



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BAKIM MERKEZİNDE UYGULANAN BİREY MERKEZLİ
DEMANS BAKIM PROGRAMININ ÇALIŞANLARIN BAKIM
YAKLAŞIMLARI VE BİREYLERİN PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Seda Güney

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

İstanbul-2021



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BAKIM MERKEZİNDE UYGULANAN BİREY MERKEZLİ
DEMANS BAKIM PROGRAMININ ÇALIŞANLARIN BAKIM
YAKLAŞIMLARI VE BİREYLERİN PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Seda Güney

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. AyiŖe Karadağ

İstanbul-2021

**Yaşlı Bakım Merkezinde Uygulanan Birey Merkezli Demans Bakım Programının
Çalışanların Bakım Yaklaşımları ve Bireylerin Psikolojik İyilik Hali Üzerine Etkisi**

Seda Güney

Tarafından yapılmış olan bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri:	Ünvan / Ad-Soyad	İmza
Üye (Danışman)	Prof. Dr. Ayişe Karadağ	_____
Üye	Prof. Dr. Ayşe Beşer	_____
Üye	Prof. Dr. Şenay Uzun	_____
Üye	Prof. Dr. Sultan Ayaz Alkaya	_____
Üye	Dr. Öğr. Gör. Arzu Baygül	_____

Tarih:20.05.2021

ONAY

Bu tez çalışması, 20.05.2021 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yasemin GÜRSOY
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İmza

Seda Güney

İthaf

*Sevgisiyle dünyayı güzelleştiren canım kızım **Bigem'e** ithaf ediyorum.*

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince, bilgisini ve deneyimlerini benimle paylaşan ve daima rehber olan, yoluma ışık tutup bana şans getirdiğini yürekten hissettiğim çok değerli danışmanım *Prof. Dr. Ayişe Karadağ'a*,

Tez izlemleri boyunca geri bildirimleriyle çalışmama ve bana katkılar sağlayan değerli hocalarım *Prof. Dr. Şenay Uzun* ve *Prof. Dr. Ayşe Beşer'e*,

Tezimin ilk aşamasında verileri toplamamda destek olan sayın *Vildan Kandemir* ve çalışmaya katılan *tüm yaşlı bakım merkezi çalışanları ve yöneticilerine*,

Tezimin ikinci aşamasında, uygulama ve verilerin toplanmasında Kovid-19 salgın döneminde bana kapılarını açan ve destek olan *Bakım ve Yaşam Merkezi değerli yöneticilerine, baş hemşirelerine, hemşirelerine, hasta bakım elemanlarına ve sosyal hizmet uzmanlarına, ayrıca çalışmaya zaman ayırıp katılan sakinlerin değerli yakınlarına*,

Tezimi yapabilmemde bizden manevi desteğini esirgemeyen ve çocuğumuza bakan *Fatma Karadağ'a*,

Desteği ve ilgisiyle doktora sürecimi bitirmemde hep destekçim olan *Sevgili Eşime*,

Beni iyi bir insan olarak yetiştiren, her daim arkamda duran *Anneme ve Babama*,

En içten saygı ve sevgilerimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Tez Onayı	iii
Beyan	iv
İthaf	v
Teşekkür	vi
İçindekiler	vii
Tablo Listesi	ix
Şekil Listesi	x
Kısaltmalar	xi
Özet	xii
Abstract	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 Demans	6
2.1.1 Demans Türleri ve Prevelansı	6
2.1.2 Demansın Evrelendirilmesi	7
2.1.3 Demansı Olan Bireylerin Temel İhtiyaçları	10
2.1.4 Demansta Psikolojik İyilik Hali	10
2.2. Birey Merkezli Yaklaşım	12
2.2.1 Birey Merkezli Hemşirelik Bakımı	14
2.2.2 Birey Merkezli Demans Bakım Uygulamaları ve İlkeleri	15
2.2.3 Birey Merkezli Demans Bakım Girişimlerinin Sonuçları	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1 Araştırmanın Tipi	19
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4 Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri	21
3.5 Veri Toplama Araçları	22
3.6 Araştırma Planı ve Uygulanması	24
3.6.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	24

3.6.2. Araştırmanın İkinci Aşaması: BİMDEB Programının Uygulanması	26
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.9 Etik Konular	29
3.10 Araştırmacının Hazırlığı	29
4. BULGULAR	30
4.1 Birinci Bölüm: Geçerlik ve Güvenirlik Souçlarına İlişkin Bulgular	31
4.2 İkinci Bölüm: BİMDEB Programına İlişkin Bulgular	37
5. TARTIŞMA	44
5.1 Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Souçlarına Yönelik Tartışma	44
5.2 BİMDEB Programına Yönelik Tartışma	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	64

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme Evrelendirmesi.....	8
Tablo 2.2. VIPS Kavramsal Çerçeve Çalışması.....	16
Tablo 3.1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Analizler.....	28
Tablo 4.1. BDBÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	32
Tablo 4.2. BDBÖ Tüm Alt Ölçekler İçin Cronbach Alfa, Madde-Toplam Madde Korelasyonları ve Ölçek Toplam Ortalama Puanları.....	34
Tablo 4.3. BDBÖ'nün Test-Tekrar Test Ortalama Puanları ve Korelasyon Değerleri.....	34
Tablo 4.4. PİHÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	35
Tablo 4.5. PİHÖ için Cronbach Alfa, Madde-Toplam Madde Korelasyonları ve Ölçek Toplam Puan Ortalaması.....	36
Tablo 4.6. PİHÖ'nün Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Korelasyonları.....	37
Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri.....	38
Tablo 4.8. Demansı Olan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	39
Tablo 4.9. Bakım Verenlerin BİMDEB Programı Öncesi ve Sonrası BDBÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.10. Demansı Olan Bireylerin BİMDEB Programı Öncesi ve Sonrası Psikolojik İyilik Hali Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.11. Bakım Verenlerin BİMDEB Programına İlişkin Değerlendirmeleri.....	42

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Birey Merkezli Bakım Kavramının Analizi.....	13
Şekil 3.1. Araştırma Tasarımı.....	20
Şekil 4.1. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeğinin DFA sonuçları.....	33
Şekil 4.2. Bilişsel Yetersizliği Bulunan Bireylerde Psikolojik İyi Hali Ölçeği'nin DFA Sonuçları.....	36

KISALTMALAR

BMB	Birey Merkezli Bakım
BMDB	Birey Merkezli Demans Bakımı
Psikolojik İyilik Hali Ölçeği	PIHÖ
Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği	BDBÖ
BİMDEB Programı	Birey Merkezli Demans Bakım Programı
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
Kovid-19	Yeni Tip Koronavirüs
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WHO	World Health Organization
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri

ÖZET

Yaşlı Bakım Merkezinde Uygulanan Birey Merkezli Demans Bakım Programının Çalışanların Bakım Yaklaşımları ve Bireylerin Psikolojik İyilik Hali Üzerine Etkisi

Seda Güney

Hemşirelik Doktora Programı- Mayıs, 2021

Amaç: Yaşlı bakım merkezlerinde uygulanan birey merkezli demans bakım (BİMDEB) programının, demans tanısı alan bireylerin psikolojik iyilik halleri ve çalışanların bireyselleştirilmiş demans bakım yaklaşımları üzerindeki etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 10 Şubat 2020- 4 Mart 2021 tarihleri arasında iki aşamada yürütülmüştür. Araştırmanın birinci aşamasında, bireyselleştirilmiş demans bakım ölçeğinin (BDBÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması 184 bakım verenin katılımıyla, bilişsel yetersizliği olan bireylerde psikolojik iyilik hali ölçeğinin (PIHÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise 70 demansı olan birey ve 12 bakım verenin katkılarıyla yapılmıştır. İkinci aşamada, tek gruplu ön-test ve son-test tasarım tipindeki araştırmanın örneklemi aynı kuruma bağlı iki özel yaşlı bakım merkezinde çalışan bakım verenler (n=32) ve bakım alan demansı olan bireyler (n=17) oluşturmuştur. İkinci aşama kapsamında, bakım verenlere yönelik olarak demansı olan bireylerin yaşam hikayeleri kitapçıklarının oluşturulup sunulması, birey merkezli demans bakımı ve demansı olan bireyler ile iletişim eğitimi, demansı olan bireylerin ‘hakkımdaki herşey’ profillerinin odalarına asılması ve bakım verenlerin görebileceği yerlere hatırlatıcı notların asılması girişimlerinden oluşan birey merkezli demans bakım (BİMDEB) programı uygulanmıştır. Veriler, girişim öncesi ve girişimden 2 ay sonra, çalışanlara ve demansı olan bireylere yönelik tanıtıcı bilgiler formu, BDBÖ, PIHÖ ve program sonu değerlendirme formu ile toplanmıştır. Verilerin analizi, yapısal eşitlik modellemesi, tanımlayıcı ve önemlilik analizleri kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: BDBÖ ve PIHÖ Türkçe formu geçerli ve güvenilir ölçme araçları olarak bulunmuştur. Bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımları olan; sakinleri tanıma, sakinlerin otonomisi, sakin-çalışan iletişimi ve çalışanlar arası iletişim boyutlarından yalnızca sakin-çalışan iletişimi son-test ortalaması ön-test ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Program sonu değerlendirmesinde bakım verenlerin en fazla işe yaradığını düşündükleri bölümün ‘yaşam hikayelerinin paylaşılması’ bölümü olduğu belirlenmiştir.

Sonuçlar: Bu çalışma, yaşlı bakım merkezlerinde, bakım verenlere uygulanan BİMDEB programının, sakinler ile çalışanlar arasında iletişimi, sakinleri tanıma davranışlarını ve çalışanlar arası iletişimin geliştirilmesinde fayda sağlayacağını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Bireyselleştirilmiş Bakım, Demans, İyilik hali, Yaşlı Bakım Merkezi

ABSTRACT

Implementation of Person-Centered Dementia Care Program in Nursing Homes and Its Effects on Health Care Staff's Care Approaches and Psychological Well-Being of People with Dementia

Seda Güney

Doctor of Philosophy in Nursing- May, 2021

Aim: The aim of this study is to determine the effects of Person-Centered Dementia Care (PCDC) Program on health care staff's individualized care approaches and psychological well-being of people with dementia

Methods: The research was conducted between February 10, 2020 and March 4, 2021 in two stages. In the first stage of the study, the validity and reliability study of the individualized dementia care scale (IC-Scale) was conducted with the participation of 184 caregivers and the validity and reliability studies of the psychological well-being (PWB) scale in cognitively impaired people were conducted with 70 individuals with dementia and 12 caregivers. In the second stage, the sample of the study, which is a single group pre-test and post-test design type, consisted of caregivers (n = 32) and individuals with dementia (n = 17) working in two private elderly care centers affiliated to the same owner. PCDC program which consists of creating and presenting life history booklets of individuals with dementia for caregivers, person-centered dementia care and communication training with individuals with dementia, hanging 'everything about me' profiles of individuals with dementia in their rooms and posting reminder notes in places that caregivers can see the person-centered care tips. The data were collected before the intervention and 2 months after the intervention, using the introductory information form for caregivers and individuals with dementia, PWB Scale, IC-Scale and post-program evaluation form. Data analysis was conducted using structural equation modelling, descriptive and significance analysis.

Results: Turkish version of IC-Scale and PWB Scale were found to be valid and reliable measurement tools. Among individualized care approaches; the dimensions of knowing the residents, autonomy of residents, resident-caregiver communication and communication between caregivers, only resident-caregiver communication showed a statistically significant increase on post-test mean scores compared to the pre-test mean scores. In post-program evaluation, it was determined that caregivers thought to be most useful part was the "sharing life stories".

Conclusion: This study showed that PCDC program applied to caregivers in elderly care centers would be beneficial in improving communication between residents and caregivers, knowing residents and communication among caregivers.

Keywords: Individualized Care, Dementia, Well-being, Nursing Home

Bölüm 1:

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm Dünyada, yaşlı nüfusta en fazla bağımlılık ve kısıtlılığa yol açan hastalık, demans hastalığıdır. Global anlamda Alzheimer hastalığının 1990-2016 yılları arasında değişen prevalans değerlerine bakıldığında, 1990 yılında 20.2 milyon demansı olan birey sayısı iki katından daha fazla artarak 2016 yılında 43.8 milyona ulaşmıştır. Her yıl 10 milyon yeni demans vakası tanı almaktadır. Bu verilere göre 1990-2016 yılları arasında 148 ülke arasında demans tanısı alan birey sayısının en fazla arttığı ülke Türkiye olarak belirtilmiştir (Nichols et al., 2019). Dünyada yaşlı nüfusun en hızlı arttığı ülkeler arasında ikinci sırada yer alan Türkiye’de, 2015-2020 yılları arasında yaşlı nüfus %22,5 artış göstermiştir (TÜİK, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği’nin (2012) ortak yayınladığı ‘Bir Halk Sağlığı Önceliği Olarak Demans’ isimli raporunda, demans tanısı alan hastaların yaşam kalitelerinin geliştirilmesine ve hizmetlerin bu doğrultuda düzenlenmesine acil olarak odaklanmak gerektiğine dikkat çekilmiştir (WHO, 2012).

Demans hastalığının hızla artması ve günümüzde toplumların sosyo-kültürel yapısında değişiklikler olması sebebi ile ülkemizde kurumsal bakım ihtiyacı ve kurumsal bakım hizmeti sunan merkezlerin sayısında artış olmuştur (Karakuş, 2018). Yaşlı bakım merkezlerinin kalitesinin korunması ve geliştirilmesi için bazı gelişmiş ülkelerde (İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avustralya, İsveç vs.) ulusal hizmet politikası haline getirilen ve birey merkezli yaklaşımı temel alan uygulamaların olduğu görülmektedir (Stranz & Sorensdotter, 2016). ABD’de biyomedikal modele tepki olarak, birey merkezli bakımın desteklenmesinde Ulusal Yaşlı Bakım Kurumları Reform Hareketi (Nursing Home Reform Act 1987- OBRA 87) başlatılmış olup, bu hareket 1990’lı yıllardan bu yana devam etmektedir. Bu reform hareketi ile birlikte bakım merkezlerinde birey merkezli bakım (BMB) yaklaşımı, yaşam kalitesinin ve aynı zamanda sunulan bakım kalitesinin arttırılmasında bir standart olarak kabul edilmektedir (Brownie & Nancarrow, 2013; Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018). Bu yaklaşım, Amerikan sağlık sisteminin kalitesinin

geliştirilmesinde 6 kritik eylemden (güvenli, etkili, zamanında, yeterli, eşitlikçi ve hasta merkezli) biri olarak tanınmaktadır (IOM, 2001).

Institute of Medicine (IOM) (2001), birey merkezli bakımı; hastanın tercihleri, ihtiyaçları ve değerlerine saygı gösteren ve cevap veren bakım yaklaşımıyla hastaya ait değerlerin tüm klinik kararlara rehberlik etmesinin sağlanması olarak tanımlamıştır. Kogan, Wilber ve Mosqueda (2016) tarafından, geniş bir literatür incelemesi sonucunda, birey merkezli bakımın tanımı 17 prensip ve değeri kapsayacak şekilde yapılmıştır. Bunlardan en fazla öne çıkan 6 prensip; bütüncül yaklaşım, saygı ve değer, seçim hakkı, onurun korunması, özgür irade ve amaçlı yaşamdır (Kogan, Wilber, & Mosqueda, 2016).

Birey merkezli bakımın temellerinin, hastalığı değil hasta bireyi odak noktasına koyarak hemşireliği tıptan farklılaştıran Florence Nightingale ile atıldığı söylenebilir (Morgan & Yoder, 2012). İnsan ve bireyselliğin, her zaman hemşirelik bakımının merkezinde olması sebebiyle, birey merkezli bakım konusu hemşirelerin liderlik yapıp yönetmesi gereken bir yaklaşım olarak görülürken, hemşirelik dışından da birçok fikir ve teori bu yaklaşıma yön vermiştir (Dewing, 2004). Tıp alanında, Enid Ballint, hasta merkezli tıp teriminden ilk olarak bahsetmiş ve 1960'lı yıllarda doktorların hastaları ile nasıl etkileşimde bulunmaları gerektiğine vurgu yapmıştır. Carl Rogers, 1940'lı yıllarda birey merkezlilik görüşünü ilk ortaya atan ve teori geliştiren Amerika'lı bir psikologdur. Gerontoloji alanında ise, özellikle demans tanısı olan bireyler için, ilk olarak birey merkezli yaklaşımdan bahseden İngiliz teorisyen Tom Kitwood' dur (Lor, Crooks, & Tluczek, 2016).

Tom Kitwood'a göre demans tanısı alan bireyler, zarar verici sosyal psikolojiye (Malignant Social Psychology) maruz kalırlar. Bu bireylerin, çocuk gibi muamele görme, negatif etiketleme, kalıplaştırma ve aşağılayıcı tavırlar gibi zarar verici sosyal psikolojiye maruz kalarak bireysellikleri görmezden gelinmektedir. Kitwood, bu maruz kalmanın daha çok yaşlı bakım kurumlarında bakım verenlerin zarar verme niyetlerinden değil, hala biyomedikal anlayışın devam etmesinden kaynaklandığını ortaya atmıştır (Chenoweth et al., 2009). Birey merkezli demans bakımı (BMDDB), bireyselleştirilmiş temel bakım girişimlerinin (tuvalet bakımı, banyo yaptırma ya da beslenme yaklaşımları vb.) ötesinde; bireyi anlama, tercihlerini, umutlarını, korkularını bilme, kişiliklerini, alışkanlıklarını, başarılarını tanımayı ve bunları günlük uygulamalarda kullanmayı gerektirir (Innes & Surr, 2001). Gerontoloji hemşireliğinde BMB uygulamalarını ve modellerini inceleyen bir

literatür incelemesinde (McCormack, 2004), tespit edilen ortak ana temalar; insanı tanıma, değerleri odak noktasına alma, biyografik bilgilerin paylaşılması, ilişkilerin geliştirilmesi ve insanı anlık ihtiyaçlarının ötesinde görmeyi içerir.

Kitwood'un pozitif insan çalışması olarak adlandırdığı birey merkezli demans bakımında, bireye saygı gösterip, onları oldukları gibi kabul ederek kimliğinin devam ettirilmesine vurgu yapılır (Bailey, Sanderson, & Routledge, 2013). Demans tanısı alan bireylerin birey olarak varlığını sürdürmesi ve iyilik halinin artırılması için ait olma, dahil edilme, meşguliyet, konfor sağlama ve kimliğinin sürdürülmesine ihtiyaç vardır. Bireylerin kimliklerinin devam ettirilmesi ve birey olabilmesinin sağlanabilmesi; insanın sosyal varlığı ve ilişkileri bağlamında diğer insanlar tarafından kabul görmesi, saygı ve güven duyulması ile ilişkilidir (Manthorpe & Samsi, 2016; Mitchell & Agnelli, 2015). Kitwood'un çalışmalarını temel alarak geliştirilen VIPS kavramsal çerçeve çalışmasında BMDB unsurları dört ana başlık altında toplanmıştır: Değerlerin tanınması (V-Values), bireyselleştirilmiş yaklaşım (I-Individualized approach), bireyin bakış açısı (P-Perspective of the service user), destekleyici sosyal çevredir (S-Supportive social environment) (Brooker, 2004).

Birey merkezli demans bakım uygulamaları ve bunların etkilerinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede, girişimlerin daha çok bireye özgü planlanan aktivitelerden ya da bakım merkezinde çalışanlara yönelik olarak yapılan girişimlerden oluştuğu gösterilmiştir. Bireye özgü aktivitelerin planlanmasının; bireyin tercihleri, yaşam hikayesi, ihtiyaçları ve yapabilme düzeyi göz önüne alınarak yapıldığı bulunmuştur (Kim & Park, 2017).

Bakım merkezlerinde yaşam hikayelerinin paylaşılmasının; bireylerin yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği ve yaşamına anlam kazandırdığı, birey merkezli bakımın geliştirilmesine yardım ettiği, bireyin derinlemesine anlaşılması ve şimdiki tepkilerinin açıklanmasında yararlı olduğu sonucuna varılmıştır (Doran, Noonan, & Doody, 2019). Bilişsel yetilerini kaybeden bireylerin diğer insanların gözünde birey olarak var olabilmeleri algısında düşüş olmaktadır. Yaşam hikayelerinin bilinmesinin, bakım verilen bireyler ile bakım veren çalışanlar arasındaki sözel etkileşimlerde anlamlı derecede artışa sebep olduğu da gösterilmiştir (Eritz et al., 2015). Demans tanısı olan bireyler ve aileleri tarafından bakım merkezlerinde kalitenin en önemli göstergesi, birey olabilmenin desteklenmesi olarak ifade edilmektedir. Birey olabilmenin anlamı: birey, aile üyeleri ve

yakınları tarafından, anlamlı aktivitelerde bulunma, kendini işe yarar ve değerli bulacağı olanakların yaratılması olarak belirtilmiştir (Milte et al., 2016).

Bakım merkezlerinde BMB'nin geliştirilmesinde çalışanlara yönelik girişimler; BMB ve empati konusunda eğitim verilmesi ve geri bildirimle dayalı yöntemleri içerir. Bu girişimlerin sonuçları ise en fazla ajitasyon düzeyi ve bireylerin yaşam kalitesi olmak üzere, nöro-psikiyatrik belirtiler ve depresyon üzerindeki etkileri açısından değerlendirilmiştir. Kısa süreli ve bireye özgü uygulanan aktivite ve girişimlerin ajitasyon üzerinde daha fazla pozitif etkisi olurken, uzun süreli olan ve çalışanlara yönelik girişimler yaşam kalitesi üzerinde daha anlamlı pozitif sonuçlar göstermiştir (Kim & Park, 2017). Bir çalışmada, çalışanların demans tanısı olan bireylerin iyilik halini gözden geçirdiği ve tartıştığı grup toplantılarının yapılmasının hem bakım merkezinde kalan yaşlılar hem de çalışanlar açısından yararlı ve değerli olduğu bulunmuştur. Bireylerin iyilik/iyi olmama halini yansıtan göstergeler değerlendirilmiş ve her hafta bir bireyi ele alarak bu grup tartışmaları yürütülmüştür. Böylelikle birey merkezli bakım uygulamalarının da kurum kültürüne yerleştirilmesi ve bireye özgü planlamaların yapılarak çözüme odaklanması kolaylaştırılmıştır (Wheeler & Johnson, 2010).

Yaşam kalitesi ve iyilik halinin sürdürülmesi, demans tanısı alan bireylerde en fazla önemsenen sonuç değişkenlerinden biridir. Yaşam kalitesini ölçen araçların en fazla; pozitif ve negatif duygular, öz-saygı, ait olma duygusu, fonksiyonel yapabilirlik, sosyal ve eğlenceli aktivitelere katılım, kendinin farkında olma, çevreye cevap verme gibi alanları kapsadığı bulunmuştur. Bireyin psikolojik iyilik hali (duygusal durumu; anksiyete, depresyon, ajitasyon ve diğer pozitif duygular) yaşam kalitesinin bir unsurudur ve bakım verenlerin yaklaşımlarından etkilenir (Burgener, Twigg, & Popovich, 2005). Tamamen tedavi edilemeyen diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi demans bakımının amacı bireylerin psikolojik iyilik hallerinin desteklenmesidir (Volicer et al., 1999). Yaşam kalitesinin bu boyutunun ölçülmesi, ileri demans durumunda sübjektif olarak ölçülemeyeceği için bireyi en iyi tanıyan ve bakım veren çalışanlardan alınan bilgilerle değerlendirilebilir (Burgener et al., 2005).

Bu çalışmada, demans bakımında son yıllarda yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilen birey merkezli demans bakımına yönelik bir dizi girişim uygulanmıştır. İlgili literatürün ışığında birey merkezli demans bakımı uygulamalarının çok yönlü birçok girişimi içerdiği açıktır.

Araştırmada, BMB unsurlarından bireyi tanımanın sağlanması ve birey ile iletişimin sürdürülmesinin öğretilmesi gibi BMDB'nin temel unsurlarının uygulanması planlanmıştır. Bu iki unsur, yaşam hikayelerinin oluşturulması, çalışanların eğitimi, hatırlatıcıların kullanılması ve danışmanlık uygulamaları ile birlikte düşünülerek, birey merkezli demans bakım programı oluşturulmuştur. Oluşturulan programın, demans tanısı olan bireylerin psikolojik iyilik hallerini artıracak ve çalışanların bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını pozitif yönde etkileyeceği beklenmektedir.

İlaveten ülkemizde hemşirelik bilimi alanında yapılan lisansüstü tezler incelendiğinde, özellikle demans tanısı olan bireylerin kurum ortamında ki bakımının iyileştirilmesi boyutu, incelenen konular arasında çok fazla yer almadığı görülmektedir. Bu konudaki varolan çalışmalar daha çok demans tanısı olan ve evde bakım alan bireylerin bakım vericilerinin yaşadığı sorunlar ve bu konudaki destek/çözüm uygulamalarına odaklanmıştır. Türkiye'nin hızlı yaşlanan bir ülke olması ve demans prevelansının artması sebebiyle bu hasta grubunda bakım kalitesinin geliştirilmesi, hemşirelik bilimi açısından öncelikli bir konudur. Gelişmişlik düzeyi yüksek ve yaşlı nüfusu fazla olan ülkelerde; sağlık bakımı, yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve aynı zamanda sağlık harcamalarının azaltılması konusunda oldukça önemsenen birey merkezli bakım felsefesi ve uygulamaları Türkiye için yenidir. Bu kapsamda çalışmanın, ilgili literatürde hemşirelik bilimine katkı sağlayacağı ve ülkemizde demans bakımında örnek teşkil ederek yaşlı bakımı ve demans alanındaki bakım uygulamalarının gelişimine öncülük edeceği düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Yaşlı bakım merkezlerinde, doğrudan bakım veren çalışanlara yönelik olarak geliştirilen birey merkezli demans bakım programının, demans tanısı olan bireylerin psikolojik iyilik halleri ile çalışanların bireyselleştirilmiş demans bakımı hakkındaki algıları ve davranışları üzerinde etkisini değerlendirmektir.

Bölüm 2:

GENEL BİLGİLER

2.1.Demans

Demans, beyindeki bir kısım hücrelerin çalışması durduğunda ya da işlev görmediğinde görülen semptomlar topluluğunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesinde gerekli olan beceriler ile hafıza, davranış, düşünme süreçlerinin bozulduğu bir sendromdur. Günlük yaşamı ve fonksiyonları aksatacak kadar bilişsel fonksiyonların ilerleyici olarak kaybedilmesi ile karakterizedir. Demans, beyini birincil veya ikincil olarak etkileyen birçok hastalığın (Alzheimer, inme vb.) sonucu olarak ortaya çıkar (Rahman & Howard, 2018; Rahman, Howard, Harrison Denning, & Swaffer, 2018; W.H.O., 2020).

2.1.1. Demans Türleri ve Prevelansı

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

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

Vasküler Demans: Alzheimer hastalığından sonra ikinci en sık görülen ve tüm vakaların %15'ini oluşturan demans türüdür (CDC, 2019). Vasküler demans, kortikal alanda birçok infarkt alanlarının oluşması sonucu olabildiği gibi, subkortikal alanda küçük damarların infarktı sonucu da oluşabilir. Bu demans türünün, vasküler bilişsel yetersizlik olarak da adlandırıldığı görülmektedir. Alzheimer hastalığı ve vasküler yetersizliğin bir arada görüldüğü türü, hipoperfüzyon demans, hemorajik demans, stratejik infarkt demans, herediter demans gibi türleri de bulunmaktadır (O'Brien & Thomas, 2015).

Beyin bölgesinin etkilendiği alana göre farklı semptomlar gösterir. Bu demans türü için risk faktörleri; diyabet, hipertansiyon ve yüksek kolesteroldür (CDC, 2019; Rahman & Howard, 2018).

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

Fronto-Temporal Demans: Bu hastalık, daha genç yaşlarda görülen (<65 yaş), davranış bozuklukları (aşırı yemek yeme, sosyal davranışlarda ve karakterde değişim, konuşma bozukluğu vb.) ve nöropsikiyatrik belirtiler gösteren bir demans türüdür (Bang, Spina, & Miller, 2015). Bir sistematik inceleme çalışmasında erken yaşta görülen bu demans türünün prevelansının %3-%27 arasında değiştiği bulunmuştur (Vieira et al., 2013).

Bu demans türleri dışında yaşlılarda konfüzyon ve bilişsel yetersizlik oluşturan ayrıca demans ile karıştırılan durumlar da vardır. Bu tedavi edilebilen ve geçici durumlar; enfeksiyon veya deliryum, depresyon, dehidratasyon, diyabet, böbrek, karaciğer ve tiroit problemleri, beslenme yetersizliği, şiddetli kabızlık, ilaçların yan etkisi veya yanlış kullanımı, bazı vitamin ve minerallerin eksikliğidir (James & Jackman, 2017).

2.1.2. Demansın Evrelendirilmesi

Demans evresini belirlemede en sık kullanılan ölçekler, klinik demans derecelendirme ve global bozulma ölçeğidir. Global bozulma ölçeği Reisberg ve ark. (1982) tarafından geliştirilmiş, bellek bozukluğunu ölçen 7 puanlık bir derecelendirme ölçeğidir (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982). Bu 7 puanlık derecelendirmeyi esas alan ve aynı yazarlar tarafından geliştirilen fonksiyonel değerlendirme evrelendirmesi ölçeği (FAST) ve kısa kognitif değerlendirme ölçeği de (BCRS) sıklıkla demans evrelendirmesinde kullanılır (Auer & Reisberg, 1997; Gürvit, 2007). Bu çalışmada yararlanılan ve farklı sağlık disiplinlerinin kolaylıkla kullanabildiği FAST ölçeğinin 16 basamaklı evrelendirme sistemi aşağıdaki tabloda verilmiştir (**Tablo 2.1**).

Tablo 2.1. Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme Evrelendirmesi

FAST evresi	Karakteristik	Klinik Yargı
1	Objektif veya sübjektif bir fonksiyonel kaybı olmayan yaşlı	Normal Yetişkin
2	Eşyaların yerini unutma, isimlerini unutma, günlük işler ile ilgili sübjektif yakınmalar vardır. Fonksiyonel kayıp objektif olarak gözlenmez.	Normal Yaşlı
3	Önemli görüşmeler/verilen sözler unutulmaya başlar. Sosyal ve iş ortamlarında eksiklikler, unutkanlıklar ve kayıplar yaşanır. Tanıdık olmayan yerlere giderken kaybolma, çevresindekiler tarafından fark edilen düşük performans, isim ve kelime bulmada zorluklar.	Erken Evre
4	Gündelik karmaşık işlerde performans düşüklüğü yaşanır. Faturaları ödeme, yemek organize etmek veya hazırlamada zorluk, alışveriş yaparken doğru şeyleri almada zorluklar yaşanır.	Hafif Evre
5	Hastalar uygun seçimi yapmada zorluk yaşarlar ve bağımsız olarak hareket etmede yardım gereklidir. Mevsime uygun kıyafet seçimi için yardıma ihtiyaç duyarlar. Banyo yapmayı unuturlar, otomobil kullanmada kapasiteleri azalır. Trafik kurallarını unuttukları için ihlal etmeye başlarlar.	Orta Evre
6a	Hastaya kıyafetlerini giyinmesinde yardım gereklidir. Uygun sırada giyinme, fermuar ya da düğmelerini kapatma, ayakkabılarını doğru giyinme, doğru şekilde giyinme gibi konularda yardım gereklidir.	Orta-ileri Evre
6b	Banyo yapmada yardıma ihtiyaç duyar. Banyo suyunun ayarlanması, banyoya girme ve çıkma, uygun biçimde temizlenme ve kurulanma konularında zorluk yaşarlar.	Orta-ileri Evre

6c	Tuvaletini yapma ve temizlik konusunda yardıma ihtiyacı vardır. Tuvalet sifonunu çekme ve uygun şekilde temizlenme gibi becerilerde kayıplar olur.	Orta-ileri Evre
6d	Üriner inkontinans görülebilir. Sıklıkla tuvalete götürme veya hatırlatma sorunun çözümüne bir miktar yardım edebilir.	Orta-ileri Evre
6e	Fekal inkontinans görülebilir. Sıklıkla tuvalete götürme veya hatırlatma sorunun çözümüne bir miktar yardım edebilir.	Orta-ileri Evre
7a	Normal bir gün içerisinde konuşma yaklaşık 6 kelime ile sınırlıdır. Kısa kelimeler veya iki sözcüklü cümleler ile anlatmaya çalışır. Git burdan, seni seviyorum, evet, hayır vb.	İleri Evre
7b	Normal konuşma ve tüm ihtiyaçları için anlatım dili 1-2 kelimeye inmiştir. Evet, hayır, tamam vb.	İleri Evre
7c	Mobilizasyonda bozulma. Bağımsız şekilde hareket etme yeteneği dereceli olarak azalmaya başlar. Yürümede yardıma ihtiyaç duyma ile başlayan süreç zamanla yürümeyi yardımla bile yapılamaz hale gelir. Küçük adımlarla yürümeye, öne, yana veya arkaya doğru eğilerek yürümeye başlar.	İleri Evre
7d	Oturmanın kaybolması. Yardımsız oturamazlar. Oturdukları yerden veya sandalyeden kayıp düşmemeleri için kuşakla veya diğer yöntemlerle hastayı sabitlemek gerekir.	İleri Evre
7e	Gülümseme kaybolur. Hastalar diğer yüz hareketlerini yapabilseler de gülümsedikleri artık görülmez.	İleri Evre
7f	Başlarını dik tutabilme kaybolur. Başlarını desteklemedikçe dik tutamazlar.	İleri Evre

Kaynak: Sclan ve Reisberg'in çalışmasından alınmıştır, (Sclan & Reisberg, 1992).

2.1.3. Demansı Olan Bireylerin Temel İhtiyaçları

Demansı olan bireyler genellikle ilerleyen evrelerde tanı alırlar. Demans ile ilgili deneyimlerini ve ihtiyaçlarını başlangıç evrelerinde ifade edebilen bireyler, daha sonra ihtiyaçlarını ifade edememeye başlarlar. Bu durumda ihtiyaçları anlaşılamayan bireyler karşılanmayan ihtiyaçları ile birlikte bakım verenleri zorlayıcı davranışlar sergileyebilirler. Bu yüzden demansı olan bireylerin karşılanmayan ihtiyaçlarının anlaşılması ve karşılanması oldukça önemlidir (Brooker & Kitwood, 2019).

Demansı olan bireyler tarafından sübjektif olarak ifade edilebilen ihtiyaçlarını sistematik olarak inceleyen bir araştırmada en fazla ifade edilen ihtiyaçlarının, oldukları gibi kabul edilme ve saygı gösterilmesi, yetersiz buldukları beceriler ile baş edebilme ve durumlarıyla uzlaşma ihtiyacı olduğu belirtilmiştir (Henriëtte G Van Der Roest et al., 2007). Demansı olan bireylerin en temel ihtiyaçları; fiziksel konfor ve ağrısının olmaması, güvende olduğunu hissetme, anlamlı fiziksel temas kurma, sevgi ve aidiyet, benlik saygısı ve değerli hissetme, eşyaları ve çevreleri üzerine kontrol kurma, eğlence, meşguliyet ve keşfetme ve anlam bulma ihtiyaçlarıdır (James & Jackman, 2017). En temel psikolojik ihtiyaçlar, Kitwood tarafından benzer şekilde; sevgi, konfor, bağlılık, kimlik, dahil olma, meşgul olma olarak kabul edilmiştir (Brooker & Kitwood, 2019).

Demansı olan bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde bazı ölçme araçlarının kullanıldığı belirlenmiştir (Schölzel-Dorenbos, Meeuwssen, & Olde Rikkert, 2010). Bunlar çeşitli araştırmalarda kullanılan CareNap-D (Care Needs Assessment Pack for Dementia) (Chung, 2006) ve CANE (Camberwell Assessment of Need) araçlarıdır (Reynolds et al., 2000). CANE ölçme aracının kullanıldığı ve 21 araştırmanın dahil edildiği bir literatür inceleme çalışmasında yaşlıların karşılanmayan gereksinimlerinin daha çok psiko-sosyal alanda (günlük aktiviteler, yalnızlık, stres) ve kurum bakımının sağlandığı ortamlarda olduğu bulunmuştur. Bu karşılanmayan gereksinimlere eşlik eden faktörler ise depresyon, bakım veren tükenmişliği ve bireyin bağımlılık düzeyidir (Carvacho, Carrasco, Lorca, & Miranda-Castillo, 2021).

2.1.4. Demansta Psikolojik İyilik Hali

Demans durumunda iyilik hali ve yaşam kalitesi, literatürde oldukça yer bulan konulardandır. Bazı çalışmalar iyilik halini, yaşam kalitesinin sübjektif olan bir değerlendirmesi gibi kabul ederken diğer taraftan bazı çalışmalar yaşam kalitesinin bir

sonucu olarak kabul etmektedir (Kaufmann & Engel, 2016; Langlois & Anderson, 2002). Yaşlılar açısından en önemli iyilik hali göstergeleri; algılanan sağlık, fonksiyonel kapasite, iyi sosyal ilişkiler, aktif yaşam ve spiritüel inançlardır (George, 2010). Demansı olan bireylerin iyilik hali göstergeleri ve yaşam kalitesi ise bilişsel ve davranışsal süreçlerinin bozulmasıyla birlikte çoğunlukla sübjektif olarak değerlendirilemeyebilir. Bu değerlendirmelerin yakınları veya bakım verenler tarafından çeşitli araçlar kullanılarak gözlem yoluyla yapılabileceğini belirten çalışmalar da vardır (Burgener et al., 2005; Innes & Surr, 2001; Smith et al., 2005).

Demansı olan bireylerin yaşam kalitesi ve iyilik halinin en önemli göstergesinin birey olabilme ve kimliğinin sürdürülmesi olduğu, Tom Kitwood'un (2019) sosyal-psikolojik demans bakım teorisinde belirtilmiştir. Kitwood iyilik halinin devamı için demansı olan bireylerin psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması gerektiğini ve bu psikolojik ihtiyaçların; konfor, güvende hissetme, kimliğin sürdürülmesi, dahil olma, meşguliyet ve sevgi olduğunu belirtmiştir (Brooker & Kitwood, 2019). Demansı başlangıç ve orta evrede olan bireyler için 'iyi bir yaşam' için psikolojik göstergelerin ne olduğunu konu alan bir kohort tipi araştırmada (n=1547); öz yeterlilik, iyimser olma ve öz saygı olduğu da sübjektif olarak demansı olan bireyler tarafından belirtilmiştir (Lamont et al., 2020). Başlangıç evresinden orta evreye ulaşınca kadar izlenen bir grup demansı olan yaşlının iyilik halinin izlendiği bir araştırmada ise, psikolojik iyilik hali göstergelerinin özellikle pozitif duygulanımın zamanla kaybolmadığını ortaya koymuştur (Burgener et al., 2005). İngiltere'de demansı olan bireylerin yaşam kalitesi, iyilik hali ve yaşam memnuniyeti ile ilişkili olan faktörleri inceleyen 198 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında bu üç başlıkla en fazla ilişkili olan faktörler; sosyal yaşama dahil olmanın iyi düzeyde olması, bakım veren kişi ile ilişkinin iyi olması ve dini/spiritüel inançlar olduğu bulunmuştur (Martyr et al., 2018).

İyilik hali ve yaşam kalitesinin, günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ile ilişkisini inceleyen bir araştırmada (n=122), ileri demansı olan bireylerin yakınları tarafından fazla sayıda GYA'ya katılım gösterebilmenin, daha iyi bir yaşam kalitesi ile ilişkisi olduğu da belirtilmiştir. GYA ile ilişkili performansın iyi olması ise, sadece orta evrede demansı olan bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (C. M. Giebel, Sutcliffe, & Challis, 2015). İsviçre'de, 1261 demansı olan sakinin ve 1169 çalışanın katıldığı bir çalışmada birey merkezli demans bakımı sağlamanın, bireylerin iyilik halini ve yaşam kalitesini yükselttiği aynı zamanda birey merkezli olan kurumlarda kalan demansı olan bireylerin GYA

performanslarının daha iyi olduğu da görülmüştür (Sjogren, Lindkvist, Sandman, Zingmark, & Edvardsson, 2013). Bakım merkezlerinde uygulanan birey merkezli bakımın hasta sonuçlarına etkisini inceleyen bir sistematik incelemede, kültür değişim programlarının ve uygulanan birey merkezli girişimlerin demansı olan bireylerin davranış problemlerini azalttığı ve psikolojik iyilik halini arttırdığı saptanmıştır (Li & Porock, 2014).

İleri evre demansta, psikolojik iyilik hali demansı olan bireyler tarafından sübjektif olarak değerlendirilemediği için bakım verenler tarafından bireylerin sözlü veya sözsüz ifadeleri gözlemlenerek değerlendirilir. İleri evre demansı olan ve kurumsal bakım ortamında kalan bireylerin (n=57) ruh hali, ajitasyon ve dahil olma durumunun gözlemlenerek değerlendirildiği bir çalışmada birbirleriyle ilişkili olan psikolojik iyilik halinin üç boyutu; dahil olma-ilgisizlik, mutlu-üzgün olma ve sakin-ajite olma olarak belirlenmiştir (Volicer et al., 1999). Bu üç boyut kullanılarak ileri evre demans hastalarının psikolojik iyilik halinin değerlendirilebileceği de belirtilmiştir. İleri evredeki demansı olan birey bir aktiviteye dahil edilmeye çalışılmıyorsa, bir uyaran verilmiyorsa ve sözlü etkileşimde bulunulmuyorsa, bu değerlendirmeyi yapmak oldukça zor olur çünkü ortamda etkileşim olmazsa bu bireyler çoğunlukla nötr bir yüz ifadesi ve duygularıyla ilgili bir belirti göstermezler. İleri evre demans hastalarının diğer bilişsel bozukluğu olan bireylerden farkı, yalnız başlarına bir aktivite ya da eylemi başlatamamalarıdır. Bunun için onlara olanak tanımak ve zaman ayırmak gerekir (Volicer et al., 1999).

Demansı olan bireylerin iyilik halini arttırmada oldukça etkili olan diğer sosyal etkileşim ve iletişim stratejileri ve kullanılan araçlar; yaşam hikayeleri ve anımsama terapisi, işaret matları ve görsel sembollerin kullanımı, günlük bakım aktivitelerine iletişim stratejilerinin dahil edilmesi, tek bir şeye odaklanan aktiviteler, iletişim kitlerinin kullanımı, sanat ve müzik terapisi olarak sıralanabilir (Health, 2011).

2.2. Birey Merkezli Yaklaşım

Birey merkezli yaklaşım, tüm dünyada daha kapsayıcı sağlık bakım felsefesinin benimsenmesi ile sağlık sistemlerinin stratejik odak noktası haline gelmiştir (McCormack & McCance, 2016). Birey merkezli bakım yaklaşımı, sadece belirli bir profesyonel grubun uygulamalarını değil, tüm sağlık sistemlerinin insanları odak noktasına koyma felsefi yapısını oluşturmada önem teşkil eder. Dünya Sağlık Örgütü, çok kapsamlı olarak hazırlanan ‘insan merkezli sağlık hizmetlerinde global strateji 2016-2026’ isimli raporunda

insan merkezli sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır; “insanların, ailelerin ve toplumların perspektifini bilinçli şekilde dikkate alıp hizmetlere uyarlayan, insanları sağlık sistemlerinin bir parçası ve katılımcısı gibi gören ve onların ihtiyaç ve tercihlerine insani ve bütüncül yollarla cevap veren bir yaklaşımdır” (WHO, 2016). Bu rapor, tüm dünyada sağlık bakım sistemlerinin bu yaklaşımı dikkate alarak insan haklarına saygılı, insanların daha katılımcı ve kendilerini güçlendirilmiş hissettikleri, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın eşitlikçi olduğu ve iş birliğine açık olmasını hedeflemektedir.

Amerikan Tıp Enstitüsü, var olan sağlık sisteminin vizyonu olmayan ve bireye özel hizmet anlayışından uzak olduğunu ifade ederek, geleneksel doktor merkezli ve hastalık odaklı yaklaşımdan bireye özgü olan tıp anlayışına 2001 yılında geçme kararı almıştır (IOM, 2001). Bu anlayış, Amerikan ulusal sağlık sisteminin geliştirilmesinde amaçlanan 6 kritik eylemden biri olarak tanınmıştır. Tüm dünyada kabul edilen ortak bir birey merkezli bakım tanımı halen yapılamamaktadır çünkü kompleks yapıdaki sağlık sistemlerinin tümünün ihtiyacını kapsayacak ortak bir tanım olmadığı düşünülmektedir (Hochman, 2017). Morgan ve Yoder (2012) tarafından belirlenen birey merkezli bakımda kritik ortak temalar ise; hastanın katılımı ve dahil edilmesi, hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişim, sağlık hizmetinin sunulduğu yerin şartları olarak sıralanmıştır. Birey merkezli bakım kavramının analizi yapılmış ve üç ana başlık altında toplanmıştır (**Şekil 2.1**) (Morgan & Yoder, 2012).



Şekil 2.1. Birey Merkezli Bakım Kavramının Analizi (Morgan & Yoder, 2012)

2.2.1 Birey Merkezli Hemşirelik Bakımı

Birey merkezli bakımda, geçmişten bu yana insanları kendine özgü bir birey olarak kabul etme, bir birey olarak insan haklarına saygı gösterme, karşılıklı güven ve anlayış geliştirme ve terapötik iletişim kurma gibi kabul edilen ortak yaklaşımlar hemşireliğin odak noktasını oluşturur (McCormack & McCance, 2016). Hemşirelikte birey merkezli olma kavramı ile ilgili bazı kuramsal çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar; yaşlıların bakımı alanında geliştirilen otantik bilinçlilik kuramsal çerçeve çalışması (Authentic Consciousness Framework) (McCormack, 2003), yaşlılarda ilişki temelli bakım alanında algılar kuramsal çerçeve çalışması (the Senses Framework) (Nolan, Brown, Davies, Nolan, & Keady, 2006) ve genel hemşireliği kapsayan birey merkezli hemşirelik kuramsal çerçeve çalışmasıdır (Person-Centred Nursing Framework) (McCormack & McCance, 2006). McCance ve McCormack (2006) tarafından psikolog Carl Rogers'ın çalışmalarından yararlanılarak oluşturulan, kapsayıcı ve yaşlı bakımı alanında yapılan çalışmalardan yola çıkılarak ortaya çıkan birey merkezli hemşirelik kuramsal çerçeve çalışması dört ana yapıdan oluşmaktadır;

1. Öncül Şartlar: Hemşirelerin nitelikleri ile ilgili koşullara odaklanır. Bu nitelikler; profesyonel yeterlilik, kişiler arası ilişkilerin gelişmiş olması, mesleğe adanmışlık, kendi inanç ve değerlerin farkında olma, kendini tanımadır.
2. Bakım Ortamı: Bakımın verildiği ortamın özelliklerine odaklanır. Bu özellikler; Ortak karar alabilme sistemleri, çalışanlar arası etkili ilişkiler, destekleyici organizasyonel sistemler, gücü paylaşma, yeniliklere açık olma ve risk almadır.
3. Birey Merkezli Süreçler: Bakım süreçlerindeki yaklaşımlara odaklanır. Bu yaklaşımlar; Hastaların inanç ve değerlerini önemseyerek çalışma, katılımın teşvik edilmesi, ortak karar alma, fiziksel bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve sempati ile yaklaşımdır.
4. Beklenen Sonuçlar: Kuramsal çalışmanın ana bileşeni olup, etkili birey merkezli hemşirelik bakımının sonuçlarına odaklanır. Bu sonuçlar; bakımdan memnun olma, bakıma dahil edilme, iyilik halinin olması ve terapötik kültür yaratmadır. (McCormack, Karlsson, Dewing, & Lerdal, 2010; McCormack & McCance, 2016).

Bu kuramsal çalışma hemşirelik uygulamalarına birey merkezli bakım bakış açısının unsurlarını yansıtabilmede oldukça kabul görmüştür. Birey merkezli olma kavramını, yukarıda açıklanan birey merkezli hemşirelik kuramsal çerçevesine göre inceleyen ve uzun süreli bakım ortamlarında yapılmış 4 çalışmanın sonucunu meta-sentez yoluyla analiz eden bir çalışmada (McCormack et al., 2010); birey merkezli bakım sunmada bakım verenlerin profesyonel yeterlilikleri ve kendini tanıma öncül şartlarının oldukça önemli olduğu

sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada bakım ortamının özellikleri birey merkezli bakımı sunmada kritik bir role sahip olduğu, çalışanlar tarafından birey merkezli bakım değerlerinin benimsenmesine rağmen hemşirelik bakımının rutinlere göre devam ettiği ve anlamlı ilişkiler kurma konusunda çok az çaba gösterildiği de belirtilmiştir (McCormack et al., 2010).

2.2.2. Birey Merkezli Demans Bakım Uygulamaları ve İlkeleri

Birey merkezli bakım teriminin demansı olan bireylerin bakımı için kullanılması İngiltere’de Psikolog Tom Kitwood ile başlamıştır. Tom Kitwood, birey merkezli yaklaşım terimini diğer tıbbi ve davranışsal problemleri tedavi etme anlayışından ayırmak için kullanmıştır (Brooker, 2004). Kitwood’un pozitif insan çalışması olarak adlandırdığı birey merkezli demans bakımında, bireye saygı gösterip, onları oldukları gibi kabul ederek kimliğinin devam ettirilmesine vurgu yapılmaktadır (Bailey et al., 2013). Bireylerin kimliklerinin devam ettirilmesi ve birey olabilmesinin sağlanabilmesi; insanın sosyal varlığı ve ilişkileri bağlamında diğer insanlar tarafından kabul görmesi, saygı ve güven duyulması ile ilişkilidir (Brooker & Kitwood, 2019, p. 65). Kitwood’un bu birey merkezli olma tanımı, oldukça etkili ve referans gösterilen bir tanım olsa da, Amerika’lı psikolog Sabat (2002) tarafından eleştirilmiş ve insanların arasındaki ilişkiler ancak anlamlı olduğunda bakım alan bireyi pasif konumdan çıkartıp, birey merkezli bakım yaklaşımından söz edilebileceğini de belirtmiştir (McCormack & McCance, 2016, p. 17).

Gerontoloji hemşireliğinde BMB uygulamalarını ve modellerini inceleyen bir literatür incelemesinde (McCormack, 2004), tespit edilen ortak ana temalar; insanı tanıma, değerleri odak noktasına alma, biyografik bilgilerin paylaşılması, ilişkilerin geliştirilmesi ve insanı anlık ihtiyaçlarının ötesinde görmeyi içerir. Birey merkezli bakımda, bir demanslı bireyin, birey olabilme durumunun kaybolmadığını kabul etmek gerekir. Bireyin ileri evre demansı olsa dahi, tüm bakım süreçlerinde bilgilendirilmesi, kararlara katılımın teşvik edilmesi, demanslı birey bakış açısından bakmaya çalışarak zorlayıcı davranışlarının yorumlanması, görevlere değil ilişkilere odaklanılması gerekmektedir (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008).

Birey merkezli bakım felsefesinin demans bakımında uygulamaya farklı yaklaşımlarla yansıtıldığı görülmektedir. Bunlardan biri biyografik bilgilerin klinik uygulamalara yansıtılmasıdır. Biyografik bilgiler, bireyin geçmişinde yaşadıkları, rutinleri ve mesleği

şuandaki davranışlarının anlamını bulmaya, isteklerini ve ihtiyaçlarını anlamaya yarar. Biyografilerin klinik uygulamalarda kullanılması, bireyin sadece hastalığından ibaret olmadığını ve birey olarak kabullenilmesini kolaylaştıran bir uygulamadır (Clarke, 2000; Clarke, Hanson, & Ross, 2003). Biyografilerin kullanılması dışında birey merkezli demans bakımında sıklıkla kullanılan uygulamalar; anımsama ve doğrulama terapisi, çevrenin bireye özgü eşyalarla ev benzeri ortam yaratılması, kontrollü olarak multi-duyusal uyaranların verilmesi, iyilik halini arttıran çeşitli aktivitelerin sunulması şeklindedir (Edvardsson et al., 2008).

Dawn Brooker tarafından, Kitwood'un çalışmaları temel alarak geliştirilen VIPS kavramsal çerçeve çalışmasında, birey merkezli demans bakım unsurları dört ana başlık altında toplanmıştır: Değerlerin tanınması (V-Values), bireyselleştirilmiş yaklaşım (I-Individualized approach), bireyin bakış açısı (P-Perspective of the service user), destekleyici sosyal çevredir (S-Supportive social environment) (Brooker & Latham, 2015) **(Tablo 2.2)**. Bu kavramsal çalışma, Rosvik ve ark. (2011) tarafından Norveç'te bakım merkezlerinde birey merkezli demans bakımı uygulamalarının geliştirilmesinde esas alınarak bir uygulama modeli de geliştirilmiştir (Rosvik, Kirkevold, Engedal, Brooker, & Kirkevold, 2011).

Tablo 2.2. VIPS Kavramsal Çerçeve Çalışması

V-(Values) Değerler	Kurumun birey merkezli bakım vizyonunun olması Bakım verenlerin desteklenmesi Yönetim anlayışının güçlendirici olması Çalışanlara birey merkezli eğitim desteği Çevrenin düzenlenmesi Sürekli gelişime açık olunması
I- (Individualized Care) Bireyselleştirilmiş Bakım	Bireyselleştirilmiş destek Bireyde görülen değişiklikleri dikkate alma Kişisel eşyalara yer verme Bireysel tercihler Yaşam hikayelerini önemseme Aktivite ve meşguliyet sağlama

P- (Perspective of Person) Bireyin Bakış Açısı	İletişim kurma Empati ve anlamaya çalışma Ev ortamının yaratılması Fiziksel sağlık ihtiyaçlarının farkında olunması Zorlayıcı davranışların bir iletişim biçimi olması Savunuculuk yapma
S- (Supportive Environment) Destekleyici Çevre	Saygı duyma Samimiyet Sevildiğini hissetme Olduğu gibi kabul edilme Fırsatlar tanıma Topluluğun bir parçası olma Aktivitelere ve bakıma dahil edilme

2.2.3. Birey Merkezli Demans Bakım Girişimlerinin Sonuçları

Birey merkezli demans bakımının (BMDB) sonuçları çeşitli sistematik incelemelerde kapsamlı olarak irdelenmiştir. Bunlardan 7 çalışmayı sentezleyen bir çalışmada (Brownie & Nancarrow, 2013), BMDB'nin demansı olan bireylerin yalnızlık ve sıkılmışlık hissini azalttığı ve aynı zamanda çalışanların da işten duyduğu memnuniyeti artırarak bakım verdikleri bireylere özgü ihtiyaçlarını karşılamada daha pozitif bir tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Birey merkezli bakım sonuçlarının etkinliğini değerlendiren başka bir sistematik incelemede, birey merkezli bakım uygulamalarının daha çok bireyin ihtiyaçları, yaşam hikayeleri ve istekleri dikkate alınarak oluşturulan girişimlerden oluştuğu bildirmiştir. Bu girişimlerin, demansı olan bireylerin davranışsal semptomlarını azalttığını aynı zamanda psikoterapik ilaçların kullanımının da anlamlı şekilde azalttığı ortaya konulmuştur (Li & Porock, 2014). Birey merkezli bakımın, davranışsal ve psikolojik semptomları üzerine son yapılan bir meta-analizin (n=30) sonuçları da davranışsal ve psikolojik semptomları azalttığı yönünde Li ve Porock'un çalışmasını desteklemektedir (Lee, Lee, & Kim, 2020).

Organizasyonel düzeyde, bazı modeller kullanılarak oluşturulan birey merkezli demans bakım programlarının etkinliği ve sonuçları, Chenoweth ve ark. (2019) tarafından bir sistematik incelemede (n=12) belirlenmiştir. Bu incelemenin sonucuna göre, demansı olan

bireylerin yaşam kalitelerinde anlamlı bir şekilde artış olduğu, nöropsikiyatrik semptomlarda ise anlamlı olmayan bir iyileşme olduğu sonucuna varılmıştır.

Birey merkezli demans bakımının, demansı olan bireyler üzerine etkileri, randomize kontrollü bazı çalışmalarla da incelenmiştir. Bunlardan bir çalışmada, bireylere banyo ve duş verme sırasında bireyin tercihlerine ve konforuna dikkat etme, çevresel ısıyı düzenleme ve bireyin davranışlarının altında karşılanmayan bir ihtiyacı olduğunu düşünüp dikkat ederek bakım girişimleri uygulandığında ajitasyon ve agresyonun azaldığı tespit edilmiştir (Sloane et al., 2004). Başka bir randomize kontrollü çalışmada yine benzer banyo girişiminden sonra çalışanlarında daha destekleyici, nazik ve daha kolaylaştırılmış hissettikleri bildirilmiştir (Hoeffler et al., 2006).

Çalışanların birey merkezli bakım davranış ve yaklaşımlarını etkilemeye yönelik olan çalışmalar ise Blake ve ark. (2020) tarafından bir sistematik derleme çalışmasında irdelenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre, çalışanların davranışlarını etkilemeye yönelik girişimler en fazla iletişimi arttıran hafıza kitapçıkları ile birlikte iletişim eğitimi verilmesi olmakla birlikte, çalışanların duygusal reaksiyonlarının desteklenmesi, bakım alanların kalan becerilerine odaklanma, duyuşal uyarılar verme ve iletişim teknikleri konusunda eğitim verilmesi olarak belirtilmiştir. Bu girişimlerden sonra çalışanların sözel veya sözel olmayan iletişiminin artması, demansı olan bireylere pozitif tutumun artması, bireyi kısıtlayıcı davranış ve uygulamaların azalması, bakım verilen bireye uygun duyuşal uyarıları arttırma, bireylerin daha çok davranış ve hislerine odaklanarak iletişim kurma gibi sonuçlar elde edildiği de rapor edilmiştir. (Blake, Berry, & Brown, 2020).

Bölüm 3:

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Birinci aşama, metodolojik bir araştırmadır. İkinci aşama, tek gruplu, ön test-son test tasarımlı araştırmadır. Araştırma tasarımı **Şekil 3.1**'de gösterilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

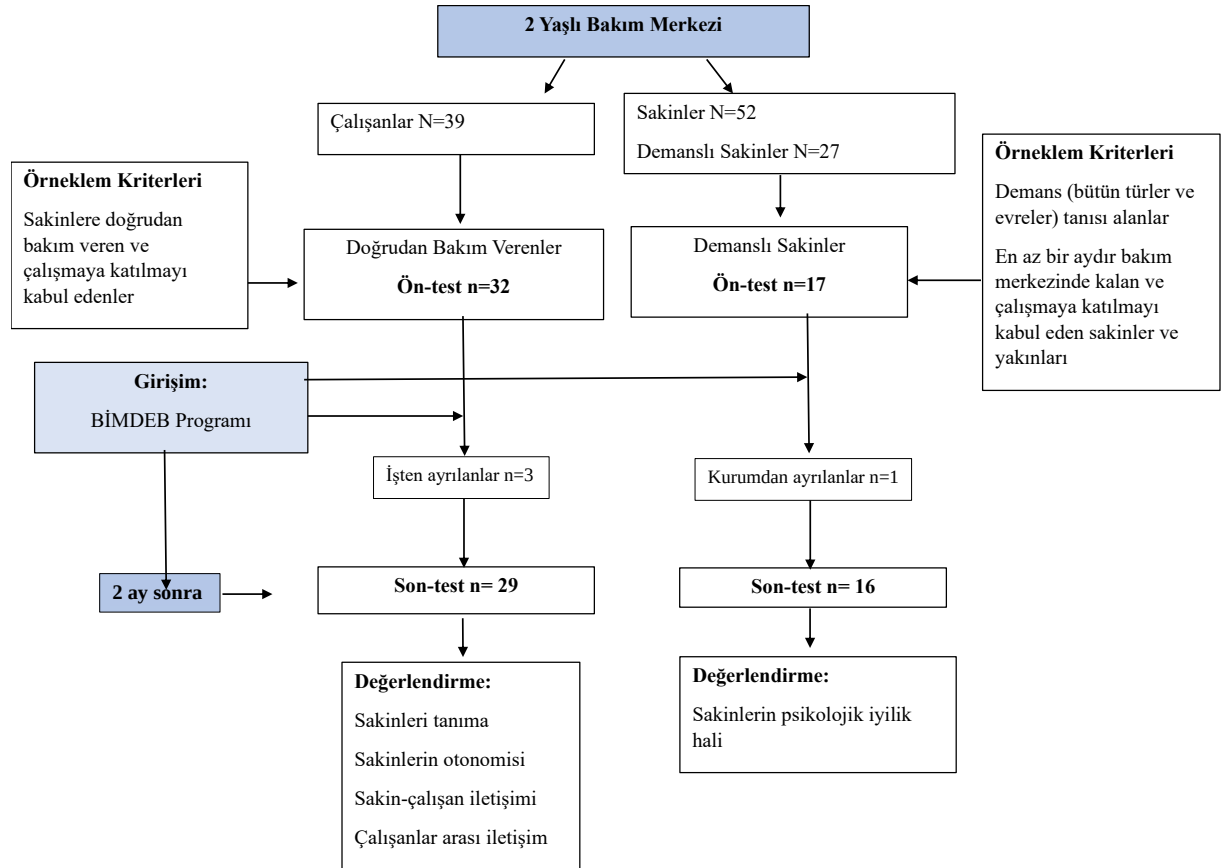
Araştırmanın birinci aşamasında; İstanbul İli'ndeki özel yaşlı bakım merkezleri ve kamuya bağlı yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden çalışmayı kabul eden kurumlar (n=13) çalışma kapsamına alınmıştır.

Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği'nin (BDBÖ) geçerlik ve güvenirlik analizleri, Şubat- Mart 2020 ve Temmuz-Ağustos-Eylül 2020 tarihlerinde, İstanbul'da bulunan yaşlı bakım merkezlerinde çalışan ve demans hastalarına bakım veren hasta bakım elemanları ve hemşireler ile yürütülmüştür. Araştırma, çalışmayı kabul eden 12 özel ve bir belediyeye bağlı olmak üzere toplam 13 yaşlı bakım merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü yaşlı bakım merkezlerinin yatak kapasiteleri 20-114 arasında değişmektedir. Bu özel kurumlarda demans hastalarının oranı %60-%90 arasında değişmekle birlikte, bir kurumda dahil edilen birimlerin tamamı demans hastaları için ayrılmıştır. Araştırma kapsamına alınan kurumlarda çalışan sayısı 12-50 arasında değişmektedir.

Bilişsel Yetersizliği Bulunan Bireylerde Psikolojik İyi Hali Ölçeği'nin (PIHÖ) geçerlik ve güvenirlik analizleri, çalışmayı kabul eden bir özel ve bir belediyeye bağlı olmak üzere toplam iki yaşlı bakım merkezinde, Şubat-Mart 2020 ve Temmuz 2020 tarihlerinde yapılmıştır. Bu iki yaşlı bakım merkezinin yatak kapasitesi 70-114 arasında değişmektedir. Demans hastalarının oranı bir kurumda %60, diğer kurumda ise dahil edilen birimlerin tamamı demans hastaları için ayrılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında, İstanbul İli'ndeki özel bir kuruma ait iki yaşlı bakım merkezi çalışma kapsamına alınmıştır. Demansı olan bireylerin yaşam hikayelerinin toplanması Eylül-Ekim 2020 tarihleri arasında ve birey merkezli demans bakım programının uygulanması ise, Aralık 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu

kurumların yatak kapasiteleri 54 ve 66, çalışmanın yapıldığı dönemde yatak doluluk oranları %40-%45 arasında idi. Demansı olan sakinler tüm sakinlerin bir kurumda %37'sini ve diğerinde %62'sini oluşturmaktaydı.



Şekil 3.1. Araştırma Tasarımı

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Birinci aşamada, BDBÖ için araştırmanın örneklemi demans hastalarına bakım veren 184 çalışan oluşturmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında ölçek madde sayısının 5-10 katı olması gereğinden yola çıkılarak 22 maddesi olan bu ölçek için 8.4 kat büyüklüğüne denk gelen 184 sayısına ulaşılmıştır. Tekrar testler örneklem içinden 101 kişi ile yapılabilmiştir. Test-tekrar test süresi 12-25 gün arasında değişmektedir. PİHÖ için araştırmanın örneklemi demans tanısı alan 70 birey ve bu bireylerin son 24 saatini iyi bilen aynı zamanda bakım veren 12 çalışan oluşturmıştır.

İkinci aşamada, özel bir kuruma ait iki yaşlı bakım merkezinde kalan bireyler ve doğrudan bakımdan sorumlu hemşireler (n=15), yaşlı bakım teknisyenleri (n=11), yaşlı bakım elemanları (n=6) araştırmanın örneklemi oluşturmıştır. Araştırmanın uygulamasının

kapsamlı olması ve kurum kültürünün önemli olması nedeniyle tek bir kuruma ait iki merkezde, kontrol grubu oluşturmada yapılmasına karar verilmiştir. Bu nedenle, örneklem büyüklüğü hesaplanmadan, ilgili merkezlerde örneklem kriterlerine uyan tüm sakinler (n=52) ve çalışanlar (n=32) dahil edilmiştir. Araştırmaya, toplam 32 bakım veren katılmıştır. Kurumda bakım alan ve demans tanısı olan bireylerden 17 sakin ve yakını araştırmaya katılmıştır. Kurumdan ayrılanlar nedeniyle son-testler bakım veren 29 kişi ve demansı olan 16 sakin ile yapılabilmektedir.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

- Demans (bütün türler ve evreler) tanısı alan bireyler
- En az bir aydır bakım merkezinde kalan bireyler
- Yukarıdaki kriterlere uyan bireylerin bakımından doğrudan sorumlu çalışanlar
- Çalışmaya katılmayı kabul edenlerdir.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri

3.4.1 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler

- Birey merkezli demans bakım (BİMDEB) programı

Bağımlı Değişkenler

- Bakım verenlerin demansı olan sakinleri tanıma davranışları puanı
- Bakım verenlerin demansı olan sakinlerin otonomi ve tercih hakkını algılayış puanı
- Bakım verenlerin demansı olan sakinler ile iletişim puanı
- Bakım verenler arası iletişim puanı
- Demansı olan sakinlerin psikolojik iyilik hali puanı

3.4.2 Araştırmanın Hipotezleri

H₀ (1): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim öncesi ve girişim sonrası demans tanısı olan bireyleri tanıma davranışları puanları arasında fark yoktur.

H₁ (1): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim sonrası demans tanısı olan bireyleri tanıma davranışları puanı, girişim öncesine göre daha yüksektir.

H₀ (2): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim öncesi ve girişim sonrası demans tanısı olan bireylerin otonomi ve tercih hakkını algılayış puanları arasında fark yoktur.

H₁ (2): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim sonrası demans tanısı olan bireylerin otonomi ve tercih hakkını algılayış puanı, girişim öncesine göre daha yüksektir.

H₀ (3): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim öncesi ve girişim sonrası demans tanısı olan bireyler ile iletişim puanları arasında fark yoktur.

H₁ (3): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim sonrası demans tanısı olan bireyler ile iletişim puanı, girişim öncesine göre daha yüksektir.

H₀ (4): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim öncesi ve girişim sonrası çalışanlar arasındaki iletişim puanları arasında fark yoktur.

H₁ (4): BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim sonrası çalışanlar arasındaki iletişim puanı, girişim öncesine göre daha yüksektir.

H₀ (5): BİMDEB programına katılan demans tanısı olan bireylerin, girişim öncesi ve girişim sonrası psikolojik iyilik hali puanları arasında fark yoktur.

H₁ (5): BİMDEB programına katılan demans tanısı olan bireylerin, girişim sonrası psikolojik iyilik hali puanı, girişim öncesine göre daha yüksektir.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Çalışanlara Yönelik Tanıtıcı Bilgiler Formu

Yaşlı Bakım Merkezlerinde demanslı bireylere bakım veren çalışanların tanımlayıcı özelliklerini içeren form, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (N. L. Chappell, Reid, & Gish, 2007; O'Rourke, Chappell, & Caspar, 2009) **(EK-1)**. Bu 11 soruluk form ile çalışanların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sertifika durumu, toplam deneyim süresi, aldığı ek eğitimler vb. gibi bilgiler toplanmıştır.

3.5.2 Demans Tanısı Olan Bireylere Yönelik Tanıtıcı Bilgiler Formu

Demans tanısı olan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini içeren form araştırmacı tarafından oluşturulmuştur **(EK-2)**. Bu 12 soruluk form ile bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, demans tanısı ile yaşam süresi, demans evresi, bağımlılık-bağımsızlık durumu vb. bilgiler toplanmıştır.

3.5.3 Demans Tanısı Olan Bireye Özgü Yaşam Hikayelerini Toplama Veri Formu

Demansı olan bireylerin yaşam hikayeleri ile ilgili bilgileri yakınlarından toplamak üzere bir veri toplama formu oluşturulmuştur. Aile yakınlarından telefon ile demansı olan bireyler hakkında alınacak bilgiler, Dementia UK Organizasyonu tarafından oluşturulan ‘Benim Yaşam Hikayem’ isimli taslak kitapçığın içeriği doğrultusunda hazırlanmıştır (DementiaUK, 2020). Bilgiler, yarı-yapılandırılmış 14 sorudan oluşan görüşme formu ile toplanmıştır ve yine aynı organizasyon tarafından oluşturulan ‘Hemşireler İçin Yaşam Öykülerinin Oluşturulması Rehberi’ kullanılarak her bireyin yaşam hikayesi kitapçıkları oluşturulmuştur (DementiaUK, 2020). Bireylerin yakınlarından toplanan bilgiler, kişiye ait fotoğraflar ile birlikte ya da fotoğrafları paylaşılacak istenmiyorsa konuyu destekleyen görsel imge ve resimler kullanılarak 10-20 sayfalık yaşam hikayeleri kitapçıkları oluşturulmuştur. Bu formda toplanan bilgiler; çocukluğu, iş yaşamı, geçmiş ve şimdiki ilgileri/hobileri, önem verdikleri, sevdikleri/sevmedikleri, tercihleri, onun için en iyi destek nasıl olur vb. gibi bireyi en iyi tanımlayacak bilgilerden oluşmuştur. Formun oluşturulması, kitapçık için bilgilerin toplanması ve kitapçıkların oluşturulması araştırmacı tarafından yapılmıştır (EK-3).

3.5.4 Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği

Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği, sosyoloji ve gerontoloji alanında çalışan Chappell, Colin Reid ve Gish tarafından (2007) Kanada’da geliştirilmiştir. Ölçeğin kullanım izni EK-4’te yer almaktadır. Uzun süreli bakım merkezlerinde kullanılmak üzere demans durumunda bireyselleştirilmiş bakımın ölçülmesi konusunda bakım verenlerin bildirimine dayalı olarak kullanılan likert tipi (1-4 ve 1-5 arası puanlanan) bir ölçektir. Bu çalışmada 3 alt boyutu bulunan ölçeğin kısa formu (22 madde) kullanılmıştır. Ölçeğin 3 alt boyutu: sakinleri tanıma (Cronbach alpha:0.77), sakinlerin otonomisi ve tercihleri (Cronbach alpha:0.80) ve iletişim boyutu altında, sakin-çalışan arasındaki iletişim (Cronbach alpha:0.64) ve çalışanlar arası iletişimdir (Cronbach alpha:0.76). Bu alt boyutların bireyselleştirilmiş bakım uygulamasında her zaman aynı anda gerçekleşmediği düşünülerek ölçülmek istenen boyutların ayrı ayrı ölçülebileceği de belirtilmiştir (N. L. Chappell et al., 2007). Alt ölçeklerden alınacak puanlar şöyledir; Sakinleri tanıma (5-20 puan); Sakinlerin otonomisi (7-35 puan); Sakin-çalışan iletişimi (3-12 puan); Çalışanlar arası iletişim (5-20 puan). Ölçeklerden alınan puanların yüksek olması, sunulan bireyselleştirilmiş bakımın iyi olması anlamındadır. Ölçek EK-5’de yer almaktadır.

3.5.5 Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerde Psikolojik İyilik Hali Ölçeği

Bu ölçek, ABD’de Hemşirelik alanında çalışan Burgener ve Twigg ile Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Merkezi’nde çalışan Popovich (2005) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin kullanım izni **EK-6’da** yer almaktadır. Toplam 11 maddeden oluşan ölçeğin bilişsel yetersizliği olan bireyin son 24 saat içindeki davranışları göz önüne alınarak doldurulur. Likert tipi (1-4 arası puan) olan ölçeğin alt boyutları yoktur ve Cronbach alpha değeri 0.79’dur. Toplam 11-44 arasında puan alabilen ölçekten alınan yüksek puanlar psikolojik iyilik halinin daha iyi olduğunu gösterir. Negatif cevap olan (4, 5, 6, 7, 8, 10, & 11) maddeler ters çevrilerek toplam puan bulunur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, bireyin psikolojik iyilik halinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçek **EK-7’de** yer almaktadır.

3.5.6. ‘Hakkımdaki Herşey’ Profil Çalışması için Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen her sakine özgü doldurulan bu form, üç bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler: 1) sakine özgü iyilik halini arttıracı her türlü girişimleri, 2) sakinlerin günlük yaşam aktivitelerinden yapabildikleri/becerileri veya desteklenmesi gereken aktiviteleri, 3) sakine özgü yaşam hikayeleri oluşturulurken sakinlerin yakınlarından alınan bilgiler ve çalışanlardan da paylaşımlar esnasında alınan geri bildirimlere dayalı olarak derlenen sakin için yaşamından önemli olabilecek kısa notları içermektedir. Bu form **EK-8’da** yer almaktadır.

3.5.7. Program Sonu Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen ve BİMDEB programının çalışanlar tarafından değerlendirilmesini amaçlayan form 9 soruyu içermektedir. Her bir soru 0-10 arasında derecelendirme yapılarak cevaplanmaktadır. Bu form genel olarak; sakinlere pozitif yaklaşım, iletişim, sakinlerin iyilik hali, çalışanlar arası iletişim, sakinlerin otonomisi ve tercihlerini ne kadar dikkate aldıkları vs. gibi sorulardan oluşmaktadır (**EK-9**).

3.6. Araştırma Planı ve Uygulanması

3.6.1 Araştırmanın Birinci Aşaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarının Uygulanması

Bu aşama, Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği ve Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerde Psikolojik İyilik Hali Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasını kapsamaktadır. Bu aşamada geçerlik ve güvenilirlik için aşağıdaki çalışmalar yapılmıştır:

Ölçeklerin Geçerlik Çalışmaları

- **Dil eşdeğerliği çalışması:** Dil eşdeğerliği çalışması kapsamında ölçeğin, İngilizceden Türkçeye çevirisi, hemşirelik alanında uzman ve dil yeterliliği olan 3 öğretim üyesi ve dil bilimi alanında bir uzman (yeminli çeviri ofisi) tarafından yapıldı. Uzmanlardan gelen tüm çeviriler değerlendirildi ve son hali verilen ölçek başka bir yeminli çeviri ofisi tarafından tekrar İngilizceye çevrildi. Tekrar çevirisi yapılan ölçek orijinal hali ile karşılaştırıldı. Birkaç ufak farklılık dışında ölçeğin orijinali ile benzer olduğu görüldü.
- **Kapsam geçerliği:** Bu aşamada ölçekte bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığını ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını belirlemek amacı ile uzman görüşüne başvuruldu (Grove & Ciper, 2019). Bu amaçla belirlenen hemşirelik alanında ve geriatri alanında çalışmaları bulunan 6 uzmanın ölçek maddelerini 1-4 puan arasında puanlamaları istendi. Uzman görüşleri sonrası kapsam geçerlik indekslerine (KGI) bakıldı.
- **Yapı geçerliği:** Yapı geçerliliği ile doğrudan gözlenemeyen ve ölçülmesi güç olan bir soyut kavramı, davranışı, boyutu ölçmeyi hedefleyen bir ölçüm aracının amacına ne kadar ulaştığı ve ölçülmek istenen soyut kavramı ne derece doğru ölçebildiği değerlendirilir (Polit & Beck, 2004). Yapı geçerliğini değerlendirmek üzere faktör analizi (açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi) kullanılmıştır.

Ölçeklerin Güvenirlik Çalışmaları

- **Güvenirlik-test-tekrar test:** Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür (Grove & Ciper, 2019). Ölçeklerin güvenilirlik çalışması kapsamında zamana göre değişmezliği (test-tekrar test) incelenmiştir. Bireylerin psikolojik ve sağlık durumlarında değişiklik olabileceği durumu göz önüne alınarak ‘bilişsel bozukluğu bulunan bireylerin psikolojik iyilik hali ölçeği’ tekrar testi aralıksız yöntemle (24 saat sonra) ve ilk teste katılan kişiler ile yapılmıştır. ‘Bireyselleştirilmiş demans bakım ölçeği’ tekrar testi ise 15-25 gün sonra ilk teste katılan kişilerle yapılmıştır.
- **İç Tutarlılık:** Aracın bütün yönlerinin, ölçme yeteneğine sahip olup olmadığını belirleyen güvenirliliktir (Polit & Beck, 2004). Ölçeğin her bir maddesinin kendi içinde aynı tutumu ölçtüğünün belirlenmesi gerekir. Madde yanıtları süreklilik gösterdiğinde

kullanılan bir yöntem olan Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ile iç tutarlılık hesaplanmıştır.

3.6.2 İkinci Aşama: BİMDEB Programı ve Uygulanması

BİMDEB programı, araştırmacı tarafından, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan (Brooker & Kitwood, 2019; Burgener et al., 2005; N. L. Chappell et al., 2007; Doran et al., 2019; Kaufmann & Engel, 2016; Kim & Park, 2017; May, Edwards, & Brooker, 2009; Volicer et al., 1999), demansı olan bireyleri tanımaya ve bireyselleştirilmiş bakım aktivitelerini kapsayan çalışanlara yönelik bir programdır.

BİMDEB programı kapsamındaki girişimler;

- Demans tanısı olan bireylerin yaşam hikayelerinin kitapçık haline getirilmesi
- BİMDEB eğitim modülünün uygulanması
- ‘Hakkımdaki Herşey’ profil çalışması yapılarak sakinlerin odalarına asılması
- Bakım verenlere yönelik her hafta hemşire ünitelerine hatırlatıcı notların asılması uygulamalarını içermektedir.

Yaşam Hikayelerinin Kitapçık Haline Getirilmesi ve Uygulanması: Yaşam hikayeleri, yarı yapılandırılmış görüşme formatında aile yakınlarından telefonla alınan bilgiler doğrultusunda oluşturulmuştur. Telefon görüşmeleri her bir sakin yakınından randevu talep edilerek yapılmıştır. Telefon görüşmeleri yaklaşık 30-70 dk. arasında değişmiştir. Görüşme sırasında hatırlatıcı olarak sakin yakınlarından aşağıdaki bilgiler elde edilmiştir;

- Çocukluğundan önemli anılar (ebeveynler, ev hayatı, okul hayatı, kardeşler, en sevdiği dersler, öğretmenler, arkadaşlar vb.).
- İş hayatından anılar (ilk işi, nerede çalıştığı, en sevdiği iş vb.).
- Önemli ilişkiler ve yerler (hayatındaki önemli insanlar, en sevdiği hayvan, çocukları, önem verdiği eşyalar ve anlamları vb.).
- Geçmiş sosyal aktiviteler ve ilgiler (hobiler, sevdiği müzik vb.).
- İleri yaş ve emeklilik hayatı (emeklilik dönemindeki önemli olaylar ve ilgiler vb.).
- Birey için şu anda önemli olan unsurlar (yemek tercihleri, dış görünüş ile ilgili tercihleri, müzik tercihleri, ilgileri, kişisel bakım/banyo tercihleri, rutinler vb.).
- Bireyin en iyi nasıl desteklenebileceği hakkında yakınlarının görüşleri.
- Varsa bu bilgileri destekleyecek fotoğrafları.

Bu yöneltlen hatırlatıcı sorular ve konu başlıkları ile birlikte sakinlerin yakınlarının hatırladığı bilgiler, araştırmacı tarafından notlar tutularak yaşam hikayeleri oluşturulmuştur. Yaşam hikayeleri oluşturulduktan sonra bakım verenler ile yüz yüze görüşülerek sakinlerin hikayeleri paylaşılmıştır. Bu paylaşımlar, araştırmacı tarafından her bir bakım veren ile birlikte toplantı salonunda oturularak yapılmıştır. Her bir bakım verenin o gün bakım verdiği ya da hangi katta görevli ise o sakinlere ait yaşam hikayelerine öncelik verilerek yaşam hikayeleri kitapçıkları okunmuştur. Yaşam hikayelerinin çalışanlarla birlikte okunması için (bireysel ya da grup olarak) yaklaşık 30 dk. Ayrılmış ve her bir kurumda tüm çalışanların yaşam hikayelerini okuma süresi bir hafta sürmüştür.

BİMDEB Eğitim Modülünün Hazırlanması ve Uygulanması: Eğitim modülü kapsamında, araştırmacı tarafından çalışanlara yönelik birey merkezli demans bakımı ve demans hastaları ile iletişim konularında bir sunum hazırlanmıştır. Bu eğitim programı bir oturum olarak yaklaşık 45 dk. sürmüştür. Bakım veren çalışanlar, 5-10 kişi arasında değişen sayılarda toplam 4 gruba ayrılarak uygun zaman dilimlerinde eğitim verilmiştir. Eğitim, araştırmacı tarafından sunum şeklinde her iki kurumun toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan eğitim **EK-10'da** yer almaktadır.

Eğitimin içeriği şöyledir:

- Birey merkezli demans bakım prensipleri
- Demansı olan bireylerin psikolojik ihtiyaçları ve iyilik halinin sağlanması
- Demansı olan bireyler ile genel iletişim kuralları
- Demansı olan bireyler ile sözlü ve sözsüz iletişimde dikkat edilmesi gerekenler
- Demansı olan bireylerin yapabilirlik düzeyleri ve otonomisinin desteklenmesi

‘Hakkımdaki Herşey’ Profil Çalışması

‘Hakkımdaki Herşey’ profil çalışması 3 bölümden oluşmaktadır. Profilin birinci bölümü, yaşam hikayeleri çalışanlarla birlikte okunduktan sonra her sakine özgü iyilik halini arttıran girişimlerin neler olabileceği konusunda bakım verenlerden geri bildirim alınarak doldurulmuştur. Profilin ikinci bölümü, sakinlerin neler yapabildiği ve potansiyel becerileri sosyal hizmet uzmanı ve sorumlu hemşirelere sorularak doldurulmuştur. Profilin üçüncü bölümü ise, sakine özgü yaşam hikayeleri oluşturulurken sakinlerin yakınlarından alınan bilgiler ve çalışanlardan da paylaşımlar esnasında alınan geri bildirime dayalı olarak

derlenen, sakin için yaşamından önemli olabilecek kısa notları içermektedir. Bu oluşturulan profiller, sakinlerin odalarında bakım verenlerin görebileceği uygun yerlere asılmıştır.

Bakım Verenlere Yönelik Hatırlatıcı Notların Asılması

Bakım verenlere yönelik olarak hazırlanan birey merkezli bakım ve demansı olan sakinlerle iletişim konularında, tek sayfalık notlar hazırlandı. Bu notlar, toplam 4 hafta boyunca ve her hafta değiştirilmek suretiyle hemşire ünitelerine çalışanlar tarafından okunabilecek şekilde asıldı. Bakım verenlere yönelik hatırlatıcı notlar **EK-11'** de yer almaktadır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizleri, IBM SPSS 26 ve SPSS AMOS 26 istatistik ve analiz programları kullanılarak yapılmıştır. Her iki aşamada yapılan testler **Tablo 3.1'** de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Kullanılan Testler
Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri	Geçerlik: Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Madde toplam puan korelasyonu Güvenirlik: Spearman korelasyon analizi Cronbach Alfa katsayısı
Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerin Psikolojik İyi Hali Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri	Geçerlik: Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Madde toplam puan korelasyonu Güvenirlik: Spearman korelasyon analizi Cronbach Alfa katsayısı
Örnekleme tanımlayıcı analizler Son program değerlendirmesi	Ortalama Yüzdelik Standart sapma
BİMDEB öncesi ve sonrası karşılaştırmalı analizler	Wilcoxon Eşleştirilmiş Örnek Testi

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, tek grupta ön-test, son-test tasarım tipinde uygulandığı için iç geçerliliği düşük olup girişimlerin etkinliğini yorumlamada sınırlılık oluşturmaktadır. Seçilen örneklem tüm kurumsal bakım alan ve demansı olan bireyleri temsil etmemektedir. Araştırma Kovid-19 pandemisi dönemine denk geldiği için bu dönemde getirilen kısıtlama ve tedbirler araştırma sürecinde bazı değişiklikler yapılmasına sebep olmuş ve bazı sınırlılıklar getirmiştir. Bunlar; BİMDEB programı kapsamında bakım verenlerle her hafta yapılması planlanan grup tartışmalarının yapılamaması, sakinler ile görüşmeler yapılamaması ve çalışma süresinin 3 aydan 2 aya düşürülmesi gibi değişikliklerdir. Bu dönemde yapılan; kurum ortamında ziyaretlerin kısıtlanması, sakinlerin daha çok odalarında tutulması, etkinliklere ara verilmesi ve çalışanların daha uzun süre çalışması gibi faktörler çalışma sonuçlarının yorumlanmasında dikkate alınmalıdır.

3.9 Etik Konular

Araştırmanın öncesinde etik kurul onayı, Koç Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2020.011.IRB1.002 protokol numarasıyla 22 Ocak 2020 tarihinde alınmıştır (EK-12). Araştırmaya katılan kurumlardan onay alınmıştır (EK-13). Araştırmaya katılan bakım verenlerden (EK-14) ve hasta yakınlarından (EK-15) bilgilendirilmiş onam formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir.

3.10 Araştırmacının Hazırlığı

Araştırmasına başlamadan önce problemi doğru tanımlamak için araştırmacı, kamuya ait yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde gözlem yapmıştır. Demans ve bakım konularında daha önce de çalışma tecrübesi bulunan araştırmacı, araştırmaya başlamadan önce demansı anlama ve ilgili konularda yapılan güncel çalışmaların aktarıldığı, Tasmania Üniversitesi Demans Araştırma ve Eğitim Merkezi tarafından online olarak verilen kursu başarı ile tamamlamış ve sertifika almıştır (Ek-16).

Bölüm 4: BULGULAR

Çalışmanın bulguları iki bölüm halinde sunulmuştur.

Birinci bölümde araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik sonuçlarına ilişkin bulgular sunulmuştur. Bu kapsamda;

- Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği'ne (BDBÖ) ilişkin geçerlik ve güvenirlik analizleri
- Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerde Psikolojik İyi Hali Ölçeği'ne (PIHÖ) ilişkin geçerlik ve güvenirlik analizleri sunulmuştur.

İkinci bölümde birey merkezli demans programı kapsamında;

- Demansı olan bireylere ilişkin tanıtıcı bilgiler
- Çalışanlara ilişkin tanıtıcı bilgiler
- Çalışanların BİMDEB programı öncesi ve sonrası bireyselleştirilmiş bakım davranışları puanları
- Demansı olan bireylerin BİMDEB programı öncesi ve sonrası psikolojik iyi hali puanları
- Çalışanların BİMDEB programını değerlendirme sonuçları sunulmuştur.

4.1 Birinci Bölüm: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği ile Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerde Psikolojik İyi Hali Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Dil eş değeri çalışması yapılan ölçeklere ait maddelerin ölçme amacına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığını ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını belirlemek amacı ile 6 uzman görüşüne başvurulmuştur ve kapsam geçerliği test edilmiştir. Kapsam geçerlik indeksleri (KGI) her madde için değerlendirilmiştir. KGI değeri BDBÖ için %93,7 ve PİHÖ için %93,4 olarak bulunmuş ve maddeler tekrar öneriler doğrultusunda düzenlenmiştir. Ölçek maddeleri pilot uygulama sonrasında tekrar düzenlenmiş ve belirlenen örneklem üzerinde uygulama yapılmıştır. Ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik analizleri için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, madde toplam puan korelasyonu, Spearman korelasyonu, Cronbach alfa katsayısı değerlendirilmiştir.

4.1.1. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği (BDBÖ)

BDBÖ'nün Geçerliği:

Ölçeğin geçerliğini incelemek için faktör yapı geçerliği kullanılmıştır. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör geçerliği için analiz öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi sonuçlarına bakılmış, KMO =0.706 sonucu ile örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüş ve Barlett's testi ($p=0.00$) ile küresellik varsayımı sağlanmıştır ($\chi^2=1200.455$).

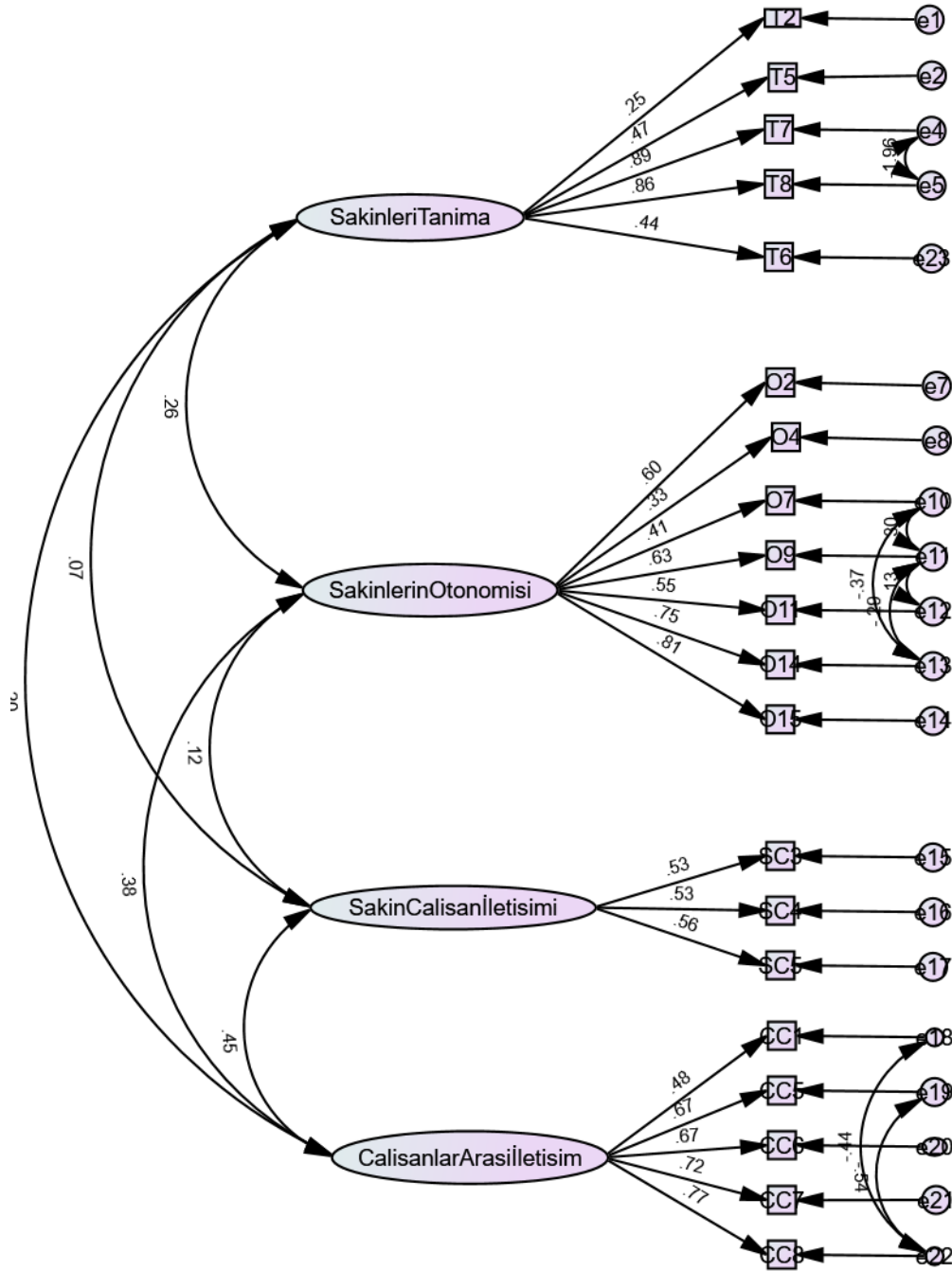
Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçları;

- 1. Faktör-** “Sakinleri tanıma alt ölçeği” varyansın %10.47’lik kısmını (Eigenvalue: 2.3) açıklamaktadır. Çalışanların sakinleri tanıma algısını ölçmektedir.
- 2. Faktör-** “Sakinlerin otonomisi alt ölçeği” varyansın %15.25’lik kısmını (Eigenvalue: 3.35) açıklamaktadır. Sakinlerin otonomisinin kurum tarafından ne kadar desteklendiğini ölçmektedir.
- 3. Faktör-** “Sakin-çalışan arası iletişim alt ölçeği” varyansın %8.92’lik kısmını (Eigenvalue:1.96) açıklamaktadır. Sakin ve çalışan arasındaki iletişim algısını ölçmektedir.
- 4. Faktör-** “Çalışanlar arası iletişim alt ölçeği” varyansın %12.28’lik kısmını (Eigenvalue: 2.7) açıklamaktadır. Çalışanlar ve yöneticiler arası iletişim algısını ölçmektedir. Açıklayıcı faktör analizinde (extraction method: PCA), rotasyon (varimax) yapıldıktan sonra her bir maddenin yükleri 0.40 ile 0.82 arasında değerler almıştır.

Buna göre analizde, regresyon ağırlıkları ve $p=0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyine göre anlamsız çıkan 2 madde silinmiştir. “Sakinleri Tanıma” ölçeğinden 1 madde ve “Sakinlerin Otonomisi” ölçeğinden 1 madde silinerek toplam 20 maddeye indirgenmiştir. Modifikasyon işlemleri uygun maddeler arasında kovaryanslar oluşturularak yapılmıştır ve elde edilen son değerler **Tablo 4.1’de** ve **Şekil 4.1’de** gösterilmiştir.

Tablo 4.1. BDBÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n=184)

Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri	İlk Uygulama	Modifikasyon ve madde düzenleme sonrası Uygulama
Ki-kare / p değeri	531.84 / $p=0.00$	294.97 / $p=0.00$
Ki-kare değeri / serbestlik derecesi	531.84 / 203 = 2.62	294.97 / 155 = 1.903
RMSEA	0.094	0.070
SRMR	0.093	0.081
CFI	0.679	0.849
GFI	0.792	0.865
NFI	0.577	0.736
AGFI	0.741	0.817



Şekil 4.1. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeğinin DFA sonuçları

BDBÖ Güvenirliği:

Ölçeğin güvenirliliği, madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test korelasyonu teknikleri kullanılarak değerlendirilmiştir ve bulgular **Tablo 4.2**'de sunulmuştur. Buna göre “sakinleri tanıma” ve “sakin-çalışan arası iletişim alt ölçeği” için Cronbach alfa katsayısı beklenen değerin (<0.70) altında çıkmıştır. Diğer alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri ise >0.70 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2. BDBÖ Tüm Alt Ölçekler İçin Cronbach Alfa, Madde-Toplam Madde Korelasyonları ve Ölçek Toplam Ortalama Puanları (n= 184)

Ölçekler	Cronbach alfa	Madde - Toplam Madde Korelasyonları (min-max)	Toplam Ölçek Puan Ortalaması $\pm$ SS
Sakinleri Tanıma (5 madde)	0.618	0.194- 0.543	16.59 $\pm$ 2.94
Sakinlerin Otonomisi (7 madde)	0.768	0.290- 0.633	27.07 $\pm$ 5.21
İletişim (8 Madde)	0.713	0.261-0.575	24.34 $\pm$ 3.79
Sakin-Çalışan Arası İletişim (3 madde)	0.555	0.308- 0.403	7.37 $\pm$ 1.89
Çalışanlar Arası İletişim (5 madde)	0.748	0.350- 0.637	16.97 $\pm$ 2.81

BDBÖ'nün zamana göre değişmezliği test-tekrar test korelasyonu ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.3). 15-25 gün ara ile bakım merkezinde çalışan bakım verenlere yapılan iki ölçüm sonuçları değerlendirildiğinde, test-tekrar test korelasyonu tüm ölçekler için ($r=0.236$, 0.390) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı fakat düşük ilişki bulunmuştur ($p<0.001$ ve $p<0.05$).

Tablo 4.3. BDBÖ'nün Test-Tekrar Test Ortalama Puanları ve Korelasyon Değerleri

Alt Ölçekler	İlk Puan Ortalaması $\pm$ SS	Son puan Ortalaması $\pm$ SS	r^*	p
Sakinleri Tanıma	3.31 $\pm$ 0.58	2.96 $\pm$ 0.62	0.349	0.000
Sakinlerin Otonomisi	3.59 $\pm$ 0.58	3.95 $\pm$ 0.65	0.390	0.000
Sakin-Çalışan Arası İletişim	2.4 $\pm$ 0.60	2.47 $\pm$ 0.64	0.236	0.018**
Çalışanlar Arası İletişim	3.39 $\pm$ 0.563	3.44 $\pm$ 0.44	0.346	0.000

** $p<0.05$ düzeyinde anlamlıdır. *Spearman korelasyon testi yapılmıştır. $n=101$

4.1.2 Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerde Psikolojik İyilik Hali Ölçeği (PİHÖ)

PİHÖ'nün Geçerliliği

Ölçeğin geçerliğini incelemek için faktör yapı geçerliği kullanılmıştır. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör geçerliği için analiz öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi sonuçlarına bakılmış, KMO=0.743 sonucu ile örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüş ve Barlett's testi ($p=0.001$) ile küresellik varsayımı sağlanmıştır ($\chi^2=223.452$).

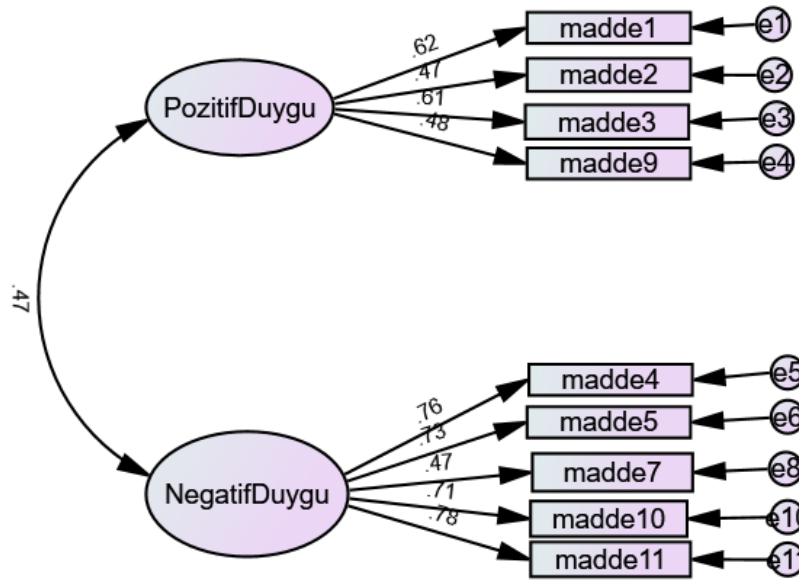
Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçları, ölçeğin 2 faktörlü yapıda olduğunu göstermiştir. Bu 2 faktörlü yapı ölçeğin toplam varyansın %50.57'sini açıklamaktadır.

1. Faktör- Negatif duyguları ifade eden maddeler- varyansın %32.1'lik kısmını (Eigenvalue: 3.53) açıklamaktadır. **2. Faktör-** Pozitif duyguları ifade eden maddeler- varyansın %18.47'lik kısmını (Eigenvalue: 2.03) açıklamaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde (extraction method: PCA), rotasyon (varimax) yapıldıktan sonra her bir maddenin yükleri 0.39 ile 0.80 arasında değerler almıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonuçları **Şekil 4.2'** de gösterilmiştir. Buna göre analizde, regresyon ağırlıkları ve $p<0.01$ anlamlılık düzeyine göre anlamsız bulunan (madde 6 ve 8) maddeler silinmiştir. Bu maddeler çıkarıldığında orta ve ileri düzey demans hastalarında pozitif ve negatif duyguları ölçerek psikolojik iyilik halini yansıtan 9 maddelik bir ölçek haline gelmiştir. DFA sonucu elde edilen değerler **Tablo 4.4'** de gösterilmiştir.

Tablo 4.4: PİHÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n=70)

Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri	İlk uygulama	Madde düzenleme sonrası uygulama
Ki-kare / p değeri	81.652 / $p=0.000$	34.012 / $p=0.135$
Ki-kare değeri/ serbestlik derecesi	81.652 / 43 = 1.89	34.012 / 26 = 1.308
RMSEA	0.114	0.067
SRMR	0.118	0.080
CFI	0.796	0.947
GFI	0.821	0.905
NFI	0.521	0.592
AGFI	0.725	0.836



Şekil 4.2. Bilişsel Yetersizliği Bulunan Bireylerde Psikolojik İyi Hali Ölçeği'nin DFA Sonuçları

PİHÖ'nün Güvenirliği

Ölçeğin güvenirliliği, madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test korelasyonu teknikleri kullanılarak değerlendirilmiştir ve bulgular **Tablo 4.5'**de sunulmuştur. Buna göre, tüm ölçek ve negatif duyguları ifade eden maddelere ait Cronbach alfa değeri >0.70 olarak tespit edilmiştir. Pozitif duyguları ifade eden maddelere ait Cronbach alfa değeri ise 0.624 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.5. PİHÖ için Cronbach Alfa, Madde-Toplam Madde Korelasyonları ve Ölçek Toplam Puan Ortalaması (n= 70)

Ölçek ve Alt Maddeleri	Cronbach Alfa	Madde-Toplam Madde Korelasyonları (min-max)	Ölçek Toplam Puan Ortalaması $\pm$ SS
Tüm ölçek	0.776	0.259- 0.657	26.41 $\pm$ 5.31
Pozitif Duygular (Madde 1,2,3,9)	0.624	0.336- 0.469	11.28 $\pm$ 7.51
Negatif Duygular (Madde 4,5,7,10,11)	0.822	0. 451- 0.679	15.12 $\pm$ 3.76

PİHÖ'nün zamana göre değişmezliği test-tekrar test korelasyonu ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.6). 24 saat ara ile bakım merkezinde çalışan bakım verenler ile yapılan iki ölçüm sonuçları değerlendirildiğinde, test-tekrar test korelasyonu ($r=0.756, 0.848$) pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek ilişki bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 4.6. PİHÖ'nün Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Korelasyonları (n=70)

Ölçek ve Alt Maddeleri	İlk Puan Ortalaması $\pm$ SS	Son puan Ortalaması $\pm$ SS	r*	p
Tüm Ölçek	2.93 $\pm$ 0.59	2.94 $\pm$ 0.53	0.848	0.000
Pozitif Duygular (madde 1,2,3,9)	2.82 $\pm$ 0.68	2.88 $\pm$ 0.68	0.756	0.000
Negatif Duygular (madde 4,5,7,10,11)	3.02 $\pm$ 0.75	3.00 $\pm$ 0.69	0.833	0.000

*Spearman korelasyon testi yapılmıştır.

4.2. İkinci Bölüm: Birey Merkezli Demans Bakım Programına İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamına alınan bakım verenler (n=32) ve demansı olan bireylere (n=17) ilişkin tanıtıcı özellikleri, çalışanların bireyselleştirilmiş demans bakım yaklaşımları ön-test ve son-test karşılaştırmalı sonuçları, demansı olan bireylerin psikolojik iyilik halleri ön-test ve son-test karşılaştırmalı sonuçları ve çalışanların uygulanan programı değerlendirme sonuçları bu bölümde sunulmuştur.

4.2.1. Bakım Verenlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Çalışmaya katılan bakım verenlerin (n=32) yaş ortalaması 25.9 $\pm$ 8.23 (min-max=19-56) olup, %65.6'sı 19-25 yaş grubundadır. Katılımcıların % 46.9'u hemşire, % 34.4'ü yaşlı bakım teknikeri, %18.8'i hasta bakım elemanıdır. Katılımcıların %59.4'ü kadın, %84.4'ü bekar, %65.6'sı ön lisans programlarından ve % 25.5'i liseden mezun olmuştur. Katılımcılar en fazla yaşlı bakım teknikerliği (% 31.3), acil ve ilk yardım (% 25) ve hemşirelik (% 25) bölümünde eğitimlerini tamamlamışlardır. Bakım verenlerin çoğu (% 53.1) demans ve bakımı ile ilgili bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Yaşlı bakım alanında deneyim süresinin % 40.6 oranında 0-1 yıl arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=32)

Özellik	n	%
Cinsiyet		
Kadın	19	59.4
Erkek	13	40.6
Yaş		
19-25 yaş	21	65.6
26-36 yaş	8	25
37-56 yaş	3	9.4
Yaş ortalaması=25.9 (min-max=19-56)		
Medeni Durum		
Bekar	27	84.4
Evli	5	15.6
Eğitim		
Ortaöğrenim	1	3.1
Lise	8	25
Ön lisans	21	65.6
Lisans	2	6.3
Görev		
Hemşire	15	46.9
Yaşlı bakım teknikeri	11	34.4
Hasta bakım elemanı	6	18.8
Mezun olduğu bölüm		
Hemşirelik	8	25.0
Yaşlı B. Teknikerliği	10	31.3
Hasta Bakım Sertifikası	3	9.4
Paramedik (ilk ve acil yardım)	8	25
Anestezi	1	3.1
Perfüzyon	1	3.1
Tıbbi görüntüleme	1	3.1
Yaşlı Bakımı Deneyim Süresi		
0-1 yıl	13	40.6

2-3 yıl	6	18.8
4-6 yıl	12	37.5
10-15 yıl	1	3.1
Demans Eğitimi Alma Durumu		
Okulda	6	18.8
Seminer/kurs	3	9.4
Çalıştığı kurum	6	18.8
Almadım	17	53.1

4.2.2. Demansı Olan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan demansı olan bireylerin (n=17) yaş ortalaması 84.59 ± 11.95 (min-max= 59-104) olup % 82.5'i 80-104 yaş aralığındadır. Katılımcıların %70.6'sı kadın, %76.5'i bekar, %58.8'i ortaöğrenim ve lise mezunudur. Katılımcıların çoğu ev hanımı (%41.2) olup, serbest meslek (%29.4) ile uğraşanlar ikinci sıradadır. Mevcut bakım merkezinde kalış süreleri ortalama 2.21 ± 1.52 yıl (min-max = 5 ay-6 yıl) olup, %64.7'si 5 ay-2 yıl, %35.3'ü 2 yıldan daha fazla süreyle mevcut bakım merkezinde yaşamaktadır. Fonksiyonel beceri evrelendirme testi'ne göre değerlendirilmiş olan demans evrelerine bakıldığında; katılımcıların %23.5'i erken evre, %41.2'si ileri evrededir. Sakinlerin %64.7'sinin kurum içinde yapılan sosyal aktivitelere katılamadığı belirlenmiştir. Katz günlük yaşam aktiviteleri indeksine göre demansı olan sakinlerin %58.8'i tam bağımlı, sadece % 11.8'i bağımsız olarak belirlenmiştir (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8. Demansı Olan Bireylerin Tanıtıcı özellikleri (n=17)

Özellik	n	%
Cinsiyet		
Kadın	12	70.6
Erkek	5	29.4
Yaş		
59-79	3	17.7
80-89	7	41.1
90-104	7	41.1
Yaş ortalaması=84.59 (min-max= 59-104)		

Medeni Durum		
Evli	4	23.5
Bekar	13	76.5
Eğitim		
Okur yazar değil	2	29.4
Ortaöğrenim	5	29.4
Lise	5	17.6
Üniversite	3	11.8
Doktora	2	11.8
Meslek		
Mühendis	1	5.9
Memur	3	17.6
Ev hanımı	7	41.2
Serbest Meslek	5	29.4
Tıp Doktoru	1	5.9
Kalış Süresi		
5 ay- 2 yıl	11	64.7
2 yıl üzeri	6	35.3
Demans Evresi		
Erken	4	23.5
Orta	3	17.6
Orta İleri	3	17.6
İleri	7	41.2
Sosyal Aktivite		
Katılıyor	6	35.3
Katılamıyor	11	64.7
Bağımlılık Durumu		
Bağımsız	2	11.8
Yarı-bağımlı	5	29.4
Bağımlı	10	58.8

4.2.3. BİMDEB Programı Öncesi ve Sonrası, Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım merkezinde çalışan bakım verenlerin program öncesi ve sonrası bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımlarındaki bulgular, ölçek alt boyutları olan sakinleri tanıma, sakinlerin otonomisi, sakin-çalışan arasındaki iletişim ve çalışanlar arası iletişim başlıkları altında incelenmiştir. Tüm alt ölçeklere ait program öncesi ve sonrası ortalama puanlar, Wilcoxon eşleştirilmiş örnek testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre sakinleri tanıma, çalışanlar arası iletişim arasında anlamlı bir fark belirlenememiştir. Sakin-çalışan iletişimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterirken, sakinlerin otonomisi istatistiksel olarak anlamlı düşüş göstermiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Bakım Verenlerin BİMDEB Programı Öncesi ve Sonrası BDBÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=28)

Ölçek Alt Boyutları	BİMDEB öncesi	BİMDEB sonrası	Z*	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Sakinleri Tanıma	17.10 $\pm$ 2.38	17.41 $\pm$ 1.80	0.641	0.521
Sakinlerin Otonomisi	28.52 $\pm$ 2.86	26.24 $\pm$ 3.36	-2.691	0.007
Sakin-Çalışan İletişimi	7.10 $\pm$ 1.71	8.52 $\pm$ 2.04	-3.771	0.000
Çalışanlar Arası İletişim	16.24 $\pm$ 2.64	16.76 $\pm$ 2.84	-0.883	0.377

*Wilcoxon eşleştirilmiş örnek testi

4.2.4. Demansı Olan Bireylerin BİMDEB Programı Öncesi ve Sonrası, Psikolojik İyilik Hali Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım merkezinde kalan demansı olan bireylerin program öncesi ve sonrası psikolojik iyilik hali ölçeği (PİHÖ) puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tüm ölçekler ve alt maddelere (negatif ve pozitif duygulanım) ait ortalama değerler, Wilcoxon eşleştirilmiş örnek testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre ön-test ve son-test puan ortalamaları arasında bir düşüş olduğu fakat bunun anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Demansı Olan Bireylerin BİMDEB Programı Öncesi ve Sonrası Psikolojik İyilik Hali Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=16)

Ölçek ve Alt Maddeleri	BİMDEB öncesi	BİMDEB sonrası	Z*	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Psikolojik İyilik Hali Ölçeği	30.44 $\pm$ 3.79	29.69 $\pm$ 3.00	-0.948	0.343
Pozitif Duygular (Madde 1,2,3,9)	11.50 $\pm$ 2.55	11.25 $\pm$ 3.35	-0.147	0.883
Negatif Duygular (Madde 4, 5,7,10,11)	17.44 $\pm$ 2.96	16.88 $\pm$ 2.63	-0.907	0.365

*Wilcoxon eşleştirilmiş örnek testi

4.2.5 Bakım Verenlerin BİMDEB Programına İlişkin Değerlendirmeleri

Çalışmaya katılan ve son testi yapan bakım verenler (n=29), tüm programı 1-10 arası puan alabilen görsel analog ölçeği kullanılarak değerlendirmiştir. Araştırmanın sonuçları, BİMDEB programının çalışanlara pozitif anlamda katkıda bulunduğunu ve sorulara verilen puan ortalamalarının 7.2 olduğunu (min ve max= 6.48-8.55) göstermiştir. BİMDEB programında katılımcıların en fazla işe yaradığını düşündükleri bölümün ‘yaşam hikayelerinin paylaşılması’ bölümü olduğu belirlenmiştir. Bu değerlendirmeye ilişkin sorular ve değerlendirme sonuçları **Tablo 4.11’de** gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Bakım Verenlerin BİMDEB Programına İlişkin Değerlendirmeleri (n=29)

Değerlendirme Sorusu	$\bar{X} \pm SS$
Program sonrasında demans hastalarına pozitif bakış açınızın ne düzeyde değiştiğini düşünüyorsunuz?	7.76 $\pm$ 2.14
Yaşam hikayelerinin paylaşılması ve eğitim sonrasında demans hastaları ile iletişiminiz ne düzeyde arttı?	8.03 $\pm$ 2.26

Yaşam hikayeleri paylaşılması ve “hakkımdaki herşey” sayfalarının hasta odalarına asılması ile birlikte bireyleri tanımanız ne düzeyde arttı?	7.62 ± 1.74
Demans hastalarına yaklaşırken eğitimde sunulan iletişim metod ve bilgilerini ne düzeyde kullandınız?	8.55 ± 1.82
Yaşam hikayeleri paylaşılan bireylerin sevdikleri, sevmedikleri, tercihleri, geçmişi vs. gibi bilgileri ne düzeyde dikkate alarak bakım verdiniz?	8.00 ± 2.46
Yaşam hikayeleri paylaşılan bireylerin yapabildikleri ve kalan yeteneklerini bakım ve etkinlikler sırasında kullanmasına ne düzeyde izin verdiniz?	8.00 ± 2.46
Çalışma arkadaşlarınızla veya yöneticilerinizle iletişiminiz program sonrasında ne düzeyde arttı?	6.97 ± 3.00
Program sırasında demans hastalarının ruhsal iyilik halinde pozitif anlamda (daha sakin, bakım ve tedavileri reddetmez, daha fazla etkinliklere katılır vs.) sizce ne derecede değişiklik oldu?	6.48 ± 2.89
Bu program kapsamında en fazla işinize yarayan bilgi veya bölüm hangisiydi?	
Yaşam Hikayeleri	7.97 ± 3.39
BMB ve İletişim Eğitimi	5.62 ± 4.33
‘Hakkımdaki herşey’ sayfaları	5.90 ± 4.26
Hatırlatıcı bilgilerin hemşire ünitelerine asılması	6.00 ± 4.30

Bölüm 5:

TARTIŞMA

Bu çalışmada, BİMDEB programı öncesi ve sonrası sonuçlar, bireyselleştirilmiş demans bakım ölçeği ve bilişsel yetersizliği olan bireylerde psikolojik iyilik hali ölçeği ile değerlendirildi. Elde edilen çalışma sonuçları; ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ve BİMDEB programına yönelik olmak üzere iki bölümde tartışıldı.

5.1. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçlarına Yönelik Tartışma

5.1.1. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği'nin (BDBÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Yönelik Tartışma

BDBÖ, demansı olan bireylere bakım verenler (hemşire ve hemşire yardımcıları) tarafından kendi bireyselleştirilmiş bakım davranışlarını ve algılarını ölçmeye yarayan bir araçtır (N. L. Chappell et al., 2007). Ölçek, Kanada'da uzun (46 madde) ve kısa (22 madde) versiyonları oluşturularak geliştirilmiştir. Bu çalışmada geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, kısa formu olan 22 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Araştırmaya 13 bakım merkezinden 184 bakım veren (hemşire ve hasta bakım elemanı) katılmıştır.

BDBÖ geçerlik çalışmaları için; dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Dil eşdeğerliği çalışmaları ve 6 uzman ile birlikte kapsam geçerliği çalışmaları tamamlandıktan sonra ölçeğin yapı geçerliği, doğrulayıcı faktör analizi ve açıklayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi sonuçlarına bakılmış, KMO=0.706 ve Barlett's testi $p=0.000$ olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizinde (extraction method: PCA), rotasyon (varimax) yapıldıktan sonra her bir maddenin yükleri 0.40 ile 0.82 arasında değerler almıştır ve ölçeğin 4 faktörlü yapısı toplam varyansın %47.153'ünü açıkladığı görülmüştür. Bir ölçeğin faktör analizi için KMO değerinin 0.70 ve üzeri değerlerde olması, örneklem büyüklüğünün kabul edilebilir düzeyde uygunluğunu gösterir. Barlett's test sonucunun istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.01$) düzeyde küresellik varsayımını sağlamaktadır. Bir ölçeğin faktör yapısının uygun ve yeterli olması için faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olması aynı zamanda varyans oranlarının %40 ile %60 arasında değişmesi kabul edilebilir düzeydedir (Polit & Beck, 2004, pp. 333-347). Bu bulgular, BDBÖ'nün

faktör yapısının ve örnekleminin yeterli olduğunu göstermektedir. Bu ölçeği geliştirme çalışmasında da faktör yapıları benzerlik göstermektedir (N. L. Chappell et al., 2007). Doğrulayıcı faktör analizi SPSS AMOS 26.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Regresyon ağırlıkları ve $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre anlamsız çıkan 2 madde ölçekten çıkartılmıştır. Sakinleri tanıma alt ölçeğinden 1 madde ve sakinlerin otonomisi alt ölçeğinden 1 madde silinerek ölçek toplam 20 maddeye indirgenmiştir. Modifikasyon işlemleri uygun maddeler arasında kovaryanslar oluşturularak yapılmıştır. Buna göre, ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi kabul edilebilir uyum düzeyinde ($GFI= 0.865$, $p < 0.001$, $CFI = 0.849$, $RMSEA = 0.07$) bulunmuştur. Ölçeğin kısa formunun Çince'ye uyarlama çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ($CFI=0.86$, $RMSEA=0.05$) bu çalışmadakine benzer şekilde bulunmuştur (N. Chappell & Chou, 2010).

BDBÖ güvenirlik çalışmaları için, madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test korelasyonu analizleri yapılmıştır. Her alt boyut için Cronbach alfa değerleri: “sakinleri tanıma” ($\mu=0.618$), “sakinlerin otonomisi” ($\mu=0.768$), “iletişim” ($\mu=0.713$) ve iletişim boyutu altında “sakin-çalışan iletişimi” ($\mu=0.555$), “çalışanlar arası iletişim” ($\mu=0.748$) olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Çince'ye uyarlama çalışmasında Cronbach alpha değerleri; “sakinleri tanıma” ($\mu=0.67$), “sakinlerin otonomisi” ($\mu=0.72$), “sakin-çalışan iletişimi” ($\mu=0.63$), “çalışanlar arası iletişim” ($\mu=0.80$) olarak bulunmuştur. Çince versiyonunda iletişim boyutu altında her iki (sakin-çalışan iletişimi ve çalışanlar arası iletişim) alt ölçeğin maddeleri birleştirildiğinde Türkçe versiyonu ile benzer şekilde Cronbach alpha değeri ($\mu=0.79$) daha kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Madde toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, “sakinleri tanıma” alt ölçeği için min-max=0.194-0.543, “sakinlerin otonomisi” alt ölçeği için min-max= 0.290-0.633, “sakin-çalışan iletişimi” alt ölçeği için min-max= 0.308 - 0.403, “çalışanlar arası iletişim” alt ölçeği için min-max= 0.350-0.637 olarak bulunmuştur. Buna göre madde-toplam puan korelasyonu genel olarak kabul edilebilir bulunmuştur. BDBÖ'nün zamana göre değişmezliği test-tekrar test korelasyonu Spearman testi ile değerlendirilmiştir. 15-25 gün ara ile bakım merkezinde çalışan bakım verenlere yapılan iki ölçüm sonuçları

değerlendirildiğinde, test-tekrar test korelasyonu tüm ölçekler için ($r=0.236, 0.390$) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı fakat düşük ilişki bulunmuştur.

5.1.2. Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerde Psikolojik İyilik Hali Ölçeği'nin (PİHÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Yönelik Tartışma

PİHÖ, demans hastalarına bakım verenlerin, bakım verdikleri bireylerin psikolojik iyilik halini değerlendirmelerine yarayan bir ölçme aracıdır (Burgener et al., 2005). Toplam 11 maddeden oluşan 4'lü likert tipi ölçeğin bilişsel yetersizliği olan bireyin son 24 saat içindeki davranışları göz önüne alınarak doldurulmaktadır. Bu çalışmaya iki farklı bakım merkezinden demans tanısı alan 70 birey ve bu bireylerin son 24 saatini iyi bilen 12 hemşire ve bakım elemanı katılmıştır.

PİHÖ geçerlik çalışmaları için, dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Dil eşdeğerliği çalışmaları ve 6 uzman ile birlikte kapsam geçerliği çalışmaları tamamlandıktan sonra ölçeğin yapı geçerliği, doğrulayıcı faktör analizi ve açıklayıcı faktör analizi ile test edilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi sonuçlarına bakılmış, KMO=0.743 ve Barlett's testi $p=0.000$ olarak bulunmuştur ($\chi^2=223.452$). Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçları, ölçeğin 2 faktörlü yapıda olduğunu göstermiştir. Bu 2 faktörlü yapı ölçeğin toplam varyansının %50,57'sini açıklamaktadır. Bir ölçeğin faktör analizi için KMO değerinin 0.70 ve üzeri değerlerde olması örneklem büyüklüğünün kabul edilebilir düzeyde uygunluğunu gösterir. Barlett's test sonucunun istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.01$) düzeyde küresellik varsayımını sağlamaktadır. Bir ölçeğin faktör yapısının uygun ve yeterli olması için faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olması aynı zamanda varyans oranlarının %40 ile %60 arasında değişmesi kabul edilebilir düzeydedir (Polit & Beck, 2004, pp. 333-347). Bu bulgular, PİHÖ'nün faktör yapısının ve örneklem sayısının yeterli olduğunu göstermektedir. Bu ölçeği orijinal geliştirme çalışmasında da faktör yapıları benzerdir (Burgener et al., 2005). Doğrulayıcı faktör analizi SPSS AMOS 26.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Regresyon ağırlıkları ve $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre anlamsız çıkan 2 madde (madde 6 ve 8) silinmiştir. Buna göre doğrulayıcı faktör analizi kabul edilebilir uyum düzeyinde (GFI= 0.905, $p <0.001$, CFI = 0.94, RMSEA = 0.067) olduğu belirlenmiştir.

PİHÖ güvenirlilik çalışmaları için, madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test korelasyonu analizleri yapılmıştır. Cronbach alfa katsayıları;

tüm ölçek için 0.776, pozitif duygulanım alt maddeleri için 0.624, negatif duygulanım alt maddeleri için ise 0.822 olarak bulunmuştur. Burgener ve ark'nın (2005) orijinal ölçek geliştirme çalışmasında, Cronbach alfa katsayıları tüm ölçek için 0.79, pozitif duygulanım alt maddeleri için 0.84 ve negatif duygulanım alt maddeleri için 0.74 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, pozitif duygulanım maddelerine ait Cronbach alfa değeri orijinal ölçek çalışmasında daha yüksek bulunmuştur fakat diğer değerler benzer ve kabul edilebilir düzeydedir.

PİHÖ'nün zamana göre değişmezliği test-tekrar test korelasyonu ile değerlendirilmiştir. 24 saat ara ile bakım merkezinde çalışan bakım verenler ile yapılan iki ölçüm sonuçları Spearman korelasyon testi ile değerlendirildiğinde, test-tekrar test korelasyonu ($r=0.756$, 0.848) pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Madde toplam puan korelasyon değerlerine bakıldığında, tüm ölçek için $0.259-0.657$, pozitif duygulanım maddeleri için $0.336-0.469$, negatif duygulanım maddeleri için $0.451-0.679$ olarak belirlenmiştir. Burgener ve ark.'nın (2005) PİHÖ'yü geliştirme çalışmasında madde toplam madde korelasyon değerlerine bakıldığında, tüm ölçek için $0.30-0.57$, pozitif duygulanım maddeleri için $0.63-0.73$, negatif duygulanım maddeleri için $0.32-0.59$ olarak saptanmıştır (Burgener et al., 2005). Buna göre, bu çalışmada elde edilen değerlerin orijinal ölçek geliştirme çalışmasına benzer olduğu görülmüştür. Bu bulgular, PİHÖ'nün güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterir.

5.2. BİMDEB Programına Yönelik Tartışma

5.2.1. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Yaklaşımları

Bu çalışmada, bakım merkezlerinde çalışan bakım verenler ile birey merkezli bakım programının sonuçları değerlendirildi. Bakım verenlerin çoğunluğunun ön lisans (yaşlı bakım teknikerliği ve ilk ve acil yardım bölümlerinden) mezunu olduğu bu çalışma örnekleminin, yaşlı bakım alanında deneyimli ($n=12$) (min-max:4-6 yıl) ve daha az deneyimli ($n=13$) (min-max: 0-1 yıl) çalışanlardan oluştuğu belirlendi. Bakım verenlerin bakım yaklaşımları, Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği ile değerlendirildi. Bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımları; sakinleri tanıma, sakinlerin otonomisi, sakin-çalışan iletişimi ve çalışanlar arası iletişim olarak 4 başlık altında incelendi. Çalışma bulgularına göre, bu 4 alanda yapılan son-testlerde “sakinleri tanıma” ve “çalışanlar arası iletişim” alt ölçek puan ortalamalarında artış olmasına karşın sadece sakin-çalışan iletişim alanındaki

artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. “Sakinlerin otonomisi” alt ölçeğinde ise son-testlerde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş görülmüştür.

Sakinleri tanıma alt ölçeği, bakım verenlerin sakinleri tanıma algılarını ölçen bir alt boyuttur (N. L. Chappell et al., 2007). Sakinleri tanıma ve biyografilerinin öğrenilmesi, bireylerin kimliğinin sürdürülmesi ve bakım verenlerle ilişkilerinin gelişmesi ve devamının sağlanması için oldukça önemlidir (Eritz et al., 2015). Biyografik bilgilerin öğrenilmesinde sıklıkla kullanılan sakinlerin yaşam hikayelerinin oluşturulması birey merkezli bakımın geliştirilmesi için potansiyel bir girişimdir (Doran et al., 2019). Sakinlerin yaşam hikayelerinin öğrenilmesi, bakım verenlerin davranış ve tutumlarının üzerinde pozitif bir etki göstermektedir (Dennerstein, Bhar, & Castles, 2018).

Demansı olan bireylerin daha iyi tanınmasını sağlamak için toplam 17 yaşlının yaşam hikayelerinin ve ‘hakkımdaki herşey’ sayfalarının oluşturulduğu bu çalışmada, sakinleri tanıma boyutuna ait ön-test ve son-test puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Son-test ortalamaları ön-teste göre biraz artış göstermiştir fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir (**Tablo 4.9**). Sakinleri tanıma alt boyutundaki tüm maddelerin ön-test ve son-test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, diğer maddeler arasında son-test ortalaması tek düşüş gösteren ‘sakinlerin sosyal geçmişlerini okumak için zamanım yok’ maddesi olmuştur (**EK-17**). Sakinleri anlama, sakinlerin davranış biçimlerini ve nelerden hoşlandıklarını bilme, sakinler hakkında yeterli bilgiye sahip olma maddelerinde çalışanların puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da arttığı görülmektedir. Bu çalışmada geliştirilen sakinlere ait yaşam hikayeleri kitapçıklarının, bakım verenlerin bilgi düzeyini arttırmada kolaylaştırıcı olduğu fakat bunları okumak için zaman bulma konusunda bakım verenlerin zorluk yaşamaları nedeniyle istenilen düzeyde katkı sağlamadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Amerika’da bakım merkezlerinde Buron (2010) tarafından yapılan ön-test ve son-test tasarımlı bir çalışmada, demanslı bireylere (n=5) ait yaşam hikayeleri kolaj çalışması şeklinde hazırlanmış ve odalarına asılarak, 4 hafta süreyle girişim grubundaki toplam 18 bakım verenin bu bilgileri görmesi sağlanmıştır. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği kullanılarak sonuçları değerlendirilen bu çalışmada bakım verenlerin sakinleri tanıma algı puanlarında benzer şekilde son-testlerde anlamlı bir artış saptanmamıştır. Bununla birlikte aynı çalışmada bakım verenlerin, çalışmaya katılan sakinlere ait iş ve çalışma bilgisi ve ailesine ilişkin bilgi düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı bir artış olmuştur (Buron,

2010). Buron'un (2010) çalışmasındaki bulgular, bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir.

Avustralya'da yapılan bir randomize kontrollü çalışmada (n=40), yazılı yaşam hikayelerinin oluşturulduğu ve sunulduğu grubun (n=19), hasta dosyalarında bulunan standart bilgiyi okuyan gruba (n=21) göre sakinlerin geçmişine ait bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmış ve aynı zamanda her iki gruptaki bakım verenlerin davranış ve tutumları üzerine pozitif etkisi olmuştur (Dennerstein et al., 2018). Toplam 13 çalışmanın dahil edildiği kapsamlı bir literatür incelemesinde yapılan tematik analiz sonucunda göre yaşam hikayelerinin çalışanların sakinler hakkında bilgi düzeylerini arttırmasının yanı sıra, sakinlerin birey olabilme ve kimliğinin sürdürülmesi, bakım verenlerle iletişimin güçlendirilmesi ve devamı için önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Doran et al., 2019). İngiltere'de yaşam hikayelerinin bakım verenler, aileler ve demansı olan bireyler üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu, vaka çalışmaları üzerinde inceleyen kalitatif bir araştırmada, özellikle çalışanların demansı olan bireyleri hasta olarak değil, hastalığın ötesinde insan olarak görmelerini sağlamada ve birey olabilme algısını değiştirmede yaşam hikayeleri potansiyel bir araç olarak belirlenmiştir (McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan, & Repper, 2010). Doran ve ark. (2019) tarafından yapılan sistematik incelemede; yaşam hikayelerinin paylaşılmasının birey merkezli bakımı geliştirmede potansiyel bir girişim olduğu fakat bu girişimin eğitim, zaman, kaynak sağlanması ve hizmet sunan yöneticilerin bu konudaki kararlılık ve vizyonuna bağlı olduğu da belirtilmiştir (Doran et al., 2019).

Bireyselleştirilmiş bakımın sunulmasında en önemli belirleyiciler; profesyoneller arası ilişkiler (ekip çalışması, nöbetler arası iletişim, güven, ikilemlerin çözümü) ve yeterli kaynaklara (görevlerini yapabilmekte gerekli malzeme ve yeterli zaman) erişimdir (Caspar, Cooke, O'Rourke, & MacDonald, 2013). Sakinler ile ilgili bilgilerin, kurumsal bakım ortamında çalışanlarla paylaşılması standart bir uygulama değildir. Bakım verenlerden sakinlerin dosyalarında bulunan bilgilerin okunmasını beklemek, zaman baskısı ile çalışan bakım verenler açısından mümkün olamamaktadır (Kolanowski, Van Haitsma, Penrod, Hill, & Yevchak, 2015). Bu literatür bulguları, sakinleri tanıma konusunda sadece yaşam hikayelerinin sunulmasının yeterli olmadığını bunun yanı sıra kurumsal bazı değerlerin benimsenmesi ve yeterli kaynaklara sahip olunması gerektiğini desteklemektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, bu tez çalışmasında sakinleri tanıma son-test puan

ortalamalarında ki artışın istatistiksel olarak anlamlı olmamasında, çalışmanın kısıtlı bir zaman diliminde yürütülmesi, yalnızca bazı sakinlerin yaşam hikayelerine ilişkin kitapçık oluşturulması ve pandemi döneminde artan iş yükünün etkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca yaşam hikayeleri oluşturulan sakinler hakkında çalışanların bilgi düzeyindeki değişiklik ve demansı olan bireyleri bir birey olarak algılamalarında ne kadar değişiklik olduğu bu çalışma kapsamında incelenmediği için ilgili literatür bulguları bu konuda karşılaştırılamamıştır.

Sakinlerin otonomisi alt ölçeği; bakım verenlerin çalıştıkları kurumsal ortamı sakinlerin otonomi sahibi olmasına izin verme ve destekleme açısından değerlendirdikleri bir alt boyuttur (N. L. Chappell et al., 2007). Sakinlerin otonomisinin desteklenmesi, onlarla bağlantı kurulması, ilişkilerin sürdürülmesi ve var olan becerilerinin devam ettirilmesi, birey merkezli bakımda oldukça önemli bir role sahiptir (Kloos, Trompetter, Bohlmeijer, & Westerhof, 2019). Kloos ve ark.'nın Hollanda'da bakım merkezlerinde yaptıkları prospektif bir çalışmada; sakinlerin (n=128) otonomi sahibi olması, etkileşimde olması ve kendini yeterli hissetmesinin iyilik hali üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, sakinlerin otonomi sahibi olmasının iyilik hali ve yaşam memnuniyeti ile en fazla ilişkili olduğu saptanmıştır (Kloos et al., 2019).

Beklenenin tersine bu çalışmamızda, sakinlerin otonomisi alt ölçeği son-test ortalamaları, ön-test'e göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde bir düşüş göstermiştir (**Tablo 4.9**). Bu sonuca, Kovid-19 pandemisinde alınan tedbirlerin ve kısıtlamaların sebep olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Belçika'da bakım verenler ve sakinler ile odak görüşmeleri yöntemi ile yapılan bir kalitatif çalışmada; Kovid-19 pandemisi sebebiyle, bakım merkezlerinde kalan yaşlıların özgürlükleri, otonomileri, sosyal yaşamları ve yaptıkları sosyal aktivitelerin kısıtlandığını ve en temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanamadığını ortaya koymuştur. Bakım merkezinde çalışanlar da enfeksiyon kontrol ve önlemlerinin alınması ve sakinlerin iyilik halinin sağlanması arasında profesyonel ve etik ikilemler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Kaelen et al., 2021). Hollanda'da bakım merkezlerinde, Kovid-19 pandemisinin sakinler üzerindeki etkilerini araştıran kesitsel bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada, sakinler için Kovid-19 pandemi döneminde ziyaretçi kısıtlaması olmasından dolayı yalnızlık hissetme oranı %77 (n=193) olarak bulunmuş, özellikle bilişsel olarak yetersizliği bulunmayan sakinlerin, daha fazla yalnızlık hissettiği belirlenmiştir. Yine aynı araştırmadaki bakım verenler, sakinlerde görülen depresif

duygular, ajitasyon ve anksiyete şiddetinin bu dönemde arttığını rapor etmişlerdir (Henriëtte G. Van der Roest et al., 2020). Bu tez çalışmasında, benzer şekilde sakinlerle yapılan aktivitelerin azaldığı ve gün boyunca yeterli meşguliyet ve uğraşlarının olmadığı katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Uğraşları/meşguliyetleri azalan ve daha kapalı bir çevrede bulunmak zorunda olan sakinlerin iyilik hallerinde ve yaşam kalitesinde bozulma olması kaçınılmaz görünmektedir. İsviçre’de Hedman ve ark.’nın (2019) bakım merkezlerinde, sakinlerin otonomisi ve katılımını destekleyen unsurları anlamak için hemşireler ile yaptıkları bir fenomenolojik araştırmada, otonomi ve katılımın sağlanması için hemşireler tarafından belirtilen en önemli unsur; öncelikle sağlık durumu ve iyilik hallerinin sürdürülmesidir. Aynı çalışmada, otonomi ve katılımın sağlanmasının ancak sakinlere anlamlı gelen ve kendilerinin tercih ettiği aktivitelerle mümkün ve gerçekçi olabileceği de hemşireler tarafından belirtilmiştir. Sakinlerin tercihlerinin anlaşılması ve tercihlere uygun aktivite/günlük yaşam aktiviteleri sağlanması, sakinlerin otonomi sahibi olduklarını hissetmeleri için bir gereklilik olduğu sonucuna varılmıştır (Hedman, Haggstrom, Mamhidir, & Poder, 2019). Bu tez çalışmasında, sakinlerin otonomisinin son-test puan ortalamalarının düşüş göstermesi sonucu, araştırma yapılan bakım merkezlerinde sakinlerle yapılan tüm aktivitelerin Kovid-19 döneminde yapılamaması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Sakin ve çalışan iletişimi alt ölçeği, sakinlerle bakım verenlerin iletişim yaklaşımlarını ölçen alt boyuttur. Demansı olan bireylerin sözel veya sözsüz iletişim süreçleri bozulduğu için bu bireylerle sözlü iletişim kurmak ve sözsüz iletişim yöntemleri oldukça önem kazanmaktadır. Demansı olan bireyler ile iletişimi güçlendirmek birey merkezli bakım süreçlerini destekleyen bir girişimdir. Bakım aktiviteleri sırasında demansı olan bireyler ile bakım verenler arasındaki iletişimi güçlendiren girişimleri incelemeye yönelik bir sistematik incelemede; çoğunlukla sakinler ile sözlü, sözsüz iletişim metodları ile ilgili eğitimler başta olmak üzere, iletişimi başlatmada hafıza kitapçıkları/kartlarının kullanılması, sakinlerin hala yapabildiği becerilere odaklanma ve sosyal becerileri artırma gibi girişimler yapıldığı ortaya konmuştur (Machiels, Metzelthin, Hamers, & Zwakhalen, 2017).

Bu çalışmada, bakım verenler ile yaşam hikayelerinin paylaşılmasının yanı sıra demans hastaları ile sözlü-sözsüz iletişim metodları ile ilgili eğitim ve demanslı bireyler hakkındaki

kısa bilgilerin (yapabildikleri, yaşamından önemli notlar ve iyilik halini arttırabilecek girişimler) yer aldığı notlar odalarına asıldı. Bu girişimlerden sonra sakinler ile bakım verenler arasındaki iletişim puanlarının son-testte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı. Bu çalışmada ki sonuca benzer olarak yaşam hikayelerinin ve bireyi tanıma girişimlerinin ilk olarak, çalışanlar ve demansı olan bireyler arasındaki iletişimi arttırdığını gösteren çalışmalar ve sistematik incelemeler bulunmaktadır (Elfrink, Zuidema, Kunz, & Westerhof, 2018; Eritz et al., 2015; McKeown et al., 2010). Hemşire yardımcılarının iletişim eğitimi aldığı ve hafıza kitapçıklarını (sakine özgü geçmişinden fotoğraflar, günlük bakım planları, bireye özgü zorlayıcı davranışların yer aldığı) kullanmayı öğrendikleri kontrol gruplu karşılaştırmalı bir çalışmada; girişim grubunda sakinler ve hemşire yardımcıları arasında sözel iletişimin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Eğitim alan hemşire yardımcılarının sakinlerle daha fazla ve pozitif cümlelerle konuştukları, sakinlere girişimler sırasında daha fazla direktif verip kendilerinin yapmasına teşvik ettikleri belirlenmiştir (Burgio et al., 2001).

Yaşam hikayeleri, bakım alan bireyleri daha iyi anlamayı sağladığı gibi bireyin kimliğini, geçmişte başardıklarını, sevdikleri ve sevmediklerini göstermede yardım eder. Bu süreç aile yakınlarının da dahil edilmesi, demansı olan bireyler ve aileler için oldukça yararlıdır. Böylece daha iyi anlaşılan ve özelliklerine göre yaklaşım gösterilen bireyler ile empati yapılabilir, güvenli ilişkiler kurulur (Eritz et al., 2015; McKeown et al., 2010). Bakım verenler, sakinlerin yaşam hikayelerini bildikleri zaman kendilerini daha güçlenmiş hisseder ve görev odaklı olmaktan öte ilişki odaklı olmaya başlar (Grøndahl, Persenius, Bååth, & Helgesen, 2017). Bunun tam aksine, Amerika’da bakım merkezlerinde Buron (2010) tarafından yapılan ön-test ve son-test tasarımı bir çalışmada, demanslı bireylere (n=5) ait yaşam hikayeleri kolaj çalışması şeklinde hazırlanmış ve sakinlerin odalarına asılarak 4 hafta süreyle girişim grubundaki toplam 18 bakım verenin bu bilgileri görmesi sağlanmıştır. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği kullanılarak sonuçları değerlendirilen bu çalışmada, sakin-çalışan arası iletişim puanlarında artış olmamıştır. Bu makalede varılan bu sonuç, yazar tarafından kontrol grubundaki sakinlerin mental değerlendirme puanlarının ve iletişim becerilerinin deney grubuna göre daha iyi olduğu ile açıklanmıştır (Buron, 2010).

Çalışanlar arası iletişim alt ölçeği, çalışanlar arası ve çalışanlar ile yöneticiler arasındaki iletişim algısını ölçen alt boyuttur. Birey merkezli bakımda, çalışanlar arası iletişimin

kalitesi ve takım çalışması oldukça önemlidir ve iletişimin yeterli olmaması birey merkezli bakımın önündeki engellerden biri olabilir (Roberts, 2016). Organizasyondaki liderlik ve yönetim şekli de aynı doğrultuda çalışanların birey merkezli davranışlarını etkiler. Yöneticilerin bakım planlamalarına hemşire yardımcılarını ve bakım elemanlarını dahil etmesi, tüm çalışanların isimlerini bilmesi, çalışanların bakım tutumlarını ve davranışlarını değerli bulması, sorumlulukların paylaştırılması/ekip çalışması ve zorlayıcı davranışları olan demanslı bireylere dönüşümlü olarak bakım verilmesinin olanaklı kılınması gibi faktörler çalışanların iletişimini ve bireyselleştirilmiş bakımı etkiler (Corazzini et al., 2015). Bakım verenlerin, birey merkezli bakım süreçlerini olumsuz etkileyen yaklaşımları, birey merkezli çabalarını ve karşılaşılan engelleri yöneticileriyle paylaşımları ve fikir sunmaları oldukça önemlidir (Colomer & de Vries, 2016).

Birey merkezli bir kurum olabilmek için sürekli eğitim, bakım verenlere değer verme, rehberlik etme ve yönlendirme, bakım verenlerin rollerini belirleme ve açık iletişim kurma gibi yönetsel olarak yapılması gerekenler vardır (Røsvik, Brooker, Mjorud, & Kirkevold, 2013). Yüksek düzeyde birey merkezli olan kurumların karakteristik özellikleri; bir bakım felsefesinin olması, disiplinler arası iş birliği, çalışma arkadaşlarından ve yöneticilerden destek alabilme, çalışanların sakinlerle daha fazla zaman geçirmesi, daha az yatak kapasitesinin olması ve demans dostu fiziksel çevredir (Sjogren, Lindkvist, Sandman, Zingmark, & Edvardsson, 2017).

Bu tez çalışmasında, çalışanlar arası iletişim puanında anlamlı bir artış olmamıştır. Ölçek maddeleri arasında puan ortalaması düşen tek madde; ‘sakinlerin zor davranışlarının arkasındaki anlamı bulabilmek amacıyla diğer çalışanlarla konuşurum’ olmuştur (**EK-17**). Bu bulgu bakım verenlerin, sakinleri daha detaylı tanımak için çaba sarf etmediği ya da sakinlerin zorlayıcı davranışlarının altında bir anlam olmadığını düşündükleri için ekip arkadaşları ile bu durumu paylaşmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu duruma sebep olan faktör, çalışanların çoğunun yaşlı bakım deneyiminin az olması ve demans bakımı konusunda yeterli eğitim almamış olmaları olabilir. Demans tanısı olan bireylerde ifade edilemeyen istekler ya da problemler bakım verenleri zorlayıcı davranışlarla kendisini gösterebilir. Bu davranışların anlaşılması için bireyi geçmişi ve şimdiki durumu ile değerlendirip gözlemlemek ve sorunun nedenini bulmak gerekir (James & Jackman, 2017). Bu sorunların çözümü ekipteki çalışma arkadaşları ile iletişim ve bilgi alışverişi sırasında ortaya çıkabilir ve ortak yaklaşımlar geliştirilebilir. Bu nedenle, birey merkezli bakımda,

çalışanlar arası ve çalışan-yönetici arası iletişim akışının sağlanması için, tüm çalışanların iletişim sürecine dahil edilmesi, zaman ve kaynak kısıtlılığını dikkate alan iletişim süreçlerinin olması, yönetsel hemşire liderliğini desteklemek, birey merkezli bakım yaklaşımlarını ödüllendiren sistemlerin oluşturulması gibi stratejiler kullanılabilir (Kolanowski et al., 2015). Bu çalışmada saptanan çalışanlar arası iletişim puan ortalamalarının son-testte anlamlı şekilde artmamasının nedenleri; çalışma süresince çalışanlar arası iletişim ile ilgili bir farkındalığın ya da eğitimin sağlanamamış olması, kurum kültürünün etkili olması, çalışmanın kısıtlı bir zaman diliminde yapılması, kurum yöneticilerinin araştırma sürecine dahil olmamaları, pandemi şartlarında araştırmacının sıklıkla grup tartışmaları ve danışmanlık yapamaması, pandemi şartlarının getirdiği kısıtlama ve tedbirler olabileceği düşünülmüştür.

5.2.2. Demansı Olan Bireylerin Psikolojik İyilik Halleri

Bu çalışmada, BİMDEP'in bakım merkezlerinde kalan ve demansı olan bireylerin (n=17) psikolojik iyilik halleri üzerindeki etkisi değerlendirildi. Demansı olan bireyler çoğunlukla kadın (%70,6) ileri evrede (%41,2), tam bağımlıdır (%58,8) ve %82,5'u 80-104 yaş aralığındadır. Demansı olan bireylerin iyilik halini arttırmada oldukça etkili olan sosyal etkileşim ve iletişim stratejileri ve kullanılan araçlar; yaşam hikayeleri ve anımsama terapisi, işaret matları ve görsel sembollerin kullanımı, günlük bakım aktivitelerine iletişim stratejilerinin dahil edilmesi, tek bir şeye odaklanan aktiviteler, iletişim kitlerinin kullanımı, sanat ve müzik terapisi olarak sıralanmaktadır (Health, 2011).

Demansı olan bireylerin, psikolojik iyilik halleri bilinç ve davranış değişiklikleri nedeniyle çoğu zaman kendileri tarafından subjektif olarak değerlendirilemediği için, onlara bakım veren kişiler ile psikolojik iyilik halindeki değişimler incelenmiştir. Bu çalışmada, demansı olan bireylerin psikolojik iyilik hali, PİHÖ ile yakınların 24 saatini bilen ve bakım verenler tarafından değerlendirildi. Buna göre, demansı olan bireylerin psikolojik iyilik hali ve alt ölçekler olan pozitif ve negatif duygulanım son-test puanları program öncesine göre düşüş gösterdi, fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (**Tablo 4.10**).

Erken evre demans tanısı olan bireylerin ve yakınlarının dahil olduğu prospektif ve metodolojik bir çalışmada (n=70), demansı olan bireyler 18 ay boyunca izlenmiş ve psikolojik iyilik hali ölçeği ile iyilik hali değerlendirmeleri yakınları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada; bireylerin demansın orta evrelerine geldiğinde dahi pozitif duygulanımın

artarak devam ettiğini ve bilinenin tam aksine demans hastalarının iyilik halinin ve yaşam kalitesinin azalarak sürdüğü düşüncesini desteklemediği saptanmıştır. Bu durum, demansı olan bireylerde bazı duygulanım ve davranışsal boyutların kaybolmadığını da işaret etmektedir (Burgener et al., 2005).

Demansı olan bireylerin yaşam kalitesi, iyilik hali ve yaşam memnuniyeti ile ilgili faktörleri inceleyen gözlemsel araştırmaların dahil edildiği (n=198) bir meta-analiz çalışmasında; demansı olan bireylerin yaşam kalitesi ve iyilik hali ile en fazla ilişkili olan faktörler; sosyal etkileşim, iletişim kurma ve fonksiyonel becerilerin kullanılması olarak bulunmuştur. Fiziksel ve mental sağlığın gerilemesi ile birlikte iyilik hali ve yaşam kalitesinin de gerilediği bildirilmiştir (Martyr et al., 2018). Çevresel faktörler ve sosyal çevreye dahil olma ile iyilik hali arasındaki ilişki incelendiğinde, demans evresi ilerledikçe çevresel faktörler ile iyilik halinin daha fazla ilişkili olduğu da belirtilmiştir. (Burgener et al., 2005). Buna göre, bu çalışmaya katılan fazla sayıda ileri evre demans bulunması, iyilik hali ile ilgili bazı göstergelerin neden düşüş gösterdiğini ve çevresel şartlardan (Kovid-19 pandemisi tedbirleri) daha fazla etkilenildiğini düşündürmüştür.

Sprangers ve ark.'nın Hollanda'da yaptıkları kontrol gruplu karşılaştırmalı bir çalışmada, hemşire yardımcılara (n=24) yönelik sabah bakımları sırasında etkili iletişim kurma (kısa direktifler verme, pozitif kelimeler kullanma ve biyografilerine özgü konuşma) ile ilgili birebir eğitim verildikten sonra, girişim grubunda demansı olan sakinler (n=26) ile pozitif kelime kullanımı ve sohbetlerin arttığı gösterilmiştir. Demansı olan bireylerde girişim grubunda görülen psikopatolojik (depresyon, anksiyete, irritabilite, apati, disinhibisyon) durumlar düşüş gösterirken, kontrol grubunda artış görülmüştür (Sprangers, Dijkstra, & Romijn-Luijten, 2015). Bu tez çalışmasında ise anlamlı düzeyde artan sakin-çalışan arasındaki iletişim puanlarının görülmesine rağmen, bu durumun demansı olan bireylerin psikolojik iyilik halini etkilemediği belirlendi. İleri demans evrelerinde çevresel faktörler iyilik hali üzerinde daha fazla etkili olduğu için Kovid-19 pandemisinin getirdiği sosyal ve çevresel farklılıkların bu grubu oldukça etkilediği gözlenmiştir. Kovid-19 pandemisi döneminde sosyal izolasyon ve kısıtlamalar uygulanmak zorunda kalındı. Bu süreçte sosyal izolasyon uygulamalarının yaşlılar üzerindeki psikolojik etkisini ortaya koyan çalışmalar oldu. Yalnızlık, depresyon ve zorlayıcı davranışlarda artış görüldü (C. Giebel et al., 2021; Henriëtte G. Van der Roest et al., 2020). Demansı olan bireylerin Kovid-19 salgınında mental sağlık problemlerinin araştırıldığı bir çalışmada, zorunlu izolasyonun, daha sedanter

yaşama yol açtığı için, beraberinde diğer fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları da getirdiği saptanmıştır. Yine aynı çalışmada pandemi döneminin, aslında birey merkezli bakım uygulamalarının daha çok önem kazandığı ve bakım alan sakinlerin non-farmakolojik yaklaşımlarla desteklenebileceği bir süreç olduğu ifade edilmiş ve bu sürecin birey merkezli yaklaşımlarla desteklenmesi için kurumsal ve yönetsel olarak pandemi dönemine özgün düzenlemelerin yapılması gerektiği önerilmiştir (Velayudhan, Aarsland, & Ballard, 2020).

BİMDEB programının çalışanlar tarafından değerlendirilmesinde, bakım verenlerin çoğunlukla programdan pozitif anlamda yarar gördükleri anlaşılmaktadır. Tüm programı 1-10 arası puan alabilen görsel analog ölçeği kullanılarak değerlendirildiğinde sorulara verilen puan ortalamalarının 7.2 olduğu (min ve max= 6.48-8.55) belirlenmiştir. BİMDEB programında katılımcıların en fazla işe yaradığını düşündükleri bölümün ‘yaşam hikayelerinin paylaşılması’ bölümü olduğu belirlenmiştir. Araştırmacının gözlem ve aldığı geri bildirimlere göre yaşam hikayelerinin paylaşılması ile bakım verenler, sakinler hakkında daha fazla bilgi edinmiş ve sakinlerin geçmiş yaşantılarında bakım verirken ve iletişim kurarken kullanabilecekleri ayrıntıların olabileceğini fark etmişlerdir. Ayrıca deneyimsiz olan ve yeni işe başlayan bakım verenler için BİMDEB programı, sakinleri tanımada oldukça faydalı bulunmuştur.

Bölüm 6:

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

İki yaşlı bakım merkezinde uygulanan birey merkezli demans bakım (BİMDEB) programının, demans tanısı olan bireylerin psikolojik iyilik halleri ile çalışanların bireyselleştirilmiş demans bakım yaklaşımları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımlarından sakinler ile çalışanlar arasındaki iletişimi istatistiksel olarak anlamlı olarak arttırdığı ve sakinlerin psikolojik iyilik halinde ise düşüş olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, H(3) hipotezi (BİMDEB programına katılan çalışanların, girişim sonrası demans tanısı olan bireyler ile iletişim puanı, girişim öncesine göre daha yüksektir) kabul edilmiş, H(1), H(2), H(4), H(5) hipotezi ise reddedilmiştir. Araştırmanın bu sonuçları, bazı sınırlılıkları nedeniyle dikkatle yorumlanmalıdır. Araştırma Kovid-19 pandemisi dönemine denk geldiği için getirilen kısıtlama ve tedbirler araştırma sonuçlarının yorumlanmasına bazı sınırlılıklar getirmiştir. Bu sınırlılıklar; BİMDEB programının uygulanması sırasında kurum ortamında ziyaretlerin kısıtlanması, sakinlerin daha çok odalarında tutulması, sakinlerle yapılan etkinliklere ara verilmesi ve çalışanların daha uzun süre çalışması, Kovid-19'un bakım verenlerin kendi sağlık ve sosyal yaşamlarındaki etkileri gibi faktörlerdir ve çalışma sonuçlarının yorumlanmasında dikkate alınmalıdır. Araştırmadan elde edilen diğer sonuçlar aşağıdaki gibidir:

6.1.1 Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına Ait Sonuçlar

1. BDBÖ geçerlik-güvenirlik analizlerinin sonuçları ölçeğin Türk Toplumu için kullanılabilecek bir araç olduğunu göstermiştir (**Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3**).
2. PİHÖ geçerlik-güvenirlik analizlerinin sonuçları ölçeğin Türk Toplumu için kullanılabilecek bir araç olduğunu göstermiştir (**Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6**).

6.1.2. BİMDEB Programına Ait Sonuçlar

1. Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği'ndeki tüm alt ölçeklere ait program öncesi ve sonrası ortalama puanlar karşılaştırılmıştır Buna göre sakinleri tanıma, çalışanlar arası iletişim arasında fark belirlenememiştir ancak sakin-çalışan iletişimi istatistiksel olarak

anlamli düzeyde artış, sakinlerin otonomisi ise anlamli düzeyde düşüş göstermiştir ($p<0.05$). (**Tablo 4.9**).

2. PİHÖ'ye ait tüm ölçekler ve alt ölçeklere (negatif ve pozitif duygulanım) ait ortalama değerler karşılaştırılmıştır. Buna göre ön-test ve son-test puan ortalamaları arasında bir düşüş olduğu fakat bunun anlamli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 4.10**).

3. Çalışmaya katılan ve son testi yapan bakım verenler ($n=29$), tüm programı 1-10 arası puan alabilen görsel analog ölçeği kullanılarak değerlendirmiştir. Araştırmanın sonuçları, BİMDEB programının çalışanlara pozitif anlamda katkıda bulunduğunu ve sorulara verilen puan ortalamalarının 7.2 olduğunu (min ve max= 6.48-8.55) göstermiştir. BİMDEB programında katılımcıların en fazla işe yaradığını düşündükleri bölümün 'yaşam hikayelerinin paylaşılması' bölümü olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.11**).

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda kurum ortamında bakım verenlere ve demansı olan bireylere yönelik öneriler şu şekildedir;

- Bakım verenlerin kendi bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımlarını değerlendirmede, Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği'nin kullanılması,
- Bakım vericiler tarafından demansı olan bireylerin psikolojik iyilik halini değerlendirmede, Bilişsel Yetersizliği olan Bireylerde Psikolojik İyilik Hali Ölçeği'nin kullanılması,
- Kurum ortamındaki bakım verenler ve sakinler arasında iletişimi arttırmak için BİMDEB programının kullanılması,
- Kurum ortamında çalışan bakım verenler için birey merkezli bakım ve demansı olan bireyler ile iletişim konularında sürekli eğitimler düzenlenmesi,
- Bu çalışmada geliştirilen BİMDEB programının Kovid-19 sonrası koşullarda, ulusal düzeyde etkisinin ölçüleceği çalışmanın yapılması,
- Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği ve Psikolojik İyilik Hali Ölçeği'nin daha geniş ve farklı örneklemi olan araştırmalarda kullanılması, önerilir.

KAYNAKLAR

- Auer, S., & Reisberg, B. (1997). The GDS/FAST staging system. *International Psychogeriatrics*, 9(1), 167-172.
- Bailey, G., Sanderson, H., & Routledge, M. (2013). *Personalisation and Dementia : a Guide for Person-Centred Practice* [1 online resource (170 pages)]. Retrieved from http://www.123library.org/book_details/?id=114363
- <http://site.ebrary.com/id/10794127>
- <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=656645>
- <http://www.myilibrary.com?id=538263>
- <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1511103>
- Bang, J., Spina, S., & Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1672-1682. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00461-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00461-4)
- Blake, D., Berry, K., & Brown, L. J. E. (2020). A systematic review of the impact of person-centred care interventions on the behaviour of staff working in dementia care. *J Adv Nurs*, 76(2), 426-444. doi:10.1111/jan.14251
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222. doi:10.1017/s095925980400108x
- Brooker, D., & Kitwood, T. (2019). *Dementia reconsidered, revisited: The person still comes first*: Open University Press.
- Brooker, D., & Latham, I. (2015). *Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework*: Jessica Kingsley Publishers.
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8, 1.
- Burgener, S. C., Twigg, P., & Popovich, A. (2005). Measuring psychological well-being in cognitively impaired persons. *Dementia*, 4(4), 463-485. doi:10.1177/1471301205058303
- Burgio, L. D., Allen-Burge, R., Roth, D. L., Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Gerstle, J., . . . Bankester, L. (2001). Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *Gerontologist*, 41(4), 449-460. doi:10.1093/geront/41.4.449
- Buron, B. (2010). Life History Collages: Effects on Nursing Home Staff Caring for Residents with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(12), 38-48. doi:10.3928/00989134-20100602-01
- Carvacho, R., Carrasco, M., Lorca, M. B. F., & Miranda-Castillo, C. (2021). Met and unmet needs of dependent older people according to the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): A scoping review. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. doi:10.1016/j.regg.2021.02.004
- Caspar, S., Cooke, H. A., O'Rourke, N., & MacDonald, S. W. S. (2013). Influence of Individual and Contextual Characteristics on the Provision of Individualized Care in Long-Term Care Facilities. *Gerontologist*, 53(5), 790-800. doi:10.1093/geront/gns165
- CDC, C. f. D. C. (2019). Alzheimer's Disease and Healthy Aging. Retrieved from <https://www.cdc.gov/aging/dementia/index.html#:~:text=Dementia%20is%20not%20a%20specific,a%20part%20of%20normal%20aging.>
- Chappell, N., & Chou, K. (2010). Chinese version of staff-based measures of individualized care for institutionalized persons with dementia. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 5, 5-13.
- Chappell, N. L., Reid, R. C., & Gish, J. A. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia*, 6(4), 527-547. doi:10.1177/1471301207084372
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*, 8(4), 317-325. doi:10.1016/S1474-4422(09)70045-6
- Chung, J. C. C. (2006). Care needs assessment of older Chinese individuals with dementia of Hong Kong. *Aging & Mental Health*, 10(6), 631-637. doi:10.1080/13607860600650532
- Clarke, A. (2000). Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing*, 9(7), 429-433.

- Clarke, A., Hanson, E. J., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *J Clin Nurs*, 12(5), 697-706. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x
- Colomer, J., & de Vries, J. (2016). Person-centred dementia care: a reality check in two nursing homes in Ireland. *Dementia (London)*, 15(5), 1158-1170. doi:10.1177/1471301214556132
- Corazzini, K., Twersky, J., White, H. K., Buhr, G. T., McConnell, E. S., Weiner, M., & Colon-Emeric, C. S. (2015). Implementing Culture Change in Nursing Homes: An Adaptive Leadership Framework. *Gerontologist*, 55(4), 616-627. doi:10.1093/geront/gnt170
- DementiaUK. (2020). Life Story Work. Retrieved from <https://www.dementiauk.org/life-story-work/>
- Dennerstein, M., Bhar, S. S., & Castles, J. J. (2018). A randomized controlled trial examining the impact of aged care residents' written life-stories on aged care staff knowledge and attitudes. *Int Psychogeriatr*, 30(9), 1291-1299. doi:10.1017/S1041610217002800
- Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *J Clin Nurs*, 13(3a), 39-44. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00925.x
- Doran, C., Noonan, M., & Doody, O. (2019). Life-story work in long-term care facilities for older people: An integrative review. *J Clin Nurs*, 28(7-8), 1070-1084. doi:10.1111/jocn.14718
- Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., Cummings, J. L., DeKosky, S. T., Barberger-Gateau, P., . . . Scheltens, P. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *The Lancet Neurology*, 9(11), 1118-1127. doi:[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70223-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70223-4)
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367. doi:[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
- Elfrink, T. R., Zuidema, S. U., Kunz, M., & Westerhof, G. J. (2018). Life story books for people with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr*, 30(12), 1797-1811. doi:10.1017/S1041610218000376
- Eritz, H., Hadjistavropoulos, T., Williams, J., Kroeker, K., R. Martin, R., M. Lix, L., & V. Hunter, P. (2015). A life history intervention for individuals with dementia: a randomised controlled trial examining nursing staff empathy, perceived patient personhood and aggressive behaviours. *Ageing and Society*, 36(10), 2061-2089. doi:10.1017/s0144686x15000902
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19. doi:10.1093/geront/gnx122
- George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(3), 331-339.
- Giebel, C., Lord, K., Cooper, C., Shenton, J., Cannon, J., Pulford, D., . . . Butchard, S. (2021). A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and carers. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(3), 393-402.
- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2015). Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & Mental Health*, 19(1), 63-71. doi:10.1080/13607863.2014.915920
- Grøndahl, V. A., Persenius, M., Bååth, C., & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff - a systematic mixed studies review. *BMC Nurs*, 16, 28. doi:10.1186/s12912-017-0223-5
- Grove, S. K., & Ciper, D. J. (2019). *Statistics for nursing research-e-book: A workbook for evidence-based practice*: Elsevier Health Sciences.
- Gürvit, İ. H., Baran, B. . (2007). Demanslar ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler. *Nöropsikiyatri Arşivi*(44), 58-65.
- Health, D. o. (2011). Living well with dementia: a national dementia strategy. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/news/living-well-with-dementia-a-national-dementia-strategy#:~:text=Setting%20out%20a%20vision%20to%20transform%20dementia%20services.&text=It%20set%20out%20a%20vision,illness%20and%20in%20whatever%20setting.>
- Hedman, M., Haggstrom, E., Mamhidir, A. G., & Poder, U. (2019). Caring in nursing homes to promote autonomy and participation. *Nurs Ethics*, 26(1), 280-292. doi:10.1177/0969733017703698
- Hochman, O. (2017). Patient-centered care in healthcare and its implementation in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 596.
- Hoeffler, B., Talerico, K. A., Rasin, J., Mitchell, C. M., Stewart, B. J., McKenzie, D., . . . Sloane, P. D. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *The Gerontologist*, 46(4), 524-532.

- Hogan, D. B., Fiest, K. M., Roberts, J. I., Maxwell, C. J., Dykeman, J., Pringsheim, T., . . . Jetté, N. (2016). The Prevalence and Incidence of Dementia with Lewy Bodies: a Systematic Review. *Can J Neurol Sci*, 43 Suppl 1, S83-95. doi:10.1017/cjn.2016.2
- Innes, A., & Surr, C. (2001). Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia Care Mapping. *Aging & Mental Health*, 5(3), 258-268. doi:10.1080/13607860120065023
- IOM. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new Health system for the 21st Century*. Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
- James, I. A., & Jackman, L. (2017). *Understanding behaviour in dementia that challenges: A guide to assessment and treatment*: Jessica Kingsley Publishers.
- Kaelen, S., van den Boogaard, W., Pellicchia, U., Spiers, S., De Cramer, C., Demaegd, G., . . . Draguez, B. (2021). How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes-A qualitative study. *PloS one*, 16(3), e0249098. doi:10.1371/journal.pone.0249098
- Karakuş, B. (2018). *Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu*. Ankara Retrieved from <https://ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9Fl%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>
- Kaufmann, E. G., & Engel, S. A. (2016). Dementia and well-being: A conceptual framework based on Tom Kitwood's model of needs. *Dementia (London)*, 15(4), 774-788. doi:10.1177/1471301214539690
- Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*, 12, 381-397. doi:10.2147/CIA.S117637
- Kloos, N., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2019). Longitudinal Associations of Autonomy, Relatedness, and Competence With the Well-being of Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 59(4), 635-643. doi:10.1093/geront/gny005
- Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc*, 64(1), e1-7. doi:10.1111/jgs.13873
- Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Penrod, J., Hill, N., & Yevchak, A. (2015). "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care. *The Gerontologist*, 55(Suppl_1), S50-S60. doi:10.1093/geront/gnv014
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., Martyr, A., Rippon, I., Kopelman, M. D., . . . Clare, L. (2020). Psychological predictors of 'living well' with dementia: findings from the IDEAL study. *Aging Ment Health*, 24(6), 956-964. doi:10.1080/13607863.2019.1566811
- Langlois, A., & Anderson, D. E. (2002). Resolving the quality of life/wellbeing puzzle: Toward a new model. *Canadian Journal of Regional Science*, 25(3), 501-512.
- Lee, K. H., Lee, J. Y., & Kim, B. (2020). Person-Centered Care in Persons Living with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnaa207
- Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud*, 51(10), 1395-1415. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003
- Lor, M., Crooks, N., & Tluczek, A. (2016). A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nurs Outlook*, 64(4), 352-366. doi:10.1016/j.outlook.2016.02.006
- Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P., & Zwakhalen, S. M. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 37-46.
- Manthorpe, J., & Samsi, K. (2016). Person-centered dementia care: current perspectives. *Clin Interv Aging*, 11, 1733-1740. doi:10.2147/CIA.S104618
- Martyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y.-T., Lamont, R. A., Henderson, C., . . . Clare, L. (2018). Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*, 48(13), 2130-2139. doi:10.1017/S0033291718000405
- May, H., Edwards, P., & Brooker, D. (2009). *Enriched care planning for people with Dementia: A good practice guide to delivering person-centred care*: Jessica Kingsley Publishers.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract*, 9(3), 202-209. doi:10.1046/j.1440-172x.2003.00423.x

- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 31-38.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 620-634.
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice*: John Wiley & Sons.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*, 56(5), 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *Int J Older People Nurs*, 5(2), 148-158. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x
- Milte, R., Shulver, W., Killington, M., Bradley, C., Ratcliffe, J., & Crotty, M. (2016). Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Arch Gerontol Geriatr*, 63, 9-17. doi:10.1016/j.archger.2015.11.007
- Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nurs Stand*, 30(7), 46-50. doi:10.7748/ns.30.7.46.s47
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*, 30(1), 6-15. doi:10.1177/0898010111412189
- Nichols, E., Szoek, C. E. I., Vollset, S. E., Abbasi, N., Abd-Allah, F., Abdela, J., . . . Murray, C. J. L. (2019). Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(1), 88-106. doi:10.1016/s1474-4422(18)30403-4
- Nolan, M., Brown, J., Davies, S., Nolan, J., & Keady, J. (2006). The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2.
- O'Brien, J. T., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1698-1706. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00463-8
- O'Rourke, N., Chappell, N. L., & Caspar, S. (2009). Measurement and Analysis of Individualized Care Inventory Responses Comparing Long-Term Care Nurses and Care Aides. *Gerontologist*, 49(6), 839-846. doi:10.1093/geront/gnp053
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rahman, S., & Howard, R. (2018). *Essentials of dementia: Everything you really need to know for working in dementia care*: Jessica Kingsley Publishers.
- Rahman, S., Howard, R., Harrison Denning, K., & Swaffer, K. (2018). *Essentials of dementia : everything you really need to know for working in dementia care* [1 online resource (242 pages)]. Retrieved from <https://search.ebscohost.com>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry*, 176, 444-452. doi:10.1192/bjp.176.5.444
- Roberts, E. (2016). Negotiated risk and resident autonomy: Frontline care staff perspectives on culture change in long term care in Nova Scotia, Canada. *Work*, 54(4), 837-851. doi:10.3233/WOR-162373
- Røsvik, J., Brooker, D., Mjorud, M., & Kirkevold, Ø. (2013). What is person-centred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model. *Reviews in Clinical Gerontology*, 23(2), 155-163. doi:10.1017/s0959259813000014
- Rosvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D., & Kirkevold, O. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Int J Older People Nurs*, 6(3), 227-236. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x
- Schölzel-Dorenbos, C. J. M., Meeuwssen, E. J., & Olde Rikkert, M. G. M. (2010). Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia. *Aging & Mental Health*, 14(1), 113-119. doi:10.1080/13607860903046495
- Sclan, S. G., & Reisberg, B. (1992). Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr*, 4 Suppl 1, 55-69. doi:10.1017/s1041610292001157
- Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *J Adv Nurs*, 69(10), 2196-2205. doi:10.1111/jan.12085

- Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2017). Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study. *BMC Nurs*, 16, 44. doi:10.1186/s12912-017-0240-4
- Sloane, P. D., Hoeffer, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., . . . Zink, R. C. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795-1804.
- Smith, S. C., Lamping, D. L., Banerjee, S., Harwood, R., Foley, B., Smith, P., . . . Knapp, M. (2005). Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQUOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technol Assess*, 9(10), 1-93, iii-iv. doi:10.3310/hta9100
- Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clin Interv Aging*, 10, 311-319. doi:10.2147/CIA.S73053
- Stranz, A., & Sorensdotter, R. (2016). Interpretations of person-centered dementia care: Same rhetoric, different practices? A comparative study of nursing homes in England and Sweden. *J Aging Stud*, 38, 70-80. doi:10.1016/j.jaging.2016.05.001
- Taylor, J.-P., McKeith, I. G., Burn, D. J., Boeve, B. F., Weintraub, D., Bamford, C., . . . O'Brien, J. T. (2020). New evidence on the management of Lewy body dementia. *The Lancet Neurology*, 19(2), 157-169. doi:https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30153-X
- TÜİK. (2021, 18 March 2021). TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227>
- Van Der Roest, H. G., Meiland, F. J., Maroccini, R., Comijs, H. C., Jonker, C., & Dröes, R. M. (2007). Subjective needs of people with dementia: A review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(3), 559-592.
- Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569-1570. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.007
- Velayudhan, L., Aarsland, D., & Ballard, C. (2020). Mental health of people living with dementia in care homes during COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1253-1254. doi:10.1017/S1041610220001088
- Vieira, R. T., Caixeta, L., Machado, S., Silva, A. C., Nardi, A. E., Arias-Carrión, O., & Carta, M. G. (2013). Epidemiology of early-onset dementia: a review of the literature. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 9, 88.
- Volicer, L., Camberg, L., Hurley, A. C., Ashley, J., Woods, P., Ooi, W. L., & McIntyre, K. (1999). Dimensions of decreased psychological well-being in advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 13(4), 192-201. doi:10.1097/00002093-199910000-00004
- W.H.O., W. H. O. (2020, 21 September 2020). Dementia Key Facts. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wheeler, N. L., & Johnson, E. (2010). Dementia care 3: evaluating the effects of wellbeing reviews on residents and staff. *Nurs Times*, 106(26), 21-23. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698414>
- WHO. (2012). Dementia: A Public Health Priority. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
- WHO. (2016). *Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services* Retrieved from <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>

EKLER**EK-1****Çalışanlara Yönelik Tanıtıcı Bilgiler Formu****Adı-Soyadı:****Tarih:****Görevi:****Sosyo-Demografik Özellikler:**

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti:

☐Kadın ☐Erkek

3. Medeni durumu:

☐ Evli ☐Bekar

4. Eğitim durumu:

☐ Orta öğrenim ☐ Lise ☐ 2 yıllık üniversite ☐ 4 yıllık üniversite ☐ Yüksek lisans

5. Mezun olduğu bölüm:

6. Demans bakımı konusunda aldığı eğitimler ve nerede aldığı:

7. Yaşlı bakımında deneyim süresi:

8. Demans bakımında deneyim süresi:

9. En son çalıştığı kurumda toplam deneyim süresi:

EK-2**Demans Tanısı Olan Bireyleri Tanıtıcı Bilgiler Formu****Birey no:****Tarih:****Sosyo-Demografik Özellikler:**

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti:
☐Kadın ☐Erkek
3. Medeni durumu:
☐ Evli ☐Bekar
4. Eğitim durumu:
☐ Orta öğrenim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans ☐Doktora
5. Mesleği:
6. Mevcut bakım merkezinde kalma süresi:
7. Demans evresi:
8. Demans tanısı ile yaşadığı süre:
9. Katılabildiği sosyal aktiviteler:
Sıklığı:
10. Düzenli yapılan egzersiz/fizik tedavi ve rehabilitasyon:
☐ Evet (egzersiz türü) ☐ Hayır
11. Bağımlılık- bağımsızlık durumu:
☐ Bağımsız ☐ Yarı-bağımlı ☐ Bağımlı

EK-3**Demans Tanısı Olan Bireye Özgü Yaşam Hikayelerini Toplama Veri Formu****Birey:****Aile yakını:****İletişim bilgisi:****Görüşme tarihi ve saati:****Görüşme Formu:**

1. Bireyin kullanmayı tercih ettiği başka bir ismi var mı?

.....

2. Doğum yeri: Doğum tarihi:

3. Ailesi:

Annesinin adı ve mesleği:

Babasının adı ve mesleği:

Ailede kaçınıcı çocuk olduğu:

Kardeşlerinin adları:

.....

Diğer aile üyeleri varsa isimleri:

.....

4. Çocukluğu:

Çocukluğundan anılar (ev hayatı, ebeveynler, büyük anne -büyük baba, kardeşler, oyunlar, oyuncalar, okul hayatı, öğretmenler, arkadaşlıkları vb.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. İş hayatı:

İş hayatından hatıralar (ilk işi, favori işi, sevmediği işi, kaç yıl çalıştığı vb.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Önemli ilişkileri:

Hayatındaki önemli insanlar ve ilişkileri (arkadaşı, uzun süreli partneri, eşi, evlilik ile ilgili önemli hatıraları, uzun süre ilgilendiği favori hayvanları vb.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Önemli yerler:

En mutlu olduğu yerler (binalar, ülkeler, yerel insanlar ve yerler, tatil mekanları, uzun süre yaşadığı yer ve özellikleri vb.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Sosyal aktiviteler ve ilgileri:

Sosyal aktivite, ilgileri ve hobileri (boş zamanlarını nasıl geçirdiği, düzenli yaptığı aktiviteler, favori müzikler vb.)

.....

.....

.....

.....
.....
.....

9. Önemli yaşam olayları:

Hayatında önemli olan ve etki bırakan yaşam olayları (kişiyi olumsuz etkilemeyecek olan olaylar- seyahat, önemli başarılar vb.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Geç yetişkinlik ve Emeklilik hayatı:

Emeklilik döneminde yaşadığı güzel anılar (torunlar, seyahat, ilgileri, arkadaşlıkları vb.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Şimdiki hayatı:

Şimdi önemli olan tercihleri, istekleri (yemek ve içecek, kıyafet, saçlar- görünüş, kişisel bakım, favori kokusu, banyo rutinleri isteği, sevdiği müzikler, favori televizyon-radyo kanalı/programı, hobiler, aktiviteler, özellikle sevmedikleri, rahatlatan şeyler vb.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Şuanda önemli olan kişiler:

Onun için önemli olan kişiler ve fotoğrafları

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Gelecek bakımı için istekleri:

Tercih edilen bakım girişimleri (öncelikleri, kimin onun yerine karar verebileceği, iletişim ve diğer tercihler vb.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Varsa yakın iletişimde kalmak isteyebileceği kişiler ve iletişim bilgileri:

.....

.....

EK-4

Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği Kullanım İzni

**Reid, Robert Colin**

to me ▾

Dec 16, 2019, 11:43 PM



Dear Sedna Guney,

You have my permission to use the **scales** for your research.

The **scales** are included in the attached article. For example, Table 1 contains all the items in the **IC-KNOW scale**. To use this in the field, just remove the factor score, any mention of factor analysis, and the footnotes. Then, place a line to the left of each item for respondents to place a 1, 2, 3, or 4 score, which correspond to the agree/disagree statements. To arrive at a total score for each respondent, sum the item scores.

Cordially,

R. Colin Reid, PhD
School of Health and Exercise Sciences
Faculty of Health and Social Development
University of British Columbia – Okanagan campus
1147 Research Road
Kelowna, British Columbia, Canada V1V 1V7

EK-5**Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği**

1) Aşağıdaki ifadeler kurumda kalan sakinler hakkında bilgi edinebileceğiniz farklı yöntemlere ve bakımını yaptığınız sakinleri ne kadar iyi tanıdığınızla ilgilidir. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Tanıma	1. Kesinlikle katılmıyorum	2. Biraz katılmıyorum	3. Biraz katılıyorum	4. Kesinlikle katılıyorum
1. Sakinlerin dosyalarında bulunan sosyal geçmişlerini okumak için yeterli zamanım yok.				
2. Bakmakta olduğum sakinleri iyi anlarım.				
3. Sakinlerin kendine özgü olan belli başlı davranış biçimlerini bilmem.				
4. Bakmakta olduğum sakinlerin nelerden hoşlandıklarını bilirim.				
5. Sakinler hakkında yeterli bilgim olmadığı için onlarla konuşmakta zorlanırım.				

2) Çalışmakta olduğunuz kurumda sunduğunuz bakım hizmeti konusundaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve genelde ne düşündüğünüze dayalı olarak işaretleme yapınız.

Sakinlerin Otonomisi	1. Asla	2. Çok Az	3. Ara Sıra	4. Sık	5. Çok Sık
1. Kurumun rutinleri nedeniyle aceleci davrandığımı hissedirim.					
2. Çalıştığım kurumun, sakinlerin bağımsızlığını desteklediğini düşünürüm.					
3. Sakinlerin gün boyunca, yeteri kadar meşguliyetleri/uğraşları olduğunu düşünürüm.					
4. Çalıştığım kurumun aktivite (etkinlik) planlanmasında sakinlere seçenekler sunduğunu düşünürüm.					
5. Sakinlerin kendi kendilerine bir şeyler yapmalarına izin verecek kadar yeterli zamanımın olduğunu düşünürüm.					

6. Çalıştığım kurumda sağlayabildiğimiz bakımın kalitesinin iyi olduğunu düşünürüm.					
7. Sakinlerin bakımını sağlamak için yeterli kaynakların sunulduğunu düşünürüm.					

3) Aşağıdaki ifadeler çalışanlar ve sakinler arasındaki farklı iletişim biçimlerini göstermektedir. Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve son 7 günde bu yaklaşımları ne ölçüde kullanmış olduğunuzu düşününüz. Her ifadenin sonunda size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Sakin-Çalışan İletişim	1.Asla	2.Bazen	3.Genellikle	4.Daima
1. Sakinlerle kurum içerisinde yapılmakta olan sosyal etkinlikler (doğum günü, parti, dışarı çıkma vs.) hakkında konuşurum.				
2. Sakinlerle kurum dışında meydana gelen olaylar (günlük haberler, hava durumu vs.) hakkında konuşurum.				
3. Sakinlerle onların kişisel hayatları (nerede büyüdü, kaç çocuğu var vs.) hakkında konuşurum.				

4) Aşağıdaki ifadeler çalışanlar arasındaki farklı iletişim biçimlerini göstermektedir. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve son 7 gün içinde bu yaklaşımları ne ölçüde kullandığınızı değerlendirin. Her ifadenin sonunda size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Çalışanlar Arası İletişim	1.Asla	2.Bazen	3.Genellikle	4.Daima
1. Sakinler hakkında öğrenmiş olduğum ve diğer çalışanlara destek olabilecek bireye özgü bilgileri paylaşıyorum.				
2. Sakinlerin zor davranışlarıyla baş edebilme konusunda destek sağlayabilecek bakım yaklaşımlarını paylaşıyorum.				
3. Sakinlerin zor davranışlarının arkasındaki anlamı bulabilmek amacıyla diğer çalışanlarla konuşurum.				
4. Sakinlerin bakımı için artık işe yaramayan bir prosedür veya uygulamanın değiştirilmesi gerektiğini yöneticilerime bildiririm.				
5. Sakinlerin bakım planlarında değişiklikler yapmak için fikirler sunarım.				

EK-6**Bilişsel Bozukluğu Olan Bireylerde Psikolojik İyilik Hali Ölçeği Kullanım İzni**

EK-7**Bilişsel Yetersizliği Olan Bireylerde Psikolojik İyilik Hali Ölçeği****Demansı Olan Birey:****Değerlendiren:**

Lütfen aşağıdaki davranışları bilişsel yetersizliği olan kişinin son 24 saat içinde gösterdiği davranış gözlemlene sıklığınıza göre değerlendiriniz

	1 Hiç	2 Nadiren	3 Ara sıra	4 Sık sık
1. Diğer kişilerin iletişim kurmasına tepki olarak gülümsüyor veya gülüyor.				
2. Yüz ifadesi rahattır, çene kenetlenmiş veya sıkılmış değildir (sakin veya huzurlu görünüyor).				
3. Diğer kişilerin iletişim kurmasına olumlu sözlü yanıt verir (kızgın ve onaylamayan tarzda değil).				
4. Korkmuş yüz ifadesi vardır (korkmuş, sıkıntılı veya telaşlı görünüyor).				
5. Üzgün yüz ifadesi vardır (kaşlarını çatıyor veya açıkça ağlıyor).				
6. Diğer kişilerin iletişim kurmasına tepki olarak çekip gider veya uzaklaşır.				
7. Bir aktiviteye bir seferde 5 dakikadan daha fazla süre katılır.				
8. Bir aktiviteyi tamamlaması istendiğinde sinirlenir veya ajite olur.				
9. Başka bir kişi dokunduğunda ajite olur veya korkarak tepki verir.				

EK-8

‘Hakkımdaki Herşey’ Profil Çalışması Formu

	
Adı Soyadı:	
Tercih Ettiğim Hitap Şekli:	
En İyi Desteği Sağlamak için Yapabilecekleriniz	
Yapabildiklerim/Yeteneklerim	
Banyo yapma/yıkama: Elbiselerini giyinme: Yemek yeme: Grup çalışması:	İletişim: Pratik aktiviteler: Objelerin kullanımı: Gazeteye/dergiye bakma: Diğerleri ile etkileşim:
Geçmişi ile İlgili Kısa Kısa...	

EK-9**Program Sonu Değerlendirme Formu**

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki maddeler bakım merkezinde uygulanan birey merkezli bakım programının (Yaşam hikayelerinin paylaşılması, birey merkezli bakım eğitimi, hakkımdaki herşey sayfaları, çalışanlar için asılan notlar) değerlendirilmesini kapsamaktadır. Her bir maddeyi değerlendirerek, 0-10 arasında bir puanı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1. Yaşam hikayelerinin paylaşılması sonrasında demans hastalarına **pozitif bakış açınızın** ne düzeyde değiştiğini düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

2. Yaşam hikayelerinin paylaşılması ve eğitim sonrasında demans hastaları ile **iletişiminiz** ne düzeyde arttı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

3. Yaşam hikayeleri paylaşılması ve “hakkımdaki herşey” sayfalarının odalara asılması ile birlikte **bireyleri tanımanız** ne düzeyde arttı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

4. Demans hastalarına yaklaşırken eğitimde sunulan **iletişim metod ve bilgilerini** ne düzeyde kullandınız?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

5. Yaşam hikayeleri paylaşılan **bireylerin sevdikleri, sevmedikleri, tercihleri, geçmiş** vs. gibi bilgileri **ne düzeyde dikkate alarak** bakım verdiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

6. Yaşam hikayeleri paylaşılan bireylerin **yapabildikleri ve kalan yeteneklerini** bakım ve etkinlikler sırasında kullanmasına ne düzeyde izin verdiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

7. Çalışma arkadaşlarınızla veya yöneticilerinizle **iletişiminiz** program sonrasında ne düzeyde arttı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

8. Program sırasında **demans hastalarının ruhsal iyilik halinde pozitif anlamda** (daha sakin, bakım ve tedavileri reddetmez, daha fazla etkinliklere katılır vs.) sizce ne derecede değişiklik oldu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

9. Bu program kapsamında en fazla **işinize yarayan bilgi veya bölüm** hangisiydi?

Birden çok seçenek işaretlenebilir. İşaretlediğiniz şıkkın ne derece işe yaradığını derecelendiriniz.

- a) Yaşam hikayeleri kitapçıklarının paylaşılması

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

- b) Birey merkezli bakım ve demans hastalarına yaklaşım ve iletişim eğitimi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

- c) ‘Hakkımdaki herşey’ sayfalarının hasta odalarına asılması

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

- d) Birey merkezli bakım ve iletişim ile ilgili hatırlatıcı bilgi notlarının hemşire ünitelerine asılması

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| En Çok

EK-10

BİMDEB Programı Eğitim Modülü

Birey Merkezli Demans Bakımı



Sunan: Seda Güney
Hedef Kitle: Bakım merkezi çalışanları
Süre: 45 dk.



İçerik

- Birey merkezli demans bakımı ve prensipleri
- Demanslı bireylerin psikolojik ihtiyaçları ve iyilik halinin sağlanması
- Demanslı birey ile iletişim



Demans Tanısı Alan Bireyler Aynı Özellikleri mi Gösterir?

- Demans tanısı alan bireyler aynı semptomları göstermez.
- Demansın son evresine gelindiğinde birçok beyin bölgeleri etkilenir ve demans hastaları aynı gibi görünürler. Yine de farklı duygulara ve farklı ihtiyaçlara sahiptirler.
- Demans tanısının ötesinde birey tektir, eşsiz özellikleri ve duygularını kaybetmeyen bir bireydir.



Demansı Olan Bireyler Genelde

- Çocuk gibi muamele görme,
- Negatif etiketleme,
- Kalıplaştırma,
- Aşığılayıcı tavırlar gibi...

Zarar verici sosyal psikolojiye maruz kalarak bireysellikleri görmezden gelinmektedir.



Demans Bakımında En Önemli Şey Hissiyattır

- Görev odaklı olmaktan çok bireylerin iç dünyalarına dokunma demans bakımında önemlidir.
- Demanslı bireyler daha çok hisseden bireylerdir, düşünen değil.
- Duygusal anılara odaklanmak insanın iç dünyasına dokunmamızı sağlayan yollardan biridir.
- Onları geçmişindeki gibi hatırlama ve şimdiki zamanı doyumuyla yaşatmayı sağlama yapılabilecek en iyi şeylerdir.



Demansı olan bir bireyin hissettikleri (Alıntı):

"Bizler daha duygusal ve daha az bilişsel olduğca, bizimle konuşma biçiminiz de bu yolla olabilir, söylediklerinizle değil. Sizin tebessümünüz, gülmeniz, dokunmanız bizimle bağlantı-iletişim kurmanız demektir. Bizi olduğumuz gibi sevin. Empati iyileştirir. Duygularımız ve ruhumuz ile hala buradayız ve yalnızca bizi orada bulabilirsiniz."

(Christine Bryden, Demansı olan birey, 2005)

Birey Merkezli Demans Bakımı Nedir?

- Bireyselleştirilmiş temel bakım girişimlerinden (tuvalet bakımı, banyo yaptıırma ya da beslenme yaklaşımları vb.) daha fazlasıdır.
- Bireyi anlama, tercihlerini, umutlarını, korkularını bilme, kişiliklerini, alışkanlıklarını, başarılarını tanımayı ve bunları günlük bakım uygulamalarında kullanmayı gerektirir.

(James & Surr, 2001).

7

Birey Merkezli Yaklaşım Nasıl Olur?

Birey merkezli bakım, hastanın tercihleri, ihtiyaçları ve değerlerine saygı gösteren ve cevap veren bir bakım yaklaşımı sağlamaktır.

Bireyin tercihlerini ve ihtiyaçlarını dikkate almak için onu iyi tanımamız ve empati yapmamız gerekir.

Hastalığa değil insana odaklanmamız esastır.

(IOM, 2001)

8

Birey Merkezli Bakım Prensipleri

1

Önemsemek

Bilişsel durumu ya da fiziksel kabiliyeti ne olursa olsun demansı olan bireyleri önemsemek ve onlara değer vermek gerekir.

Hala kendine özgü bir birey olduklarını unutmamalıyız.

9

Birey Merkezli Bakım Prensipleri

Onları önemsemediğimizi nasıl gösteririz?

- Hissetme (empati yapma)
- Bakım verme / konfor sağlama
- Sürekli iletişimde bulunma
- Boş zamanları doldurma, meşguliyetlerini arttırma, yaşamlarını amaçlandırma



10

Birey Merkezli Bakım Prensipleri

2

Tanımak

Her birey eşsiz bir yaşam hikayesi ve karaktere, fiziksel ve ruhsal sağlığa, sosyal ve ekonomik kaynaklara sahiptir.

Her bireyi kendine özgü bu özellikleriyle bilmek ve değerlendirmek gerekir.

Bireyi detaylarıyla tanımak çok önemlidir.

11

Birey Merkezli Bakım Prensipleri

Demanslı Bireyi Tanımın Yolları

Yaşam hikayelerini/sosyal geçmişlerini okuyarak

Fotoğraflarından

Kensidinden veya ailesi/ yakın arkadaşlarından bilgi alarak

Bireyin davranışlarını gözlemleyerek

Bireye bakım veren çalışma arkadaşlarımızdan ve yöneticilerimizden

12

Birey Merkezli Bakım Prensipleri

3

Demanslı Bireyin Açısından Bakmak

Dünyaya demanslı bireyin perspektifinden bakmak, birey ile empati yapmak ve onların söylediklerini veya söyleyemediklerini anlamaya çalışmak gereklidir.

13

Birey Merkezli Bakım Prensipleri

4

Sosyal Destek

Demanslı bireylerin bulundukları sosyal çevrede iletişim kurulması, saygı duyulması, aktivite ve bakımlara katılmasının sağlanması, samimiyetle ortama ait olduğunun hissettirilmesi gerekir.

14

Birey Merkezli Bakım Ne Sağlar?

- Demanslı bireylerin iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artmasını sağlar.
- İyilik hali artan birey daha sakin, huzurlu ve konforlu hisseder. Bakım verenleri zorlayan davranışları (ajitasyon, agresyon) azalır. Psikotropik ilaçların kullanımı azalır.
- Bireyin öz yeterlilik duygusu artar ve kızgınlık, üzüntü, başkalarına yük olma duygusu azalır.
- Çalışanların işe bağlılığını ve memnuniyeti artırır.

15

Özet Olarak Birey Merkezli Bakım

- İnsanı tanıma (geçmişi ve şimdiki ihtiyaçları),
- İnsani değerleri odak noktasına alma,
- İlişkilerin ve iletişimin geliştirilmesi,
- İnsanı anlık fiziksel ihtiyaçlarının ötesinde görmeyi içerir.

(McCormack, 2004)

16

Demanslı Olan Bireylerin Psikolojik İhtiyaçları

- Birey olarak varlığını sürdürmesi ve iyilik halinin artırılması için;
- Sevgi ve bağlılık hissetme,
- Sosyal dahil edilme,
- Meşguliyet hissetme,
- Konfor sağlama ve
- Kimliğinin sürdürülmesine ihtiyaç vardır.

Birey merkezli bakımda bu ihtiyaçların önemsenmesi ve karşılanması için bazı bireye özgü yolların bulunması gerekir.

17

Sevgi ve Bağlılık Hissetme

- Demanslı birey birine karşı yakınlık hissediyor mu, güvenebiliyor mu?
- Stresli, sıkıntılı zamanlarında birine karşı daha açık olabiliyor mu?
- Ölen bir yakınına karşı hala devam eden bir bağı var mı? (bu durumda hala annesi yaşıyormuş gibi davranılması, bu bağı olan kişiler hakkında konuşarak onlarla tekrar bağ kurması sağlanabilir)

18

Sosyal Dahil Edilme

- Demanslı bireyin, ait olma hissi var mı?
- Evinde gibi ve sosyal gruplara dahil edilmiş gibi hissediyor mu?
- Dışarıda bırakılmış, dışlanmış ya da bulunduğu yere pek uymadığını hissediyor mu?

19

Meşguliyet

- Demanslı birey, onun için anlamlı olabilecek meşguliyetleri olduğunu düşünüyor mu?
(bitirilecek işi olduğunu, günlük yaşantıya dahil olma veya günlük olayları takip etmek gibi hislerinin olması)
- Endişelerinden uzaklaşıp rahatça aktivitelere katılabiliyor mu?
- Sıkıntı, ilgisizlik ve duyarsızlık hissediyor mu?

20

Konfor Sağlama

- Duygusal olarak sıkıntılı durumlarında ihtiyacı olan ilgi ve konfor sağlanıyor mu?
- Örneğin kızgın, ajite, depresif, umutsuz, tedirgin ve içine çekilmiş olduğu durumlarda destek olunuyor mu?

21

Kimliğinin Devam Ettirilmesi

- Birey kendisi ile ilgili pozitif hislere sahip mi?
- Geçmiş ve şimdi arasında bir bağlantı hissediyor mu?

22

Demanslı Birey ile İletişim

- Demanslı bireyler ile iletişim, hemşirelik bakımının temelini oluşturur.
- İletişim, bireyin tercihlerini, ilgilerini anlama ve bunları dikkate alarak bakım vermemizi sağlar.
- Demanslı bireylerde bilişsel yetersizlik ve sözel iletişimde bozulma olduğu için iletişim oldukça zordur.
- Demanslı bireylerin, kaybettiği yeteneklerinden ziyade kalan yeteneklerine odaklanmak gerekir.

23

Demanslı Bireyler ile İletişim

- Demansta, hem iletişimde bulunan kişiyle etkileşimde bulunma, mesajları alabilme ve mesaj verebilme kabiliyetinde gittikçe bozulan bir süreç yaşanır.
- Doğru kelimeyi bulabilme, uzun cümleler kurabilme, sözel bilgiyi anlayabilme ve yakın zamanda söyleneni hatırlama, demanslı birey için yaşanan ortak problemlerdir.
- Yine de sözel olmayan- vücut diliyle yanıtları almayı ve vermeyi başarabilirler. Basit kelimeler/cümleler ile anlaşabilirler.

24

Demanslı Bireyler

- Çok uzun zaman önce olan olaylar hakkında konuşurlar.
- Mecazi, mizahi ve deyimse söz iletişimi anlamayabilirler veya yanlış anlayabilirler.
- Sözel iletişimde birçok kere sorun yaşanırken, sözsüz davranışlarla kendilerini ifade etmeye çalışırlar ve bu yolla verilen bilgileri daha iyi anlarlar.
- Agresif ve ajite davranışların demanslı bireylerin iletişim biçimi olabileceği de unutulmamalıdır.

25

İletişimin Aksaması Neye Yol Açar?

- Bakım verenler ile demanslı birey ile iletişimde yaşanan problemler, etkileşimin kısa ve bakım verenin görev odaklı olmasına yol açar.
- İletişimde yaşanan problemler, bakım kalitesinin azalmasına ve demanslı bireylerin tercihlerini ve hissettiklerini anlama, bakım verme üzerinde olumsuz etki gösterir.
- Aynı zamanda çalışanların stres ve tükenmişlik hissetmesine yol açar.
- Stresli ve tükenmişlik hisseden çalışanlar ve demanslı bireylerin karşılanmayan ihtiyaçları ile birleşince durumun daha da kötüleşmesine, demanslı bireylerin daha fazla ajitasyon ve agresif davranış sergilemesine yol açar.

26

Demanslı Bireylerle Genel İletişim Kuralları

- Her bireye özgü demansın tipi ve evresini bilelim.
- Bireyin güçlü ve zayıf olduğu tarafları, yaşam hikayelerini bilelim.
- Birey ile empati yaparak iletişim kuralım.
- Sakin bir tavırla yaklaşalım.
- Çocuklaştırmadan, kendimizi üstün görmeden, etiketlemeden konuşalım.
- Onu mutlu edecek olayları/aktiviteleri daha sık yapalım.
- Bireyin yaşadığı/hissettiği (geçmiş) zamanda kalalım.

27

Demanslı Bireylerle Sözlü İletişim

- Fiziksel bakımlara başlamadan önce tek bir aktiviteye odaklanıp (ör; yataktan sandalyeye kaldırma) sadece onun açıklamasını yapalım.
- Bireyin yapabileceği şekilde tek tek sırayla talimatlar verelim.
- Tartışmadan kaçınalım, onların yaşadığı zamanda ve gerçeklikte olmayı kabul edelim.
- Evet/hayır cevaplı soruları ve seçenekleri olan soruları tercih edelim. Açık uçlu sorular sormayalım.

28

Demanslı Bireylerle Sözlü İletişim

- Birey kelime bulmakta zorlanıyorsa, uygun olan bazı kelimeler önerelim.
- Bireyin tercih ettiği ismini ve hitap şeklini kullanalım.
- Basit/kısa cümleler kuralım ve gerektiğinde tekrar edelim ya da başka benzer kelimeler ile tekrar söyleyelim.
- Pozitif kelimeler ve eski yaşamından olumlu yansıyacak uygun cümleler bularak konuşalım.
- İletişim sırasında ip uçlarını öğrenmeye çalışalım ve 'bunun hakkında biraz anlatır mısın?' diyerek anlatmak istediği konuyu daha iyi anlayalım.

29

Demanslı Bireylerle Sözsüz İletişim

- Küçük davranış değişikliklerini (göz hareketleri, göz yaşları, ağız hareketleri vb.) iletişim kurma çabası olarak algılayalım.
- Bizi zorlayan bazı davranışlarının arkasında bireyin karşılanmayan ihtiyacı veya ihtiyaçları olabileceğini anlayalım.
- Görme yeterliliğini bilelim ve o sınırlar içinde duralım.
- Bireye her zaman ön taraftan yaklaşalım.
- Göz teması kuralım.
- Bireye yeterli zaman ayıralım, bizi algılamasına olanak tanıyalım.

30

Demanslı Bireyler ile Sözsüz İletişim

- Bireye yaklaşırken; **görsel, sözel ve dokunma** duyularını sırasıyla kullanalım.
- Sırayla; göz hizasında durma, ismi ile hitap etme, el sıkma ve açıklama sonrasında yapacağımız bakım akitivitesini yapalım.
- El altında el tekniğini kullanarak bireye bazı bakım aktivitelerini kendi yapıyor hissi vererek birlikte yapalım (video).

[Persons with Dementia: Skills for Addressing Challenging Behaviors – YouTube](#)

31

Demanslı Bireyin Zorlayıcı Davranışları

- Zorlayıcı davranışları (agresif, ajite, suçlayıcı vb.) sergileyen bireylerle o anda temasa geçelim.
- Bu esnada dikkatini başka bir yöne yöneltelim.
- Bireyle zıt düşmeyelim.
- Kendi duygularımızın farkına varalım ve kontrol edelim.
- Pratik çözümler bulalım.
- Amacımız o anda bireyi sakinleştirip diyalog kurabileceğimiz seviyeye getirmek.
- Sakinleşen birey konuşmaya ya da bizimle iletişime geçmeye başlayacaktır.

32

Demanslı Bireyin Zorlayıcı Davranışları

- Demanslı bireyin bu zorlayıcı davranışlarının arkasında genellikle karşılanmayan bazı ihtiyaçları olduğunu unutmayalım.

Bu temel ihtiyaçlar:

- Fiziksel konfor ve ağrısının olmaması
 - Güvenlik algısı
 - Sevgi ve aidiyet
 - Samimiyet
- Öz yeterlilik ihtiyacı
 - Çevreye ya da istediği şeylerin üzerinde kontrol kurmak
 - Eğlence
- Mesguliyet ve keşfetme

33

Demanslı Bireyin Bilişsel Düzeyi ve Yapabildiği Fonksiyonlara Odaklanmak

- Fiziksel olarak verilen bakım aktiviteleri, demanslı bireylerin en mahrem ve duyarlı oldukları alanlara dokunmayı gerektirir.
- Bu mahrem alana girilmesi bireyde kırgınlık ve yanlış anlamaya sebep olabilir. Bireyin utanmasına, ajitasyona, agresif olmasına yol açar.
- Önemli olan bakım verdiğimiz bireylerin günlük aktiviteleri ne kadar yapabildiğinin belirlenmesidir.
- Yapabildiği aktiviteleri yapması için destek olmak ve birlikte yapabilmek önemlidir.

34

Demanslı Bireyin Yapabilirlik Düzeyi

- Banyo yapma/yıkama
- Elbiselerini giyinme
- Yemek yeme
- Diğerleri ile etkileşime geçme
- Grup çalışması becerileri
- İletişim becerileri
- Pratik aktiviteler (bahçe işleri, el uğraşı, günlük işler)
- Objelerin kullanımı
- Gazeteye/dergiye bakma

35

Yapabilirlik Düzeyleri

Demanslı bireylerin yapabilirlik düzeyi 4 seviyede gruplanabilir.

1. **Planlı aktivite düzeyi:** Birey amaçlı olarak planlanan aktiviteleri yapabilir. El işleri, yemek hazırlama ve pişirme, oyunlar oynama, grup tartışmaları yapma, bulmaca çözme vb.
2. **Keşfedici aktivite düzeyi:** Birey alışıldık ortamlarda alışıldık aktiviteler yapabilir. Yaratıcı aktiviteler yapabilir; boyama, seramik, müzik, dans, hareket vb.

36

Yapabilirlik Düzeyi

3. Duyusal aktivite düzeyi: Birey deneyimlediği hislerle daha çok ilgilidir. Basit, çeşitli duyu uyanı tek aşamalı aktiviteleri yapabilirler; basit top oyunları, dans, tutma, süpürme, birşeyi arayıp bulmak, yumuşak oyuncaklar, bebekler ve hayvanlar.

4. Refleks aktivite düzeyi: Birey çevresinde olup bitenlerin hatta kendi vücudunun farkında değildir. Uyarılara karşı refleks olarak yanıt verir. Duyusal uyarılarla kendi öz farkındalığının olması sağlanabilir. Bir defa da tek duyusal uyarı verilmelidir; müzik dinlemek, dokunma, masaj vb.

37

Özet

- Birey merkezli bakım prensipleri: Önemsemek, tanımak, demanslı bireyin perspektifinden bakmak ve sosyal destektir.
- Birey merkezli bakımda, bireyin güçlü olduğu taraflara odaklanmak ve yapabildiği aktiviteleri bilmek ve değerlendirmek gerekir.
- Yapabildiği yeteneklere odaklanıp birlikte yapmak, el altında el tekniğini kullanmak önemlidir.

38

Özet

- Bireye bakım vermeye başlamadan önce görsel, sözel onayını alıp en son dokunma gerektiren aktiviteleri yapmak gerekir.
- Birey ile iletişimi arttırmak, sözel ve sözel olmayan iletişim biçimlerini kullanmak, onları olduğu gibi kabul etmek önemlidir.
- Çocuklaştırmadan, etiketlemeden konuşmak gerekir.
- Bireyin bilişsel süreçleri bozulsa da psikolojik-duygusal ihtiyaçları devam etmektedir.

39

Teşekkürler



SORULAR?

40

EK-11

Bakım Verenlere Hatırlatıcı Notlar

Demansı Olan Bireylere Yaklaşım

- ♥ Bakmakta olduğumuz demanslı bireyleri, **geçmiş yaşantıları ve şimdiki davranışları** ile detaylı bir şekilde tanımak kaliteli bir bakımın anahtarıdır. Onları tanımak için elimizden geldiği kadar zaman ayırarak **aile üyelerinden bilgi toplamamız veya yaşam hikayelerini okumamız gerekir.**
- ♥ Demanslı bireyler yavaş hareket eder ve yavaş algırlarlar. Onların hala yapabildiği **ufak şeyleri** (elbise seçmek, kısmi giyinmek, elini yüzünü yıkamak, saçlarını taramak, düzenlemeler vs.) **yavaş yapsalar dahi kendilerinin yapmasına olanak** tanımak gerekir.
- ♥ Demanslı bireyler ile **iletişimi koparmamak, günlük pozitif olaylar hakkında sohbet, bireyin geçmiş yaşantısından sohbet, hatta kendi yaşamımızdan sohbet** etmek gerekir. Güven ilişkisi geliştirdiğimiz bireye daha iyi bakım vererek **iyilik halini arttırabiliriz**
- ♥ Bakım kalitesini arttırmak için **ekip arkadaşlarımız ya da yöneticilerimizle bakım verdiğimiz birey ile ilgili önemli gördüğümüz konuları ve çözüm yollarını paylaşmak, ekip ruhu ile bakım vermek** gerekir.

Birey Merkezli Demans Bakımı

1. Birey merkezli bakım, **hastanın tercihlerine, ihtiyaçlarına, değerlerine saygı gösteren ve cevap veren bir bakım yaklaşımı** sağlamaktır.
2. Bu bakım yaklaşımında prensipler; **bireyi önemseme, bireyi tanıma** (geçmiş yaşantısı ve şimdiki ihtiyaçlarını), **demanslı bireyin açısından bakabilme** (empati yapma) ve **bireyin kurumda sosyal ortama dahil edilmesini** sağlamaktır.
3. Bakım verenlerin, demanslı bireylere bu şekilde yaklaşımları bakım alan bireylerin **iyilik halinin ve yaşam kalitesinin** artmasını sağlar.
4. İyilik hali artan birey daha **sakin, huzurlu ve konforlu** hisseder.
5. Bakım verenleri **zorlayıcı davranışlar** (ajitasyon, agresyon) azalır. Zorlayıcı davranışları azaltmak için kullanılan **bazı ilaçların kullanım oranını** düşürür.

UNUTMAYALIM!

Demanslı bireyin **zorlayıcı davranışlarının** (ajitasyon, agresyon, kızgınlık, fiziksel tepkiler) arkasında genellikle **karşılanmayan bazı temel ihtiyaçları** vardır. Neye ihtiyacı olduğunu **gözlemlerimizle, deneyimlerimizle ve bireyi tanıyarak** bulabiliriz.

Aşağıda yazılı olan ihtiyaçları göz önünde bulundurarak değerlendirme yapmalıyız. İhtiyacı olanı karşıladığımızda zorlayıcı davranışlarını çoğunlukla önleyebiliriz.

Bu temel ihtiyaçlar şunlardır:

- Fiziksel konfor ve ağrısının olmaması
- Kendini güvende hissetme
- Sevgi ve aidiyet
- Samimiyet
- Öz yeterlilik ihtiyacı
- Çevre ya da istediği şeylerin üzerinde kontrol kurma
- Eğlence
- Meşguliyet ve keşfetme

Demansı Olan Bireyler ile Genel İletişim

1. Bireye yaklaşırken; **görsel, sözel ve dokunma** duyularını sırasıyla kullanalım.
2. Sırayla; **göz hizasında durma, ismi ile hitap etme, el sıkma (tokalaşma) ve yapılacak açıklama** sonrasında yapacağımız bakım aktivitesini yapmaya başlayalım. Tek bir aktiviteye odaklanalım.
3. Her bireye özgü **demansın tipi ve evresini** bilelim. Bireylerin **yapabildiği şeyleri kendisinin yapması** için olanak ve zaman tanıyalım.
4. Bireyin **güçlü ve zayıf olduğu tarafları, yaşam hikayelerini** bilelim. Tanımadığımız demanslı bireylere bakım vermemiz ve iletişimimiz zor olur.
5. Birey ile **empati** yaparak iletişim kuralım. **Sakin bir tavırla** yaklaşalım.
6. **Bireyi mutlu edecek ufak şeyleri/aktiviteleri** gün içinde daha sık yapalım. **Meşguliyetlerini** arttıralım.

EK-12

ETİK KURUL ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yaşlı Bakım Merkezinde Uygulanan Birey Merkezli Demans Bakım Programının Çalışanların Bakım Yaklaşımları ve Bireylerin İyilik Hali Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2020.011.IRB1.002

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KOÇ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Koç Üniversitesi Rumeli Feneri Yolu, Sarıyer/İSTANBUL
	TELEFON	0212 338 11 76
	FAKS	0212 338 11 65
	E-POSTA	chr@ku.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Seda Güney			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ayişe Karadağ			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yaşlı Bakım Merkezinde Uygulanan Birey Merkezli Demans Bakım Programının Çalışanların Bakım Yaklaşımları ve Bireylerin İyilik Hali Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2020.011.IRB1.002

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.01.2020	VI	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.01.2020	VI	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020.011.IRB1.002	Tarih: 23.01.2020				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

EK-14**Çalışanlar için Onam Formu****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma ‘Yaşlı Bakım Merkezinde Uygulanan Birey Merkezli Demans Bakım Programının Çalışanların Bakım Yaklaşımları ve Bireylerin İyilik Hali Üzerine Etkisi’ isimli Doktora tez çalışmasının ikinci bölümünü oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, bakım merkezlerinde sunulan bakım kalitesinin artırılması amacıyla demansı olan bireylerin bakım verenlerine yönelik Birey Merkezli Demans Bakım Programının (eğitim, danışmanlık, grup tartışmaları, yaşam hikayelerinin çalışanlar ile paylaşılması) uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesidir. Yaklaşık 3 ay sürecek olan programın öncesi ve sonrasında çalışanların (bakım verenlerin) yanıtlayacağı formlar olacak ve değerlendirmeler yapılacaktır. Program süresince kurum yetkililerinin desteği ve rehberliği alınarak ilerlenecektir.

Toplanan formlar ve bilgiler gizli tutulacak, kurum dışında asla paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcı İsim-soyisim:

Araştırmacı: Seda Güney

Tarih:

İmza:

EK-15**Hasta Yakınları Onam Formu****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın Katılımcı,

‘Yaşlı Bakım Merkezinde Uygulanan Birey Merkezli Demans Bakım Programının Çalışanların Bakım Yaklaşımları ve Bireylerin İyilik Hali Üzerine Etkisi’ isimli araştırmaya katılımınız için teşekkür ederiz. Lütfen aşağıdaki açıklamaları okuyunuz ve yetkili araştırmacıya sorularınız olursa iletiniz.

Bu çalışmanın amacı, bakım merkezlerinde sunulan bakım kalitesinin arttırılması amacıyla demansı olan bireylere bakım veren kurum çalışanlarına yönelik Birey Merkezli Demans Bakım Programının (eğitim, danışmanlık, grup tartışmaları, yaşam hikayelerinin çalışanlar ile paylaşılması) uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesidir. Yaklaşık 3 ay sürecek olan programın öncesi ve sonrasında çalışanların (bakım verenlerin) yanıtlayacağı formlar olacak ve değerlendirmeler yapılacaktır.

Program kapsamında, aile yakınlarından demansı olan bireylere özgü yaşam hikayelerini (çocukluğundan anılar, iş yaşamından başarıları, sosyal aktiviteleri ve hobileri, sevdikleri vb.) içeren bilgiler alınacaktır. Bu bilgiler yine aile yakınları izniyle kitapçık haline getirilecek ve bireyin kurumdaki dosyasında muhafaza edilecektir. Bireyin dosyası veya odası dışında bu bilgilerin muhafazası yapılmayacaktır. Bireye ilişkin isim ve kimlik bilgileri gizli tutulacak ve tez çalışmasında yer almayacaktır. Araştırmacı ve kurum çalışanları dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmacı bilgileri çalışma sonrasında imha edecektir.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün/yasal temsilcisinin Adı- Soyadı:

Tarih:

İmzası

Bilgilendirmeyi yapan kişinin Adı-Soyadı

Tarih:

EK-16

Sertifikalar

UNIVERSITY of
TASMANIAWICKING
Dementia Research & Education Centre

This is to certify that

Seda Guney

has successfully completed all modules of the

**Understanding
Dementia**

Massive Open Online Course

Prof James Vickers
Wicking Dementia Research
and Education Centre
College of Health and Medicine

Feb 2020

node: 4d306c-1403d74d00b75b46d8d4d87c806f

EK-17**BDBÖ Maddelerinin Ön-test, Son-test Puan Ortalamaları**

Bireyselleştirilmiş Demans Bakım Ölçeği Maddelerinin Ön-test, Son-test Puan Ortalamaları		
Ölçek Maddeleri	Ön-test Ortalaması	Son-test Ortalaması
Sakinleri Tanıma Alt Boyutu		
1. Sakinlerin dosyalarında bulunan sosyal geçmişlerini okumak için yeterli zamanım yok.	3.06	2.97
2. Bakmakta olduğum sakinleri iyi anlarım.	3.75	3.83
3. Sakinlerin kendine özgü olan belli başlı davranış biçimlerini bilmiyorum.	3.19	3.28
4. Bakmakta olduğum sakinlerin nelerden hoşlandıklarını biliyorum.	3.62	3.72
5. Sakinler hakkında yeterli bilgim olmadığı için onlarla konuşmakta zorlanırım.	3.34	3.62
Sakinlerin Otonomisi Alt Boyutu		
1. Kurumun rutinleri nedeniyle aceleci davrandığımı hissedirim.	4.00	3.69
2. Çalıştığım kurumun, sakinlerin bağımsızlığını desteklediğini düşünürüm.	3.87	3.90
3. Sakinlerin gün boyunca, yeteri kadar meşguliyetleri/uğraşları olduğunu düşünürüm.	3.28	2.97
4. Çalıştığım kurumun aktivite (etkinlik) planlanmasında sakinlere seçenekler sunduğunu düşünürüm.	4.06	3.21
5. Sakinlerin kendi kendilerine bir şeyler yapmalarına izin verecek kadar yeterli zamanımın olduğunu düşünürüm.	3.44	2.97
6. Çalıştığım kurumda sağlayabildiğimiz bakımın kalitesinin iyi olduğunu düşünürüm.	4.84	4.76
7. Sakinlerin bakımını sağlamak için yeterli kaynakların sunulduğunu düşünürüm.	4.87	4.76
Sakin-Çalışan İletişimi Alt Boyutu		
1. Sakinlerle kurum içerisinde yapılmakta olan sosyal etkinlikler (doğum günü, parti, dışarı çıkma vs.) hakkında konuşurum.	2.62	2.69
2. Sakinlerle kurum dışında meydana gelen olaylar (günlük haberler, hava durumu vs.) hakkında konuşurum.	2.22	2.83
3. Sakinlerle onların kişisel hayatları (nerede büyüdü, kaç çocuğu var vs.) hakkında konuşurum.	2.31	3.00
Çalışanlar Arası İletişim Alt Boyutu		
1. Sakinler hakkında öğrenmiş olduğum ve diğer çalışanlara destek olabilecek bireye özgü bilgileri paylaşıyorum.	3.13	3.41
2. Sakinlerin zor davranışlarıyla baş edebilme konusunda destek sağlayabilecek bakım yaklaşımlarını paylaşıyorum.	3.56	3.66
3. Sakinlerin zor davranışlarının arkasındaki anlamı bulabilmek amacıyla diğer çalışanlarla konuşurum.	3.38	3.31
4. Sakinlerin bakımı için artık işe yaramayan bir prosedür veya uygulamanın değiştirilmesi gerektiğini yöneticilerime bildiririm.	3.22	3.21
5. Sakinlerin bakım planlarında değişiklikler yapmak için fikirler sunarım.	3.13	3.17