmuştur. Hastaların kendi geçmişleri hakkında net ve doğru bilgi verememesi nedeniyle araştırma da hasta ya refakatçi eden kişilerden hasta hakkında bilgi alınmıştır. Refakatçilerin belirlenen refakatçi özelliklerine sahip olması dikkate alınmıştır.

Araştırmanın hedef aldığı örneklem grubu özellikleri şu şekildedir;

Tablo 2. Örneklem Grubu Özellikleri

HASTA ÖZELLİKLERİ	✓ Adapazarı ilçesinde ikamet etmek, ✓ Alzheimer tanınmış kadın ve erkek olmak, ✓ Refakatçisi bulunmak,
REFAKATÇİ ÖZELLİKLERİ	✓ En az 20 yaşında olmak, ✓ Alzheimer tanınmış olan ve yukarıdaki ölçülere uygun hasta olmak, ✓ Hastanın kan/kayın yakını elî olmak, ✓ Araştırmaya katılmada gönüllü olmak,

3.3 Araştırmanın Metod ve Teknikleri

Araştırma konusu belirlendikten sonra ilk olarak literatür taramasına başlanılmış olup, konu ile ilgili yerli ve yabancı makale ve araştırmalar incelenmeye çalışılmıştır. Kaynak inceleme ve tarama sürecinde Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kütüphanesi, Sakarya Üniversitesi Süleyman Demirel Kütüphanesi, Yalova Üniversitesi Merkez Kütüphanesi'nden istifade edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma; teorik ve uygulamalı olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Teorik kısmı tamamlamak üzere nitel araştırma yöntem ve tekniklerden belge taraması kullanılmıştır. Karasar'a göre balırdı bir belgesel taramanın temel kolulu konuuya ilıkin belgelerin bulunması incelenmesi ve belli durum ya da görümleri açıda çıkartacak bir senteze varabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılabilmesidirö (Karasar, 2012: 188). Buradan hareketle anahtar sözcükler üzerinden araştırmaya başlanılmış olup, teorik kısmın kendi arasında bölümlere ayrılmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde; Alzheimer

hastalığının klinik belirtileri, nedenleri, görülme sıklığı, tanısı ve tedavi yöntemleri, hastalığının etkileyen psiko-sosyal faktörler gibi temel konulara değinilerek hastalık hakkında genel bilgiler paylaşılmıştır. İkinci bölümünde; tıbbi sosyal hizmet tanımı, tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri ve Alzheimer hastası ve yakınlarına yönelik tıbbi sosyal hizmet müdahalelerine yer verilmiştir. Son kısımda verilerin analizi, edinilen bulgulara ilişkin sonuç ve öneriler yer almaktadır. Uygulama kısmında ise anket tekniğinden elde edilen veriler değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Araştırmanın uygulamalı kısmında AH etkileyen psiko-sosyal faktörleri değerlendirilmesi için Sakarya evreni olmak üzere örneklem olarak ele alınan Adapazarı ilçesinde bulunan Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi'ne başvuran Alzheimer hasta ve hasta yakınlarına anket yöntemi uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket soruları, araştırma konusu, amaç ve hipotezleri doğrultusunda hazırlanmış olup; hazırlanan anket formu belirlenen örneklem grubu özelliklerini taşıyan 60 hastaya uygulanmıştır.

Bir ya da daha fazla organizasyon, grup ya da topluluk hakkında, belirli bir süre boyunca, sistematik araştırmanın yürütülmesi ve analiz edilmesi örnek olay yöntemi ile yapılabilir (Altunışık, vd., 2010: 130). Alzheimer hastaları hakkında yürütülen bu çalışma örnek olay yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bilgilerin sebep-sonuç ilişkisine dayandırılması nedeniyle bu araştırmada açıklayıcı örnek olay yöntemi benimsenmiştir.

3.4 Hipotezler

Bu araştırmada Alzheimer hastalarının yaşamlarındaki psiko-sosyal faktörler incelenecektir. Bu nedenle Alzheimer tanısı almamış hastaların tanınmadan önceki içinde bulundukları psiko sosyal durumların incelemek adına şu hipotezler geliştirilmiştir;

Hipotez 1: AH, 65 yaş üstü bireylerde daha sık görülür.

Hipotez 2: AH, kadınlarda daha fazladır.

Hipotez 3: AH, eğitim düzeyi düşük olan bireylerde daha fazla görülmektedir.

Hipotez 4: Sosyal ilişkileri gelişmiş kişilerde AH daha az görülür.

Hipotez 5: Ekonomik durumu zayıf olan bireylerde AH görülme sıklığı daha fazladır.

Hipotez 6: Kitap, dergi, gazete v.b. okuma faaliyetleri AH daha az görülmesini sağlar.

Hipotez 7: Düzenli yapılan egzersiz veya spor AH gelişmesini engeller.

Hipotez 8: Et, Yumurta, Kurubaklagil Grubu tüketimi fazla olan bireylerde AH görülmesi daha azdır.

Hipotez 9: Sık sigara kullanan bireylerde AH görülme sıklığı yüksektir.

Hipotez 10: Alkol kullanan AH görülme sıklığı artar.

Hipotez 11: Uyuşturucu madde kullanan AH görülme sıklığı artar.

Hipotez 12: Hipertansiyon olan bireylerde AH görülme sıklığı yüksektir.

Hipotez 13: Geçmişte depresyon veya derin üzüntü geçirme AH görülme sıklığı arttır.

Hipotez 14: Kafa travması geçirme AH görülme sıklığı arttır.

Hipotez 15: Herhangi bir nedenle ameliyat olmak AH görülme sıklığı arttır.

Hipotez 16: AH olan bireylerin birinci derece yakınlarında da AH görülme oranı yüksektir.

3.5 Araştırmanın Sınırları ve Varsayımı

Araştırma belirlenen konu, amaç, evren ve örneklem özellikleri, belirlenen hipotezler doğrultusunda hazırlanan anket sorularına verilen yanıtlar ile sınırlıdır. Araştırma Sakarya ili Adapazarı ilçesi ile sınırlanmıştır.

Araştırmanın bilimsel bilgilerini oluşturan literatürlerin konuyu doğru ele aldığını uygulama alanında başvurulan örneklem grubunun konuya ilişkin doğru ve samimi cevaplar verdiğini, seçilen örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

3.6 Araştırmanın Tanımları

Demans birden fazla zihinsel alanda kalıcı ve ilerleyici gerilemenin günlük yaşam aktivitelerini bozmasıyla sonuçlanan klinik bir sendromdur. Epidemiyolojik çalışmalarda ileri yaşıta en sık görülen demans nedeninin Alzheimer hastalığı olduğu bilinmektedir(Elmacı 2012: 171). Alzheimer Hastalığı karmaık gen- gen ve gen- çevre etkilimlerinin aktif rol oynadığı multifaktöriyal nörodejeneratif bir hastalıktır (Atelkan, 2012: 181).

Davranış ve sosyal bilimleri temel alan uygulamalı bir birey olan sosyal hizmet, mikro, mezzo ve makro düzeyde tüm insanların psiko-sosyal ihtiyaçlarını yerine getirmede ve refahlarının sağlanmasında koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici ihtiyaçlarıyla önemli bir misyona sahiptir (Farley vd., 2003; akt. Yıldırım, 2007:86). Sosyal hizmet müdahalesi, mesleki bilgi ve beceri ve değerlere sahip sosyal hizmet uzmanları tarafından mikro, mezzo ve makro düzeyde danışma, koruma, terapi, savunma, toplumu örgütleme ve kalkındırma gibi mesleki müdahalelerle gerçekleştirilmektedir (Dearling, 1998). Sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanlarından biri tıbbi sosyal hizmet alanıdır Barker (1999) Sosyal Hizmet Sözlüğünde tıbbi sosyal hizmeti, hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte ortaya çıkan psiko-sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözülmesi amacıyla hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamaları olarak tanımlamaktadır (Özbesler ve Kaçasöklü Çoban, 2010: 31). Dr. Richard C.Cabot Massachusetts Genel hastanesindeki kliniğine sosyal hizmet uzmanlarını 1905 yılında almaya başlamıştır (Oktay, 1995).

3.7 Veri Toplama Teknikleri ve Analiz

Araştırma konusu bağlamındaki veriler, anket tekniği ile elde edilmiştir. En genel anlamda anket, önceden belirlenmiş bir sorulamada ve yapıyla oluşturulan sorulara karşılık vermesiyle veri elde etme yöntemi olarak tanımlanabilir (Altunışık vd., 2010: 78). Anket, cevaplandırıcıya biçimsel mülakat yolu ile araştırmacı tarafından yönetilmiştir.

Anket ölçeği ön uygulamaya tabi tutularak sorular geliştirilmiştir. Ön uygulama anketin geçerlik ve güvenliğinin gözleme dayalı verilerle sorgulama aşamasıdır. Anketin taslak halindeki problemlerini belirlemede kritik bir öneme sahip olan ve araştırmanın hedef

kitlesine benzer özelliklere sahip olan bir grup üzerinde yapılacak ön çalışma, anketin uygulanması sonucunda geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edebilmek açısından oldukça önemli bir aılamadır (Büyüköztürk, 2005: 142). Anket uygulaması anketörler tarafından ilk etapta Alzheimer hastası olan kişilere on adet uygulanmış anketteki yanıtlar tespit edilip düzeltildikten sonra örneklem üzerine uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında hazırlanan anket soruları hastaların refakatçilerine uygulanmış olup, sekiz bölümden (refakatçi bilgileri, hastanın sosyo demografik bilgileri, aile durum tablosu, fiziksel aktivite, mental aktivite, besin türlerine göre tüketim, bağımlılık yapıcı madde kullanımı hastalık süreci bilgileri) oluşmaktadır.

Anket tekniği ile elde edilen veriler içerik analiz tekniği ile analiz edilmiştir. Bu çalışmada, anket tekniğinden edinilen veriler bilgisayara yüklenerek veri tabanı oluşturulmuş ve bu veriler üzerinde SPSS 16.0 (The Statistical Program for Social Science) paket programı aracılığıyla istatistiksel işlemler gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda istatistiksel tekniklerden frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma ve t-testi kullanılmıştır, elde edilen rakamsal bulgular yoruma tâbi tutulmuştur.

3.8 Bulgular ve Yorum

Araştırmada Sakarya evreni olarak alınmıştır. Örneklem dahilinde Sakarya ili sınırları içinde olan Adapazarı ilçesi ele alınmıştır. Örneklem grubuna daha çabuk ve rahat ulaşabilmek için Sakarya Yenikent Devlet Hastanesine müracaat eden Alzheimer hastaları ele alınmış olup; araştırmaya ilişkin gerekli izin hastane yöneticiliğinden resmi olarak alınmıştır. Alınan izin belgesi araştırmaya ekinde (Ek-2) sunulmuştur.

Anket, bizzat araştırmacı tarafından araştırmaya katılmaya gönüllü olan Alzheimer hastası olan kişilere uygulanmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yani refakatçilerinden izin alınmıştır. Bu izne dair belge Ek-1 Anket Formu ile birlikte sunulmuştur.

3.8.1 Araştırmaya Katılan Refakatçiler Hakkında Genel Bilgiler

Araştırma Alzheimer hastalarını hedef alması ve Alzheimer hastası olan bireylerin ise bilişsel kayıp yaşamaları nedeniyle sorulan sorulara net cevap veremeyeceği düşünüldüğünden sorular Alzheimer hasta yakınlarına sorulmuştur.

Tablo 3. Refakatçilerin Yaşı

Ortalama Yaşı	46
Minimum Yaşı	22
Maximum Yaşı	75
Toplam Sayı	60 kişi

Tablo 3'de ankete katılan hasta yakınlarının yaşı durumu hakkında bilgi verilmiştir. Buna göre refakatçilerin minimum yaşı 22, maksimum yaşı 75 olup; ortalama yaşı 46'dır.

Tablo 4. Refakatçileri Cinsiyeti

	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	35	58.3
Erkek	25	41.7
Toplam	60	100

Tablo 4'de ankete katılan refakatçilerin cinsiyete göre dağılımı verilmektedir. Refakatçilerin %58.3'ü kadın, %41.7 si erkektir. Bu veri hastaların daha çok kadınlar tarafından bakıldığını veya refakat edildiğini düşündürmüştür.

Tablo 5. Refakatçilerin Yaşı

	Sayı	Yüzde(%)
Birinci Derece Kan Yakını	38	63.3
İkinci Derece Kan Yakını	7	11.7
Üçüncü Derece Kan Yakını	1	1.7
Diğer	2	3.3
Birinci Derece Kayın Yakını	9	15.0
İkinci Derece Kayın Yakını	3	5.0
Toplam	60	100.0

Tablo 5'te refakatçilerin hastalara olan yakınlık durumunun incelenmiştir. Refakatçilerin %63.3'ünün birinci derece kan yakını olduğu görülmektedir. Akrabalık dereceleri içerisinde birinci derece kan yakınlığı olan kişiler anne, baba ve çocuklardan oluşmaktadır. Alzheimer hastalarının yaşlandıkça izlenir bir hastalık olması hastaların çocukları tarafından bakılmasını gerektirebilmektedir. Ankete katılan refakatçilerin

çoğunluğunun birinci derece yakınlardan oluşması Alzheimer hastaları hakkında alınan bilgilerin çocuklarından alındığı bilgisine ulaşılmaktadır.

Tablo 6. Refakatçilerin Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
İlkokul terk	1	1.7
İlkokul	36	60
Ortaokul	5	8.3
Lise	12	20
Üniversite	6	10
Toplam	60	100

Tablo 6’da refakatçilerin eğitim durumu incelenmiştir. Buna göre refakatçilerin %60’ının ilkokul , % 20’sinin lise, %10’unun üniversite, % 8.3’ünün ortaokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Refakatçiler arasında okuma yazma bilmeyen, herhangi mezuniyete sahip olmadan okuma yazma bilen, yüksek lisans mezunu olan kişi bulunmamaktadır. Bu nedenle tabloyu kalabalıklaştırmamak adına bu verilere tablo içerisinde yer verilmemiştir.

Tablo 7. Refakatçilerin Çalışma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Çalışıyor	22	36.7
Çalışmıyor	38	63.3
Toplam	60	100,0

Tablo 7’de refakatçilerin çalışma durumu incelenmiştir. Buna göre refakatçilerin %63.3’ü çalışmamaktadır. Bu veri Alzheimer hastalarının bakım ve denetim gerektiren hasta olmasından dolayı hastaya düzenli olarak refakat eden, bakım veren kişilerin çalışmamasına neden olduğunu düşündürmüştür.

3.8.2 Alzheimer Hastalarına Ait Bilgiler

Araştırmaya katılan Alzheimer hastalarının yaşı cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hali, geçmişte icra ettikleri meslek durumu, ekonomik durumu, aile durumu, fiziksel aktivite, mental aktivite yapma durumu, çevresi ile olan sosyal ilişki düzeyi, tükettiği besin durumu, sağlık sorunlarına ilişkin elde edilen veriler bu bölümde düzenlenmiştir.

Tablo 8. Yaş Dağılımı

Ortalama Yaş	81
Minimum Yaş	65
Maksimum Yaş	97

Tablo 8'de Alzheimer hastalarının yaş dağılımı incelenmiştir. Buna göre, hastaların en küçüğü 65; en büyüğü ise 97 yaşında olup, hastaların ortalama yaşı 81'dir. Elde edilen bu bilgi hipotez 1 için, 65 yaş üstü bireylerde daha sık görülür ifadesini doğrulamaktadır.

Tablo 9. Cinsiyet Dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	36	60.0
Erkek	24	40.0
Toplam	60	100,0

Tablo 9'da Alzheimer hastalarının cinsiyet durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların %60'ının kadın; %40'ının ise erkek olduğu tespit edilmiştir. Bu veri ışığında AH kadınlarda daha fazla görülüşü bilgisine ulaşılabilmektedir. Hipotez 2 kabul edilmiştir.

Tablo 10. Medeni Hal Dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
Evli	20	33.3
Bekar	1	1.7
Bölünmüş	0	0
Dul	39	65.0
Toplam	60	100.0

Tablo 10'da Alzheimer hastalarının medeni hali incelenmiştir. Buna göre %65'inin dul, % 33.3'ünün evli olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Okuma- yazma bilmiyor	28	46.7
Okuma- yazma biliyor	14	23.3
İlkokul terk	1	1.7
İlkokul	16	26.7
Ortaokul	0	0
Lise	1	1.7
Toplam	60	100,0

Tablo 11'de hastaların eğitim durumları incelenmiştir. Buna göre %46.7'si okuma yazma bilmemekte; %26.7'si ilkokul mezunu; %23.3 ise herhangi bir mezuniyete sahip olmaksızın okuma yazma bilmektedir. Hastaların %1.7'si lise mezunu iken üniversite mezunu ve ortaokul mezunu hasta sayısı olmadığı tespit edilmiş olup tabloyu sade tutmak için bu veriye tabloda yer verilmemiştir. Tablo incelendiğinde hastaların eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmekte olup Hipotez 3 kabul edilmiştir.

Tablo 12. Cinsiyete Göre Eğitim Durumu

	Kadın	Erkek	Toplam
Okuma Yazma Bilmiyor	25 %41.7	3 %5.0	28 %46.7
Okuma Yazma Biliyor	8 %13.3	6 %10	14 %23.3
İlkokul Terk	0 %0	1 %1.7	1 %1.7
İlkokul	3 %5.0	13 %21.7	16 %26.7
Lise	0 %0	1 %1.7	1 %1.7
Toplam	36 %60.0	24 %40.0	60 %100.0

P=0,000

Tablo 12'de hastaların cinsiyetine göre eğitim durumu incelenmiştir. Yapılan ki kare testi neticesinde edinilen p değeri 0,005'ten küçük olması nedeniyle değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, kadınların çoğunlukla %41.6 oranıyla okuma yazma bilmediği; % 13.3'ünün herhangi bir mezuniyete bağlı olmaksızın okuma yazma bildiği görülmüştür. Kadınların herhangi mezuniyete bağlı olmaksızın okuma yazma bilmeleri kadınlara yönelik yapılan eğitim faaliyetlerine katılmaları (halkevi, akşam okulları gibi), kendi çabaları okuma yazma öğrendikleri düşüncesini oluşturmıştır. Erkeklerin ise %21.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Bu veri Tablo 9'da elde edilen kadınlarda AH görülme durumunun erkeklere oranla daha yüksek olması Tablo 12'de kadınların eğitim durumunun erkeklere oranla daha düşük olması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 13. Cinsiyete Göre Mesleki Durum

	Kadın	Erkek	Toplam
Memur	0 %0	3 %5	3 %5
İşçi	1 %1.7	2 %3.3	3 %5
Serbest Meslek	0 %0	10 %16.7	10 %16.7
Çiftçilik Hayvancılık	1 %1.7	9 %15	10 %16.7
Herhangi bir işte çalışmadı	34 %56.7	0 %0	34 %56.7
Toplam	36 %60.0	24 %40.0	60 %100.0

P=0,000

Tablo 13'te hastaların cinsiyete göre mesleki durumları incelenmiştir. Yapılan ki kare testi neticesinde edinilen p değeri 0,005'ten küçük olması nedeniyle değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, kadınların %56.7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, erkeklerin ise %16.7 oranında serbest meslek icra ettikleri tespit edilmiştir. Kadınların iş gücüne katılan oranının düşük olması aynı zamanda Tablo 12'den elde edilen kadınlarda eğitim düzeylerinin erkeklere göre düşük olması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 14. Ekonomik Durum

	Sayı	Yüzde (%)
--	------	-----------

Zayıf	26	43.3
Orta	30	50.0
İyi	4	6.7
Toplam	60	100.0

Tablo 14'te hastaların ekonomik durumları incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %50 oranı ile ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu veri doğrultusunda "Ekonomik durumu zayıf olan bireylerde AH görülme sıklığı daha fazladır" ibareli hipotez 5 kabul edilmemiştir.

Tablo 15. Cinsiyete Göre Ekonomik Durum Dağılımı

	Kadın	Erkek	Toplam
Zayıf	19 %31.7	7 %11.7	26 %43.3
Orta	16 %26.7	14 %23.3	30 %50.0
İyi	1 %1.7	3 %5.0	4 %6.7
Toplam	36 %60.0	24 %40.0	60 %100.0

p=0,108

Tablo 15'te cinsiyete göre ekonomik durum incelenmiştir. Yapılan ki kare testi neticesinde edinilen p değeri 0,005'ten büyük olması nedeniyle dekilkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak edinilen bilgiler değerlendirmeye tabi tutulduğunda kadınların erkeklere oranla %31.7 oranıyla ekonomik durumunun zayıf olduğu görülmüştür. Hipotez 5'deki "Ekonomik durumu zayıf olan bireylerde AH görülme sıklığı daha fazladır" cinsiyet bazlı düldüğünde kabul edilmmiştir.

Tablo 16. Eğitim Durumuna Göre Ekonomik Durum

	Zayıf	Orta	İyi	Toplam
Okuma Yazma Bilmiyor	18 %30.0	9 %15.0	1 %1.7	28 %46.7
Okuma Yazma Biliyor	5 %8.3	9 %15.0	0 %0	14 %23.3
İlkokul Terk	0 %0	1 %1.7	0 %0	1 %1.7
İlkokul	3 %5.0	10 %16.7	3 %5.0	19 %26.7
Lise	0 %0	1 %1.7	0 %0	1 %1.7
Toplam	26 %43.3	40 %50.0	4 %6.7	60 %100

P=0,060

Tablo 16'da eğitim düzeyi ve ekonomik durum karlılaştırmaları yapılmıştır. Yapılan ki-kare testi neticesinde edinilen p değeri 0,005'ten büyük olması nedeniyle değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak edinilen bilgiler değerlendirmeye tabi tutulduğunda ise okuma yazma bilmeyenlerin %30'unun ekonomik durumunun zayıf olduğu, okuma yazma bilenlerin %15'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, ilköğretim mezunu olanların %16'sının ekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu gözlemlenmiştir. Bu veri doğrultusunda eğitim düzeyi yükseldikçe ekonomik durumun iyileştiği kanısına varılmıştır.

Hastalar arasında lise, üniversite, yüksek lisans mezunu olan bulunmadığı için bu verilere tabloda yer verilmemiştir.

Tablo 17. Sahip Olunan Çocuk Sayısı

	Sayı	Yüzde (%)
Hiç çocuk yok	3	5
1 çocuk	1	1.7
2 çocuk	6	10
3 çocuk	9	15
4 çocuk	14	23.3
5 çocuk	7	11.7
6 çocuk	9	15
7+ çocuk	11	18.3
Toplam	60	100
Ortalama	5 çocuk	

Tablo 17'de hastaların sahip olduğu çocuk sayıları değerlendirilmiştir. Buna göre, birinci çoğunlukla hastaların %23.3'ü dört çocuk sahibi, ikinci çoğunlukla %18.3'ü yedi ve üstü çocuk sahibi, üçüncü çoğunlukta ise % 15'ü üç ve altı çocuk sahibidir. Tüm bu veriler ışığında sahip olunan ortalama çocuk sayısı bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programıyla hesaplanmıştır. Bu hesaba göre sahip olunan çocuk sayısı ortalama beştir.

Tablo 18. Yaşadıkları Ortalama Kişi Sayısı

	Sayı
Minimum	1
Maksimum	8
Ortalama	4

Tablo 18'de hastaların şu an yaşadıkları ortalama kişi sayısı incelenmiştir. Buna göre hastaların en fazla sekiz kişi ile birlikte, en az bir kişi ile birlikte; ortalama dört kişi ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, nedeniyle hastaların bakıma muhtaç duruma

gelmesi, düzenli olarak bakım hizmetine ihtiyaç duymasından dolayı hastaların kendi aile üyeleri veya bakıcılarıyla yaşadığı düşüncesini oluşturmuştur.

Tablo 19. Geçmişteki Sosyal İlişki Düzeyi

	Sayı	Yüzde (%)
Çok iyi	9	15.0
İyi	38	63.3
Ne iyi ne kötü	9	15.0
Kötü	4	6.7
Toplam	60	100.0

Tablo 19'da hastaların Alzheimer tanısı almadan önceki sosyal çevresi (ailesi, akrabaları komşu- arkadaşları ile olan ilişki düzeyi incelenmiştir. Buna göre, hastaların birinci çoğunlukla %63.3'ünün çevresi ile ilişkilerinin iyi olduğu; ikinci çoğunlukta ise %15'inin çevresi ile ilişkilerinin çok iyi veya ne iyi ne kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir; hipotez 4 'Sosyal ilişkileri gelişmiş kişilerde AH daha az görülür' ifadesi nedeniyle kabul edilmemiştir.

Tablo 20. Fiziksel Aktivite Yapma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	18	30.0
Hayır	42	70.0
Toplam	60	100.0

Tablo 20'de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce fiziksel aktivite yapma durumu incelenmiştir. Buna göre, hastaların çoğunluğunun %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir. **Hipotez 7** 'Düzenli yapılan egzersiz veya spor AH gelişmesini engeller' ibaresi ile hastaların fiziksel aktivitede bulunmaması bağdaştırılmı olup hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 21. Fiziksel Aktivite Yapma Sıklığı

	Sayı	Yüzde (%)
Her gün	14	23.3
Haftada bir kez	2	3.3
Haftada iki kez	1	1.7
Haftada üç kez	1	1.7
Toplam	18	30.0

Tablo 21’de fiziksel aktivite yaptıkları belirtilen hastaların (18 kişi=%30’ü) fiziksel aktivite yapma sıklığı incelenmiştir. Buna göre, hastaların birinci çoğunluğu %23.3’ü her gün; ikinci çoğunluğu %3.3’ü haftada bir kez fiziksel aktivitede bulunmuştur. Her gün fiziksel aktivite yapan hasta sayışının diğerlerine göre daha fazla olduğu anlaşılmakta olup; hipotez 7 bu tablodan elde edilen veriler ışığında kabul edilmemiştir.

Tablo 22. Fiziksel Aktivite Olarak Namaz Kılma Durumu

Namaz Kılma Durumu	Fiziksel Aktivite Yapma Durumu		
	Evet	Hayır	Toplam
Hiç	2 %3.3	4 %6.7	6 %10.0
Düzensiz	5 %8.3	2 %3.3	7 %11.7
Her gün	10 %16.7	34 %56.7	44 %73.3
Dini Günler	1 %1.7	2 %3.3	3 %5.0
Toplam	18 %30.0	42 %70.0	60 %100.0

P=0.40

Tablo 22’de hastaların namaz kılma durumu fiziksel aktiviteye katılma açısından değerlendirilmiştir. Yapılan ki kare testi neticesinde edinilen p değeri 0,005’ten büyük olması nedeniyle dekilkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak edinilen bilgiler değerlendirmeye tabi tutulduğunda fiziksel aktivite yapanların çoğunluğunun %16.7’sinin; fiziksel aktivite de bulunmayanların çoğunluğunun %56.7’sinin hergün namaz kıldığını tespit edilmiştir. Buna göre namaz kılmak düzenli bir fiziksel aktivite olarak kabul edildiğinde namaz kıldığını belirlenen hastaların (18 kişi=%30’ü), %16.7 sinin her gün namaz kılarak her gün düzenli fiziksel aktivitede bulunduğu sonucuna varılabilir.

Tablo 23.Okuma Faaliyetinde Bulunma

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	20	33.3
Hayır	40	66.7
Toplam	60	100.0

Tablo 23’te hastaların kitap, dergi, gazete v.b. okuma faaliyetlerinde bulunup bulunmadığını incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %66.7’sinin herhangi

bir okuma faaliyetinde bulunmadıkça tespit edilmiş olup hipotez 6 6Kitap, dergi, gazete v.b. okuma faaliyetleri AH daha az görülmesini sağlar ifadesiyle kabul edilmiştir.

Tablo 24.Eğitim Durumuna Göre Okuma Faaliyetinde Bulunma Durumu

Eğitim Durumu	Okuma Faaliyetinde Bulunma		
	Evet	Hayır	Toplam
Okuma Yazma Bilmiyor	1 %1.7	27 %45.0	28 %46.7
Okuma Yazma Biliyor	7 %11.7	7 %11.7	14 %23.3
İlkokul Terk	0 %0	1 %1.7	1 %1.7
İlkokul	11 %18.3	5 %8.3	16 %26.7
Lise	1 %1.7	0 %0	1 %1.7
Toplam	20 %33.3	40 %66.7	60 %100.0

P=0,000

Tablo 24'te hastaların eğitim durumuna göre okuma faaliyetinde bulunma durumu incelenmiştir. Yapılan ki kare testi neticesinde edinilen p değeri 0,005'ten küçük olması nedeniyle değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre, birinci çoğunlukla okuma yazma bilmeyenlerin %45.0'inin; ikinci çoğunlukla herhangi mezuniyete tabi olmadan okuma yazma bilenlerin % 11.7'sinin okuma faaliyetinde bulunmadıkça tespit edilmiştir. Okuma faaliyetinde bulunanların ise çoğunlukla %18,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Bu tabloda eğitim düzeyinin okuma faaliyetini etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo 25. Okuma Sıklık Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Her gün	13	21.7
Haftada bir gün	3	5.0
Haftada iki gün	3	5.0
Haftada üç gün	1	1.7
Toplam	20	33.3

Tablo 25'te okuma faaliyetinde bulunan hastaların (20 kişi=%33.3'ü) okuma faaliyeti sıklıkla incelenmiştir. Buna göre, hastaların çoğunlukla % 21.7'sinin her gün okuma faaliyetinde bulunduğu tespit edilmiştir. Bu tespit üzerine her gün okuma faaliyetinde bulunanlarda AH görülme sıklığının daha fazla görüldüğü ve her gün okuma faaliyeti

yapmanın hastalığa engelleyen bir faktör olmadığı görülmüştür. Buna göre hipotez 6 6Kitap, dergi, gazete v.b. okuma faaliyetleri AH daha az görülmesini sağlar ifadesi bu veri ışığında doğrulanamamıştır.

Tablo 26.Mental Aktivitelerde Bulunma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Zeka Oyunları	2	3.3
Tiyatro-Sinema İzleme	0	0
Resim-Müzik Uygulama	0	0
Edebi-Dini Eserler Ezberleme	18	30.0
Hiçbiri	40	66.7
Hepsi	0	0
Toplam	60	100.0

Tablo 26'da hastaların Alzheimer tanısı almadan önce yaptıkları mental aktiviteler incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunlukla %40'ının hiçbir mental aktivite ile uğraılmadığı, ikinci çoğunlukla %30'ünün edebi-dini eser ezberlediği; üçüncü çoğunlukla ise %3.3'ünün zeka oyunları ile uğraıldığı tespit edilmiştir. Ankete verilen cevaplar arasında zeka oyunları seçeneğini belirten katılımcılar hastalarının bulma çözümlerini beyan etmişlerdir.

Tablo 27.Mental Aktivite ve Okuma Faaliyeti Bağlamında Kuran-ı Kerim Okuma

	Sayı	Yüzde (%)
Hiç	33	55.0
Her gün	9	15.0
Zaman zaman	18	30.0
Toplam	60	100.0

Tablo 27'de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce Kuran-ı Kerim okuma durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %55'inin hiç Kuran-ı Kerim okumadığı.

Tablo 28.Eğitim Durumuna Göre Kuran-ı Kerim Okuma Durumu

	Hiç	Her gün	Zaman zaman	Toplam
Okuma Yazma Bilmiyor	16 %26.7	0 %0	12 %20.0	28 %46.7
Okuma Yazma Biliyor	8 %13.3	4 %6.7	2 %3.3	14 %23.3
İlkokul Terk	1 %1.7	0 %0	0 %0	1 %1.7
İlkokul	8	4	4	16

	%13.3	%6.7	%6.7	%26.7
Lise	0 %0	1 %1.7	0 %0	1 %1.7
Toplam	33 %55.0	9 %25.0	18 %30	60 %100.0

P=0,037

Tablo 28’de hastaların eğitim durumuna göre Kuran-ı Kerim okuma durumu incelenmiştir. Yapılan ki kare testi neticesinde edinilen p değeri 0,005’ten büyük olması nedeniyle değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunulamamıştır. Ancak edinilen bilgiler değerlendirmeye tabi tutulduğunda hiç okumayanlar arasında okuma yazma bilmeyenlerin %26.7 oranıyla çoğunluklu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca okuma yazma bilmeyenler arasında ikinci çoğunluğun %20’sinin zaman zaman Kuran-ı Kerim okuduğu tespit edilmiş olup; bu durum Türkçe okuma yazması olmayan fakat arap alfabelerini bilen kişilerin Kuran-ı Kerim okumasından kaynaklandığı düşüncesini oluşturmuştur.

Tablo 29. Besin Türlerine Göre Tüketim Şekli

	Hiç	Bazen	Sık Sık
Et	4 %6.7	28 %46.7	28 %46.7
Balık	21 %35.0	21 %35.0	18 %30.0
Tavuk	3 %5.0	26 %43.3	31 %51.7
Yumurta	1 %1.7	21 %35.0	38 %73.3
Baklagil	4 %6.7	12 %20.0	44 %73.3
Süt	1 %1.7	18 %30.0	41 %68.3
Yoğurt	1 %1.7	15 %25	44 %73.3
Peynir	1 %1.7	15 %25	44 %73.3
Ekmek	2 %3.3	3 %5.0	55 %91.7
Sebze	2 %3.3	19 %31.7	39 %65.0
Meyve	1 %1.7	17 %28.3	42 %70.0

Tablo 29’da hastaların Alzheimer tanısı almadan önceki tükettikleri besinlerin şekli incelenmiştir. Buna göre, hastaların sırasıyla % 91.7 oranında ekmek ve tahıl grubu;

%73.3 oranında baklagil, yumurta, yoğurt, peynir; %70 oranında meyve; %68.3 oranında süt; %65 oranında sebze; %51.7 oranında tavuk; %46.7 oranında et; %30 oranında balık tüketmektedir. Tüm besinler arasında en fazla tüketimin ekmek ve tahıl grubu ürünleri, en az tüketimin ise balık olduğu tespit edilmiştir. Bu veri ışığında hipotez 8 öBalık tüketimi fazla olan bireylerde AH görülmesi daha azdır ifadesi doğrulanmıştır.

Tablo 30.Sigara-Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanma Durumu

	Evet	Hayır	Toplam
Sigara	17 %28	43 %71	60 %100
Alkol	6 %10	54 %90	60 %100
Uyuşturucu Madde	0 %0. 0	60 %100	60 %100

Tablo 30'da hastaların Alzheimer tanesi almadan önce sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanma durumu incelenmiştir. Buna göre, hastaların genel olarak sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmadığı tespit edilmiştir. Bu veri ışığında hipotez 9 ve hipotez 10 kabul edilmemiştir. Madde kullanma içinde %28 oranında sigara kullanma oranının fazla olduğu görülmüştür; hipotez 9 kabul edilmiştir.

Tablo 31.Doğultan Var Olan veya Sonradan Olulan Engel Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	6	10
Hayır	54	90
Toplam	60	100

Tablo 31'de hastaların Alzheimer tanesi almadan önceki doğultan veya sonradan olulan herhangi bir engel durumu olup olmadığının incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunlukla %90'ının herhangi bir engel durumuna sahip olmadığı tespit edilmiştir. Engellilik ile AH arasında bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.

Ayrıca engelli olduğu saptanan %10'duk dilimdeki hastaların engel türü incelenmiştir; bu veri tablolarla kalabalıklı tamamak adına ayrıca bir tablo ile gösterilmemiştir. Buna göre bilgisayar ortamında SPSS ile yapılan hesaplamalarda hastaların %6.7'sinin bedensel engelli; %3.3'ünün görme engelli olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 32.Yalından Sağlık Durumu

	Say	Yüzde (%)
Evet	37	61.7
Hayır	23	38.3
Toplam	60	100.0

Tablo 32'de hastaların Alzheimer öncesinde yaşadığı sağlık sorunu olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunlukla %61.7'sinin sağlık sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 33.Yalından Sağlık Sorunu Dağılımı

	Evet	Hayır	Toplam
Hipertansiyon	24 %40	36 %60	60 %100.0
Diabetus Mellitus	7 %11.7	53 %88.3	60 %100.0
Hiperkolestrolemi	6 %10	54 %90	60 %100.0
Kalp-Damar Hastalıkları	10 %16.7	50 %83.3	60 %100.0
Kanser	1 %1.7	59 %98.3	60 %100.0
Obezite	0 %0	0 %0	60 %100.0
Diğer	10 %16.7	50 %83.3	60 %100.0

Tablo 33'te sağlık sorunu olduğu tespit edilen hastaların (37 kişi= %61.7) ne tür sağlık sorunu olduğu incelenmiştir. Buna göre hastaların birinci çoğunlukla %40'ının hipertansiyon rahatsızlığı, ikinci çoğunlukla %16.7'sinin kalp damar rahatsızlıkları ve diğer rahatsızlıkları üçüncü çoğunlukla %11.7'sinin diabetus mellitus rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir. Anketi cevaplayanların diğer seçeneğine göğüs hastalıkları migren ve serebro vasküler hastalıkları ifade ettikleri tespit edilmiştir. Bu veri ışığında hipotez 12 "Hipertansiyon olan bireylerde AH görülme sıklığı yüksektir" ifadesi kabul edilmiştir.

Tablo 34. Depresyon veya Derin Üzüntü Geçirme Durumu

	Say	Yüzde (%)
Evet	43	71.7
Hayır	17	28.3
Toplam	60	100.0

Tablo 34'te hastaların Alzheimer tanısı almadan önce depresyon veya derin üzüntü yaşıma durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunlukla %71.7'sinin depresyon veya derin üzüntü yaşadığı tespit edilmiştir. Bu veri doğrultusunda hipotez 13 kabul edilmiştir.

Tablo 35. Depresyon veya Derin Üzüntü Nedenleri

	Sayı	Yüzde (%)
Kötü Geçen Çocukluk Dönemi	2	3.3
Aile Üyelerinden Ayrılmak	4	6.7
Aile Üyelerinin Vefatı	23	38.3
Aile içi Sorunlar	5	8.3
Sağlık Sorunları	2	3.3
Ekonomik Sorunlar	2	3.3
Travmatik Olaya Maruz Kalma	3	5.0
Diğer	2	3.3
Toplam	43	71.7

Tablo 35'de depresyon veya derin üzüntü yaşayan hastaların (43 kişi=%71.7) hangi nedene bağlı olarak depresyon veya derin üzüntü yaşadıkları incelenmiştir. Buna göre, hastaların birinci çoğunluğu %38.3'ü aile üyelerinin vefatı (anketi cevaplayanlar daha çok eşi ve çocukların vefatını belirtmiştir.); ikinci çoğunlukla %8.3'ünün aile içi sorunlar, üçüncü çoğunlukla %6.7 aile üyelerinden ayrılmak nedeniyle depresyon veya derin üzüntü yaşamıştır. Bu veride dikkat çeken nokta üç çoğunlukta ailevi sebeplerden kaynaklanmıştır.

Tablo 36. Ameliyat Olma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Evet	37	61.7
Hayır	23	38.3
Toplam	60	100.0

Tablo 36'de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce herhangi bir nedenle ameliyat olma durumu incelenmiştir. Bu incelemenin amacı ameliyata bağlı olarak anestezi almanın AH ile ilişkisini saptamaktır. Buna göre, hastaların çoğunlukla %61.7'sinin herhangi bir nedenle ameliyat olduğu tespit edilmiştir. Bu veri hastaların çoğunluğunun ameliyata bağlı olarak anesteziye maruz kaldığı bilgisine ulaştırmış ve hipotez 15 "Herhangi bir nedenle ameliyat olmak AH görülme sıklığını arttırmış" ifadesi kabul edilmiştir.

Tablo 37. Kafa Travması Geçirme Durumu

	Say	Yüzde (%)
Evet	10	16.7
Hayır	50	83.3
Toplam	60	100.0

Tablo 37’de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce kafa travması geçirme durumu incelenmiştir. Bu incelemede kafa travması geçirmenin AH ile ilişkisini saptamaktır. Buna göre hastaların çoğunluğu %83.3’ü kafa travması geçirmemiştir. Bu veri doğrultusunda hipotez 14 “Kafa travması geçirme AH görülme sıklığına artırdı” ifadesi kabul edilmemiştir.

Tablo 38. Hafif Kognitif Bozukluk (hkb) Tanısı Alma Durumu

	Say	Yüzde (%)
Evet	1	1.7
Hayır	59	98.3
Toplam	60	100.0

Tablo 38’de hastaların Alzheimer tanısı almadan hkb tanısı alma durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %98.3’ünün hkb tanısı almadığı tespit edilmiştir. Bu veri Alzheimer öncesi ortaya çıkan hafif belirtilerin hasta ve yakınları tarafından göz ardı edildiği, belirtilerin şiddeti arttıktan sonra sağlık kuruluşuna başvurulduğu, bu sebeple hastanın klinik seyrinin uzatmadığı bilgisine ulaşılmıştır.

Tablo 39. Aile Yakınlarında Alzheimer Tanısı Olma Durumu

	Say	Yüzde (%)
Evet	20	33.3
Hayır	40	66.7
Toplam	60	100.0

Tablo 39’da hastaların aile yakınlarında daha önceleri Alzheimer tanısı bireylerin olma durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %66.7’sinin aile yakınlarında böyle bir rahatsızlık olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 8’e göre araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşı 81 olması genel olarak hastaların anne ve babasının hayatta olmadığı kanaatini oluşturmıştır. Bu kanat doğrultusunda hastaların anne ve babasının Alzheimer hastası olup olmadığı bilineme ihtimali düşmektedir. Genel olarak toplumda görülen yaşlarda bunama anlayışı yani belirli yaştan sonra bilişsel fonksiyonlarında kayıp olan yaşlıların bunama olarak değerlendirilmesi ve herhangi bir tedavi ihtiyacı

hissedilmemesi de aile yak nlar ndaki AH tespit edilememesine neden olduğu düşünülmektedir.

Tablo 40. Alzheimer Tan   Olan Bireylerin Hastaya Yak nl k Derecesi

	Say�	Y�zde (%)
Birinci Derece Kan Yak�nl��	4	20
�kinci Derece Kan Yak�nl��	14	70
���nc� Derece Kan Yak�nl��	2	10
Toplam	20	100

Tablo 40 da hastaların ka  nc  derece aile yak nlar nda Alzheimer hastal   olduğu incelenmiştir. Buna göre AH, birinci  ok nlukla %70 nin ikinci derece kan yak nlar nda; ikinci  ok nlukla %20 sinin ise birinci derece yak nlar nda olduğu tespit edilmiştir. Anket uygulanma aşamasında anketi cevaplayanlar n ikinci derece kan yak nlar  bağlamında en fazla hastan n karde lerinde AH olduğunu; birinci derece kan yak nl   bağlamında ise en fazla anne-babasında AH olduğunu ifade etmiştir. Bu veri doğrultusunda hipotez 16  AH olan bireylerin birinci derece yak nlar nda da AH g r lme oran y ksektir  doğrulanmad   saptanm  t .

Tablo 4 e göre anketi cevaplayan refakatçilerin  ok nlukla %63.3 nin n hastaların birinci derece kan yak n yani  ocuklar  olmas  ve refakatçilerin yal  ortalamasının 46 olmas  Tablo 42 nin sonucunu etkilediği düşünülmektedir. Bu durum refakatçilerin yal  ortalaması olarak AH g r lme olas    nda baz alınan 65 veya üzeri yalın altında olmaları nedeniyle hastaların  ocuklar nda AH bulgular n  rastlan mamas  refakatçilerin, hastaların anne ve babas  hakkında net bilgiler hat lamamas  faktörlerinden kaynakland  n d   ncesini oluşturmuştur.

Tablo 41. Alzheimer Tan   Alma Durumu

	Say�
Minimum	58
Maksimum	97
Ortalama	77

Tablo 41 de hastaların Alzheimer tan   alma yal  incelenmiştir. Buna göre hastaların en k    n n 58 yal nda, en b y   n n 97 yal nda; ortalama ise 77 yal nda Alzheimer

tanışa aldığa tespit edilmiştir. Bu veri doğrultusunda hipotez 1 6AH, 65 yaı üstü bireylerde daha sık görülür ifadesi kabul edilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Alzheimer hastalığının etkileyen psiko-sosyal faktörler ve bunlara bakla olarak tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştirmek için yapılan bu çalışma Sakarya ili Adapazarı ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma konusu, amacı doğrultusunda veri elde edebilmek için anket uygulaması yapılmıştır. Hazırlanan anket soruları toplam 60 tane Alzheimer hasta refakatçilerine uygulanmış olup; refakatçilerden hastaların AH tanışa almadan önceki psiko-sosyal-ekonomik durumları sosyal çevreleri ile olan ilişkii düzeyleri, fiziksel ve mental aktivite katdın durumları ve sağlık durumlarına ilişkin bilgileri alınmış ve incelenmiştir. Hazırlanan anket soruları toplam otuz iki sorudan oluşmuştur.

Bu ankette yer alan sorulara verilen yanırlar SPSS 16.0 paket programına kodlanmış ve edinilen veriler üzerinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma ve ki kare gibi istatistiksel işlemler gerçekleştirilmiştir. Tüm bu işlemler 6Bulgular ve Yorum6 başlığa altında ele alınmış ve araştırmacı tarafından yoruma tabi tutulmuştur. 6Sonuç ve Öneriler6adlı bu başlık altında da daha önce yorumlanan bu veriler tartışılacak ve tespit edilen sorunlara yönelik çözüm önerileri yine araştırmacı tarafından belirtilecektir.

Anketi Cevaplayan Refakatçilerin Sosyo-Demografik Durumları

Anket çalışmasına katılan refakatçilerin %58.3ü kadın, %41.7 si erkektir. Kadın refakatçi oranının erkeklere oranla yüksek olması Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin veya refakat eden kişilerin daha çok kadınlardan oluştuğunu göstermektedir. Ankete katılan refakatçilerin ortalama yaşı 46'dır. Refakatçilerin hastalara olan yakınlık durumuna bakıldığında %63ünün birinci derece kan yakını olduğu görülmektedir. Medeni Kanun 17. Maddesinde kan hışınlığa İu İekilde düzenlenmiştir; 6Kan hışınlığının derecesi, hışınlara birbirine baklayan dokum sayışyla belli olur. Biri diğkerinden gelen kişiler arasında üstsoy-altsoy hışınlığa biri diğkerinden gelmeyip

de, ortak bir kökten gelen kıliler arasında yansoy hşşnlđđđ vardđô (<http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>, 13.04.2014)ô. Buna göre bir kılının annesi, babasđ ve çocuklarđ birinci dereceden kan yakđnlđđđna sahiptir. Ankete katđđan refakatçilerin çokunluğunun birinci dereceden kan yakđđ olmasđ hastalarđ daha çok çocuklarđ ile anket yapđđđđđđ göstermektedir. Yine aynđ zamanda hastalarđ daha çok çocuklarđ tarafđndan bakđđđđđđ veya refakat edildiğini göstermektedir.

Refakatçilerin %60đđ ilkokul mezunu olup; %63.3ü herhangi bir íl te çalığmamaktadır. Alzheimer hastasđ olan yaılı bir bireyin sürekli bakđđ ve denetime ihtiyaç duymasđ refakatçilerinin íl hayatđna katđđmasđđ engellemektedir. Hastanđ yaalı adđđđđđđ içinde bir kılının sürekli olarak hastanđ ihtiyaçlarđđ karlığama, bakma, denetleme görevini üstlenmesi gerekmektedir. Bu durum aile içinde hastaya bakđđ veren kılının baıka bir meıgüliyetinin olmamasđna neden olmaktadır.

Alzheimer Hastalarđđđ Demografik Özellikleri

Hastalarđ %60đđ kadđđ; %40đđ erkektir. Hastalar arasında kadđđlarđ çokunlukta olmasđ bu hastalđđđ kadđđlarda daha fazla görüldüđđđđ göstermektedir. Bu durum kadđđlarđ erkeklerle göre daha uzun bir yaılama sahip olmasđ ile paralel olduđđđđ göstermektedir. Artan yaıl oranlarđ ile görülmé sđklđđđ artan AH kadđđlardaki yaılám süresinin artmasđ sonucu en fazla kadđđlarđ etkilemektedir. Araıltđmaya katđđan hastalarđ ortalama yaılđ 81 olduğu ; uzayan ömür ile Alzheimer hastasđ olma riskinin arttıđđ tespit edilmiştir. Hastalarđ % 65đ duludur.

Alzheimer Hastalarđđđ Eğitim ve Mesleki Durumlarđ

Hastalarđ %46.7ösi okuma yazma bilmemektedir. Okuma yazma bilmeme durumu kadđđ hastalarda %41.7 ile çokunluktađđ. Ortalama yaıl 81 olarak tespit edilen katđđđncđlarđ 2014 yđđđdan seksen bir yđ önce dođđđđđ dülıünüldüđđđde 1930đđ yıllarda dođđđđđ ve yaılámđđ sürdürdüđđđ söylenebilir. O dönemde Türkiye Cumhuriyeti Devletiö nin Kurtuluı Savaıđđdan çekmđ yeni bir devlet olduğu; kuruluı yıllarđđn baılángđ zamanđ olduğu, birçok yapđđđđđđ yeni baılđđđđđ savaıl sonrasđ gerek nüfus gerek ise ekonomik bakılamda birçok kaybđ mevcut olduğu 1930đđ yıllarda yaılđđđđ dülıünülen hastalarđ uygun eğitim olanaklarđna ulaılamadđklarđ kanđđđna varđđmaktadır. Toplum içinde eğitime verilen önemin yetersiz olduğu

zamanlarda yaşayan kadın hastaların ise erkek hastalara oranla eğitim olanaklarına ulaşmalarının daha zor olduğu bir dönemde yaşadıkları ve bundan dolayı eğitim düzeylerinin ikinci planda kaldığı görülmektedir. Kadın hastaların % 56.7'si gençlik yıllarında herhangi bir ilte çalışmadığı erkeklerde bu oranın %0 olduğu tespit edilmiştir. Bu veri kadınların daha çok ev içinde ev işleri, çocuk bakımına gibi işlerle uğraşmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca kadınlarda okuma yazma bilmeme durumunun erkeklere oranla yüksek olması kadınların eğitim düzeyinin düşük olmasının il hayatına katılmasını engellediğini göstermektedir.

Erkek hastaların çoğunlukla %16.7 serbest meslek; %15 çiftçilik ve hayvancılık ilii ile meşgul olduğu tespit edilmiştir. Gökçeöye göre (1996), 1927 yılında nüfusun yaklaşık %75'i kırdı yaşıırken %24'i kentte yaşamakta idi. (Gökçe, 1996: 68) Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında kırdı yaşıayan nüfusunun kentte yaşıayan nüfusa oranla daha yüksek olması ve kırdı yaşıayan insanların tarım ilii ile meşgul olmaları ve eğitim olanaklarına katılmanın zorlaşması beraberinde getirmiştir. Araştırmaya katılan hastaların geçmişte ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Alzheimer Hastalarının Ailevi Durumları

Hastaların %23'ü dört çocuk sahibi olduğu; tüm katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısına göre hesaplanan ortalama sahip olunan çocuk sayısının ise beş olduğu tespit edilmiştir. Hastaların şu an en az bir kılı, en fazla sekiz kılı, ortalama ise dört kili ile birlikte yaşıadığı belirlenmiştir. Alzheimer hastalarının, bireyi bağıkışının bakımına muhtaç ve ağır engelli duruma getirmesi, hastaların yalnız yaşayamamasına, en az bir kili dahi olsa kendisi ile ilgilenecek, bakacak biri ile yaşamasına neden olmaktadır. Bu veri ışığında hastaların aileleri tarafından desteklendiği, aile bireyleriyle birlikte yaşıadığı dölüncesine ulaşılmıştır.

Alzheimer hastaları gittikçe daha fazla sayıda insanı etkilemesi; kronik ve bağımlılıkla sonuçlanan bir hastalık olması nedeniyle hastalar kadar bakım veren kiliiler için de zor bir süreç oluşturmaktadır. Bu süreçte aile üyeleri fiziksel, sosyal, emosyonel ve finansal problemlerle karşılaşmaya kalır (Farcnik ve Persyko, 2002).

Sosyal hizmetin faaliyet alanına tanımlanan bir yolu müdahaleyi, müracaatçı grubunun büyüklüğüne göre sınıflandırmaktadır. Mikro düzey üzerindeki çalışmalar,

bireyin kendisine ve onun en yakın iliskilerine odaklanmaktadır (Sheafor ve Horejsi, 2012: 28). Burada Alzheimer hastasının ailesi veya onun ile birlikte yaşıyan aile üyelerine yönelik yapılacak olan sosyal hizmet müdahaleleri mikro düzey sosyal hizmet müdahalesi olarak değerlendirilebilir.

Aileler ile sosyal hizmetin temel amacı aile üyelerinin gelişimsel ve duygusal gereksinimlerini yetkin bir şekilde karşılayabilmeyi öğrenebilmesi için ailelere yardımcı olmaktır (Duyan, 2010: 261).

Tıbbi sosyal hizmet müdahalesi içerisinde hasta ailesi ile psiko sosyal çalışmalar yapılabilmektedir. Alzheimer hastasına sahip olan aile, hastalığın getirdiği olduğu sorunların yanı sıra birçok sosyal ve ekonomik sorun ile karşılaşmaya gelebilir. Hasta bir birey ile sürekli aynı evde yaşamayan getirdiği zorunlu yaşam biçimi değişiklikleri, hastanın düzenli yapılması gereken sağlık denetimleri, hastanın karşılanması gereken öz bakım ve günlük yaşam aktiviteleri, hastanın sağlık ve bakım masrafları ailenin hasta bir birey ile sosyal çevreye adaptasyonu, aile üyelerinin tek tek yaşadığı ruhsal sorunlar sosyal hizmet müdahalesi gerektirecek sorunlar olarak ele alınabilir. Bu sebeple Alzheimer hastasına sahip ailelerin yaşadıkları sorunun içeriği ve boyutuna göre aileler ile psiko sosyal çalışmalar gerçekleştirilebilir. Ailelere ihtiyaç duydukları konular hakkında danışmanlık ve rehberlik yapılabilir. Ayrıca ailelerin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, karşılaştıkları sorunlara hazırlıklı olmasına ve daha bilinçli bir bakım hizmeti vermelerini sağlaması açısından da önemlidir. Bu çalışmalar sağlık kuruluşlarında kendine faaliyet alanı bulmuş tıbbi sosyal hizmet birimlerinin, sağlık kuruluşlarında bu hastaların takiplerini yaparken özellikle nöroloji ve psikiyatri poliklinikleri veya klinikleri ile ekip halinde çalışması ile mümkündür. Poliklinik ve kliniklerde çalışan doktor, hemşire, psikolog, hasta bakıcı gibi meslek elemanlarının sosyal hizmet disipliniyle yakından tanışması ve karşılaştıkları Alzheimer hastalarını ve ailelerini tıbbi sosyal hizmet birimlerine yönlendirmesi ile sağlanabilir.

Sürekli olarak bakıma muhtaç bir hasta ile birlikte yaşamak zorunda kalan aile üyelerinin kendilerine zaman ayırmaları güçleşmektedir. Bu nedenle bakıma muhtaç durumda olan hastaların geçici süreler bakılacak ve kalacak bakım merkezlerinin açılması gerekmektedir. Bu merkezlere hastalarını teslim eden aileler kendilerine zaman ayırma fırsatı bularak aile dinamiklerini ve ilişkilerini arttıracaktır. Bu merkezler

bakına muhtaç hastalara yönelik hizmet vereceği için özellikle sağlık kuruluşlarında teklilatlanmasa (hastane, aile sağlağe merkezleri gibi) hastaların sağlağ takiplerinin de dzenli olarak yapđmasna sağlayacaktır. Bu alamada yine tbbi sosyal hizmet birimleri hastaların psiko-sosyal ve ekonomik durumlaran inceleme ve takip etme, aileler ile psiko-sosyal alđmalar yapma imkanbulacaktır.

Alzheimer hastalaran %70nin ikinci derece yaknlaranda da AH olduğu tespit edilmitir. Medeni Kanun 17. Maddesinde dzenlenen kan yaknlağna gbre bir kilinin ikinci derece yakne kardeli, torunlarb buyuk anne ve buyuk babasda. Anketi cevaplayan kililerin ikinci derece kan yakne seeneği altnda en fazla okardeler seeneğini ifade ettiği gorulmutur. Bu veri dağda ailesinde AH olan kililerin genetik risk baklamnda bu konuda dikkatli olmasa sağlağ kontrollerini dzenli olarak yaptmasa onerilebilir.

Sosyal hizmet disiplini makro duzeyde uygulama yapmaktadır. Makro duzey sosyal hizmet uygulamalarb orgut, topluluk, devlet ve tum toplum ile olan alđmalarb icerir. Bu nedenle Alzheimer hastalae hakknda orgutlerin, devletin ve tum toplumun bilinlendirilmesi alđmalaranda sosyal hizmet disiplinine ve uygulamalarna onemli pay dulemektedir. Yallb refahb alannda uygulanan ve uygulanmasb planlanan sağlağ politikalarb icinde Alzheimer hastalarb ve ailelerine yonelik ozel mudahaleler gelitirilmelidir. Lu an sağlağ kurulu laranda var olan Tbbi Sosyal Hizmet Birimleri Alzheimer hastalaranb ve ailelerinin dzenli olarak takip edilmesi sağlanmalda. Sağlağ kurulu larada da aile ve sosyal politikalar dokrultusunda yerel yonetimler baznda her mahalleye aile yalam merkezleri kurularak her ailenin sosyal takibinin bu birimlerce yapmasa Alzheimer hastasb ile yalayan ailelere uladmasb ve onlara yonelik etkin sosyal hizmet mudahalesi gelitirilmesi sağlanmalda.

Araltmaya katdan hastalaran %63,3uinun hastalanmadan ondeki sosyal cevresi ile olan iliki duzeylerinin iyi olduğu tespit edilmitir.

Alzheimer Hastalaran Sağlağ Durumu

Hastalaran %90nanb dokultan veya sonradan herhangi bir engel durumunun olmadae tespit edilmitir.

Birleşmiş Milletlerin Dñnya Nñfus Beklentileri 2010 raporuna gñre Tñrkiyeñnin 2010-2015 yñlarñarasñnda doşumdan beklenen yaşam sñresi 74,60 iken; 2045-2050 yñlarñnda bu yaşam sñresinin artarak 78,50 olacaķñ belirtirmiştir(Tñrkiye İstatistik Kurumu, 2012). Anketten elde edilen verilere gñre hastalarñn ilk kez AH tanñřñ aldñķñ yaş minimum 58, maksimum 97; ortalama 77'dir. Burada dikkati çeken nokta AH tanñřñ olan bir hastanñ 58 yařñnda bu tanñřñ almñ olmasñdır. Bu veri 65 yaş üstñ bireylerde gñrñlme sñklñķñ arttñķñ bilinen hastalñķñ gñrñlme riskinin 65 yaş altñnda da gñrñlebildiķini gñstermektedir. 58 yařñnda AH tanñřñ olan bir kişinin on altñ yñ Alzheimer hastasñ olarak yařamññ devam ettireceķi dññññlebilir. Diķer taraftan ortalama olarak 77 yařñnda AH tanñřñ alan bireylerin ise Tñrkiye'de yařamlarññ son dñnemlerinde bu hastalñķ ile tanññacaklarñ deķerlendirilebilir. İki seķenekte de yařlñ bireylerin AH ile karřđalñmasñ kaķññmaz gñrñlmekte olup; bu durum yařlñlara yñnelik verilen sosyal hizmetlerin boyutunun deķilmesi gerektiķini gñstermektedir. Özellikle AH olan bireylere yñnelik sosyal hizmet modelleri planlanmalñdır. Bu bireylere hizmet verecek olan aile bireylerinin psiko-sosyal ve ekonomik anlamda destek çalñmalarñ geliştirilmeli, hastalara bakñ verebilecek donanñnlñ kurumlar aķñmalñ ve burada çalñacak yařlñ bakñ personel sayñřñ nitelikli bir şekilde arttñđmalñdır.

Hastalarñ AH tanññarñ kesinleşmeden önce %98.3ñññn hafif kognitif bozukluk tanñřñ almadñķñ gñrñlmektedir. Petersen ve arkadaşlarñ tarafından 1999'da tanññnlanan óHafif kognitif bozuklukó (HKB), bir bireyin kognitif illevlerinde, o birey iķin alñđđđ olana nazaran bir miktar gerileme olmasñ ama bu gerilemenin bir demans tanñřñ konmasñna yetecek kadar şiddetli olmamasñ halini tanññlayan bir klinik tablodur (Petersen ve arkadaşlarñ 1999; akt. Bingñl, 2010: 44). HKB her ne kadar bir demans tablosu deķilse de, demans gelişimi aķññndan riskin artmñ olduķu bir durum anlamñna da gelmektedir. Altmñ beş yařñndan yařlñ bireylerin her yñ yaklaşık % 1-2 kadarñnda demans gelişirken, HKB bulunan hastalarda bu oran % 10-15 kadardır (Bennet vd., 2002 : 198-205). Bu nedenle demans olmadan önce başlayan hkb klinik belirtilerinin farkñda olmak ve bu farkñdalñķ doķrultusunda tedaviye başlamak erken tanñ almak aķññndan ve Alzheimer hastalñķñn klinik seyri aķññndan önemlidir. Bu nedenle yařlñ bireylerin ve ailelerinin hkb hastalñķñ hakkında da bilgi sahibi olmasñ gerekmekte saķlñķ durumlarññ dikkatli takip etmeleri gerekmektedir. Makro dñzeyde bireylerin özellikle yařlñ bireylerin bu

hastalık konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirme programlarına tabi tutulması gerekmektedir.

Makro düzeyde uygulanacak olan tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri şu an uygulamada olan Aile Hekimliği çalışmalarına entegre edilerek, bu yerlerde sosyal hizmet uzmanlarının istidam sağlanarak ailelerin daha yakından incelenmesi, tespit edilen sorunlar hakkında gerekli tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yapılmasını sağlayabilir. Örneğin; yalnız birey ile çalışma yapan bir sosyal hizmet uzmanı yalnız bireyin hkb açısından değerlendirerek hkb olabileceğini gözlemlediği hastaları uygun sağlık kuruluşlarına yönlendirebilir, konu hakkında mikro ve makro bazda bilgilendirme yapabilir.

Anket verilerine bakıldığında hastaların % 40'ının Alzheimer tanısı almadan önce hipertansiyon sorunu yaşıdığı tespit edilmiştir. Ah ile doğrudan etkisi olduğu düşünülen ve anket verilerinden tespit edilen bu bilgi sebebiyle hipertansiyon hastalarının önlenmesi AH önlenmesi anlamına gelebilir. Bu nedenle hipertansiyona neden olan faktörler belirlenerek bireylerin gençlik yıllarından itibaren hipertansiyon hastalığından korunma yollarını benimseyen bir yaşam tarzına sahip olması sağlanmalıdır. Ayrıca hastalığın ciddiyeti ve sonuçları dikkate alınarak bu hastalığa sahip olan kişilerin düzenli sağlık kontrollerini yaptırması gerekmektedir. Bunun için mikro bazda yine koruyucu-önleyici sosyal hizmet uygulamaları ön plana çıkmaktadır. Ayrıca makro bazda devletin belirli yaş üzerindeki her birey için düzenli sağlık kontrollerini zorunlu hale getirici yasal çalışmalar yapması her bireyin zorunlu da olsa yılda belirli periyotlar halinde sağlık kontrolünden geçmesini sağlayacak; hastalıkların erken bir dönemde teşhisini kolaylaştıracak; var olan sağlık sorunlarının klinik seyri hakkında düzenli bilgiler elde edilmesini sağlayacak sosyal politikalar geliştirilmelidir.

Ankete katılan hastaların çoğunlukla %71.7'sinin depresyon veya derin üzüntü yaşıdığı bunun sebebinin ise %38.3'ü aile üyelerinin vefatı (anketi cevaplayanlar daha çok eşi ve çocukların vefatını belirtmiştir.); ikinci çoğunlukla %8.3'ünün aile içi sorunlar, üçüncü çoğunlukla %6.7 aile üyelerinden ayrılmak olduğu tespit edilmiştir. Burada dikkat çeken nokta ailesel sorunların bireylerin depresyon ya da derin üzüntü yaşamalarına neden olduğu bulgusudur. Bu nedenle aile içi sorunların çözülmesi için ailelere yönelik danışmanlık ve rehberlik özellikleri içeren tıbbi sosyal hizmet çalışmaları

geliştirilmelidir. Ailelerin sosyal ve ekonomik sorunlarının yanı sıra psikolojik sorunlarının çözülmesi için tıbbi sosyal hizmet çalışmalarını yanı sıra psikiyatrik çalışmalarını da yapması gerekmektedir. Bunun için sağlık kuruluşlarında var olan tıbbi sosyal hizmet birimlerinin psikiyatri klinikleri ile ekip halinde çalışması yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca bireylerin yaşadığı ailevi sorunlar hakkında psikiyatrik destek almaları teşvik edilmeli, bireylerin kendi kendine değil profesyonel yardım ile sorunun alınması sağlanmalıdır.

İnsan sağlığına etkileyen faktörlerden biride sigara, alkol veya uyuşturucu madde kullanımıdır. Elde edilen anket verileri içerisinde hastaların gençlik yıllarına en fazla sigara kullandığı tespit edilmiştir. Bir çok sağlık sorunu gelişmesine neden olan sigara kullanımının Ah ile de ilişkili olduğu düşünüldüğünde sigara kullanımını azaltması çalışmalarını hızlandırılmalıdır. Şu an sağlık kuruluşlarında olan 10 Sigara Bırakma Polikliniklerinin sayısının arttırılması burada görev yapan meslek elemanları arasında sosyal hizmet uzmanlarının da istihdam edilmesi gerekmektedir. Bu polikliniklerde hastalar ile psiko-sosyal çalışmalar yapılarak sigara tüketimine yönelten sorunların tespiti ve bu sorunlara yönelik sosyal hizmet uygulamalarının aktifleştirilmesi gerekmektedir. Hastaların güçlü ve olumlu yönleri tespit edilerek sosyal ilgiselliğini arttırma çalışmaları yapılmalıdır.

Ankete katılan hastaların en fazla % 91.7 oranında ekmek ve tahıl grubu en az ise %30 oranında balık tükettiği tespit edilmiştir. Sağlıklı beslenmenin sağlıklı yaşam ve sağlıklı yaşlanma süreci ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde tüketilen besin alıkanlıklarının değiştirilmesi gerektiği gerçeği karşımıza çıkmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite yapmakta sağlıklı beslenmek kadar önemlidir. Ankete katılan hastaların %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite yapmanın günlük yaşam içine yerleştirilmesi için çocukluk çağından itibaren okullardan başlayarak her bireyin ilgisine göre bir fiziksel aktivite veya spora yönlendirilmesi önemlidir. Ayrıca spor aktivitelerine daha çabuk, maliyetsiz ulaşmak adına yerel yönetimlerin mahallelerde spor merkezleri açmaları ve bireyleri fiziksel aktiviteye teşvik etmeleri gerekmektedir. Fiziksel aktiviteleri yanı sıra mental sağlığın dinç kalması için mental aktivitelerin yaygınlaştırılması da önemlidir. Zeka yeteneklerini geliştirici aktiviteler, zihnin genç kalmasını sağlar. Bu konu da da yine okullara ve yerel yönetimlere görevler

dülmektedir. Yerel yönetim bazında yaám merkezleri kurularak çocuk, genç, kadın, yaálle ve engellilerin fiziksel aktivitelere, mental aktivitelere profesyonel olarak ulaímalarėsaklanmalđđ. Yaám merkezleri içersinde yaálle bireylere yönelik açđan ayrđ birimlerde yaálle bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapmasđ mental aktivitelere katđmasđ saklanmalđđ. Mental aktiviteye katđın oranını arttıabilmek için yaálle okur yazar sayısını da arttıđmasđ gerekmektedir. Bunun için okuma yazmasđ olmadđđtespit edilen kılilerin halk merkezlerinde okuma yazma öğrenmesi saklanmalđđ. Yaálleđta okuma alđkanlıđkazandıđmalđđ.

KAYNAKLAR

- AKPINAR, Burcu; (2009), *Alzheimer Hastalıkları Hafif Kognitif Bozukluk Ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik Ve Nöropsikolojik Açılardan İncelenmesi*, Bilim Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı
- AKYAR, İsmatullah; (2011), "Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, Cilt:18, Sayı 2, s.79-88
- ALTIN, Murat; (2006), *Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete*, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
- ALTUNILIK, R., R. Coşkun, S. Bayraktaroklu ve E. Yıldırım; (2002), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Sakarya Kitabevi, Adapazarı
- Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report; (2010), **The Global Economic Impact Of Dementia**, Published by Alzheimer's Disease International, 21 September 2010
- Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report; (2011), **The Benefits Of Early Diagnosis And Intervention**, Published by Alzheimer's Disease International, September 2011
- AMSTRONG, R.A., Anderson, J., Cowburn, J.D., Cox J., John, A; (1992), "Aluminium Administered In Drinking Water But Not In The Diet Influences Bioppterin Metabolism In The Rodent" *Biological Chemistry Hoppe- Seyler*, Vol: 373, No: 2, p.p. 1075-1078.
- ARIOĞUL, Servet; (2003), "Alzheimer Tipi Demansta Risk Faktörleri" 5. *Ulusal Alzheimer Hastalıkları Kongresi*, s. 102-105

ARıFOKLU, Yasin; (2012), óÖğrenme ve Belleğin Nöroanatomisiô, Editör: İLİK, A.T., *Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı*, Kavis Yayıncılık, İstanbul, s.15-79

ATELKAN, Ümit; (2012), óAlzheimer Hastalığı Risk Faktörleriô Editör: İLİK, A.T., *Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı*, Kavis Yayıncılık, İstanbul, s.179-209

BABACAN YILDIZ, Gülsen; (2012), óAlzheimer Hastalığının Kliniği Kognitif Semptomlarıô Editör: İLİK, A.T., *Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı*, Kavis Yayıncılık, İstanbul, s. 268-285

BARLETT, Harriett M.; (1988), *Analyzing Social Work Practise by Fields (Revised edition)*, New York

BENNET, D.A., Wilson R.S., Schneider J.A.; (2002), óNatural History of Mild Cognitive Impairment in Older Persons ô *Neurology* , No: 59, s. 198-205

BıNGÖL, Ayıe; (2010), óHafif Kognitif Bozukluk Süreci Nasıl İzlenmeli?ô, *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt: 13, Sayı3, s.43-46

BÜYÜKÖZTÜRK, İener; (2005), óAnket Geliştirilmesiô, *Türkiye Eğitim Bilim Dergisi*, Cilt:3, Sayı2, s. 133-151

CANKURTARAN, Mustafa; (2004), *Alzheimer Tipi Vasküler Demansta Risk Faktörleri Araştırması*, Uzmanlık Tez Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

CANKURTARAN, Mustafa. ve ARIOKUL, S.; (----) óDemans ve Alzheimer Hastalığıô , <http://www.eczakademi.org/?modul=makale>, Erişim: 31.01.2013

CARR, J., Parsons N. (1990). óThe Organisation of Social Work In Health Service Settingô, **In Social Work Practice In Health Care**, England: Wood head-Faulkner Limited.

DEARLING, Alan; (1998), *The Social Welfare Word Book*, Published by Longman Harlow, Roma

DUYAN, Veli; (1996), *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*, 72TDF0 Ltd Ankara

DUYAN, Veli; (2010), *Sosyal Hizmet Temelleri, Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımlar, Müdahale Yöntemleri*, Aydınlar Matbaacılık, Ankara

EMEK, Gözde ve CANGÖZ, Banu; (2010), "Alzheimer Tipi Demans, Hafif Bilişsel Bozukluk ve Sağlıklı Yaşlanmada Değişen Bilişsel İşlevler", *Geriatry ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, Cilt:2, Sayı1, s. 1-13

ELMACI, N. Tuncer; (2012), "Alzheimer Hastalığı Epidemiyolojisi" Editör: İLİK, A.T., *Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı*, Kavis Yayıncılık, İstanbul, s. 179-210

ERDEMOĞLU, A.Kemal. ve VARLIBAĞ, Ayhan; (2001), "Alzheimer Hastalığında Hormon Replasman Tedavisi ve Diğer Potansiyel Tedavi Yöntemleri", *Demans Dergisi*, Cilt:1, Sayı 4, s. 105-109

FARCNIK Karl and PERSYKO Michelle .S.; (2002). "Assessment, Measures and Approaches To Easing Caregiver Burden in Alzheimer's Disease" *Drugs Aging*, 19 (3): 203-215. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12027778>, Erişim: 16.05.2014

GOGGA, Prem P. and RASTOKA, Nikel; (2008), *Clinical Alzheimer Rehabilitation*, Springer Publishing, United States Of America

GÖKÇE, B. (1996), *Türkiye'nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar*, Savaş Yayınevi, Ankara, s. 68

GÜLER, Sibel; (2011), óYalıđarda Yürüme Bozuklukları ve Kognitif Yıkın Arasındaki İlişki, *Düñünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, Cilt:24, Sayı4, s.331-339

<http://consensus.nih.gov/2010/alzstatement.html>

<http://www.alzheimerderneği.org>

<http://www.alz.co.uk/info/risk-factors>

<http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>

<http://www.nia.nih.gov/alzheimers/topics/causes>

<http://www.nih.gov/researchmatters/april2006/04282006alzheimer.html>

<http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>

KARAMAN, Yahya; (2002), *Alzheimer Hastalıkları ve Diğer Demanslar*, Lebib Yalın Matbaası Ankara

KARASAR, Niyazi; (2012), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 24. Basın, Nobel Yayın, Ankara.

KOÇER, Belgin; (1999), óDemans Epidemiyolojisi, *Çizgi Tıp Yayınevi Demans Dizisi Dergisi*, Cilt:1, Sayı2, s. 41-44, <http://www.cty.com.tr/demansdizisi/issues/35>, Erişim Tarihi: 28/01/2013

KOLĞAR, Nesrin G.; (1992), *Sosyal Hizmetlerde Aile Ve Çocuk Refah Alanları*, Ankara

KOLĞAR, Nesrin G.; (1996), *Sosyal Hizmetlerde Yaşlıların Refah Alanları*, Lâfak Matbaası Ankara

KURT, G.S., Bora Tokçaer, A., rkeç, C. (2003), óAlzheimer Hastalđında Genetik Dđ ě Etyolojik Faktörlerô, *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi*, Cilt:1, Sayđ1, s. 38-43

KULGÖZOĞLU, Tulin. (2013), óSağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamalarđ, Editör: TOMANBAY, K., *Sosyal Hizmet Uygulamalarđ*, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, Eskişehir, s. 84-106

KUT, Sema; (1988), *Sosyal Hizmet Mesleği, Nitelikleri, Temel Unsurlarđ Müdahale Yöntemleri*, Ankara

KÜMBETOĞLU, Belkđ; (2005), *Sosyolojide ve Antopolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*, Bağlam Yayıncığ, İstanbul

LOHMANN, Ebba; (2012), óAlzheimer Hastalđı Genetiđiô Editör: İLİK, A.T., *Her Yönüyle Alzheimer Hastalđı*, Kavis Yayıncığ, İstanbul, s. 251-264

MOORE, David and JONES, Kirsty; (2012), *Social Work and Dementia*, Sage Publications, United States Of America

MORRIS, M.C., Evans D.A., Bienias, J.L.; (2003), óDielory Fats And The Risk Of Incident Alzheimer Diseaseô, *ArchNeurol*, No:60, s.94-200

PINCUS, Allen and McNAHAN, Anne; (1973), *Social Work Practice: Model and Method*, Illionis Peacock Press

OECD European Union, (2010), óDementia Prevalenceô, in **Health at a Glance Europe 2010**, OECD Publishing

OKTAY, J.S. (1995), óPrimary Health Careô Editör: Richard L. Edwards, June Gary Hopps, *The Encyclopedia of Social Work*, (19th Edition), National Association of Social Workers Press, p.p. 1887-1894

ÖZBESLER, Cengiz., KÇAKASIOĞLU ÇOBAN, Arzu; (2010), "Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları Ankara Örneği" *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Cilt: 21 Sayı 2, s.31-46

ÖZDEMİR, Uğur; (2000), *Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*, Aydınlar Matbaa, Ankara

ÖZTEKİN, Fevzi M.; (2000), "Alzheimer Hastalığının Tedavisi", *Çizgi Tıp Yayınları Demans Dizisi Dergisi*, Cilt:2, Sayı2, s.66-76, <http://www.cty.com.tr/demansdizisi/issues/35>, Erişim: 28/01/2013

ÖZTÜRK, G. Bahat ve KARAN, M. Akif; (2009), "Alzheimer Hastalığının Fizyopatolojisi" *Klinik Gelişim Dergisi*, Cilt: 22, Sayı 3, s.36-45

PLASSMAN, B., Havlik, R., Steffens, D.; (2000), "Documented Head Injury In Early Adulthood And Risk For Alzheimer's Disease And Other Dementias", *Neurology*, No:55, pp. 1158-1166

SELEKLER, Kaynak; (2012), *Alzheimer Orta Yaşta Bafllar*, Melis Matbaacılık, İstanbul

SELEKLER, Kaynak; (2010), "Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı", *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt:13, Sayı3, s.9-14

SELEKLER, Kaynak. (2007), "Alzheimer Hastalığında Koruyucu Faktörler Var mı? Bölüm: 2. Eğitim, Mental aktiviteler, Fiziksel Egzersizler, Sosyal ilişkiler Ve Alkol" *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt:10, Sayı3, s.156-168

SHEAFOR, B.W. and Horejsi, C.J.; (2012), "Techniques and Guidelines for Social Work Practice", Editör: ÇİFTÇİ D.B. *Sosyal Hizmet Uygulamaları Temel Teknikler ve İlkeler*, Nika Yayınevi, s.28

SÜMBÜLOĞLU, V., Sezer, R.E., Sümbüloğlu, K. (1999), **Tıbbi Sekreterlik Eğitimi için Epidemiyoloji ve Araştırma Teknikleri**, Eğitim Hizmetleri Yayıncılık, Ankara

SWANSON, B.; (2000), *Medical Social Worker and Psychiatric Social Worker*, In *Careers In Health Care*. (4 th ed.), Lincolnwood, IL, VGM Career Horizons.

TELLİOĞLU, S. Burcu; (2011), *Alzheimer Hastalığı, Hafif Kognitif Bozukluk Ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik ve Nöropsikolojik Açılardan İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Mersin

TOMANBAY, İlhan; (1992), **Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut**, 1. Baskı Doruk Yayınları Ankara

TOPÇUOĞLU, E.Saka ve SELEKLER ,Kaynak ; (1998), *Alzheimer Hastalığı Türk Geriatri Dergisi*, Cilt:1, Sayı2, s. 63-67

TUFAN, İsmail; (2006), *Türkiye'de Kronik Hasta ve Bakıma Muhtaç Yaşlılar* <http://www.gerontolojibolumu.com/pdf/turkiyede-kronik-hastave-bakimam-uhtacyaslilar.pdf>, Erişim: 25.12.2012

TÜRKİ; (2011), *Yaşlı Grubu ve Cinsiyete Göre Türkiye Nüfusu*, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim: 31.12.2012

TÜRKİ; (2012a), *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2012* Haber Bülteni, TÜRKİ Yayınları Ankara, Tarih: 28/01/2013, Sayı 13425

TÜRKİ; (2012b), *Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Geleceği 2010-2050* Haber Bülteni, TÜRKİ Yayınları Ankara, Tarih: 11/07/2012, Sayı 1314

TÜRKİ; (2012c), *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2012*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası Ankara

WHO; (2004), **Global Burden of Disease Report**, WHO Library Cataloguing-in-Publications Data

YAZICI, T. Gül ve İLAHİ Huseyin A; (2010), Alzheimer Hastalığı , *Klinik Gelişim Dergisi*, Cilt:23, Sayı1,s. 48-52

YILDIRIM, Neşide; (2007), Sakarya Üniversitesinde Yeni Bir Ufuk: Sosyal Hizmet Bölümü, Editörler: YILDIRIM K. ve N. Yıldırım, *Sosyal Hizmet Sempozyumu 2007 Çocuk ve Aileye Yönelik Sosyal Hizmetler* , Sakarya Üniversitesi Rektörlük Basınevi, Sakarya, s. 85-100

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL EDEN REFAKATÇILERDEN ALINAN KZK BELGESK

Sayın Refakatçi,

Bu araştırma Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim
Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak planlanmıőtır.

Alzheimer hastalığı görölme sıklığı artan, yaılanmaya bakılı olarak risk oluşturan, kesin
tedavisi bulunamamıő, sürekli ilerleyici bir hastalıktır. Bireyin yaılıık döneminde
yaıkına neden olarak bireyi bakına muhtaç hale getiren Alzheimer hastalığına neden
olan faktörlerin saptanması bu faktörler doırultusunda hastalığı önleme veya
hastalıktan korunma yollarını bulunması hastalığın gelişmesi sırasında yarattığı
etkilerin azaltılması bireyin yaşam kalitesi için önem arz etmektedir. Bu gereksinimden
yol çıkılarak, Nursel YILDIZ YÜCE tarafından yürütölen óAlzheimer Hastalığına
Etkileyen Psiko-Sosyal Faktörler ve Tıbbi Sosyal Hizmet ö konulu yüksek lisans tez
çalmasına, araştırmacı tarafından bilgilendirildikten sonra katılmayı gönüllü olarak
kabul ediyorsanız lütfen bu formu imzalayınız.

A. REFAKATÇIYE AKT SOSYAL-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLERK

1) Yaılıınız: ö ö ö

2) Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

3) Hastaya yakınlık dereceniz:

- ☐ Birinci derece kan yakını
☐ İkinci derece kan yakını
☐ Üçüncü derece kan yakını

- ☐ Elî
- ☐ Birinci derece kayn yakn
- ☐ İkinci derece kayn yakn
- ☐ Üçüncü derece kayn yakn

4)Eğitim durumunuz:

- | | |
|--|--|
| ☐ Okuma- yazma bilmiyor | ☐ Ortaokul |
| ☐ Okuma- yazma biliyor | ☐ Lise |
| ☐ İlkokul terk | ☐ Üniversite |
| ☐ İlkokul | ☐ Yüksek lisans |
| ☐ Diğer | |

4) Çalışma durumunuz:

- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor

B. HASTAYA AKT SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaşı

2) Cinsiyeti:

- ☐ Kadın ☐ Erkek

3) Medeni Durumu:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış
- ☐ Dul

4) Eğitim Durumu:

- | | |
|--|--|
| ☐ Okuma- yazma bilmiyor | ☐ Ortaokul |
| ☐ Okuma- yazma biliyor | ☐ Lise |
| ☐ İlkokul terk | ☐ Üniversite |
| ☐ İlkokul | ☐ Yüksek lisans |

5) Geçmişte icra ettiği meslek:

- ☐ Memur
- ☐ İğçi
- ☐ Serbest meslek
- ☐ Çiftçilik-Hayvancılık
- ☐ Herhangi bir ilde çalışmadı

6) Geçmişteki ekonomik durumu:

- ☐ Zayıf
- ☐ Orta
- ☐ İyi

C. Aile Durum Tablosu

7) Sahip olduğu çocuk sayısı

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ Hiç Çocuğu yok | ☐ 4 |
| ☐ 1 | ☐ 5 |
| ☐ 2 | ☐ 6 |
| ☐ 3 | ☐ 7- + |

8) İlan birlikte yaşıdığı birey sayısı

- ☐ Yalnız yaşıyor. ☐ 5
- ☐ 2 ☐ 6
- ☐ 3 ☐ 7
- ☐ 4 ☐ 8- +

9) Geçmişteki Sosyal İlişkilerinin Genel Düzeyi:

	Çok iyi	İyi	Ne iyi ne kötü	Kötü	Çok kötü
Anne					
Baba					
Kardeşi					
Eşi					
Çocuk					
Akraba					
Arkadaşı/Komşu					

D. FİZİKSEL AKTİVİTE/ SPOR YAPMA DURUMU

10) Hastanın geçmişte düzenli olarak yaptığı fiziksel aktivite veya spor var mıdır?

- ☐ Evet ☐ Hayır

☐

11) Cevabınız "Evet" veya "Kısmen" ise ortalıkta fiziksel aktivite veya sporu yapma sıklığı nedir?

- ☐ Her gün

- ☐ Haftada bir kez
- ☐ Haftada iki kez
- ☐ Haftada üç kez

12) Fiziksel aktivite olarak hastanėn gemiŹte namaz kılma durumunu belirtiniz;

- ☐ Hiç
- ☐ Dzensiz
- ☐ Hergün (beli vakit)
- ☐ Cuma günleri
- ☐ Dini günler (bayram, kandil gibi)

E. MENTAL AKTİVİTE DURUMU

13) Hasta kitap, dergi, gazete v.b. İeyleri okur muydu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14) Cevabınız  Evet  ise hastanėn kitap, dergi, gazete v.b. okuma sıklığnı belirtiniz.

- ☐ Her gün
- ☐ Haftada bir gün
- ☐ Haftada iki gün
- ☐ Haftada üç gün

15) Hastanėn uėraltıėđıđer mental aktiviteler nelerdir?

- ☐ Zeka oyunları (bulmaca çözme, satranç oynama, puzzle yapma v.b.)
- ☐ Tiyatro ve sinema izleme
- ☐ Resim veya Müzik uėraltıėđı
- ☐ Edebi eserler, dini bilgiler ezberleme

☐ Hiçbiri

☐ Hepsi

16) Mental aktivite olarak hastanėn gemiľte Kuran-ė Kerim okuma durumunu belirtiniz

☐ Hiç

☐ Her gün

☐ Zaman Zaman

F. BESİN GRUPLARI VE TÜKETİM TABLOSU

17) Hastanėn tükettiği besin gruplarığı sėklėk derecesine göre belirtiniz;

BESİN GRUPLARI	Hiç	Bazen	Sėk Sėk
Et, Yumurta, Kurubaklagil Grubu			
<i>Et</i>			
<i>Balığ</i>			
<i>Tavuk</i>			
<i>Yumurta</i>			
<i>Kuru baklagiller</i>			
Süt Grubu			
<i>Süt</i>			
<i>Yoğurt</i>			

<i>Peynir</i>			
Ekmek ve Tahıl Grubu (ekmek, makarna, pilav, buğday, un v.b.)			
Sebze ve Meyve Grubu			
<i>Taze sebze</i>			
<i>Taze Meyve</i>			

18) Detoks yapma bağlamında hastanin geçmişte oruç tutuma durumunu belirtiniz;

- ☐ Hiç
- ☐ Sık sık
- ☐ Sadece Ramazan ayı boyunca

G. BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANIMI

19) Hastanin geçmişte kullandığı bağımlılık yapıcı madde ve kullanım sıklığını belirtiniz

- Sigara ☐Evet(zaman):
☐Hayır
- Alkol ☐Evet(zaman):
☐Hayır
- Uyuşturucu madde ☐Evet(zaman):
☐Hayır

H. HASTALIK VE TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN BİLGİLER

20) Doğuştan veya sonradan oluşan herhangi engel durumu var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21) Cevabňęŕ ōEvetŕ ise engel durumunu belirtiniz;

- ☐ Bedensel Engelli
- ☐ Gŕrme Engelli
- ☐ Őĭitme Engelli
- ☐ Konulma Engelli
- ☐ Ortopedik Engelli
- ☐ Zihinsel Engelli

22) Alzheimer hastalăđę tanăđę koyulmadan ōnce hastanęn yaladăđę sađlăđę sorunu var măđę?

- ☐ Evet
- ☐ Hayă

23) Cevabňęŕ ōEvetŕ ise sađlăđę sorununu belirtiniz;

- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Diabetŕsmellitŕs
- ☐ Hiperkolestrolemi
- ☐ Kalp- damar hastalăđklară
- ☐ Gŕđkŕs hastalăđklară
- ☐ Kanser
- ☐ Obezite
- ☐ Diğer

24) Hasta depresyon veya derin ŕzŕntŕ geçirdi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayă

25) Cevabňęŕ ōEvetŕ ise depresyon nedenini belirtiniz;

- ☐ Kötü geçen çocukluk dönemi
- ☐ Aile üyelerinden ayrılmak
- ☐ Aile üyelerinin vefatı
- ☐ Aile içi sorunlar
- ☐ Sağlık sorunları
- ☐ Ekonomik sorunlar
- ☐ Travmatik olaya maruz kalmak
- ☐ Diğer: _____ .

26) AH tanışmadan önce hasta hiç ameliyat oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

27) Hasta AH tanışmadan önce kafa travması geçirdi mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

28) Hasta AH tanışmadan hafif kognitif bozukluk (hkb) tanışılmı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

29) Cevabınız "Evet" ise kaç yaşında hkb tanışılmıştır?

- ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 ☐ 60-+

30) Hastanın aile yakınlarında AH tanış olan birey bulunmakta mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

31) Cevabınız "Evet" ise aile yakınının derecesini belirtiniz;

- ☐ Birinci derece kan yakını (annemiz, babamız, çocuklarımız)
- ☐ İkinci derece kan yakını (kardelerimiz, torunlarımız, büyükanne ve büyük babamız)

☐ Üçüncü derece kan yakınlığı (Kardeşlerimizin çocukları, amca, hala, dayı, teyze)

32) Hastaya AH tanışkaç yıl önce konuldu? ë ë ë ë ë ë ë .

Ek-2 Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Yöneticiliğinden Alınan İzin Belgesi

15/05/2013

YENİKENT DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİ'NE

Hastaneniz Sosyal Hizmet Birimi'nde sosyal hizmet uzmanı olarak görev yapmaktayım. Yapmış olduğum " Alzheimer Hastalığını Etkileyen Psiko-Sosyal Faktörler ve Tıbbi Sosyal Hizmet" konulu yüksek lisans tez çalışması nedeniyle hastanenizde ayaktan veya yatarak tedavi gören Alzheimer tanısı almış hasta yakınlarına (minimum 60 kişi) gönüllü katılım esasına bağlı olarak yazı ekinde sunulan anket formunun uygulanması hususunda;

Müsaadelerinizi arz ederim.

Nurset YILDIZ YÜCE
Sosyal Hizmet Uzmanı

EK: 1-Tez Öneri Formu
2-Anket Formu (7 sayfa)

Op.Dr. Necattin FIRAT
Hastane Yöneticisi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTAHANELERİ KURUMU Yenikent Devlet Hastanesi		
Tr: 15 Mayıs 2013		
No:		
Eki	Servisi	2939

ÖZGEÇMİŞ

Nursel YILDIZ YÜCE, 1988 Ankara doğumludur. Lise öğrenimini 4 yıllık Yabancı Dil Ağırlıklı Lise’de tamamlamıştır. 2006 yılında Sakarya Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde lisans eğitimine başlamış, lisans eğitimini 2010 Haziran’da bölüm birincisi olarak tamamlamıştır. Lisans eğitiminden hemen sonra Ankara Büyükşehir Belediyesi Yalıtılmış Hizmet Merkezi’nde sosyal hizmet uzmanı olarak bir ay çalışmıştır. Ardından Kızılderiniler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde sosyal hizmet uzmanı olarak göreve başlamış, şu an ise Sakarya Yenikent Devlet Hastanesinde Sosyal Hizmet Birim Sorumlusu olarak çalışmaktadır. Aynı zamanda, Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.

İletişim: 0542 783 70 38