



T. C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİLİŞSEL UYARIM TERAPİSİ' NİN HUZUREVİNDE KALAN  
DEMANSLI BİREYLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ,  
DEPRESYON VE YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ**

Ejdane COŞKUN  
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

2023



T. C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİLİŞSEL UYARIM TERAPİSİ' NİN HUZUREVİNDE KALAN  
DEMANSLI BİREYLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ,  
DEPRESYON VE YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ**

Ejdane COŞKUN

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

2023

T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRLİĞİ DOKTORA PROGRAMI

**BİLİŞSEL UYARIM TERAPİSİ' NİN HUZUREVİNDE KALAN DEMANSLI  
BİREYLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, DEPRESYON VE  
YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ**

Ejdane COŞKUN

Tez Savunma Tarihi: 17.05.2023

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Doktora” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Doktora” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Doktora” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

.....

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

.....

Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

.....

Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

.....

Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT OLCA

.....

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla 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.



**Ejdane COŞKUN**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında engin bilgi, tecrübe ve yardımlarını esirgemeyerek destekleriyle daima katkı sağlayan danışman hocam Doç.Dr. Sayın Döndü ÇUHADAR'a, çok kıymetli tez izlem komitesi üyelerim; Prof. Dr. Sayın Derya TANRIVERDİ ve Dr. Öğr. Üyesi Sayın Sibel POLAT OLCA'ya, değerli jüri üyelerime, T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü' ne bağlı Şehit Kara Pilot Yüzbaşı Serhat Sıgnak Huzurevi Yaşlı Bakımı ve Rehabilitasyon Merkezi ile Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi değerli çalışanları ve çalışmaya katılan huzurevi sakinlerine, tez çalışmam boyunca ilgisi, içtenliği ve desteğini esirgemeyen çok değerli hocam Doç.Dr. Sayın Ayşe İNEL MANAV' a, kurumumda beni her zaman destekleyen değerli akademisyen hocalarım ve dostlarıma, aileme, daima sabrı, sevgisi ve desteğini her zaman hissettiren eşim, kızım ve oğluma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu tez, Gaziantep Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Komisyonu Başkanlığı tarafından GÜ BAYBP-SBF.DT.22.02 numaralı proje ile desteklenmiştir.

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| TEŞEKKÜR.....                                                    | i   |
| İÇİNDEKİLER.....                                                 | ii  |
| TABLolar LİSTESİ.....                                            | v   |
| ŞEKİLLER LİSTESİ.....                                            | vi  |
| KISALTMALAR LİSTESİ.....                                         | vii |
| ÖZET.....                                                        | 1   |
| ABSTRACT.....                                                    | 2   |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....                                             | 3   |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....                              | 3   |
| 1.2. Araştırmanın Amacı.....                                     | 7   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                           | 7   |
| 2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Epidemiyolojisi.....                   | 7   |
| 2.1.1. Yaşlılık Dönemi Fizyolojik Değişiklikler.....             | 8   |
| 2.1.1.1. Duyu organları ile ilgili değişiklikler;.....           | 9   |
| 2.1.1.2. Solunum Sistemi ile İlgili Değişiklikler;.....          | 9   |
| 2.1.1.3. Kardiyovasküler Sistem ile İlgili Değişiklikler;.....   | 10  |
| 2.1.1.4. Gastrointestinal Sistem ile İlgili Değişiklikler;.....  | 10  |
| 2.1.1.5. Endokrin ve İmmun Sistem ile İlgili Değişiklikler;..... | 10  |
| 2.1.1.6. Genito-üriner Sistem ile İlgili Değişiklikler;.....     | 11  |
| 2.1.1.7. Kas – İskelet Sistemi ile İlgili Değişiklikler;.....    | 11  |
| 2.1.1.8. Bilişsel ve Nörolojik Sistem Değişiklikleri;.....       | 11  |
| 2.1.2. Yaşlılık Dönemi Psikososyal Değişiklikler.....            | 12  |
| 2.2. DEMANS.....                                                 | 13  |
| 2.2.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi.....                            | 13  |
| 2.2.2. Tanı kriterleri.....                                      | 14  |
| 2.2.3. Etiyolojisi.....                                          | 15  |
| 2.2.4. Sınıflaması.....                                          | 15  |
| 2.2.4.1. Alzheimer Tipi Demans.....                              | 15  |
| 2.2.4.2. Vasküler Demans.....                                    | 17  |
| 2.2.4.3. Frontotemporal Demanslar.....                           | 17  |

|                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2.4.4. Lewy Cisimcikli Demans .....                                            | 18        |
| 2.2.5. Demansta Tedavi Yaklaşımları .....                                        | 18        |
| 2.2.5.1. Demansta Farmakolojik Tedaviler .....                                   | 19        |
| 2.2.5.2. Demansta Non-Farmakolojik Tedaviler .....                               | 20        |
| 2.3. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ.....                                              | 25        |
| 2.3.1. Demansta Günlük Yaşam Aktiviteleri .....                                  | 26        |
| 2.4. DEPRESYON .....                                                             | 27        |
| 2.4.1. Demans ve Depresyon İlişkisi.....                                         | 28        |
| 2.5. YAŞAM DOYUMU .....                                                          | 29        |
| 2.5.1. Demans ve Yaşam Doyumu.....                                               | 30        |
| 2.6. DEMANSI OLAN BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI .....                             | 31        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                                                  | <b>33</b> |
| 3.1 Araştırmanın Türü: .....                                                     | 33        |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....                                   | 34        |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....                                       | 34        |
| 3.4. Veri Toplama Araçları .....                                                 | 35        |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF).....                                            | 35        |
| 3.4.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT) .....                                 | 36        |
| 3.4.3. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) .....                   | 36        |
| 3.4.5. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)..... | 37        |
| 3.4.6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ).....                             | 37        |
| 3.4.7. Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ).....                                             | 37        |
| 3.5. Verilerin Toplanması ve Uygulama.....                                       | 38        |
| 3.5.1. Müdahale Grubuna Uygulama .....                                           | 38        |
| 3.5.2.Kontrol Grubuna Uygulama.....                                              | 39        |
| 3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....                                              | 39        |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....                                           | 40        |
| 3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....                                            | 41        |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....                      | 41        |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                                                         | <b>44</b> |
| <b>5.TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>                                                 | <b>53</b> |

|                                                                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.1. Huzurevinde Kalan Demansı Olan Bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin<br>Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Tartışılması..... | 53         |
| 5.2. Huzurevinde Kalan Demansı Olan Bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin<br>Depresyona Etkisinin Tartışılması.....                  | 56         |
| 5.3. Huzurevinde Kalan Demansı Olan Bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin<br>Yaşam doyumuna Etkisinin Tartışılması.....              | 58         |
| 5.4.Sonuç ve Öneriler .....                                                                                                             | 61         |
| <b>6. KAYNAKLAR.....</b>                                                                                                                | <b>63</b>  |
| <b>7. EKLER.....</b>                                                                                                                    | <b>80</b>  |
| EK 1. Randomizasyon İşlemi .....                                                                                                        | 80         |
| Ek 2. Kişisel Bilgi Formu .....                                                                                                         | 81         |
| Ek 3. Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitimliler için).....                                                               | 83         |
| EK 4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ)-The Barthel ADL<br>İndeks.....                                                  | 84         |
| EK 5. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)<br>.....                                                     | 85         |
| EK 6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ) .....                                                                                    | 87         |
| EK 7. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ).....                                                                                                    | 88         |
| EK 8. BİUT Oturum İçerikleri.....                                                                                                       | 89         |
| Ek 9. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı....                                                          | 100        |
| Ek 10. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli Kurum Onayı .....                                                                        | 102        |
| EK 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Gurubu).....                                                                       | 103        |
| EK 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Gurubu) .....                                                                       | 104        |
| EK 13. Standardize Mini Mental Test Kullanma İzni .....                                                                                 | 105        |
| EK14. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Kullanma İzni .....                                                                     | 106        |
| EK 15. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA)<br>Ölçeği Kullanma İzni.....                                       | 107        |
| EK 16. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği Kullanma İzni .....                                                                            | 108        |
| EK 17. Yaşam Doyum Ölçeği Kullanma İzni .....                                                                                           | 109        |
| EK 18. Bilişsel Uyarım Terapisi Eğitim Sertifikası .....                                                                                | 110        |
| EK 19. Tez İntihal Raporu.....                                                                                                          | 111        |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>                                                                                                                    | <b>112</b> |

## TABLÖLAR LİSTESİ

| TABLO NO                                                                                                               | SAYFA NO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Tablo 4.1.</b> Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaş Ortalamasına Göre Karşılaştırılması.....               | 44       |
| <b>Tablo 4.2.</b> Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması..... | 44       |
| <b>Tablo 4.3.</b> Müdahale ve kontrol grubunun ölçek medyanlarının karşılaştırması ....                                | 46       |
| <b>Tablo 4.4.</b> Müdahale ve kontrol grubunun grup içi ve gruplar arası skor medyanlarının karşılaştırması.....       | 48       |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

| ŞEKİL NO                                                                                                                                                  | SAYFA NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Şekil 3.1. BİUT Oturum Başlıkları .....                                                                                                                   | 39       |
| Şekil 3.2. Consort Akış Diyagramı .....                                                                                                                   | 43       |
| Şekil 3.3. Araştırma Akış Şeması.....                                                                                                                     | 42       |
| Grafik.4.1. Müdahale ve kontrol grubu SMMT skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması .....                                     | 49       |
| Grafik.4.2. Müdahale ve kontrol grubu BGYAİ skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması .....                                    | 50       |
| Grafik.4.3. Müdahale ve kontrol grubu EGYA skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması .....                                     | 50       |
| Grafik.4.4. Müdahale ve kontrol grubu CDDÖ skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması (Grup 0: Kontrol, Grup 1: Müdahale) ..... | 51       |
| Grafik.4.5. Müdahale ve kontrol grubu YDÖ skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması .....                                      | 52       |

## KISALTMALAR LİSTESİ

|               |                                                         |
|---------------|---------------------------------------------------------|
| <b>AH:</b>    | Alzheimer Hastalığı                                     |
| <b>APA:</b>   | American Psychological Association                      |
| <b>BADLI:</b> | Barthel Activities of Daily Living Index                |
| <b>BGYAİ:</b> | Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi               |
| <b>BM:</b>    | Birleşmiş Milletler                                     |
| <b>BİUT:</b>  | Bilişsel Uyarım Terapisi                                |
| <b>CST:</b>   | Cognitive Stimulation Therapy                           |
| <b>CDDÖ:</b>  | Cornell Demansta Depresyon Ölçeği                       |
| <b>DSM-5:</b> | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 |
| <b>DSÖ:</b>   | Dünya Sağlık Örgütü                                     |
| <b>EGYA:</b>  | Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivite                      |
| <b>KOAH:</b>  | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı                     |
| <b>SMMT:</b>  | Standardize Mini Mental Test                            |
| <b>TGYA:</b>  | Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri                         |
| <b>VD:</b>    | Vasküler Demans                                         |
| <b>YDÖ:</b>   | Yaşam Doyum Ölçeği                                      |

## ÖZET

### BİLİŞSEL UYARIM TERAPİSİ'NİN HUZUREVİNDE KALAN DEMANSLI BİREYLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, DEPRESYON VE YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ

Ejdane COŞKUN

Doktora Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı

Danışman: Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Mayıs 2023, Sayfa 112

Bu araştırma, bilişsel uyarım terapisinin huzurevinde kalan demanslı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve yaşam doyumuna etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. İki farklı huzurevinde gerçekleştirilen çalışmaya 30 Mart 2022 -27 Mayıs 2022 tarihlerinde 30 müdahale ve 30 kontrol grubu toplam 60 birey dahil edilmiş ve çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Eylül 2022’ de izlem test gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Standardize Mini Mental Test (SMMT)’, ‘Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ)’, ‘Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)’, ‘Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ)’ ve ‘Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)’ ile toplanmıştır. Bilişsel Uyarım Terapisi haftada 2 kere toplam 14 oturum grup terapisi şeklinde uygulanmıştır. BİUT öncesi değerlendirmede müdahale ve kontrol grubunun günlük yaşam aktivite beceri düzeylerinde orta derecede bağımlı olduğu, depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve yaşam doyumu düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda BİUT sonrası müdahale ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında BGYAİ ön ve son test ölçümleri ile EGYA son test ve izlem test ölçümlerinde anlamlı farklılık olduğu müdahale grubundaki bireylerin kontrol grubuna göre puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). CDDÖ ön, son ve izlem test ölçümlerinde anlamlı farklılık olduğu müdahale grubunda depresyon düzeyi puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). YDÖ ön ve son test ölçümlerinde anlamlı farklılık olduğu, müdahale grubunun yaşam doyumu puan ortalamalarında kontrol grubuna göre anlamlı artışın olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Bilişsel Uyarım Terapisinin demansı olan bireylerde günlük yaşam aktivite ve yaşam doyumu düzeylerini arttırmada, depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle geriatrik bireylere bakım veren psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bilişsel Uyarım Terapisi, Demans, Depresyon, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Doyumu, Randomize Kontrollü Çalışma.

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF COGNITIVE STIMULATION THERAPY ON DAILY LIFE ACTIVITIES, DEPRESSION AND LIFE SATISFACTION OF DEMENTIA PATIENTS IN NURSING HOME

Ejdane COŞKUN

Doctoral Thesis, Nursing Department

Doctoral Program of Nursing

Advisor, Doç.Dr. Döndü ÇUHADAR

May 2023, Page 112

In this research, it was aimed to evaluate the effects of cognitive stimulation therapy on activities of daily living, depression, and life satisfaction in individuals with dementia in nursing homes. It is a randomized controlled experimental study. The study was carried out in two different nursing homes between 30 March 2022 and 27 May 2022, and the sample consisted of a total of 60 individuals, 30 in the intervention and 30 in the control group. In September 2022 follow-up test was carried out. The data of the study were collected with 'Personal Information Form', 'Standardized Mini-Mental Test (SMMT)', 'Barthel Activities of Daily Living Index (BADLI)', 'Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADLS)', 'Cornell Dementia in Dementia Scale (CDSS)' and 'Satisfaction with Life Scale (LDS)'. Cognitive Stimulation Therapy was applied as group therapy twice a week for a total of 14 sessions. In the pre-CST evaluation, it was seen that the intervention and control groups were moderately dependent on their daily living activity skill levels, they had high depression levels, and their life satisfaction levels were moderate. According to the results, significant difference was found in the BADLI pre- and post-test measurements, and IADLS post-test and follow-up test measurements in the comparison of the intervention and control groups after the IPT, and the mean scores of the individuals in the intervention group compared to the control group were significantly higher ( $p<0.001$ ). A significant difference was found in the pre-, post- and follow-up test measurements of CDSS, and the mean depression level scores in the intervention group were significantly lower than in the control group ( $p<0.001$ ). It was determined that there was a significant difference in the pre- and post-test measurements of the LDS, and there was a significant increase in the mean life satisfaction scores of the intervention group compared to the control group ( $p<0.001$ ). It was found that Cognitive Stimulation Therapy is effective in increasing the levels of daily life activity and life satisfaction and reducing the level of depression in individuals with dementia. For this reason, it is recommended to be used by psychiatric nurses who care for geriatric individuals.

**Keywords:** Activities of Daily Living, Cognitive Stimulation Therapy, Dementia, Depression, Satisfaction with Life, Randomized Controlled Trial.

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya çapında yaşlı bireylerin sayısı hızla artmakta ve nedeni ortalama yaşam süresinin uzaması olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 60 yaş ve üzeri insan sayısını 2019'da 1 milyar iken 2030 yılında yaklaşık olarak 1.2 milyar, 2050 yılına kadar ise bu oranın 2.1 milyara yükseleceği öngörülmektedir (1). Hızlı bir şekilde gerçekleşen bu artışta yaşlı nüfusun %80 gibi büyük bir oranına ise gelişmekte olan ülkelerin ev sahipliği yapacağı belirtilmektedir (1, 2). Küresel nüfusta doğumdan beklenen yaşam süresi 72.3 yıl olarak bildirilmektedir. Kadınların erkeklerden ortalama beş yıl daha uzun yaşadığı görülmektedir (2). Türkiye de ise doğumdan beklenen yaşam süresi 78.3' tür ve kadınlar erkeklerden 5.4 yıl daha uzun yaşamaktadır (3). Yaşlı nüfus oranı toplam nüfus içinde 50 yıl önce %3.5 iken, 2021 yılında bu oran %9.7'e yükselmiştir (3, 4).

Yaşlılık, yaşam içinde bireyin doğumu ile ölümü arasında gerçekleşen kaçınılmaz bir deneyim aynı zamanda Dünyada ve Türkiye'de hızla artmakta olan bir süreçtir. Bu süreçte yaşlı bireylerde bir takım fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları görülmektedir. Geriatrik sendrom olarak adlandırılan bu sorunlar arasında kronik hastalıklar da yer almaktadır (5, 6). Gelişimsel bir kriz dönemi olan yaşlılıkta ortaya çıkan bu sorunlar kriz dönemine uyumu etkilemekte olup zamanla bireyin çevresiyle uyumunu da bozmaktadır (7). Altmış beş yaş üstü bireylerin %20'sinde ruhsal ya da nörolojik hastalıklara sıklıkla rastlanılmaktadır. Bunlar arasında en yaygın demans ve depresyonun olduğu belirtilmektedir (8).

Demans, yaşlı bireylerde en sık karşılaşılan nörobilişsel bozukluklardan birisidir ve özellikle yaşlı bireylerde depresyonun ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken hastalıklardandır (5). Demans 2012 yılında DSÖ tarafından bir halk sağlığı önceliği olarak gösterilmiştir (9). Günümüz de ileri yaş hastalığı olarak bilinen demans vakalarının %2 ile %10'u 65 yaşından önce başlar ancak 65 yaşından sonra her beş yıllık artışla iki katına çıkar. Dünya çapında demansı olan birey sayısı yaklaşık 55 milyon iken bu sayının 2030 yılında 78 milyona ve 2050 yılında ise 139 milyona ciddi bir oranda yükseleceği tahmin edilmektedir (10).

Türkiye’de demansın insidans ve prevalansı ile ilgili geniş ölçekli çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak 600 bin ailenin bu hastalıkla mücadele ettiği belirtilmektedir (11). Ayrıca 2019 yılında yaklaşık 800 bin demanslı bireyin olduğu tahmin edilmekte olup bu sayının 2050 yılında 3 milyona ulaşacağı beklenmektedir (12).

Demans, sıklıkla bellek bozuklukları ve entelektüel kapasitenin azalmasıyla kendini gösteren bilişsel işlevlerde bozukluk ile karakterize olan bunun yanında psikolojik ve davranışsal sorunların görüldüğü ilerleyici bir hastalıktır (13). Demanslı bireylerde birçok psikososyal sorun görülmekle birlikte özellikle bilişsel işlevlerdeki bozukluğa bağlı olarak en sık ajitasyon, agresyon, çökkünlük ve bireyin günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen sorunlardır (14, 15, 16). Günlük yaşam aktivitelerinde özellikle kişisel temizliğini yapabilme, tualete gidebilme, yemek yiyebilme, gündelik ihtiyaçları karşılamak için para kullanma gibi alanlarda, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluk meydana gelmektedir (16, 17). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde bu durumu destekler nitelikte olan çalışmalar, ilerleyen yaş ile yaşlı bireylerin bilişsel işlevlerinde olumsuz değişimler yaşandığı ve bu değişimin de yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeyini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (18, 19). Uluslararası literatürde demansı olan bireylerde olumsuz günlük yaşam aktivite deneyimlerinin olduğu ve bireysel aktiviteler arasında değişen günlük yaşam aktivite performansının demansın ilerlemesi ile daha da azaldığını belirtmişlerdir (17, 20, 21). Bilişsel fonksiyon ve yeteneklerin kaybı ile yaşlıların günlük yaşam etkinliklerinin sınırlandırılmasına neden olan demans aynı zamanda yaşlı bireylerde depresyon görülme olasılığını arttırmaktadır. Bu nedenle demans, depresyon ve hafif bilişsel bozukluklardan ayırt edilmelidir (22). Depresyon yaşla birlikte sıklığı ve süresi artan yineleyici bir hastalıktır ve özellikle kronik fiziksel hastalığı olan hastalarda yaygındır (23). Depresyon demansın öncü belirtisi olabileceği gibi bazen de demans ile karışabilmektedir (24, 25). Alzheimerı olan yaşlı bireylerin %15-20'sinde majör depresyon, %30-50'sinde depresif semptomlar görülmektedir (23). Bu nedenle yaşlı bireyler de basit unutkanlıktan demansa kadar uzayan süreçte incelenen bilişsel problemler ile günlük yaşamdaki aktivite düzeyinde bağımsızlık seviyesi azalmaktadır ve bağımlı hale gelmektedir. Bu durum depresyon açısından risk oluşturmaktadır (26). Yaşlılık sürecinin getirdiği bu olumsuzluklar özellikle kurumda yaşamını sürdüren yaşlı bireyler için daha fazla zorlanmaya neden olmaktadır. Bu

durum yaşı bireylerin yaşamdan anlam bulma ve yaşam doyum düzeyi etkilemektedir (27, 28).

Yaşam doyumunu, yaşamın her evresinde uyumu belirleyen ve bireyin ruh sağlığını etkileyen en önemli etmenlerden biri olarak kabul edilmektedir (29). Yaşı bireylerin bütüncül bakım gereksinimlerinin karşılanması, günlük yaşamdaki etkinliklerden zevk alması ve üretken olması, geçmiş yaşam deneyimlerini kabul etmesi ve yaşamda amaçlarına ulaştığı inancına sahip olması, kendini değerli görmesi, iyimser bir bakış açısı ve mutlu olması yaşam doyumunun artması ile ilişkilendirilmektedir (30). Kurumda yaşamını sürdüren yaşlıların, kendini kabul etme ve çevreyi tanıma ve denetleyebilme yetenekleri kaybolmakta bu nedenle yaşlılar soyutlanma, yadsınma ve kendini değersiz hissetme gibi duygulara kapılabilmektedir. Özellikle depresyon ve demans başta olmak üzere ruhsal hastalık açısından yüksek riskli olan yaşlılar, kurumda daha sık bu zorluklarla karşı karşıya gelmektedirler. Bu sorunlar yaşam doyumunu düzeyini etkilemektedir (5). Ülkemizde Yüksel ve Yılmaz'ın (2022) ayrıca Softa ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmalarda huzurevinde yaşayan yaşlıların "yaşam doyumunu" düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir (31, 32). Dewitte ve ark. nın (2021) bakım evinde kalan, demansı olan ve olmayan bireylerle ilgili yaptığı çalışmasında aile ile ilişkiler, hayattan anlam arayışı ve iyilik düzeylerinin yaşam doyumunu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (33). John ve Montgomery de (2010) demanslı bireylerde yaşam doyumunu ve biliş üzerine yaptığı çalışmasında biliş düzeyinin yaşam doyumunu ile ilişkili olduğu saptanmış olup normal bilişsel yeteneğe sahip bireylere göre demanslı bireylerde yaşam doyumunun daha düşük olduğu ve depresif semptomların yaşam doyumunu daha da düşürdüğü belirtilmiştir (34).

Demans bireylerin yaşamında birçok semptomla kendini gösterirken kullanılan farmakolojik girişimler demansın tedavisinde sınırlı ve orta etkilidir (35). Demansı olan bireylerde farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimler tek başına veya bir arada kullanılabilir (36, 37). Demansı olan bireylerin günlük yaşamlarında daha etkin olabilmeleri ve yaşam doyumuna ulaşabilmeleri için bilişsel yönden güçlendirilmesi gerekmektedir. Bilişsel durumunda bozulma olan yaşı bireylerin bilişsel aktivite düzeylerini arttırmak amacıyla Bilişsel Uyarım Terapisi'nin (BİUT) etkili olduğu belirtilmektedir (36, 38).

Bilişsel uyarım odaklı tedaviler arasında Bilişsel Uyarım Terapisi (BİUT) en güncel olanıdır ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Hafif ile orta derecede demansı olan yaşlı bireyler için kullanılan kanıt düzeyi yüksek bir tedavi yöntemidir. BiUT'sini hemşireler, iş-uğraşı terapistleri, psikologlar ve demans bakımında aktif rol alan sağlık profesyonelleri terapinin eğitimini almak koşulu ile uygulayabilirler. Demans hastalarının zihinsel olarak uyarılmalarına ve en uygun öğrenme ortamı sağlarken meşgul olmalarına yardımcı olmak için birey temelli bir yaklaşım sunar. Küresel düzeyde, BİUT'un 2011 yılında Uluslararası Alzheimer Organizasyonu tarafından hazırlanan Dünya Alzheimer Raporu'nda tüm dünyadaki demans hastalarına rutin olarak sunulması önerilmektedir (39). BiUT, bireylerin ya da bakım verenlerin bilişsel-sosyal işlevsellik düzeylerini ve yaşam kalitesini artıran, duygu durumunu düzenleyen, bireylerin iletişim becerilerini arttıran, bilişsel bozukluklar için kullanılan non farmakolojik bir girişimdir (39). Demansı olan yaşlı bireylerde BiUT'un başlıca yararı bilişsel düzeyin artması ve sürdürülmesinin sağlanması ile iletişiminin kolaylaştırılması, gelecek ve güvene ilişkin ciddi iyimserlik ve refah düzeyinin artması, anksiyete, apati ve depresyonunun azaltılması ve yaşam kalitesinin yükselmesi olarak belirtilmektedir (37, 40-44).

Ülkemizde yaşlı bireyler genellikle ailesi ve çocukları ile yaşamını sürdürmektedir. Ancak son yıllarda bireylerde çekirdek aile yapısına doğru değişimin olması huzurevinde yaşayan yaşlıların sayısında artışa neden olmuştur. Huzurevleri, yaşlı bireyleri huzurlu bir ortamda korumak, bakım hizmetlerini sürdürmek, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacı ile kurulan sosyal hizmet kuruluşlarıdır (45). Yaşamlarını huzurevinde sürdürmek zorunda kalan yaşlı bireylerin yaşam doyumuna ulaşmaları açısından bakımlarının fizyolojik, psikolojik, sosyal, spiritüel ve kültürel yönden bütüncül bir bakış açısıyla alanda uzman psikiyatri hemşireleri tarafından planlanması gerekmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin demanslı bireyin bakımının tüm aşamalarında destek olmaları ve psikososyal uygulamalar ile ilgili pratik ve güncel bilgilere sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Demanslı bireyler için bilişsel fonksiyonu artırıcı birçok psikososyal yöntem vardır. Psikiyatri hemşireleri bu psikososyal uygulamalar ile ilgili pratik ve güncel bilgilere sahip olmalıdır (36). Bilişsel Uyarım Terapisi de bütüncül bakım odaklı olması nedeniyle bu yöntemlerden birisidir ve biliş, günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve yaşam doyumunu üzerinde farmakolojik tedavinin etkileri ile ölçülebilir düzeyde faydalar

gösterebilir. Aynı zamanda düşük maliyetli ve demans hastaları tarafından kabul gören bir uygulamadır. Ancak ulusal düzeyde sınırlı sayıda çalışmalara rastlanmıştır (42). Bu nedenle bu çalışmanın özellikle ulusal literatüre önemli katkısının olacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma bilişsel uyarım terapisinin huzurevinde kalan demanslı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve yaşam doyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

### **Araştırmanın Hipotezleri:**

**H<sub>1</sub>:** Bilişsel Uyarım Terapisi uygulandıktan sonra müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri puanları arasında (son test - izlem test) müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık vardır.

**H<sub>2</sub>:** Bilişsel Uyarım Terapisi uygulandıktan sonra müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan yaşlı bireylerin depresyon puanları arasında (son test -izlem test) müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık vardır.

**H<sub>3</sub>:** Bilişsel Uyarım Terapisi uygulandıktan sonra müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan yaşlı bireylerin yaşam doyumu puanları arasında (son test -izlem test) müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık vardır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Epidemiyolojisi**

Yaş'ın sözlük anlamından biri 'bir canlının doğumundan itibaren geçen yıl' dır (46). Yaşlanma "yaş alma" anlamıyla doğumdan itibaren başlayan kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal, toplumsal ve ekonomik boyutu olan ve bireylerin yaşam döngüsünün gelişim ve değişim aşamasında gerileme ile kendini gösteren fonksiyonel kaçınılmaz bir süreç olarak ifade edilmektedir (47, 48). Yaşlılık ise toplum içinde belirli bir yaştan üzerinde olan bireyler olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanma bir süreçken yaşlılık bireyin ileri yaşlanma dönemi olarak kabul edilmektedir (49, 50).

DSÖ yaşıllığı; bireyin yaşamsal fonksiyonlarının, verimliliğinin ve çevreye uyum yeteneğinin azalması olarak tanımlamıştır (8). Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üzeri bireyleri ‘yaşlı’ olarak tanımlarken, DSÖ’ ne göre bu oran 65 yaş ve üzeridir. Kronolojik yaşa göre DSÖ 65-75 yaş genç yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok ileri yaşlı olarak göstermektedir (2).

Ülkemizde de DSÖ’nün desteklediği 65 yaş ve üzeri yaşıllık olarak kabul görmektedir (4). Yirminci yüzyılda sağlık, bilim, ekonomi ve teknoloji alanlarındaki gelişmeler ile ölüm oranlarının azaldığı, doğumdan beklenen yaşam süresinin arttığı ve tüm dünyada yaşlı nüfus oranının yükseldiği görülmektedir (2, 48).

Dünya nüfusunda 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sayısı 2019’ da 703 milyon kişi iken bu oranın 2050 yılında 1.5 milyara ulaşması beklenmektedir. Dünyada 65 yaş üzerindeki bireylerin yüzdesi 1990 yılında %6 iken bu oran 2019’da %9’a yükselmiştir. Dünyada her altı kişiden birinin 65 yaş ve üzeri olacağı düşünüldüğünde bu oranın 2050’de %16’ya yükselmesi öngörülmektedir (2).

DSÖ ve BM’ in World Population Ageing 2019 verilerine göre küresel düzeyde doğumdan beklenen yaşam süresi 72.3’tür. Avrupa ülkelerinde doğumdan beklenen yaşam süreleri 78.5, Batı Asya’ da 73.5, Orta ve Güney Asya’ da 69.5, Kuzey Amerika’ da 78.5, Avusturalya ve Yeni Zelanda’ da 83’tür (2). Batı Asya ülkelerinden biri olan Türkiye de ise 2015 yılı verilerine göre doğumdan beklenen yaşam süresi 75.8 yıldır (1, 8).

Yaşıllık bireysel farklılıklar ile karakterize bir olgudur. Yaşlanma sürecinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler meydana gelmektedir. Bu değişimlerin yavaş ya da hızlı gelişmesi yeterli ve dengeli beslenme, yaşam biçimi, kronik hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, aktivite azlığı ya da fazlalığı, spor, stres, meslek yaşamı, gelir durumu, kültürel yapı, sosyal çevre gibi faktörlerden etkilenmektedir (47, 48).

### **2.1.1. Yaşıllık Dönemi Fizyolojik Değişiklikler**

Yaşlanmaya, tüm organ ve sistemlerde kademeli, beklenen ve ilerleyici değişiklikler eşlik eder. Bu süreçte organizmada hem hücresel hem de fiziksel pek çok değişiklik meydana gelmektedir (50, 51). Yaşın ilerlemesi ile görme ve işitme kapasitesinin azalması gibi fonksiyonel değişimler çok belirgin iken, sistemsel ve hormonal

değişimler zor fark edilir. Ancak bu değişimler bireyin günlük yaşamını, iş hayatını, bağımlılık düzeyini ve çevresi ile iletişimini etkilemekte, kronik hastalıklara yatkınlığı artırabilmektedir (52, 53). Bu nedenle yaşlı bireylerde ortaya çıkan yaşlanmaya bağlı değişiklikler ile kronik hastalıklara bağlı ortaya çıkan değişiklikleri ayırt etmek, gereksiz test ve tedavileri önlemek, yaşlılarda yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artırmak, esenliğini sürdürmek açısından önemlidir (53).

#### **2.1.1.1. Duyu organları ile ilgili değişiklikler;**

Göz ve görme duyusu yaşlanma sürecinden hem yapısal hem de işlevsel olarak etkilenmektedir. Lens elastikiyeti ve kornea duyarlılığı kaybolmakta ve gözyaşı azalmaktadır. İrisin esnekliğini kaybetme, pupil küçülmekte ve ışığa reaksiyon yavaşlamaktadır. Bu durum uyumu zorlaştırmakta ve dengeyi bozabilmektedir (51, 54). Yaşlılıkta en sık yakını görme kusuru olan presbiyopi, katarakt, makula dejenerasyonu, glokom ve diyabetik retinopati görülmektedir (55). Yaşın ilerlemesi ile kulağın içindeki yapı ve işlevlerdeki değişiklikler işitme kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır. Yaşlı bireylerde en sık karşılaşılan ilerleyici işitme kaybı Presbiakuzi olarak bilinmektedir (47). Yaşlanma ile tat ve koku duyusu kaybına sık rastlanılmaktadır. Bu nedenle bozulmuş besinlerin tüketiminde artış görülmektedir. Ayrıca gaz ve diğer yabancı maddelerin solunması yolu ile zehirlenme riski de artmaktadır (52). Deri üzerinde meydana gelen yapısal ve işlevsel değişiklikler yaşlanma sürecinin görünürlüğüne arttırmaktadır. Yaşlı bireylerde en sık karşılaşılan deri hastalıkları basınç yaralanmaları, yaşlılık purpurası, kaşıntı ve kuruluk (kserozis), ısı regülasyon sorunu, herpeszoster, diğer deri enfeksiyonları, egzama, nasır, tırnak kalınlaşması, mantar enfeksiyonları ve cilt kanseri olarak bilinmektedir (56, 57).

#### **2.1.1.2. Solunum Sistemi ile İlgili Değişiklikler;**

Yaşlanma ile akciğerlerde hacim kaybı ve sertleşme, silyaların azalması ve bronşiyal mukus bezinin hipertrofisi, alveollerde elastikiyetin ve akciğer kapasitesinin azalması sonucu ventilasyon ve gaz alışverişi anormallikleri görülmektedir (47). Bu değişiklikler yaşlılarda akut ve kronik solunum yolu hastalıkları sıklığı ve yaygınlığını artırmaktadır. Yaşlılarda sıklıkla KOAH, tüberküloz, pnömoni ve idiyopatik pulmoner fibrozis gibi solunum yolu hastalıkları görülmektedir (53).

#### **2.1.1.3. Kardiyovasküler Sistem ile İlgili Değişiklikler;**

Yaşlanmaya bağlı kalp, koroner arter ve vücuttaki diğer damar yapılarında değişiklikler meydana gelmektedir. İleri yaş, kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür ve kardiyovasküler morbidite, mortalite ve yetersizliğin güçlü bir belirteçidir (48, 58). Yaşlılıkta fiziksel egzersiz kapasitesinde azalma, hipertansiyon, ateroskleroz, kalp yetmezliği, kalp krizi, atriyal fibrilasyon, kapak hastalıkları ve venöz tromboz en sık karşılaşılan kardiyovasküler sorunlardır (52).

#### **2.1.1.4. Gastrointestinal Sistem ile İlgili Değişiklikler;**

Yaşlanma sürecinde diş çürükleri, diş kayıpları ve takma diş kullanımı gibi diş sağlığı sorunları; ağız kuruluğu, yemek yerken yutmada güçlük, sindirimde zorluk, ve mide yanması gibi fonksiyonel sindirim bozukluklarına, kötü beslenmeye ve malnütrisyonu sebep olmaktadır (52). İleri yaşla birlikte sindirim sistemi ve metabolik aktivitelerin yavaşlaması sonucu hidroklorik asit, pepsin ve gastrik mukoz salgıda azalma ile B vitamini, B12 vitamini, D vitamini, kalsiyum ve demirin yetersiz sindirim ve emilimi, özofagus kaslarında daha az kasılmaya bağlı disfaji, mide elastikiyetinde azalma ve gastroözofageal reflü artışı, barsak motilitesinin yavaşlaması ile konstipasyon, mide kan akımının azalması peptik ülser görülebilmektedir (47).

#### **2.1.1.5. Endokrin ve İmmun Sistem ile İlgili Değişiklikler;**

Hipofiz bezi yaşamsal önem taşıyan hormonların üretimini sürdürür. Ancak yaşlandıkça kademeli olarak küçüldüğü ve işlevselliğini kaybettiği görülmektedir. Erkekler de hipotalamusun, hipofizin, testislerin işlevlerini etkileyen olumsuzluklar nedeniyle sekonder hipogonadizm kadınlarda ise östrojen düzeyleri azalmasıyla menopoza geçmektedir (48, 52).

Yaşlılık sürecinde immün sistem birçok yönden etkilenmektedir. İmmün sistem fonksiyonundaki azalma enfeksiyon hastalıkları, kanser ve otoimmün hastalıkların artışına katkıda bulunur. Bu nedenle yaşlılıkta tüberküloz ve zatürre gibi hastalıklar ölümcül olabilmektedir (52).

#### **2.1.1.6. Genito-üriner Sistem ile İlgili Değişiklikler;**

Yaşlılıkla birlikte glomerüler filtrasyon hızı ve kreatinin klirensi azalır, böbrek parankim kalınlığında azalma başlar. Üriner sistemde böbrekten mesaneye olan peristaltik hareketler de azalmaktadır (59). Yaşlı bireylerde cinsiyet genito-üriner sorunlar açısından önemli bir belirleyicidir. Yaşlı kadınlarda pelvik taban kaslarının zayıflamasına bağlı sistosel ve stres inkontinans sıklığında artış gözlenmektedir. İlerleyen yaşla uterus hacminde azalma, östrojen eksikliği sonucu vajinal küçülme, vajen pH'nın yükselmesi ve asidik ortamın bozulmasına bağlı üriner enfeksiyon sıklığı artmaktadır (47).

Yaşlı erkeklerde prostattan salgılanan ve enfeksiyonlara karşı koruyucu özelliği olan salgılarda azalma olurken, mesane çıkımı tıkanıklığı yapan Bening Prostat Hiperplazisi, mesane taşı gibi nedenlerle üriner sistem enfeksiyonu ve inkontinans sık görülmektedir. Globülin artışı ile serbest testosteron ve androjen azalmakta cinsel istekte azalma, erektil fonksiyonda azalma ve sperm üretimi devam ederken kalitesinde azalma görülmekte, andropoza bağlı şikayetler ortaya çıkmaktadır (47, 59).

#### **2.1.1.7. Kas – İskelet Sistemi ile İlgili Değişiklikler;**

Yaşlılık kas kütlesi ve gücünde azalma ile karakterizedir. Bu nedenle bireylerin yaşlılıkta hareketleri yavaşlar, çabuk yorulur ve denge sorunu yaşarlar. Yaşlanma ile kaslarda morfolojik değişiklikler görülmektedir. Bunlar kas liflerinde azalma, interstisyel boşluklarda ve bağ dokusunda artmadır. İlerleyen süreçte bu durum sarkopeni olarak bilinir. Yaşlılık kemiklerde kemik kütlesi ve mineral içeriğinde azalmaya neden olmakta ve kırık riskinde artma, iyileşme kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır. Yaşlılık osteoporoz, osteoartrit ve kırılabilirlik gibi patolojik durumlarla ilişkilidir (53). Yaşlılarda, kronik ağrı kas iskelet sistem hastalıklarıdır. Sıklıkla ağrı nedenleri artrit ve miyofasiyal ağrı sendromudur (55).

#### **2.1.1.8. Bilişsel ve Nörolojik Sistem Değişiklikleri;**

Yaşlanma ile nöronların kaybı, sinir liflerinde ve serebral kan akışında azalma, beyin ve spinal kordun atrofisi sonucu beyin ağırlığında azalma buna bağlı olarak sinir

iletim hızında yavaşlama meydana gelmektedir. Yaşlı bireylerde meydana gelen bu dejeneratif değişiklikler, daha yavaş refleksler ve çoklu uyaranlara gecikmiş yanıt ile kendini gösterir ve bilişsel işlevleri olumsuz etkilemektedir (47). Bilişsel işlevlerin tüm alanları yaşlanmadan etkilenir. Bireylerin yaşam biçimi, sağlık sorunları, genetik ve bireysel özellikleri değişikliklerin ortaya çıkışı ve şiddetini etkilemektedir. Bilişsel bozulma sıklıkla öğrenme, bellek ve sorun çözme alanlarında meydana gelmektedir (60). Yaşlı bireylerin en büyük korkusu demanstan kaynaklanan beyin fonksiyon bozukluğudur. Yaşlılık nedeniyle gelişen bilişsel fonksiyonlarındaki azalma ile demansa bağlı azalmayı ayırt etmek zordur. Bu nedenle yönetsel işlev bozukluğu, apraksi (motor etkinlikleri yapamama) ve agnozi (nesneleri tanıyamama) varlığı demans açısından takip edilmelidir. İleri yaşla birlikte parkinson hastalığı ve inme gibi nörodejeneratif hastalıklar giderek daha yaygın hale gelmektedir. Ayrıca nörodejeneratif değişikliklere bağlı uyku sorunları yaşlı bireylerin çoğunluğunda görülmektedir (53).

### **2.1.2. Yaşlılık Dönemi Psikososyal Değişiklikler**

Yaşlılık dönemi fizyolojik değişimlerle birlikte yaşlı bireyler psikolojik ve sosyal olarak da birçok strese maruz kalabilmektedir. Bu durum bireyin yaşantısını önemli ölçüde etkilemektedir (61). Yaşlı bireylerin yaşam doyumu ve psikolojik sağlamlılığının yüksek olması sağlıklı olma, sosyal ilişkilerin güçlü olması, sosyal destek sisteminin varlığı, gelir düzeyinin yüksek olması ve yaşamdan anlam bulma arayışı içinde olması gibi değişkenler ile ilişkilendirilmektedir (62). Buna karşı kronik hastalıkların varlığı, bilişsel fonksiyonda azalma ve öğrenme güçlüğü, günlük yaşam ve öz bakımla ilgili aktivitelerde bir başkasına bağımlı olma, menopoza/andropoz, eş ve yakınların kaybı, emeklilik, statü kaybı, yeni durum ve değişen hayat şartlarına uyum sağlayamama, sosyal izolasyon, yaşlı bakım evi veya huzurevinde kalma, düşük gelir düzeyine sahip olma sonucunda özgüvende azalma ve buna bağlı olarak kendisini değersiz hissetme gibi birçok psikososyal sorunlarla karşılaşabilmektedir (61-63).

Bu psikososyal sorunlar hem yaşlı bireyler için hem de ailesi için stres kaynağı olmakta ve yaşlı bireylerin psikolojik sıkıntıları yaşamalarına zemin hazırlamaktadır. Yaşlı bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, uyku bozuklukları, bellek ve bilgiyi işleme süreçlerinde yavaşlama,

algılama kusurları ve oryantasyon bozukluğuna neden olan nörolojik değişikliklerin eşlik ettiği demans sık görülmektedir (62, 64).

## **2.2. DEMANS**

### **2.2.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi**

Günlük yaşamda bunama olarak bilinen “demans” Latince bir sözcüktür ve “Zihnin yitilmesi.” anlamına gelmektedir (65). İlk defa Celsus tarafından MS 1. yüzyılda kullanılan bu terim XVIII. yüzyıl da “delilik”, XIX. yüzyıl sonuna kadar “Kronik beyin hasarı nedeniyle geri dönüşü olmayan akıl bozukluğu.” olarak tanımlanmıştır (66).

Demans bireyin günlük yaşamını olumsuz etkileyen, bellek, öğrenme, dil yetileri, dikkat ve hesap yapma, yönelim ve oryantasyon, sosyal ve mesleki işlevsellik gibi alanlarda ilerleyici yıkıma neden olan toplumsal yaşama uyumunu zorlaştıran klinik olarak farklı şekillerde ortaya çıkan nörobilişsel bir sendromdur (35).

Günümüzde dünya genelinde yaklaşık 55 milyon yaşlı bireyin demans tanısına sahip olduğu (10) ve bu sayının 2050 yılında 139 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Dünya çapında her yıl 10 milyon kişiye yeni demans tanısı konulmakta ve bu sayının her üç saniyede bir artış gösterdiği düşünülmektedir. Demans, bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı ortaya çıkan engelli yaşam yıllarının %11.9’ undan sorumludur (67, 68). Altmış yaş ve üzeri bireylerde demans görülme sıklığı yaklaşık %5-8’ dir (10).

Demanslı kişilerin yaklaşık %60’ ı şu anda düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamakta ve yeni vakaların çoğunun (%71) bu ülkelerde görülmesi beklenmektedir (68). Demansın tahmini toplam küresel toplumsal maliyeti 2019 yılında 1.3 trilyon dolarken hem demansla yaşayan insan sayısı hem de bakım maliyetleri arttıkça bu oranın 2030 yılına kadar 2,8 trilyon doları geçmesi tahmin edilmektedir (10).

Türkiye’de 2019 yılında yaklaşık 800 bin demanslı bireyin olduğu ve bu sayının 2050 yılında 3 milyona ulaşacağı beklenmektedir (12). Dünya da yaşlı insanlar arasında engelliliğin ve bağımlılığın başlıca nedeni olan demans, Alzheimer hastalığı ve diğer bunama türleri olarak tüm hastalıklar arasında yedinci önde gelen ölüm nedeni olarak bilinmektedir (10). Türkiye de ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine

göre Alzheimer hastalığı nedeniyle yaşamını kaybeden yaşlı bireylerin sayısı 2015'te 12 bin 59 iken 2019'da bu oran 13 bin 498'e yükselmiştir (4).

### 2.2.2. Tanı kriterleri

Normal yaşlanma sürecine özgü bilişsel kayıp ile demansa bağlı bilişsel bozukluklar arasındaki sınırı belirlemek için Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) Ruhsal bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) sınıflama sistemi kullanılmaktadır. DSM-V' e göre nörobilişsel bozukluk, 'bir ya da birden çok bilişsel alanda (bellek ve öğrenme, karmaşık dikkat, yürütücü işlevler, dil, algılasal-motor işlevler, sosyal biliş) belirgin bir gerilemenin olması ve bu gerilemeden dolayı bireyin kendi başına bağımsız davranışlarını güçleştiren, faturaları ödeme, ilaçları doğru kullanma gibi günlük aktivitelerde yardıma ihtiyaç duyulması ile karakterize bir ruhsal rahatsızlık' olarak tanımlanmaktadır. Demans DSM-V' te Yeğın ve Ağır olmayan Nörobilişsel Bozukluklar başlığı ile yer almaktadır (69). Yeğın nörobilişsel bozukluk; çok sayıda bilişsel alanı etkileyen ve hekimler tarafından gözlenen bilişsel kusurların sosyal ve mesleki alanda kişinin yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürmesini engelleyecek şiddette olması ile karakterize bir bozukluktur. İlerleyici ya da durağan olabilmektedir. Ağır olmayan nörobilişsel bozukluklar ise demans tanısını karşılamayan, günlük yaşam aktivitelerinin korunduğı ve başka bir ruhsal hastalığa bağılı olmayan bir bozukluktur (35).

Hem yeğın hem ağır olmayan nörobilişsel bozukluklar; için sürekli dikkat ya da bölünmüş seçici dikkat görülür. Öğrenme ve bellekte zayıflama ve gerilemeler mevcuttur. Günlük yaşam aktiviteleri bozukluğun derecesine göre ilaçları doğru kullanma, planlama ve uygulamada yardıma gereksinim ve hafıza kayıpları görülür. İlk olarak zaman daha sonra yer ve kişi oryantasyon sorunları gelişir. Bellekteki boşlukları dolduran konfabulasyonlar mevcuttur. Dil ve işlevleri yerine getirmede doğru kelimeyi bulmada zorluklar (afazi), amnezi, motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor becerisizlik (apraksi) ve buna bağılı sosyal becerilerde bozulmalar görülür. Huzursuzluk, ajitasyon, sözel agresyon, dürtüsel cinsel davranışlar ve kişilik değişimi nörobilişsel bozukluk derecesinin arttığını gösteren davranış sorunları olarak bilinmektedir (70).

### 2.2.3. Etiyolojisi

Son yıllarda demansın etiyolojisine yönelik çalışmalar hızlanmakta ancak nedenleri henüz tam olarak bilinmemektedir. Hafif bilişsel bozulmalar ve demans biyolojik, genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinin bilinmeyen kombinasyonlarından kaynaklanan süreçlerin sonunda ortaya çıkmaktadır. Merkezi sinir sistemi ile sistemik birçok durum ve hastalık oluş nedenleri arasında yer almaktadır (65).

Nörobilişsel bozukluklardan demansın nedeni dejeneratif ve nondejeneratif olarak sınıflandırılmaktadır. Dejeneratif demanslardan Alzheimer, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı ve Lewy cisimciği tipi demanslar herhangi bir organik hastalıkla direkt ilişkili olmayıp kalıtsal nedenler daha belirginken nondejeneratif demansta AIDS, kronik menenjit gibi enfeksiyonlar, zehirlenmeler, B12, folat, tiyamin gibi vitamin eksiklikleri, böbrek, karaciğer, akciğer yetmezliği ve serebral travma gibi başka hastalıklar sonucu geliştiği için genetik nedenler daha zayıftır (35, 71).

Neden ne olursa olsun semptomlar sonucu beyin hücrelerinde hasar meydana gelmektedir. Demansın ilerleme şekli etkilenen beyin alanına bağlı olarak değişiklik göstermekte, bazılarında iyileşme olsada çoğu süregelen ve ilerleyicidir. İleri yaş, sağlıksız beslenme ve obezite, egzersiz eksikliği, aşırı alkol kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışları, tedavi edilmeyen hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklar ve olumsuz psikososyal faktörler demans riskini arttıran en önemli faktörlerdir (65). Demansın en sık nedeni Alzheimer iken, ikinci en sık neden vasküler demans' tir (68).

### 2.2.4. Sınıflaması

#### 2.2.4.1. Alzheimer Tipi Demans

Alzheimer hastalığı (AD), bilişsel bozukluk ve fonksiyonel düşüş ile karakterize yaşa bağlı ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır. Demans sendromlarının en yaygın nedeni olan AD bireyleri ve toplumu büyük ölçüde etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Tüm demans vakalarının yaklaşık %50-%75'ini oluşturmaktadır. Hastalığın insidans ve prevalansı yaş ile artmakta 65 yaşında nüfus yaygınlığı %5-8 iken 75 yaşında bu oran %20, 85 yaş üzerinde %50'lere ulaşmaktadır. Kadınlarda

yaşam süresinin uzun olması ve düşük sosyokültürel faktörler ile ilişkili olarak erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (35, 72).

İleri yaş ve kadın cinsiyeti önemli risk faktörleri olmakla birlikte aile öyküsü, apolipoprotein Epsilon-4 (APO-E4) taşıyıcılığı, amiloid prekürsor protein (APP), presenilin-1(PSEN-1) ve presenilin-2 (PSEN-2) genlerinde mutasyon önemli risk faktörleridir. Sigara, alkol, yağlı diyet, yüksek kan basıncı, lipid metabolizma bozuklukları, kafa travması, serebrovasküler olay öyküsü, nörotoksik maddeler, depresyon öyküsü, diyabet, hipotiroidi ve kardiyovasküler hastalıklar diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (73-75). Sinsi bir başlangıç gösteren alzheimer yavaş ilerleyen bir bunama sürecidir. Hastalıktaki nörodejeneratif sorunların klinik belirti ve bulgulardan 20-30 yıl önce başladığı bilinmektedir. Alzheimer' in klinik belirti ve bulguları hastalığın evrelerine göre değişiklik gösterir. Hastalarda ilk olarak hipokampus ve medial temporal bölgelerde dejenerasyon başladığından bellek bozuklukları görülür. En az bir bilişsel alanda günlük aktiviteleri etkileyecek şekilde bozulma eşlik eder. Konuşurken kelimeleri hatırlamakta zorluk yaşarlar. Erken evrede unutkanlığın yanında depresyon, apati, davranış bozuklukları, uyku ve iştah değişiklikleri gibi belirtileri mevcuttur. Günlük yaşam aktiviteleriyle birlikte yemek yapma ve fatura ödeme gibi enstrümental yaşam aktiviteleri de giderek bozulmaya başlar. Karmaşık dikkat bozulur basit hesaplamalarda zorlanırlar. Soyut düşünme yeteneğinde bozulmalar görülür. Bu evrede kişilik değişiklikleri başlayabilir. Erken evrede yapılan mini-mental test sonucu 20-24 arası puan aralığında olmaktadır. Bu evre ortalama 2-3 yıl sürmektedir (65, 72, 75). Orta evrede bellekteki bozulma daha belirgin hale gelir. Kaydetme ve hatırlamada bozulma şiddetlidir. Ayrıca agresyon, ajitasyon, halüsinasyon ve illüzyon gibi algı bozuklukları, yönelim ve oryantasyon bozuklukları, paranoid düşünceler ve apraksi kliniğe eşlik eder. Bu evrede içgörü genellikle kaybedilir. Kişilikte ağır yıkım belirtileri görülebilmektedir. Hastalar özbakımı için yardıma ihtiyaç duymakta, uyku ve uyanıklık döngüsünde sorunlar yaşamaktadırlar (65, 75). İleri evrede hasta artık bakım verene tam bağımlı hale gelir. Bellek ve diğer bilişsel işlevlerde ileri derecede yıkım olur. Dil becerilerini kaybeder (afazi) ve iletişim bozulur. İdrar ve gaita inkontinansı mevcuttur. Ajitasyon, sürekli amaçsız gezinme ve konfüzyon görülebilir. Çoğu hastada epileptik nöbetler başlar ve çok ileri olgularda hasta birey yatağa bağımlı hale gelir. Mini-mental test puanı

ortalama 10 ve daha düşük seyreder. Alzheimer hastalarında en sık ölüm nedeni pnömoni, miyokard enfarktüsü ve sepsisidir (65, 72, 75).

Alzheimer da temel ilke klinik değerlendirmedir. Özellikle hasta ve yakını ile yapılan klinik görüşmelerde bilişsel ve odaklanmış fizik muayene önemlidir (72,75).

Henüz kesin bir tedavisi bulunmamakla birlikte semptomatik tedaviler ile hastalığın seyri yavaşlatılabilir ve bazı belirtilerin şiddeti azaltılabilmektedir. Bilişsel işlevlerdeki bozukluk ve hastanın nörobilişsel belirtilerine yönelik ilaç tedavisi ve psikosoyal yaklaşımlar birlikte uygulanmaktadır (35, 75).

#### **2.2.4.2. Vasküler Demans**

Vasküler demans (VD), ikinci en yaygın demans türü olarak kabul edilmektedir. Ani başlangıçlı bellek bozukluğu ve diğer bilişsel fonksiyonlarda kademeli azalma ile karakterize tedavi edilebilen nörobilişsel bir bozukluktur. Serebrovasküler bozukluklar sonucu serebral kan akımının azalması, arterioskleroz, laküner enfarktlar, kortikal ve subkortikal mikro enfarktlar, miyelin kaybı ve aksonal anormallikleri içeren yaygın beyaz cevher değişiklikleri görülmektedir. Tüm demansların yaklaşık %17-20'sini oluşturur. Kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görülen vasküler demans için risk faktörleri ileri yaş, kontrol altına alınamayan hipertansiyon, hiperkolesterolemi, ateroskleroz, diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, depresyon, sigara, alkol, düşük fiziksel aktivite, obezite ve genetik yatkınlık olarak bilinmektedir (75, 76, 77).

#### **2.2.4.3. Frontotemporal Demanslar**

Frontotemporal demans temel olarak frontal ve temporal lobların ilerleyici dejenerasyonuna bağlı nöron kaybı ve gliyozis ile kendini gösteren nörobilişsel bozukluktur. Genellikle 65 yaş öncesi dönemde başlar ve 45-65 yaş arası en sık görülen nörodejeneratif bozukluk olarak bilinir. Davranışsal semptomların baskınlığı ile karakterizedir (78). Frontotemporal demansın klinik olarak davranışsal ve primer progresif afazi şeklinde iki alt tipi mevcuttur. Davranışsal varyant; apati, sosyal izolasyon, toplum tarafından kabul görmeyen davranışlar olarak bilinen disinhibisyon gibi kişilik ve davranış değişiklikleri karakterizedir. Primer progresif afazi ise akıcı olmayan dil ve semantik varyant gibi dil ile ilgili problemlerin

görüldüğü, kelime bulmakta zorluk ve kelimelerin anlamını unutma ile karakterize, konuşma, yazma ve anlamada problemlerin olduğu varyant tipidir. Ayrıca inkontinans, tremor, rijidite, kişisel hijyen ve bakımda bozulma gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir. Genetik, frontotemporal demans için önemli bir risk faktörüdür. Hastaların yaklaşık %40' ında aile öyküsü görülür. Frontotemporal demansın kesin bir tedavisi olmayıp farmakolojik tedavi semptomatik olarak uygulanmaktadır (78, 79).

#### **2.2.4.4. Lewy Cisimcikli Demans**

Lewy cisimcikli demans, ilerleyici hafıza kaybı, görsel halüsinasyonlar, parkinsonizm, REM uyku bozukluğu ve dikkat dalgalanmaları dahil çeşitli bilişsel, davranışsal ve nörolojik semptomları içeren karmaşık dejeneratif bir bozukluktur. Sinsi başlangıç gösteren genellikle 60 ve 70'li yaşlarda ortaya çıkan, erkeklerde daha fazla görülen bir hastalıktır. Her hastada değişen kombinasyonlarda ve şiddet seviyelerinde ortaya çıkması nedeniyle teşhis ve tedavisi zordur. Erken dönemde bilişsel durumda dalgalanmalar (dikkat, görsel-uzamsal ve yürütücü işlevlerdeki dalgalanmalar) ileri evrede bellek kaybı afazi, aparaksi ve agnozi gibi belirtiler görülmektedir. Ayrıca erken dönemde görsel halüsinasyonlar, paranoid sanrılar ve depresyon sık görülmektedir (75, 80, 81). Lewy cisimcikli demansı tedavi eden ya da belirtileri yavaşlatan herhangi bir tedavi yoktur. Klinik belirtilere göre semptomatik tedavi uygulanmaktadır. Bilişsel ve psikiyatrik semptomlara kolinerjik, antidepresan ve stimulanlar fayda sağlamaktadır (35, 80, 81).

#### **2.2.5. Demansta Tedavi Yaklaşımları**

Demans hastalığında bilişsel işlevin ilerleyici olması ve bireylerin yaşamlarında bağımlı hale gelmelerine neden olan en önemli faktör bireylerin bütüncül iyilik halini sağlayacak kesin bir sağaltım sürecinin olmamasıdır (82, 83).

Tedavi sürecinde bilişsel, davranışsal, psikolojik ve fizyolojik semptomların geçici olarak kontrol altına alınması hedeflenmektedir. Bunun için önerilen ilaçlar farklı demans türlerinde değişiklik gösterebilmekte ve hastalık sürecini yavaşlatan, bireylerin uyumunu kolaylaştıran ilaçlar olduğu bilinmektedir. Demansı olan

bireylerde farmakolojik ve non farmakolojik tedavi yaklaşımları tek başına ya da birlikte kullanılabilir (35, 36).

#### **2.2.5.1. Demansta Farmakolojik Tedaviler**

Demans hastalığında kolinerjik nöronlarda meydana gelen yıkımlar bilişsel işlev fonksiyonlarında azalmaya neden olmaktadır. Asetil-kolinesteraz inhibitörleri olan tacrine, donezepil, rivastigmin ve galantamin Alzheimer tedavisinde kullanılan ilk ilaçlar olup anımsama, düşünme, yargılama becerilerinde önemli bir nörotransmitter olan asetilkolinin yıkılmasını engeller ya da miktarını arttırarak etki ederler. Erken ve orta evre Alzheimer hastalarında standart tedavi yöntemi olarak kullanılan bu ilaçların etkisi orta derecelidir ve Amerikan Nöroloji Akademisi tarafından kullanımı önerilmektedir. Orta ve ileri evre de asetil-kolinesteraz inhibitörlerine ek olarak ya da ileri evrede tek başına beyinde artmış olan glutamati azaltmak için N-metil-D-aspartat reseptör antagonisti olan memantin yaygın olarak kullanılmaktadır. Çeşitli yan etkileri bulunan bu ilaçların kardiyak aritmi, ağır astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda kullanılmasının riskli olduğu belirtilmiştir (72). Diğer demans türlerinde ilaç tedavisi yaklaşımı konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır. Ancak vasküler demans olgularında kolinesteraz ve memantin kullanımının yararına dair az da olsa kanıt vardır. Vasküler demansda risk faktörleri ve etiyojiye göre (hipertansiyon, hiperglisemi, koroner arter hastalığı gibi) ilaç tedavisi düzenlenmeli, olumlu sağlık davranışları olan sigara ve alkol kullanmama, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren yaşam tarzı değişiklikleri hastalığı önlemede yardımcı olmaktadır (35, 77). Lewy cisimcikli demans tedavisinde ABD ve AB'de resmi olarak onaylanmış herhangi bir ilaç bulunmamakla birlikte, Japonya ve Filipinler'de asetil-kolinesteraz inhibitörü olan donepezil'in kullanımı onaylanmıştır. Memantin klinik genel değişim izlenimini iyileştirmekle sınırlıdır. Parkinsonizm belirtileri tedavisinde düşük doz levodopaya ek olarak zonisamid kullanmanın yararlı olduğu bildirilmiştir. Ajitasyonunu yönetmede düşük doz divalproeks veya ketiapin, REM uyku davranış bozukluğu için klonazepam'ın etkili olduğu kabul edilmektedir. Bu hastaların motor yan etkiler nedeniyle antipsikotik ilaçlara ciddi ve ölümcül cevaplar verdiğiye yönelik kanıtlar bulunmaktadır ve düşük doz kullanımı önerilmektedir (81). Frontotemporal demansın özgül bir tedavisi olmayıp semptomatik olarak uygulanır. Kolinesteraz inhibitörleri davranışsal belirtilerde alevlenme nedeniyle

önerilmemektedir. Duygudurum ve davranış bozuklukları için antiepileptikler, atipik antipsikotikler ve Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) önerilmektedir (75).

Demansa psikolojik ve davranışsal belirtileri azaltmak için sıklıkla psikotrop ilaçlar gerekli olmaktadır. Ancak atipik antipsikotiklerin ciddi yan etkileri ve demansı olan bireylerde mortaliteyi arttırdığı yönündeki kanıtlar bu ilaçların diğer girişimlerin yetersiz kaldığı durumlarda ve yakın izlem altında kullanılması önerilmektedir. Demansa depresyon tedavisinde sıklıkla Serotonin Geri Alım İnhibitörleri tercih edilmekte olup davranışsal ve psikolojik belirtilerin tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar benzodiazepinler, antiepileptikler, anksiyolitiklerdir (81, 84).

#### **2.2.5.2. Demansa Non-Farmakolojik Tedaviler**

Farmakolojik olmayan yaklaşımlar, bilişsel fonksiyonlarda azalma ile karakterize bireylerde ajitasyon, anksiyete, depresyon, apati ve uyku bozuklukları gibi yaşam boyu %90 gelişme riski olan nörobilişsel semptomlara olumlu etkileri nedeniyle demans hastalığında sıklıkla kullanılmaktadır (85). Şu anda hastalığı "iyileştirecek" ilaç tedavisinin sınırlı etkinliği ve insan beyninin plastisitesi, demans hastalarında daha az yan etkiye sahip güvenli bir tedavi seçeneği olduğuna inanılan farmakolojik olmayan yaklaşımlara artan ilgiyi açıklayan en önemli iki nedendir (86).

Farmakolojik olmayan yaklaşımların amacı, bireyin bilişsel fonksiyonlarını iyileştirmek veya en azından sürdürmek, kişinin olağan günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini sağlamak ve genellikle bellek bozukluğuna eşik eden (örn. depresyon, gezinme, uyku, ajitasyon veya saldırganlık) davranışsal semptomları hafifletmektir (87).

Bu yaklaşımlar genellikle; parlak ışık terapisi, akupunktur, aromaterapi, masaj ve dokunma, sanat terapisi, iş terapisi, aktivite terapisi, çoklu duyuşsal terapi gibi duyuşsal stimülasyon girişimleri; davranışçı teknikler, egzersiz; hayvan destekli terapi ve evde uyum terapisi (86, 88); anımsama terapisi, geçerlileştirme terapisi, bilişsel tutma terapisi, gerçeğe oryante etme, doğrulama terapisi ve bilişsel stimülasyon terapisi gibi biliş/duygu/uyarım odaklı girişimler olarak bilinmektedir (36).

## **I.Davranışsal Müdahaleler;**

Geleneksel olarak davranışsal müdahaleler zorlayıcı davranışları bastırmayı veya ortadan kaldırmayı amaçlayan stratejiler kullanan öğrenme kuralı ilkeleri ve özellikle edimsel ve klasik koşullanmaya dayanmaktadır. Davranışsal müdahaleler tetikleyiciler, davranışlar ve güçlendiriciler (A-Antecedent-Dışsal Uyarıcılar, B-Behavior-Davranış, C-Consequences-Sonuç) olarak tanımlanır ve bunlar arasındaki ilişkinin açıklandığı ayrıntılı bir değerlendirme gerektirir (89, 90). Soruna neden olan dışsal uyarıcı kaynaklı davranışın sıklığını arttırmak veya azaltmak için kullanılan yöntemler ile sonuçları belirlemek hedeflenmektedir. Hedef basit ve somuttur: uyumsuz alışkanlıkları ve tutumları söndürür ve yerine; anksiyete yaratmayan davranış örüntüleri ile davranış modifikasyonu gerçekleştirilir (36, 91). Demansı olan bireylerde etkinliği az sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Gezinme, idrarını tutamama ve diğer stereotipik davranış biçimlerinde başarılı azalmalara dair kanıtlar vardır (89). Birçok demans popülasyonunda depresyon, anksiyete, kompülsiyonlar, ajitasyon ve saldırganlık gibi davranışsal sorunları azaltmada etkili olduğu görülmektedir (90, 92, 93).

## **II. Duygu Odaklı Müdahaleler;**

### **Anımsama Terapisi (Reminiscence Therapy);**

Anımsama, Burnside ve Haight (1992) göre “kişiler tarafından hatırlanabilir olan uzun bir süre unutulmuş deneyimleri ve olayları hatırlama süreci olarak” tanımlanmıştır (94). Yaşlı yetişkinlerin yaşam olaylarını hatırlamalarında onlara yardımcı olan ve yaşamları hakkında konuşurken bir bütün olarak nasıl bir birey olduklarını anlamalarına olanak sağlayan yararlı bir girişimdir (95, 96).

Anımsama terapisi, geçmiş deneyimlere bağlı olarak yaşayan yaşlı bireylere yardım etmek, sosyalleşmeyi artırmak, kayıp duygusunu azaltmak, yaşlıların şuan ki yaşama uyum sağlamalarına ve gelişim dönemine özgü karşılaştığı zorluklarla başedebilmelerine yardım etmeyi amaçlamaktadır (96).

Demans hastaları ve primer bakım vericilerin dahil edildiği gruplar ile yapılan anımsama terapisi, terapi boyunca geçmiş başarı ve başarısızlıkların anımsandığı ve değerlendirildiği bir terapidir. Özellikle olumlu geçmiş yaşam deneyimleri üzerine odaklanılmaktadır. Böylece yaşlı bireyler yaşamlarının anlamlı ve yararlı olduğunu

hissetmeye başlarlar (97). Anımsama terapisi, demansı olan bireylerin bakımında kullanılan en yaygın psikososyal girişimlerden biridir. Literatür incelendiğinde Alzheimer ve diğer demans hastalarında anımsama terapisinin biliş, depresyon, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi, apati, ajitasyon gibi davranışsal ve psikolojik belirtiler üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (98, 99).

### **Geçerlileştirme Terapisi (Validation Therapy)**

Demanslı bireylere uygulanan psikososyal girişimlerden bir diğeri de geçerlileştirme/doğrulama terapisi. Carl Rogers'ın hümanistik psikolojisine dayanan geçerlileştirme terapisi, demansla yaşayan bireyin gerçekliğini kabul etmesine, doğrulamasına odaklanır (36, 100). Bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireyler için ilk kez 1963'te Naomi Feil tarafından geliştirilen geçerlileştirme terapisi birey merkezli bir yaklaşımdır. Demansı olan bireye yaklaşım stilinin nasıl olması gerektiğini açıklayan bir terapi yöntemidir (101). Bireyin sözlerinin veya ifadelerinin duygusal içeriğine empati yapılarak olumsuz duyguları hafifletmek ve olumlu duyguları arttırmak hedeflenir (100).

Demanslı bireylerde; stresi, anksiyete ve yalnızlığı önleyen, fiziksel iyi oluşu sağlayarak yaşam kalitesini, bilişsel durumu ve günlük yaşam aktiviteleri artıran, depresyon düzeyinde ise azalmalara olanak sağlayan etkili ve pratik bir psikososyal müdahale olduğu vurgulanmıştır (36, 102, 103).

### **III. Biliş Odaklı Müdahaleler;**

#### **Gerçeklik Yönelimi (Reality Orientation)**

Gerçeklik yönelimi, demansı olan bireylerin bakımında bilişsel fonksiyonu artırıcı en yaygın kullanılan psikososyal müdahalelerden biridir. Demansı olan yaşlı bireylerde çevreyi daha iyi anlama ve kontrol duygusunu geliştirmek için zaman, yer ve kişi oryantasyonunun tekrarlı ve anlamlı bir şekilde uyarılması olarak bilinen gerçeklik yönelim terapisi, bilişsel işlevleri, yıkıcı davranışları ve duygusal sağlığı iyileştirmek için büyük bir potansiyele sahiptir (89, 104).

Literatür de gerçeklik yönelim terapisi ile demanslı bireylerin davranışsal belirtilerini azalttığı, bilişsel yönden güçlendiği ve bilişsel iyileşmeyi sağladığına yönelik kanıtlar oldukça yüksektir (105, 106).

## **Bilişsel Akılda Tutma Terapisi (Cognitive Retention Therapy)**

Alzheimer ve diğer demans türlerinin neden olduğu bellek kaybı durumlarına özgü tasarlanmış Ashby Hafıza Yöntemi olarak bilinen Bilişsel Akılda Tutma Terapisinin kurucusu Dr. Mira Ashby'dir (107).

Alzheimer semptomlarının ilerlemesini yavaşlatmak için bilişsel egzersizleri içeren yapılandırılmış, destekleyici ve uyarıcı terapötik programdır. Amaç; günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal işlevselliği artırmak, anıları canlandırmak ve pekiştirmek, benlik saygısını yükseltmektir. Uygulanması kolay ve invaziv olmayan bir girişim olması, kısa sürede terapiye başlanabilmesi, endişe edilecek yan etkilerinin olmaması, farmakolojik tedavi alamayan veya almayan demanslı bireyler için farmakolojik tedaviye eş değer faydalar sağlaması programın etkili olduğunun kanıtı olarak bilinmektedir. Farmakolojik tedavi ile uygulandığında tedavide daha iyi sonuçların alındığı belirtilmiştir (36, 107).

## **IV: Uyarım Odaklı Müdahaleler;**

### **Bilişsel Uyarım Terapisi**

BİUT-Cognitive Stimulation Therapy (CST) uyarım odaklı tedaviler arasında en güncel ve yaygın olan, Birleşik Krallıkta Aimee Spector ve ark. (2003) tarafından "Cochrane review of Reality Orientation" veri tabanındaki teori ve kanıt temelinde geliştirilen bir modeldir (108). Sosyal etkileşimin fazla olması nedeniyle diğer farmakolojik olmayan müdahalelerden daha etkili olduğu bilinen BİUT hafif ile orta derecede demansı olan bireyler için geliştirilen kanıta dayalı bir tedavi yöntemidir (109). Genel bir terim olan demans yaşlılarda en sık görülen nörobilişsel bozukluklardandır. Birçok bilişsel defekt olmasına rağmen bilinçte bozulmanın olmadığı ilerleyici bir sendromdur. Genellikle bellek, yönelim, algılama, öğrenme, problem çözme, dikkati yoğunlaştırma, konuşma, yargılama gibi bilişsel işlevlerde bozulmalar görülmektedir. Bu nedenle bireylerin günlük yaşamlarını daha kaliteli sürdürebilmeleri ve yaşam doyumuna ulaşabilmeleri için bilişsel yönden güçlendirilmesi gerekmektedir (36). Birleşik Krallık demansı olan bireylerde biliş, bağımsızlık ve esenliği teşvik etmek için Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health & Clinical Excellence) 2006 ve 2018 yönergelerinde BİUT önermektedir. Bilişsel uyarım terapisi bilişsel belirtiler ve işlevin sürdürülmesi için önerilen tek ilaç dışı müdahaledir. Küresel düzeyde, BİUT'

un 2011 yılında Uluslararası Alzheimer Organizasyonu tarafından hazırlanan Dünya Alzheimer Raporu'nda tüm dünyadaki demans hastalarına rutin olarak sunulması önerilmektedir ve bu durum Alzheimer Birliği tarafından desteklenmektedir (110, 111).

Uluslararası iş birliği kapsamında 2015 yılında BİUT 'un farklı dil ve kültürlerle uyarlanması, bilgi paylaşımı ve düzenli eğitim ve konferansların takibini gerçekleştirmek için University College London'da (UCL) International Cognitive Stimulation Therapy Centre platformu kurulmuştur. Şu an da Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Brezilya, Kanada, Şili, Çin, Almanya, Yunanistan, İtalya, Güney Afrika, Hollanda ve Türkiye gibi en az 36 ülkede BİUT' un uyarlanmasını ve uygulanmasını takip etmektedir. BİUT demanslı bireylere verilen hizmetler arasında önemli bir yer tutmaktadır (112, 113).

Demans hastalarına en uygun öğrenme ortamı sağlayarak bilişsel yönden uyarılmalarına olanak sağlayan birey temelli bir yaklaşımdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde "Zamanımız: Demanslı kişilere bilişsel stimülasyon sunmak için kanıta dayalı bir grup programı-grup liderleri için el kitabı" (Our time: an evidence based group program to offer cognitive stimulation to people with dementia – manual for group leaders') ilk yayınlanan kılavuzdur (114). İngiltere'de Hawker Publications aracılığıyla yaklaşık 20 yıldan bugüne kadar yayınlanan 'Making a Difference', 'Making a Difference 2' ve 'Making a difference 3' BİUT kılavuzu yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (39, 113).

BİUT temel olarak fiziksel oyunlar, sesler, yüzler, güncel oyunlar, sözcük çağırımı, yaratıcılık, oryantasyon ve para kullanımı gibi 14 tema ve aktiviteden oluşan ve haftada iki defa toplam 7 hafta boyunca uygulanan bir müdahaledir. Seans süreleri 30dk-1 saat arasında değişmektedir. Ortalama 45 dk sürmektedir. Demansın benzer aşamalarında ideal olarak beş ile sekiz kişilik bir gruba uygulanan model bireysel olarak da uygulanabilmektedir. Demanslı bireylerin bilişsel ve sosyal fonksiyonlarını geliştirmeyi amaçlayan müdahale, yönlendirmeye yardımcı olarak yürütme işlevi, çoklu duyuşsal uyarım ve anımsamayı içeren çeşitli bilişsel görevler yoluyla gerçekleştirilir (37, 39).

BiUT demansı olan yaşlı bireylere hastane, huzurevi, gündüz bakım evi gibi yaşadıkları ortamlarda terapinin eğitimini alarak ve uygulama kılavuzunu takip

ederek psikologlar, iş-uğraşı terapistleri, hemşireler ve demans bakımında aktif rol alan diğer sağlık profesyonelleri tarafından uygulanabilmektedir (113, 115).

BİUT' un temel amacı demanslı bireylerin birçok etkinlik ve aktiviteler yardımıyla bilişsel yeteneklerinin uyarılması ve bilişsel düzeyin artırılmasıdır. İlaç tedavisine ek olarak kullanıldığında demansın evreler arası geçişini geciktirdiği ve demansı olan bireyin hastalık sürecine uyumunu kolaylaştırdığı belirtilmektedir (37, 113).

Literatür de demansı olan bireylerde BİUT' un birçok yararı olduğu görülmektedir. Hafif ile orta derece demansı olan bireylerde bilişsel işlevin iyileştirilmesi ve sürdürülmesi, baş etme ve uyum becerilerin gelişmesi, olumlu duygu durumu ve benlik saygısının artması, diğer bireyler ve bakım vericiler ile iletişim ve etkileşimin kolaylaşması, gelecek ve güvene ilişkin iyilik halinin artması, yaşam kalitesinin artması ve depresyon, apati düzeylerinin azalmasına yönelik kanıt temelli çalışmaların olduğu görülmektedir (37, 42, 116-119).

BİUT' un sadece demanslı bireylere değil, aynı zamanda demanslı bireylere formal ve informal bakım verenlere pozitif ve olumlu etkiler sağlayarak bireylerin bilişsel düzeyinin artmasına önemli katkılar sağladığı rapor edilmiştir (120).

Bu sonuçlara göre BİUT' un her ne kadar hafif ve orta düzeyde demans hastalarına olumlu etkileri dikkati çekse de özellikle profesyonel bakım verenler ve bakım yükü fazla olan aile bireyleri gibi herhangi bir nörobilişsel rahatsızlığı olmayan grupta da etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle demansı olan bireyin bakım gereksinimlerinin karşılanması açısından ulaşılması kolay, güncel, zaman, kaynak ve maliyet etkinliği sağlayabilecek bir yaklaşım olarak BİUT önemlidir. Bu bireyler ile çalışan ve özellikle demanslı bireylerin bakımında etkin rolü olan hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitimi olması gerekmektedir (36).

### **2.3. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ**

Günlük yaşam aktiviteleri terimi ilk kez Katz ve arkadaşları tarafından 1950 yılında kullanılmıştır. Sağlıklı ve hasta bireylerin günlük kişisel bakım faaliyetleri ve fiziksel işlevsellik düzeylerini ifade etmektedir (121). Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözülmesi hemşirelik bakımın temelini oluşturmaktadır (122). Günlük yaşam aktiviteleri iki şekilde kategorize edilir. Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA), kişisel hijyen ve

bakım, giyinme, tuvaletini yapma, hareket etme veya yürüme, yemek yeme dahil olmak üzere bireyin temel fiziksel ihtiyaçlarını yönetmesi için gereken becerilerdir. Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) ise toplum içinde bağımsız olarak yaşama becerisiyle ilgili daha üst düzey ve karmaşık aktiviteleri içerir. Bunlar mali durum ve ilaçları yönetme, yiyecek hazırlama, ev temizliği, çamaşır yıkama ve telefon kullanımı gibi faaliyetlerdir (123, 124). Yaşlanma ile bilişsel fonksiyon kapasitesinde azalmaya bağlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğinde sorunlar yaşanmaktadır. Bu durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, bakıcı yükünün artmasına, tükenmişliğe, sağlık kaynaklarının kullanımının artmasına sonuç olarak alternatif bakım veya huzurevine yerleştirme ihtiyacına neden olmaktadır (124-126).

### **2.3.1. Demansta Günlük Yaşam Aktiviteleri**

Günlük yaşam aktiviteleri çoğu sağlıklı bireyin kendi bakım ihtiyaçlarını yardım almadan gerçekleştirebileceği temel ve rutin görevlerdir. Demansı olan bireylerde bilişsel gerilemeye bağlı en sık karşılaşılan sorunlardan birisi günlük yaşam aktivitelerinde görülen beceri kaybıdır (125, 127). Günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonel düzeyi, bireyin bakım gereksinimlerini etkilediğinden demansın teşhisi için önemli bir kriterdir (123, 128). Mali durum ve ilaçları yönetme, yiyecek hazırlama, ev temizliği, çamaşır yıkama ve telefon kullanımı gibi Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivite (EGYA) beceri kaybı genellikle hafif bilişsel bozukluk ve erken evre demansta ortaya çıkarken; kişisel hijyen ve bakım, giyinme, tuvaletini yapma, hareket etme veya yürüme, yemek yeme gibi Temel Günlük Yaşam Aktivite (TGYA) beceri kaybı, demansın orta ve ileri evresinde görülmektedir (124). Ayrıca ilaçların yan etkileri, sosyal izolasyon veya hastanın ev ortamı gibi faktörlerde demanslı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğini etkilemektedir (123).

Amieva ve ark.'larının Alzheimer tanısı alan bireyler de bellek bozukluğunun bunamadan yaklaşık 12 yıl önce görülmeye başladığı, depresif semptomlardaki artışla birlikte bozukluğun tetiklendiği ve yaklaşık 2 yıl sonra günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmeye başladıkları belirtilmiştir (129).

Literatür de demansı olan bireylerin inisiyatif kullanma ve günlük yaşamlarının araçsal aktivitelerini gerçekleştirmelerinde farklı derecelerde bozulma olduğu, sosyal aktivitelere ilişkin bozulmaların özellikle iyilik hali ve esenlikle ilişkili olduğu ve günlük yaşam aktivite beceri kaybının düşük yaşam kalitesine neden olduğu görülmektedir (20, 130, 131).

## 2.4. DEPRESYON

Depresyon, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde işlevsel bozukluklar ile karakterize genellikle zevk ve keyif kapasitesini kaybetme ile ilişkili emosyonel, bilişsel ve davranışsal bir duygu durum bozukluğudur (35). Kronik, devamlı ve ilerleyici nitelikte olabileceği gibi bir duruma karşı reaksiyon olarak da görülebilmektedir (132).

"DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı" nda Majör Depresyon Tanı Ölçütleri yer almaktadır. En az iki hafta boyunca çökkün duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk almama en önemli iki belirtidir. Ayrıca toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsellik alanlarında önceki işlevsellik düzeyine göre belirgin düşüş olması gerekmektedir (69). Depresyonu olan bireyin yüzünde üzüntülü ifade ve donukluk, tedirginlik, şaşkınlık belirtileri yaygındır. İlişki ve iş birliği kurmakta güçlük çeken depresif bireylerde konuşma alçak sesli ve yavaştır. Değersizlik, küçüklük düşünceleri ve aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları intihar düşünce ve eylemlerini uyarır. Enerji düzeyinde azalma, bıkkınlık ve isteksizlik psikomotor etkinlikte azalmaya neden olur. Uyku bozukluğu ve cinsel isteksizlik belirtiler arasında yer alır (133, 134).

Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette yeti yitimi içinde geçen yaşam yılları arasında depresyon en çok yeti yitimine yol açan üçüncü hastalık olup 2030 yılında ilk sıraya yükselmesi beklenmektedir. Major depresyonun Türkiye'deki prevalansı %3.35' tir. Dünya da bu oran %2.49' dur (135). Yaşlılarda görülen ruhsal problemler arasında geriatrik depresyon ilk sıralarda yer almaktadır. Yaşlılık depresyonun toplumumuzdaki sıklığının %35 olduğu tahmin edilmektedir (136). Hu ve ark.'nın yaşlılık dönemi depresyon prevalansı meta analiz çalışmasında yaşlı bireylerde depresyonun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve %28.4 oranında görüldüğü belirtilmektedir (137). Bu oran huzur evi ve bakım evlerinde anlamlı artış

göstermektedir (138). Türkiye'de huzurevinde yaşamını sürdüren 65-74 yaş aralığındaki yaşlı bireylerde depresyon yaygınlığı %68.9 olarak bilinmektedir (139).

Yaşlı bireylerde yaygın olmakla birlikte eşlik eden akut ve kronik hastalıklar depresyonun teşhis ve tedavisini zorlaştırmaktadır. Özellikle tipik depresyon belirtilerinin yaşlanmanın doğal bir süreci olarak düşünülmesi geç tedavi edilmesine neden olmaktadır. Ancak erken teşhis ve tedavinin yaşlı bireylerde yaşam kalitesine, bağımsızlığa ve fonksiyonelliğe olumlu etkiler yaptığı bilinmektedir (24, 132).

Yaşlılık dönemi depresyonun birincil risk faktörleri arasında aile de depresyon, uyku bozuklukları, yeti yitimi, eş, çocuk gibi sevdiği birini kaybetme, olumsuz psikososyal yaşam olayları, huzurevi ya da bakımevinde kalma ve kötü fiziksel sağlık yer almaktadır. Başka psikiyatrik hastalık varlığı ya da daha önce depresyon atağı geçirmiş olma, kronik hastalıklar, bilişsel kapasitede azalma, stres ve yetersiz sosyal destek önemli predispozan faktörlerdir (35, 140). Depresyon ve fiziksel hastalık arasındaki ilişki iki yönlüdür. Kötü fiziksel sağlık depresyonun gidişini olumsuz yönde etkilerken depresyon belirti ve bulguları fiziksel hastalık riskini artırır ya da var olan fiziksel hastalığın gidişini kötüleştirebilir. Bu nedenle depresyon ve komorbid hastalık ilişkisi önemlidir. Serebrovasküler hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, Parkinson, Alzheimer ve Vasküler tipi demans depresyonun sıklıkla eşlik ettiği önemli kronik hastalıklardır (24, 140).

#### **2.4.1. Demans ve Depresyon İlişkisi**

Demans ve depresyon ileri yaşlarda en sık görülen psikiyatrik sendromlardır. Depresyon, bazen demansın öncü belirtisi olabilmekte bazen de demans ile karışabilmektedir. Yaşlılık depresyonu sıklıkla bilişsel bozulma ile ilişkilidir. Ancak demans, artan depresif semptom riski ile ilişkilendirilmiştir. Depresyonu olan yaşlı bireylerde belirgin bilişsel gerileme depresif psödodemans olarak bilinir ve demansı taklit ettiği ifade edilmektedir. Bununla birlikte, depresif belirtiler de yeni başlayan demansın ilk klinik belirtisi olabilir. Depresyon gibi davranışsal ve psikolojik semptomlar, demansı olan bireylerde oldukça yaygındır ve demansın değiştirilebilir risk faktörü olarak bilinmektedir (24, 141-143).

Depresyon hafif bilişsel bozukluk ve Alzheimer da apatiden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Literatür incelendiğinde hafif bilişsel bozuklukta depresyon prevalansı

%32 olarak bilinmekte ve hafif bilişsel bozukluktan demansa ilerlemenin bir göstergesi olarak görülmektedir. Alzheimer hastalarının %15-20' sinde majör depresyon görüldüğü, %30-50'sinde depresif semptomlar olduğu ayrıca depresyonun Alzheimer'ın erken belirtisi olabileceği belirtilmiştir. Hastane merkezli çalışmalarda demansı olan yaşlı bireylerin %44' ünün depresyon tanısı aldığı görülmektedir (23, 140).

Preci ve ark. (2022) demanslı yaşlı bireylerde depresyon prevalansını ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada depresyon özellikle bilişsel bozukluklar tarafından maskelendiği için genellikle yetersiz teşhis konulan demans popülasyonunda ciddi bir endişe kaynağı olarak bildirilmiştir. Demansı olan bireylerde yüksek depresyon prevalansı olduğu ve depresyon ile demansı olan yaşlı bireylerin cinsiyeti, yaşam tarzı ve yaşadığı yer arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (144).

Komorbiditelerin teşhis edilmeden kalması potansiyel olarak insanların yaşam kalitesini düşürmesi ve erken ölümlere yol açması riskini taşır. Bu nedenle sağlık personellerinde depresyon ve demans arasındaki etkileşimlere ilişkin bilgi sahibi olması yaşlılarda depresyonun zamanında önlenmesine, tanımlanmasına ve tedavisine katkıda bulunacaktır (142).

Demanslı yaşlı bireylerde depresyon tedavisinde farmakolojik olmayan ve farmakolojik stratejiler önemlidir ve işbirlikçi bir yaklaşım gerektirir. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin yaşlı bireylerde olumlu etkileri düşük olsa da demansta depresyon için birinci basamak farmakoterapidir (145). Ayrıca psikososyal müdahalelerin demansı olan kişilerde depresyon semptomlarını azalttığı belirtilmektedir. Tatmin edici bir uygulama için bireyin hafif ve orta derecede bilişsel bozukluğa sahip olmasını gerekmektedir. Bunlar arasında en sık anımsama terapisi, müzik terapi, bilişsel uyarım terapisi ve fiziksel aktivitenin demansı olan bireylerde depresyonu iyileştirdiği belirtilmektedir (142, 145).

## **2.5. YAŞAM DOYUMU**

Neugarten ve ark. tarafından 1961 yılında ilk kez tanımlanan yaşam doyumu, bireylerin yaşamdan ne istediği ve neye sahip olduğunun karşılaştırılması sonucu

elde edilen durum ya da sonuçtur. Yaşamdanda doyum alma bireylerin beklentileri, gereksinimleri, istek ve dilekleri sonucu gerçekleşir (30, 49, 146).

Yaşam doyumunu iyi oluş, erdem, bireylerin kendi yaşamlarına ilişkin yargıları, mutluluk ve ilişkilerinde olumlu duygunun olumsuz duyguya kıyasla fazla olması anlamına gelmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı açısından büyük öneme sahiptir. Bireylerin psikolojilerini, davranışlarını, sosyal ve kişilerarası ilişkilerini olumlu yönde etkileyen bir değişken olarak bilinmektedir (147). Yaşam doyumunu, genel olarak bireyin tüm yaşamını etkileyen ve yaşlılığa uyumu belirleyen önemli etmenlerinden biridir. Yaşlılarda yaşam doyumunun değerdendirilmesi önemlidir. Kaçınılmaz bir süreç olan yaşlılığa bireyler sosyal ve psikolojik olarak ne kadar iyi hazırlanırlarsa, uyum o kadar kolay olur, yaşlılıkla birlikte gelen fizyolojik ve psikolojik değışimleri, ihtiyaçları daha kolay karşılayabilirler (49).

Yaşlılarda yaşam doyumunu; kişilik özellikleri, yaşam koşullarındaki değışiklikler, kontrol odakları, sağlık durumu ve alışılmış baş etme yöntemleri gibi çeşitli faktörlerin birleşimine bağıdır. Yaşam doyumunu yüksek olan yaşlılardan yaşamdan anlam bulması ve geçmiş yaşam sorumluluğunu kabul etmesi, olumlu "ben" imgesine sahip olması, kendini değerli hissetmesi, yaşama karşı iyimser olması ve günlük yaşam aktivitelerden zevk alması beklenmektedir. Bu nedenle sağlıklı yaşlanma için yaşam doyumunu bütüncül olarak değerdendirilmeli ve yaşlılar fiziksel ve bilişsel süreçlerle birlikte takip edilmelidir (148).

### **2.5.1. Demans ve Yaşam Doyumu**

Demans yaşlı bireylerde en sık görülen ve yakın-uzak geçmişteki olaylarla ilgili bellek, isim belleğı, dikkat, yönelim, karar verebilme ve iletişim gibi bilişsel işlevsellik düzeylerinde kayıplara neden olan bir sendromdur. Demanslı bireylerin kendilerinden beklentilerinin azalması ya da hali hazırdaki işlevsellik düzeyine ilişkin içgörü eksikliği bireyin yaşamdan aldığı doyumunu etkilemektedir (26).

Tuncay ve Fertelli' nin (2018) yaşlılar da bilişsel işlevlerin yaşam doyumunu ile ilişkisini incelediğı çalışma da yaşlıların bilişsel özelliklerinde olumsuz değışimlerin yaşam doyumunu azalttığı belirtilmektedir. Bu durum yaşlı bireylerin bilişsel fonksiyonlarının önemini açıkça ortaya koymaktadır (18). Gotanda ve ark.'nın (2022) demansı olan ve olmayan bireylerde yaşam doyumunu değerdendirmek

amacıyla yaptıkları çalışmalarında, demansı olan bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki azalmanın düşük bilişsel işlev kaynaklı olması sonucu daha düşük yaşam doyumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (149). İngiltere de yapılan bir çalışmada sosyal destek eksikliği, yalnızlık, depresyon ve bilişsel işlevlerdeki azalmanın, demansı olan yaşlı bireylerde daha düşük bir yaşam doyumuna neden olduğu bildirilmiştir (150). Martyr ve ark. (2018) yaptıkları sistematik inceleme de yaşam doyumunu iyileştirmeye yönelik çabaların, demanslı bireylerin ilişkiler, sosyal katılımı ve günlük işleyişi destekleme, zayıf fiziksel ve zihinsel sağlığa bütüncül ve yüksek kaliteli bakım sağlayarak gerçekleştirebileceğini vurgulamıştır (151). Bu nedenle demansı olan bireylerin bilişsel yönden güçlendirilmelerinin birçok davranışsal ve psikolojik sorunu azaltması ve yaşam doyumunu yükseltmesi açısından önemlidir. Demans ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle yaşam doyumunda azalma süreklilik gösterir. Bireylerin anlamlı bir şekilde yaşama katılmaları ve bağımsızlıklarını korumaları için bilişsel uyarım sağlayan farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimlerin uygulanması desteklenmelidir (152).

## **2.6. DEMANSI OLAN BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI**

Demans tanısı almak hem birey hem de ailesi için travmatik bir süreçtir. Bu süreçte hemşirelik bakımı nedene özgü ve hastalık evresine bakılmaksızın birey merkezli olmalı ve demanslı birey kadar ailesini de öncelemelidir. (153, 154). Demansı olan bireylerde hemşirelik bakımının amacı; bireyin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi ve karşılanması, işlevsellik düzeyinin artırılması, birey ve ailenin mahremiyetinin korunmasıdır. Bakımın temel hedefleri ise birey merkezli yaklaşım ile bireylerin bütüncül sağlığını korumak ve geliştirmek, çevresel düzenlemeler ile güvenliğini sürdürmek, işlevselliğini sağlamak ve sürdürmek, fiziksel sağlık durumunu sürdürmek, bilişsel uyarılma ve sosyalizasyon için terapötik bir aktivite programına katılımını sağlamak, bakım veren bireyler ile iletişimini güçlendirmek, yapabildiği ölçüde bakım planına katılımını desteklemek, aileye destek olmak ve eğitmektir (155). Hemşirelerden bu hedeflere ulaşmak için demanslı birey ve ailesinin gereksinimlerini farketmeli ve kaliteli bakım vermeleri beklenmektedir (156).

Demansı olan bireylerin bütüncül bakım hedefleri, ayrıntılı sağlık ve hastalık öyküsü, fiziksel değerlendirme, bilişsel değerlendirme, ruhsal durum değerlendirmesi, çevre

ve bakım vericilerin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu değerlendirmede; hastanın geçmiş yaşam deneyimleri, hastalık öncesi kişilik özellikleri, fiziksel sağlık durumu, genel görünüm ve dışa vuran davranışları, bilinç, bellek, yönelim, algılama, dikkat yargılama ve soyut düşünme yeteneği, düşünce süreci ve içeriği gibi bilişsel yetileri, içgörüsü, benlik kavramı, duygulanımı, rol ve ilişkileri, özbakımı değerlendirilir (155-157). Bireylerin değerlendirilmesi sonucu çeşitli hemşirelik tanıları ile bakım ve girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi esastır. Çok çeşitli hemşirelik tanıları olmakla birlikte en sık anksiyete, çevredeki tehlikeleri algılama güçlüğüne bağlı; yaralanma riski, bilişsel süreçte bozulmaya bağlı; çevreyi algılamada bozulma, bireysel bakımı sürdürmede yetersizlik, sözel iletişimde bozulma, düşünce sürecinde bozulma, duyuşsal algısal bozukluk, uyku örüntüsünde bozulma, bellek bozukluğu, sosyal etkileşimde bozulma, rol performansında bozulma, beden gereksinimlerinden az beslenme, aktivite intoleransı, sıvı volüm eksikliği riski ve aile sürecinde bozulma görülmektedir (154, 158). Hemşirelik bakımında; etkileşimi başlatırken demanslı bireye ismi ile hitap etmek ve her etkileşimde sakın bir ses tonuyla basit, anlaşılır ifadeler kullanmak ve sık tekrar etmek önemlidir. Bir defada 5-6 kelimelik sözel ifadeler kullanılmalı ve bu ifadeler görsel ve dokunsal mesajlarla desteklenmelidir. Ayrıca hemşire hastanın anksiyetesini hafifletmek için sakın, içten, güven verici ve kabul edici olmalı gereksinimlerini karşılamak ve hayal kırıklığını azaltmak için duyguları anlamaya çalışmalıdır. Bilişsel yetilerin bozulmasına bağlı hastanın kendine zarar verme riski azaltılmalı bunun için hastanın odası iyi aydınlatılmalı, geceleri ışık söndürülmemelidir. Düşmelerden, kazalardan, travmalardan koruyacak güvenli bir ortam olmalıdır. Günlük aktivitelere ilişkin bir program oluşturulmalıdır. Başkalarına bağımlılığını arttıracak ya da kendi benlik saygılarını azaltacak olan durumlardan uzak kalmaları sağlanmalıdır. Bakımı sırasında ailenin yaşadığı sıkıntılar ele alınmalı, etkin baş etme öğretilmeli ve bakımın nasıl yapılacağına ilişkin bilgi verilmelidir (153).

Demansı olan bireylere bakım verirken hemşireler çoğunlukla bireye özgü fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerin “holistik” şekilde değerlendirildiği psikososyal modeli kullanmaktadırlar. Psikososyal bakım bireyin bilişsel, duyuşsal, psikoseksüel, sosyal, kültürel ve spiritüel gereksinimlerini tanılama ve karşılama sürecidir. Psikososyal bakım hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır ve temel

araç, terapötik iletişimdir (158). Ayrıca demansı olan bireyin bakımında hemşireler çeşitli model ve uygulama rehberleri kullanabilmektedir. Aşamalı Olarak Azaltılmış Stres Eşiği Modeli (PLST), demanslı hastaların bakımında strese neden olan davranışsal semptomları azaltmak ve güvenli, bilinen bir çevre oluşturmak için kullanılan bir modeldir. Gereksinim Odaklı Riskli Demans Davranışı Modeli davranışsal semptomları ve semptomların nedenlerini anlamaya dayanan bir modeldir. Davranışları bir iletişim şekli olarak tanımlar. Ajitasyonu Tanımlamak için Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri, demansı olan bireyin gereksinimlerini belirlemek, agresyon ve ajitasyon gibi olumsuz davranışların anlaşılması ve girişimlerin belirlenmesi için kullanılan bir modeldir (104, 159).

Yaşlı ruh sağlığı hizmeti veya yaşlı bakım hizmeti sunan özellikle demanslı bireylerin bakımında etkin olan alan uzmanı psikiyatri hemşireleri demansı olan bireylerin bakımında bilişsel fonksiyonları güçlendirmek, günlük yaşam aktivite düzeyini arttırmak, depresyonu azaltmak ve yaşam doyumu arttırmak için farmakolojik tedaviye ek çeşitli farmakolojik olmayan yöntemleri de sıklıkla kullanmaktadırlar. Bilişsel fonksiyonu artırıcı birçok psikososyal yöntem vardır. Bilişsel Uyarım Terapisi de bunlardan birisidir. Ancak ülkemizde uyarım odaklı bilişsel müdahaleler yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerinin de demanslı bireyin bakımının tüm aşamalarında destek olmaları ve psikososyal uygulamalar ile ilgili pratik ve güncel bilgilere sahip olmaları, bu bilgiler ışığında bakımı planlayarak zorlu süreci iyi yönetebilmeleri, toplum sağlığının devamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır (36, 123, 144).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu araştırmanın amacı, huzurevinde kalan ve hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisinin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve yaşam doyumuna etkisini incelemektir. Bu araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgiler Clinical Trials sistemine kaydedilmiştir (ClinicalTrials.gov ID: NCT05514678) ve Consort kılavuzuna (160) göre raporlanmıştır.

#### **3.1 Araştırmanın Türü:**

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü' ne bağlı Şehit Kara Pilot Yüzbaşı Serhat Sıgnak Huzurevi Yaşlı Bakımı ve Rehabilitasyon Merkezi ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde 30 Mart 2022 -27 Mayıs 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Eylül 2022' de izlem test gerçekleştirilmiştir.

Serhat Sıgnak Huzurevi 288 kişilik kapasiteye, Seyhan Huzurevi 100 kişilik kapasiteye sahiptir. Her iki kurumda da doktor, fizyoterapist, psikolog, sosyolog, sosyal çalışma uzmanı, hemşire ve bakım elemanı görev yapmaktadır. Bu kurumlarda yaşlı bireyler için kütüphane, çok amaçlı salon, sanat atölyesi ve atletik spor alanı gibi çeşitli hizmet birimlerinin bulunduğu kapalı ve açık alanlar bulunmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerin temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olacak ortak alanlar ve kurumdışı izin günleri mevcuttur. Bu huzurevlerindeki hemşireler yaşlı bireylerin yaşam bulgularının alınması, ilaçlarının hazırlanması, uygulanması, takibinin yapılması ve yara bakımı gibi görevleri yürütmektedir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü' ne bağlı Şehit Kara Pilot Yüzbaşı Serhat Sıgnak Huzurevi Yaşlı Bakımı ve Rehabilitasyon Merkezi ile Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan ve demansı olan 92 yaşlı birey oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme; örnek sayısı hesabında Lök N.' nin 'Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's adaptation model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping-adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial' isimli çalışması, referans alınmıştır (42). Bilişsel Uyarım Terapisi uygulaması sonunda SMMT puanları arasındaki fark dikkate alınarak etki büyüklüğü 1.568 olarak hesaplanmıştır. Bu çerçevede; 0.95 güç ve 0.05 tip 1 hata payı alınmış ve örneklem büyüklüğü 12 birey müdahale ve 12 birey kontrol grubunda olmak üzere, toplam 24 birey alınması uygun görülmüştür. Müdahale grubu 30, kontrol grubu 30 olmak üzere toplam 60 yaşlı birey örneklem kapsamına alınmıştır.

Araştırma sürecinde olabilecek kayıp ve istatistiksel testlerin anlamlılığı dikkate alınarak örneklem belirlenmiştir. Örnek sayısı hesabı G\*Power 3.1 programında hesaplanmıştır.

Uzman psikiyatri hemşiresi olan araştırmacı tarafından öncelikle evreni temsil eden ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan yaşlı bireylere SMMT uygulanmıştır. SMMT puanı 18 altında olan 10 kişi, okuryazar olmayan 6 kişi ve araştırmaya gönüllü olmayan 4 kişi dışlanmıştır ve 72 kişi üzerinden randomizasyon işlemi gerçekleştirilmiştir. SMMT puanı, 18-23 aralığında olan Serhat Sığınak Huzurevinde yaşayan 38 ve Seyhan Huzurevinde yaşayan 34 yaşlı arasından her bir kurum için IBM SPSS V25 kullanılarak rastgele atama ile 30 kişilik grup oluşturulmuştur. Araştırmada bireyler için huzur evi temel alınarak yaşa ve cinsiyete göre 30 kişilik grup, propensity skor eşlemesi ile 1 müdahale ve 1 kontrol grubu olmak üzere 15 kişilik 2 gruba ayrılmıştır (161) (EK 1). Araştırma 60 birey ile tamamlanmıştır.

#### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri:**

- DSM V'e göre bir hekim tarafından demans tanısı almış olma
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olma
- Okuryazar olma ve Türkçe'yi akıcı bir şekilde konuşuyor olma
- İletişim ve anlama becerilerine sahip olma
- Standardize Mini Mental Test sonucunun 18-23 puan aralığında olma
- Grup katılımı için yeterli duyma ve görme işlevlerine sahip olma

#### **Araştırmadan dışlanma kriterleri:**

- Herhangi bir duyuşal engelinin bulunması
- Grup uyumu ve bütünlüğünü bozacak düzeyde fiziksel sağlık sorunun olması

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan 15 sorudan oluşan bir formdur. Huzurevinde kalan hafif düzey demansı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerini içeren dokuz soru, hastalık öyküsünü içeren 4 soru kurum bilgisini

içeren 2 sorudan oluşmaktadır (44, 108). Araştırmacı tarafından her gruba bir kez uygulanmıştır (EK 2).

### **3.4.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)**

Standardize Mini Mental Test (SMMT) Folstein ve ark. (1975) ve Molloy ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiştir (162, 163). Bu test bilişsel işlevlerden yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş alt grupta ve 11 maddeden oluşmaktadır. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve her doğru yanıtı bir puandır. Güngen ve ark. tarafından 2002 yılında ülkemizdeki sosyokültürel farklılıklar dikkate alınarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (164).

Güngen ve ark. (2002) çalışmasında ölçeğin eşik değerinin 23-24 olduğunu, bu değer 0.91 duyarlıkta ve 0.95 özgüllükte olduğunu, uygulayıcılar arası güvenilirliğinin yüksek olduğu bildirmiştir (164). Keskinoglu ve ark. tarafından 2008'de eğitilmiş bireyler ve eğitimsiz bireyler için iki versiyon düzenlenmiş ve eğitilmiş yaşlı bireyler için 22-23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90.9); eğitimsiz yaşlı bireyler için 18-19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82.7) sahip olduğu saptanmıştır. SMMT için 23-24 puanları demans için sınır kabul edilmekle birlikte; 18-23 / hafif evre, 10-17 / orta evre, 10 puan ve daha az ise ileri evre olarak değerlendirilmektedir (165). Bu çalışmada bireylerin okuryazar olma şartı nedeniyle eğitilmişler için olan SMMT ön, son ve izlem test aşamalarında müdahale ve kontrol grubundaki bireylere araştırmacı tarafından uygulanmıştır (EK 3). Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur.

### **3.4.3. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)**

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI), Barthel ve Mahoney tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir (166). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Araştırmada kullanılan bu indeks, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite bağımsızlık düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Puan ortalaması 0 – 100 arasında değişmekte olan indekste, 100 puan; bağımsızlığı, 91-99 puan; hafif derecede bağımlılığı, 62-90 puan; orta derecede bağımlılığı, 21-61 puan; ileri derecede bağımlılığı, 0-20 puan; tamamen bağımlılığı açıklamaktadır. Ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı

0,93'tür (167). Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (EK 4).

#### **3.4.5. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)**

Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilmiştir (168). Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güzel, Üner, Turan ve Uçan tarafından 2019 yılında yapılmıştır. Bu ölçek bireylerin alış-veriş yapma, ev işleri yapabilme, yemek hazırlayabilme, çamaşır yıkayabilme, telefon edebilme, kendi ilacını içebilme, ulaşım araçlarına binebilme ve mali durumu idare edebilme gibi alanları sorgulayan toplam 8 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeği cevaplandıran bir katılımcı en az 0 en fazla 8 puan alabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması bağımsızlık derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0.85' dir (169). Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur (EK 5).

#### **3.4.6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ)**

Alexopoulos ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçekte demans hastalarında depresyon bulgu ve semptomlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. (170). Amuk ve arkadaşları (2003) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (171). Demansı olan bireyler ve bakım verenler ile yapılan görüşmeler sonucu ölçeği araştırmacı doldurur. Bu ölçekte bireylerin duygudurumları, davranışlarındaki değişiklikler, fiziksel durumları, döngüsel fonksiyonlar ve düşünsel değişiklikler şeklinde 5 alt grupta toplam 19 madde ile değerlendirilir. Her bir madde 0-2 arasında puanlanır. Sekiz ve üzeri puan ciddi düzeyde depresyonu düşündürmektedir. Ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0.86'dır (171). Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (EK 6).

#### **3.4.7. Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ)**

Yaşam Doyumu Ölçeği, Diener ve arkadaşları (1985) tarafından ölçeğin özgün formu 7'li likert tipinde beş maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Diener ve arkadaşları orijinal çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha güvenilirliğini 0.87 olarak bulmuşlardır (172). Bekmezci ve ark. (2018) tarafından

Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmış olan ve ölçeğin; test-tekrar test güvenirliği 0.87 olarak bulunmuştur (173). Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe formunun 5’li Likert tipinin Dağlı ve Baysal (2016) tarafından Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik çalışması yapılmış olup “hiç katılmıyorum” (1) ile “tamamen katılıyorum” (5) arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 5 ile 25 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yaşam doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin test- tekrar test güvenirliği 0.97 olarak, Cronbach’s alpha iç tutarlık kat sayısı ise 0.88 olarak bulunmuştur (174). Bu çalışmada Cronbach’s alpha iç tutarlık katsayısı 0.85’tir (Ek 7).

### **3.5. Verilerin Toplanması ve Uygulama**

Verilerin toplanması ve uygulama uzman psikiyatri hemşiresi olan araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubundaki bireylere 7 hafta boyunca haftada iki gün 45 dakika Bilişsel Uyarım Terapisi uygulanırken, kontrol grubundaki bireylere sadece 1 hafta iki oturum uygulanmıştır. Sonraki haftalarda uygulama yapılmamıştır. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki demansı olan bireylerin girişimleri uygulanmadan önceki ilk hafta ve girişimler tamamladıktan sonraki ilk hafta SMMT Türkçe versiyonu ile bilişsel durumları, BGYAİ ve EGYA ölçeği ile günlük yaşam aktiviteleri, CDDÖ ile depresyon düzeyleri ve YDÖ ile de yaşam doyumunu düzeyleri yüz yüze değerlendirilmiş ve oturumlar sonlandırılmıştır. Son testten 3 ay sonra izlem testi her iki gruba tekrarlanmıştır. Ayrıca müdahale ve kontrol grubu için araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Müdahale Grubuna Uygulama**

Bilişsel Uyarım Terapisi, her oturumda farklı tema içeren toplamda en az 14 oturumdan oluşmaktadır (Şekil 1). Her temanın özelliğine göre terapide kullanılan materyaller farklılık göstermiştir. Örneğin; Fiziksel oyunlar temasında bireyler arasından biri oylama ile seçilerek temaya uygun bir şarkı seçmesi ve müzik eşliğinde her bireyin kendini tanıtmayı istenmiştir. Daha sonra masa tenisi için kullanılan raketler ve top ile küçük bir masa oyunu hazırlanarak bireylerin araştırmacı ve grup arkadaşları ile bir tur masa tenisi oynaması sağlanmıştır. Oturumlar giriş bölümü 10 dk., aktivite bölümü 25 dk. ve sonlanma 10 dk. olmak

üzere, toplamda 45 dk. sürmüştür. Terapi 9 haftalık bir sürede ilk hafta tanışma ve ön test uygulaması, son hafta sonlandırma ve son test uygulaması, 7 hafta aktif haftada iki oturum olacak şekilde yürütülmüştür.

Çalışma için uzman psikiyatri hemşiresi araştırmacı, Aimee Spector tarafından 14 Aralık 2021 -15 Aralık 2021 tarihlerinde toplam 6 saatlik online ve interaktif olarak gerçekleştirilen Bilişsel Uyarım Terapisi eğitimine katılım sağlamış olup sertifika temin etmiştir.

| OTURUM ZAMANI | BİÜT OTURUM BAŞLIKLARI                                      |
|---------------|-------------------------------------------------------------|
| 1.HAFTA       | Tanışma ve Ön testlerin uygulanması                         |
| 2.HAFTA       | Oturum 1.Fiziksel oyunlar<br>Oturum 2.Sesler                |
| 3.HAFTA       | Oturum 3.Çocukluk<br>Oturum 4.Yiyecek                       |
| 4.HAFTA       | Oturum 5.Güncel olaylar<br>Oturum 6.Yüzler / Sahneler       |
| 5.HAFTA       | Oturum 7.Sözcük çağırışımı<br>Oturum 8.Yaratıcılık          |
| 6.HAFTA       | Oturum 9.Nesneleri Katagorize etme<br>Oturum 10.Oryantasyon |
| 7.HAFTA       | Oturum 11.Para kullanımı<br>Oturum 12.Numaralı oyunlar      |
| 8.HAFTA       | Oturum 13.Kelime Oyunları<br>Oturum 14.Takım Yarışması      |
| 9.HAFTA       | Sonlandırma ve son test uygulaması                          |

Şekil 3.1. BİÜT Oturum Başlıkları (115)

### 3.5.2.Kontrol Grubuna Uygulama

Kontrol grubundaki bireylere 1. hafta tanışma ve ön testlerin uygulanması ve 2. hafta iki gün sadece iki oturum uygulanmıştır. Bu gruptaki bireylere sonraki haftalarda herhangi bir girişim uygulanmamış olup günlük yaşamlarına devam etmişlerdir. Son test uygulaması ise 9. hafta uygulanmıştır.

### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

#### Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, demansı olan yaşlıların temel ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, depresyon düzeyleri ile yaşam doyumu düzeyleridir.

### **Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımsız değişkeni, demanslı bireylere uygulanan Bilişsel Uyarım Terapisidir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucunda veriler IBM SPSS Statistics V25.0 (IBM SPSS statistics for Windows, version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı ve R Studio yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlere ait değerlendirmeler her iki gruba göre normal dağılım uygunluk kontrolü (Kolmogorov Smirnov testi-Shapiro Wilk Testi) yapıldıktan sonra analiz edilmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlenmiştir. Çoklu grupların ikili karşılaştırmaları düzeltilmiş p değerleriyle sunulmuştur.

Müdahale ve kontrol grubundaki demanslı bireylerin sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin dağılımlarında ortalama, standart sapma, medyan (minimum ve maksimum) değerleri, kategorik değişkenler frekans ve yüzde değerleri, sürekli değişkenler için bağımsız örneklem t test istatistiği ve Mann Whitney U test istatistiği kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubu demanslı bireylerin kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında kategorik veriler için Ki-Kare / Fisher'ın Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubu demanslı bireylerin ölçek toplam puanlarının tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Müdahale grubunun ön test, son test ve izlem test SMMT, BGYAİ -EGYA, YDÖ puan ortalamalarının grup içi skor medyanlarının karşılaştırılmasında Friedman test istatistiği, CDDÖ puan ortalamalarının grup içi skor medyanlarının karşılaştırılmasında ANOVA test istatistiği (post hoc: Bonferroni yöntemi) kullanılmıştır.

Kontrol grubunun ön test, son test ve izlem test SMMT, BGYAİ -EGYA, CDDÖ VE YDÖ puan ortalamalarının grup içi skor medyanlarının karşılaştırılmasında Friedman test istatistiği (post hoc: Bonferroni yöntemi) kullanılmıştır.

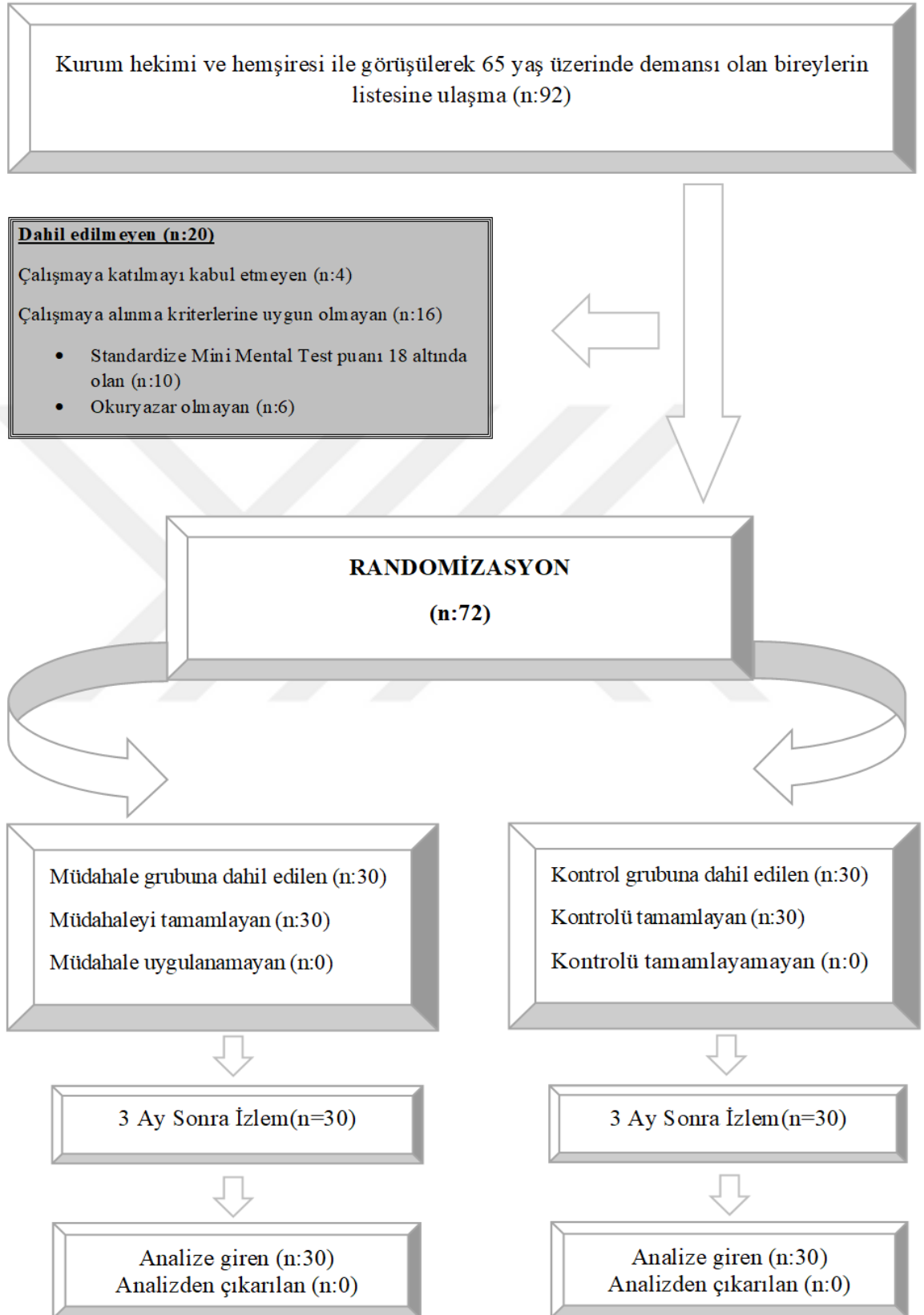
Müdahale ve kontrol grubunun ön test, son test ve izlem test SMMT, BGYAİ - EGYA, CDDÖ ve YDÖ puan ortalamalarının gruplar arası skor medyanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U test istatistiği kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

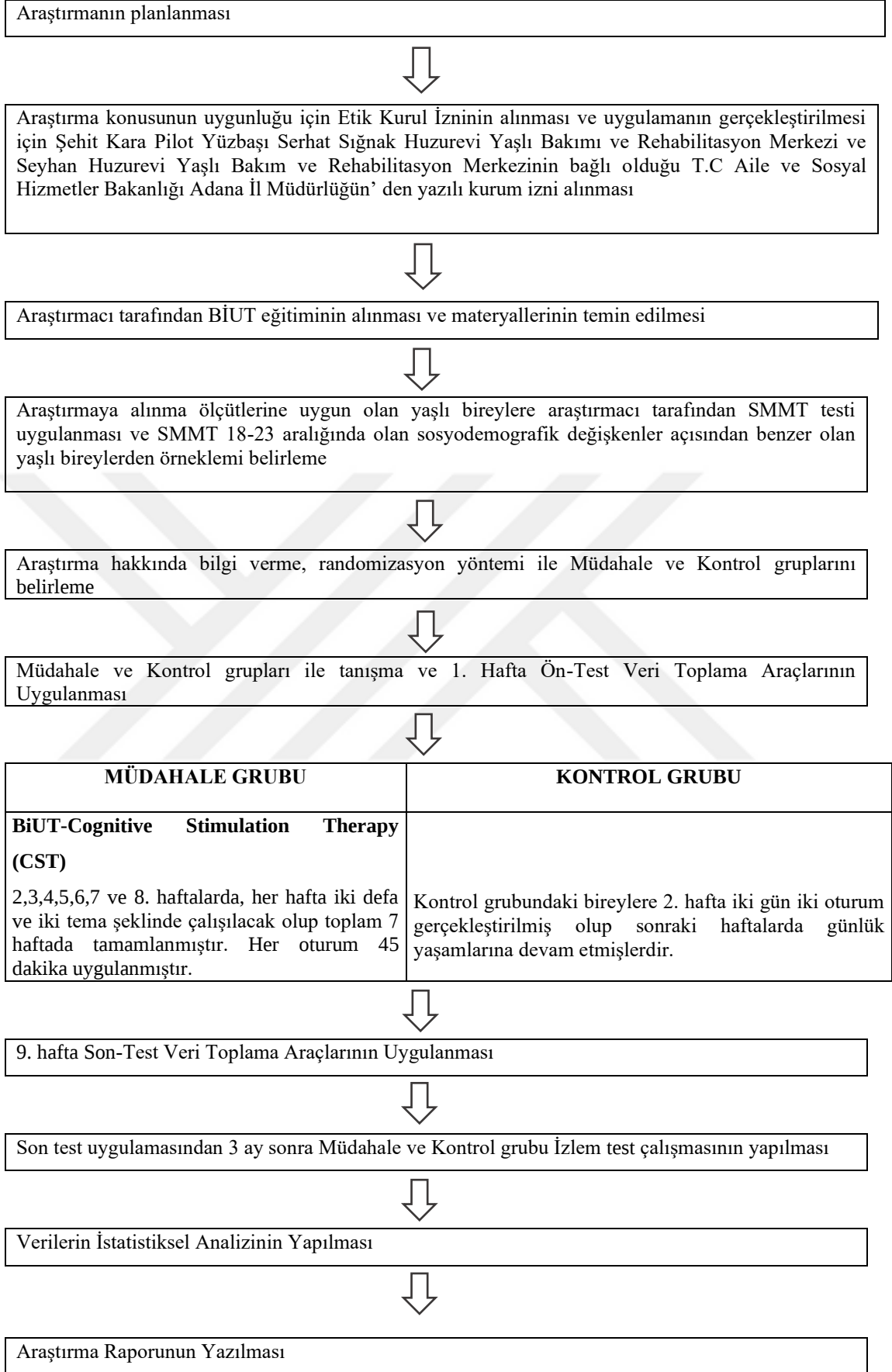
Araştırmanın yapılabilmesi için Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan (30.09.2021 tarihli 2021/6/10 sayılı) onay alınmıştır (Ek 9). Etik kurul alındıktan sonra T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığından Kurum izni alınmıştır (Ek 10). Araştırmaya katılımda gönüllülük esası dikkate alınmıştır. Bireylere araştırma hakkında “Bilgilendirilmiş Onam Formu” imzalatılmıştır (Ek 11) (Ek 12). Araştırmaya katılım sırasında ve araştırmaya katılım sonrası diledikleri zaman ayrılma konusunda özgür oldukları “Özerkliğe Saygı” ilkesi doğrultusunda belirtilmiştir. Katılımcılara bilgilerinin kimse ile paylaşılmayacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırma huzurevinde yaşayan ve hafif düzeyde demansı olan bireylerle gerçekleştirilmiş olması nedeniyle örneklem sınırlılığı vardır. Bu nedenle çalışma sonuçları genellenemez. Araştırma sürecinde Bilişsel Uyarım Terapisi uygulayan uzman ile araştırma ölçeklerini uygulayan bireyin aynı olması araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın Covid-19 salgınında uygulanan kapanmaların kaldırıldıktan sonra yapılmış olması ve yaşlı bireylerin bu süreçte izolasyon önlemlerine maruz kalması araştırmaya olan ilgi ve katılımı olumlu etkilemiştir. Bu nedenle katılımın tam olması ve devamlılığın sağlanması araştırmanın güçlü yanıdır.



Şekil 3.2. Consort Akış Diyagramı



Şekil 3.3. Araştırma Akış Şeması

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya alınan müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan yaşlı bireylerin yaş ortalamasına göre dağılımları Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaş Ortalamasına Göre Karşılaştırılması**

| Değişken | Grup           | Ort±SS   | Med [min-max]    | Test istatistiği; p-değeri |
|----------|----------------|----------|------------------|----------------------------|
| Yaş      | Kontrol Grubu  | 76.6±5.6 | 76.0 [70.0-88.0] | U=437.5<br>p=0.852         |
|          | Müdahale Grubu | 76.9±6.3 | 76.0 [69.0-88.0] |                            |

Tablo 4.1’e göre araştırmaya 30 müdahale ve 30 kontrol grubu olmak üzere 60 birey katılmıştır. Müdahale grubundaki bireylerin yaş ortalaması 76.9±6.3 ve medyanı 76.0 kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 76.6±5.6 ve medyanı 76.0’dır.

**Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

| Değişken                         |                       | Grup          |                | Toplam n (%) | Test istatistiği; p değeri     |
|----------------------------------|-----------------------|---------------|----------------|--------------|--------------------------------|
|                                  |                       | Kontrol n (%) | Müdahale n (%) |              |                                |
| Huzurevi                         | Adana huzur evi       | 15 (50.0)     | 15 (50.0)      | 30 (50.0)    | p=1.000                        |
|                                  | Seyhan huzur evi      | 15 (50.0)     | 15 (50.0)      | 30 (50.0)    |                                |
| Cinsiyet                         | Kadın                 | 11 (36.7)     | 12 (40.0)      | 23 (38.3)    | X <sup>2</sup> =0.071 p=0.791  |
|                                  | Erkek                 | 19 (63.3)     | 18 (60.0)      | 37 (61.7)    |                                |
| Medeni durum                     | Bekar                 | 1 (3.3)       | 3 (10.0)       | 4 (6.7)      | X <sup>2</sup> =1.071 p*=0.612 |
|                                  | Evli                  | 29 (96.7)     | 27 (90.0)      | 56 (93.3)    |                                |
| Evli ise yaşayan eş durumu       | Evet                  | 10 (34,5)     | 12 (44,4)      | 22 (39,3)    | X <sup>2</sup> =0,582 p=0,446  |
|                                  | Hayır                 | 19 (65,5)     | 15 (55,6)      | 34 (60,7)    |                                |
| Çocuk durumu                     | Evet                  | 28 (93.3)     | 30 (100)       | 58 (96.7)    | X <sup>2</sup> =2.069 p*=0.150 |
|                                  | Hayır                 | 2 (6.7)       | 0 (0.0)        | 2 (3.3)      |                                |
| Çocuk var ise görüşme sıklığı    | Sık görüşüyorum       | 10 (33.3)     | 11 (36.7)      | 21 (35.0)    | X <sup>2</sup> =0.814 p=0.666  |
|                                  | Seyrek görüşüyorum    | 11 (36.7)     | 13 (43.3)      | 24 (40.0)    |                                |
|                                  | Görüşmüyorum          | 9 (30.0)      | 6 (20.0)       | 15 (25.0)    |                                |
| Eğitim durumu                    | İlkokul mezunu        | 22 (73.3)     | 16 (53.3)      | 38 (63.3)    | X <sup>2</sup> =3.802 p*=0.151 |
|                                  | Ortaokul mezunu       | 6 (20.0)      | 7 (23.3)       | 13 (21.7)    |                                |
|                                  | Lise mezunu           | 2 (6.7)       | 7 (23.3)       | 9 (15.0)     |                                |
| Kendine ait düzenli gelir durumu | Evet                  | 27 (90.0)     | 28 (93.3)      | 55 (91.7)    | X <sup>2</sup> =0.218 p*=0.999 |
|                                  | Hayır                 | 3 (10,0)      | 2 (6,7)        | 5 (8,3)      |                                |
| Gelir durumu                     | Gelirim giderimden az | 6 (20.0)      | 3 (10.0)       | 9 (15.0)     | X <sup>2</sup> =1.184 p*=0.731 |

|                                      |                                 |           |           |           |                               |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------|
|                                      | <b>Gelirim giderime denk</b>    | 23 (76.7) | 26 (86.7) | 49 (81.7) |                               |
|                                      | <b>Gelirim giderimden fazla</b> | 1 (3.3)   | 1 (3.3)   | 2 (3.3)   |                               |
| <b>Kurum dışı izne çıkma sıklığı</b> | <b>Hiç</b>                      | 22 (73.3) | 14 (46.7) | 36 (60.0) | X <sup>2</sup> =4.444 p=0.064 |
|                                      | <b>Ara sıra</b>                 | 8 (26.7)  | 16 (53.3) | 24 (40.0) |                               |
| <b>Başka kronik hastalık durumu</b>  | <b>Evet</b>                     | 30 (100)  | 30 (100)  | 60 (100)  | NA                            |

X<sup>2</sup>: Ki kare test istatistiği; p\*: Fisher'ın kesin testi; p<0,05 Anlamlılık düzeyi; NA: Non-available

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin %50'si Adana ve %50'si Seyhan huzurevinden, müdahale grubundaki bireylerin %50'si Adana ve %50'si Seyhan huzurevindendir (p=1.000). Cinsiyete göre gruplardaki dağılım değerlendirildiğinde müdahale grubundaki bireylerin %60'ı ve kontrol grubundaki bireylerin %63.3' ü erkektir. Cinsiyete göre gruplarda dağılım benzerdir (p=0.791). Müdahale grubundaki bireylerin %90'ı ve kontrol grubundaki bireylerin %96.7'si evlidir (p=0.612). Müdahale grubundaki bireylerin %44.4'ünün ve kontrol grubundaki bireylerin %34.5'inin eşleri hayattadır (p=0.446). Çocuk varlığına göre dağılım değerlendirildiğinde; müdahale grubundaki bireylerin tamamının %100 ve kontrol grubundaki bireylerin %93.3'ünün çocuğu bulunmaktadır (p=0.150).

Kontrol grubundaki bireylerin %33.3'ü ve müdahale grubundaki bireylerin %36.7'si çocuklarıyla sık görüşürken, kontrol grubundaki bireylerin %30.0'u ve müdahale grubundaki bireylerin %20.0'si çocuğu/çocuklarıyla görüşmemektedir (p=0.666). Eğitim durumuna göre gruplarda dağılım değerlendirildiğinde; kontrol grubundaki bireylerin %73.3' ü, müdahale grubundaki bireylerin %53.33'ü ilkokul mezunudur (p=0.151). Müdahale grubundaki bireylerin %93.3'ünün ve kontrol grubundaki bireylerin %90.0'ının kendine ait düzenli geliri bulunmaktadır (p=0.999). Gelir durumu dağılımı değerlendirildiğinde; kontrol grubundaki bireylerin %76.7'sinin ve müdahale grubundaki bireylerin %86.7'sinin geliri giderine denktir (p=0.731). Kurum dışı izne çıkma sıklığı gruplarda değerlendirildiğinde kontrol grubundaki bireylerin %73.3'ü ve müdahale grubundaki bireylerin %46.7'si hiç izne çıkmamaktadır (p=0.064). Kontrol ve müdahale grubundaki bireylerin tamamının kronik hastalığı bulunmaktadır.

**Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubunun ölçek medyanlarının karşılaştırması**

| Ölçümler               | Müdahale Grubu |                  | Kontrol Grubu |                  | Test istatistiği;<br>p değeri                                                                    |
|------------------------|----------------|------------------|---------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Ort±SS         | Med<br>[min-max] | Ort±SS        | Med<br>[min-max] |                                                                                                  |
| <b>SMMTön test</b>     | 20.7±1.4       | 21[18-23]        | 20.6±1.6      | 20.5 [18-23]     | Grup: WTS=118.7 p<0.001<br>Zaman: WTS=54.75 p<0.001<br><b>Grup*Zaman: WTS=152.2 p&lt;0.001</b>   |
| <b>SMMTson test</b>    | 24.8±1.1       | 25[23-27]        | 19.7±1.3      | 20[18-22]        |                                                                                                  |
| <b>SMMTizlem test</b>  | 23.8±1.4       | 24[21-26]        | 19.6±0.8      | 20[18-21]        |                                                                                                  |
| <b>BGYATİön test</b>   | 68±6.9         | 65 [55-85]       | 72.8±8.2      | 75.0 [60-85]     | Grup: WTS=7.742 p=0.005<br>Zaman: WTS=42.949 p<0.001<br><b>Grup*Zaman: WTS=129.72 p&lt;0.001</b> |
| <b>BGYATİson test</b>  | 84±8.4         | 85 [70-100]      | 69.2±6.3      | 70.0 [60-85]     |                                                                                                  |
| <b>BGYAİizlem test</b> | 72.5±6.4       | 75 [55-85]       | 69.3±8.2      | 70.0 [40-80]     |                                                                                                  |
| <b>EGYAön test</b>     | 3.3±0.8        | 3.0 [2-5]        | 3.3±0.8       | 3.0 [2-6]        | Grup: WTS=37.081 p<0.001<br>Zaman: WTS=35.194 p<0.001<br><b>Grup*Zaman: WTS=36.21 p&lt;0.001</b> |
| <b>EGYAson test</b>    | 5.1±1          | 5.0 [3-7]        | 2.9±0.8       | 3.0 [2-4]        |                                                                                                  |
| <b>EGYAizlem test</b>  | 4.3±0.7        | 4.0 [3-5]        | 3.6±0.6       | 4.0 [2-5]        |                                                                                                  |
| <b>CDDÖön test</b>     | 17.6±3         | 17 [14-27]       | 15.9±2.4      | 15.5 [12-21]     | Grup: WTS=23.68 p<0.001<br>Zaman: WTS=39.91 p<0.001<br><b>Grup*Zaman: WTS=105.14 p&lt;0.001</b>  |
| <b>CDDÖson test</b>    | 9.3±2.8        | 9 [4-19]         | 17±1.8        | 17 [14-21]       |                                                                                                  |
| <b>CDDÖizlem test</b>  | 14.4±3.4       | 14 [9-22]        | 15.5±1.5      | 15.5 [12-19]     |                                                                                                  |
| <b>YDÖön test</b>      | 10.4±1.5       | 11 [7-13]        | 12.5±2.4      | 13 [8-19]        | Grup: WTS=9.807 p=0.007<br>Zaman: WTS=2.637 p=0.027<br><b>Grup*Zaman: WTS=62.85 p&lt;0.001</b>   |
| <b>YDÖson test</b>     | 14.5±2.2       | 14 [10-18]       | 9.4±1.4       | 10 [6-12]        |                                                                                                  |
| <b>YDÖizlem test</b>   | 12.1±2         | 12.5 [8-15]      | 11.8±2.2      | 13 [8-15]        |                                                                                                  |

WTS: Wald tipi test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Müdahale grubundaki bireyleri SMMT ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 21, 25 ve 24 iken kontrol grubundaki SMMT ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 20.5, 20 ve 20 olarak saptanmıştır. Grup\*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı saptandığı için grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4.3' te bağımsız olarak değerlendirilmiştir (p<0.001).

Müdahale grubundaki bireyleri BGYAİ ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 65, 85 ve 75 iken kontrol grubundaki BGYAİ ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 75, 70 ve 70 olarak saptanmıştır. Grup\*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı saptandığı için grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4.3' te bağımsız olarak değerlendirilmiştir (p<0.001).

Müdahale grubundaki bireyleri EGYA ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 3.0; 5.0 ve 4.0 iken kontrol grubundaki EGYA ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 3.0; 3.0 ve 4.0 olarak saptanmıştır. Grup\*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı saptandığı için grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4.3' te bağımsız olarak değerlendirilmiştir ( $p<0.001$ ).

Müdahale grubundaki bireyleri CDDÖ ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 17; 9 ve 14 iken kontrol grubundaki CDDÖ ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 15.5; 17 ve 15.5 olarak saptanmıştır. Grup\*Zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı saptandığı için grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4.3' te bağımsız şekilde yapılmıştır ( $p<0.001$ ).

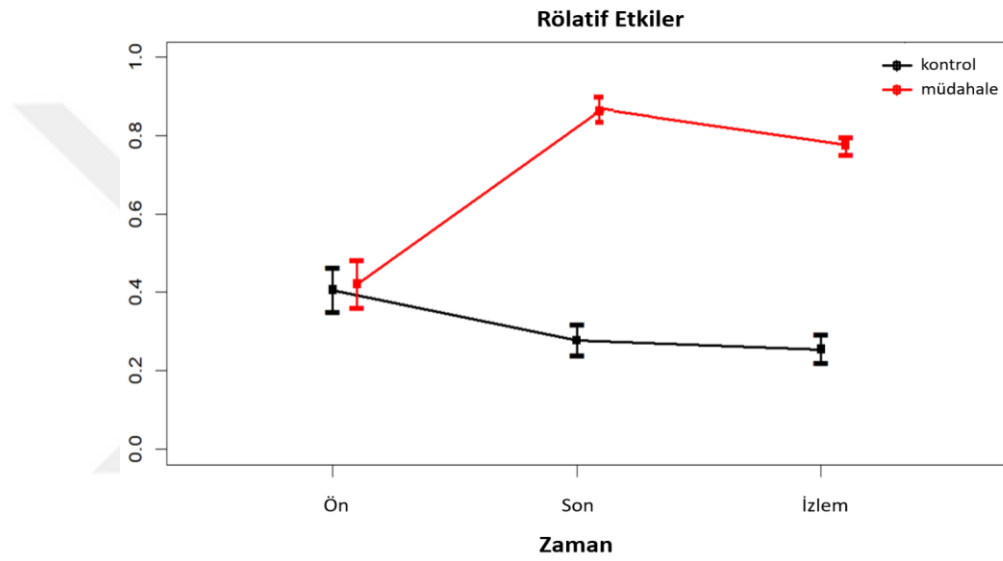
Müdahale grubundaki bireyleri YDÖ ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 11; 14 ve 12.5 iken kontrol grubundaki YDÖ ön test, son test ve izlem test ölçüm medyanları sırasıyla 13; 10 ve 13 olarak saptanmıştır. Grup\*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı saptandığı için grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4.3' te bağımsız olarak değerlendirilmiştir ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubunun grup içi ve gruplar arası skor medyanlarının karşılaştırması**

| Ölçümler               | Müdahale Grubu |               |                                                                                                                     | Kontrol Grubu |               |                                                                  | Test istatistiği;<br>p değeri |
|------------------------|----------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                        | Ort±SS         | Med [min-max] | Test istatistiği;<br>p değeri                                                                                       | Ort±SS        | Med [min-max] | Test istatistiği;<br>p değeri                                    |                               |
| <b>SMMTön test</b>     | 20.7±1.4       | 21.0 [18-23]  | <b>Fr=52.983<br/>p&lt;0.001</b>                                                                                     | 20.6±1.6      | 20.5 [18-23]  | <b>Fr=15.349<br/>p&lt;0.001</b>                                  | U=432.5 p=0.791               |
| <b>SMMTson test</b>    | 24.8±1.1       | 25.0 [23-27]  |                                                                                                                     | 19.7±1.3      | 20.0 [18-22]  |                                                                  | <b>U=0.001 p&lt;0.001</b>     |
| <b>SMMTizlem test</b>  | 23.8±1.4       | 24.0 [21-26]  |                                                                                                                     | 19.6±0.8      | 20.0 [18-21]  |                                                                  | <b>U=2.0 p&lt;0.001</b>       |
| <b>BGYAİön test</b>    | 68±6.9         | 65.0 [55-85]  | <b>Fr=45.982<br/>p&lt;0.001</b>                                                                                     | 72.8±8.2      | 75 [60-85]    | <b>Fr=4.738<br/>p=0.094</b>                                      | <b>U=298.0 p=0.021</b>        |
| <b>BGYAİson test</b>   | 84±8.4         | 85.0 [70-100] |                                                                                                                     | 69.2±6.3      | 70 [60-85]    |                                                                  | <b>U=68.5 p&lt;0.001</b>      |
| <b>BGYAİizlem test</b> | 72.5±6.4       | 75.0 [55-85]  |                                                                                                                     | 69.3±8.2      | 70 [40-80]    |                                                                  | U=341.5 p=0.084               |
| <b>EGYAön test</b>     | 3.3±0.8        | 3.0 [2-5]     | <b>Fr=42.54<br/>p&lt;0.001</b>                                                                                      | 3.3±0.8       | 3 [2-6]       | <b>Fr=17.13<br/>p&lt;0.001</b>                                   | U=443.5 p=0.913               |
| <b>EGYAson test</b>    | 5.1±1          | 5.0 [3-7]     |                                                                                                                     | 2.9±0.8       | 3 [2-4]       |                                                                  | <b>U=47.0 p&lt;0.001</b>      |
| <b>EGYAizlem test</b>  | 4.3±0.7        | 4.0 [3-5]     |                                                                                                                     | 3.6±0.6       | 4 [2-5]       |                                                                  | <b>U=238 p=0.001</b>          |
| <b>CDDÖön test</b>     | 17.6±3         | 17 [14-27]    | <b>F=0.402<br/>p=0.531;<br/>Son test-<br/>izlem test:<br/>p&lt;0.001;<br/>ön test-<br/>son test:<br/>p&lt;0.001</b> | 15.9±2.4      | 15.5 [12-21]  | <b>Fr=6.533<br/>p=0.038;<br/>pairwise<br/>comparisons<br/>NS</b> | <b>U=303.0 p=0.027</b>        |
| <b>CDDÖson test</b>    | 9.3±2.8        | 9 [4-19]      |                                                                                                                     | 17±1.8        | 17 [14-21]    |                                                                  | <b>U=26.0 p&lt;0.001</b>      |
| <b>CDDÖizlem test</b>  | 14.4±3.4       | 14 [9-22]     |                                                                                                                     | 15.5±1.5      | 15.5 [12-19]  |                                                                  | <b>U=312.5 p=0.040</b>        |
| <b>YDÖön test</b>      | 10.4±1.5       | 11.0 [7-13]   | <b>Fr=38.47<br/>p&lt;0.001</b>                                                                                      | 12.5±2.4      | 13 [8-19]     | <b>Fr=24.33<br/>p&lt;0.001</b>                                   | <b>U=201.5 p&lt;0.001</b>     |
| <b>YDÖson test</b>     | 14.5±2.2       | 14.0 [10-18]  |                                                                                                                     | 9.4±1.4       | 10 [6-12]     |                                                                  | <b>U=13.5 p&lt;0.001</b>      |
| <b>YDÖizlem test</b>   | 12.1±2         | 12.5 [8-15]   |                                                                                                                     | 11.8±2.2      | 13 [8-15]     |                                                                  | U=429.5 p=0.756               |

Fr: Friedman test istatistiği; U: Mann Whitney U test istatistiği; F: Tekrarlı ölçümler ANOVA test istatistiği p<0,05 Anlamlılık düzeyi

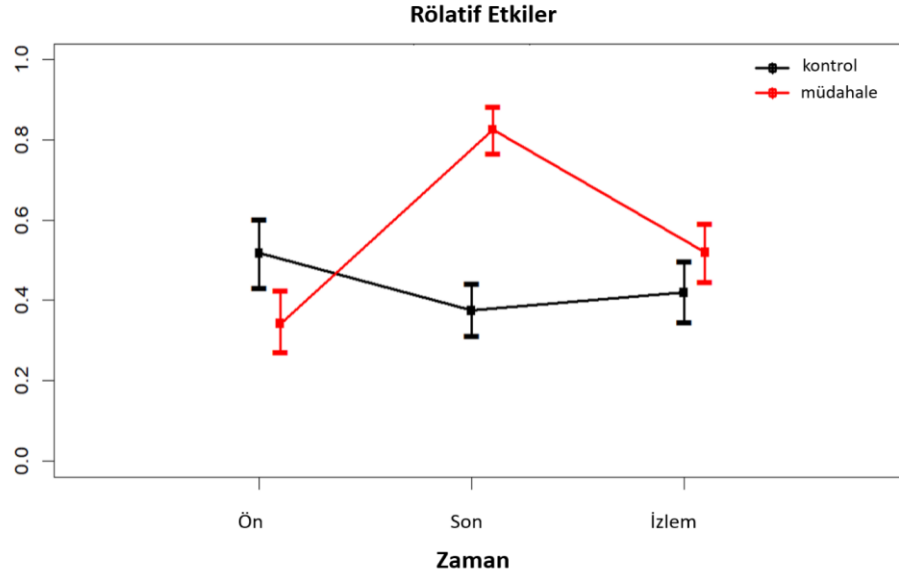
Müdahale ve kontrol grubunun grup içi ve gruplar arası skor medyan puanlarının karşılaştırması Tablo 4.4'te sunulmuştur. SMMT ön test, son test ve izlem test ölçüm medyan puanları müdahale ( $p<0.001$ ) ve kontrol grubunda ( $p<0.001$ ) anlamlı saptanmıştır. Kontrol grubunda post-hoc karşılaştırmalarda SMMTizlem test-SMMTön test ( $p=0.009$ ) ve SMMTson test-SMMTön test ( $p=0.024$ ) puanları arasında anlamlı fark saptanırken müdahale grubu post-hoc karşılaştırmalarında; SMMTizlem test-SMMTön test ( $p<0.001$ ); SMMTson test-SMMTön test ( $p<0.001$ ) ve SMMTson test-SMMTizlem test ( $p=0.017$ ) puanları arasında anlamlılık saptanmıştır.



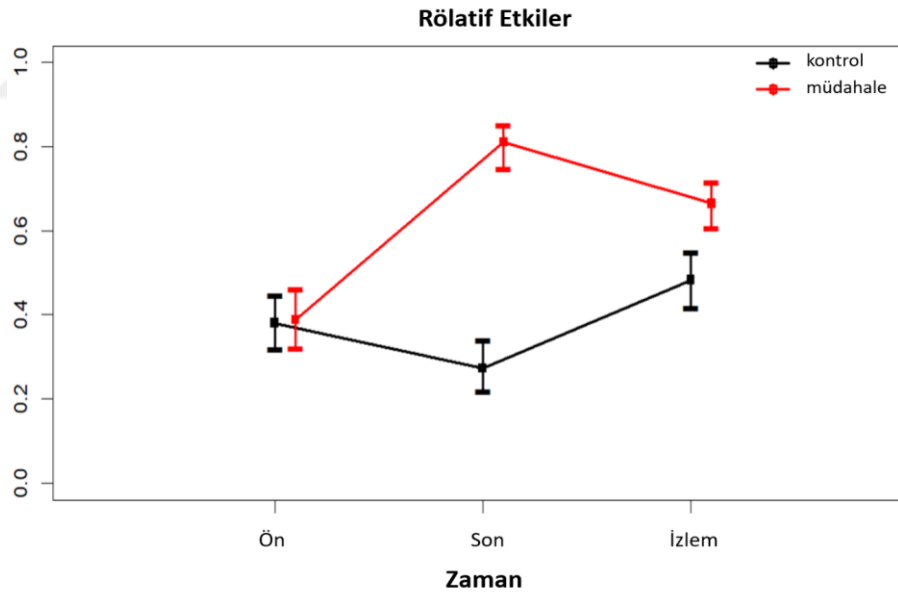
**Grafik.4.1. Müdahale ve kontrol grubu SMMT skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması**

BGYAİ ön test, son test ve izlem test ölçüm medyan puanları müdahale ( $p<0.001$ ) grubunda anlamlı fark saptanırken kontrol grubunda ( $p=0.094$ ) benzer saptanmıştır. Müdahale grubunda post-hoc karşılaştırmalarda BGYAİizlem test-BGYAİson test ( $p<0.001$ ) ve BGYAİson test- BGYAİön test ( $p<0.001$ ) puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

EGYAön test, son test ve izlem test ölçüm medyan puanları müdahale ( $p<0.001$ ) ve kontrol grubunda ( $p<0.001$ ) anlamlı farklılık saptanmıştır. Kontrol grubunda post-hoc karşılaştırmalarda EGYAizlem test- EGYAson test ( $p=0.003$ ) puanları arasında anlamlı fark saptanırken müdahale grubu post-hoc karşılaştırmalarında; EGYAizlem test-EGYAön test ( $p=0.004$ ); EGYAson test- EGYAön test ( $p<0.001$ ) ve EGYAson test-EGYAizlem test ( $p=0.014$ ) puanları arasında anlamlılık saptanmıştır.



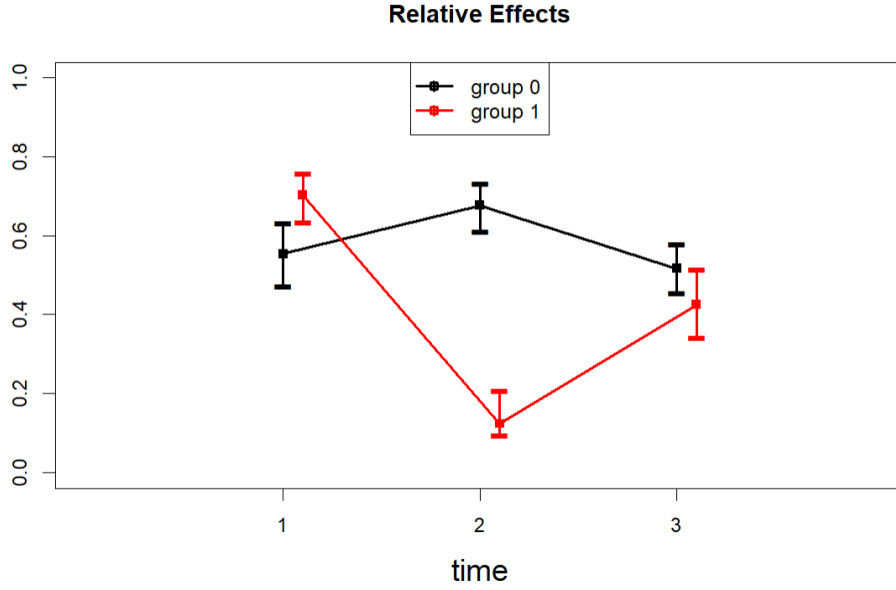
**Grafik.4.2. Müdahale ve kontrol grubu BGYAI skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması**



**Grafik.4.3. Müdahale ve kontrol grubu EGYA skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması**

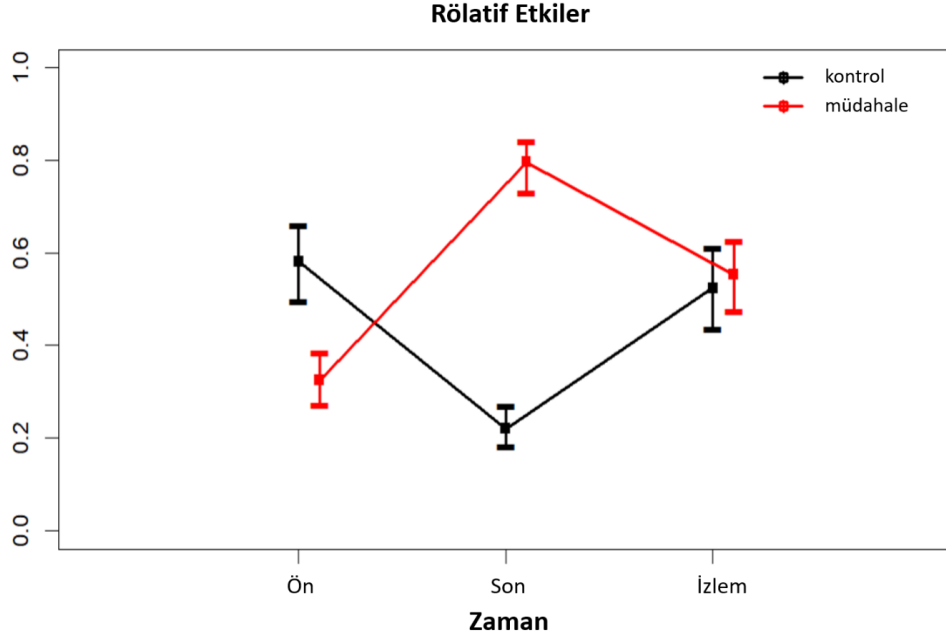
CDDÖön test, son test ve izlem test ölçüm medyan puanları arasında müdahale ( $p<0.001$ ) ve kontrol grubunda ( $p=0.038$ ) anlamlı fark saptanmıştır. Müdahale grubunda post hoc karşılaştırmalar yapıldığında; CDDÖson test-CDDÖizlem test ( $p<0.001$ )

CDDÖön test-CDDÖson test ( $p<0.001$ ) puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kontrol grubu post-hoc karşılaştırmalarında anlamlı fark saptanmamıştır.



**Grafik.4.4. Müdahale ve kontrol grubu CDDÖ skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması (Grup 0: Kontrol, Grup 1: Müdahale)**

YDÖön test, son test ve izlem test ölçüm medyan puanları arasında müdahale ( $p<0.001$ ) ve kontrol grubunda ( $p<0.001$ ) anlamlı fark saptanmıştır. Kontrol grubu post-hoc karşılaştırmalarda YDÖizlem test-YDÖson test ( $p=0.001$ ) ve YDÖson test-YDÖön test ( $p<0.001$ ) arasında anlamlı fark saptanırken müdahale grubu post-hoc karşılaştırmalarında; YDÖizlem test-YDÖön test ( $p=0.004$ ); YDÖson test-YDÖön test ( $p<0.001$ ) ve YDÖson test-YDÖizlem test ( $p=0.014$ ) puanları arasında anlamlılık saptanmıştır.



**Grafik.4.5. Müdahale ve kontrol grubu YDÖ skor ortalama/medyanlarının grup içi ve gruplararası karşılaştırması**

Gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4.4' te sunulmuştur. SMMTön test ( $p=0.791$ ) medyan puanları arasında anlamlı fark saptanmazken; SMMTson test ( $p<0.001$ ) ve SMMT izlem test ( $p<0.001$ ) puanları kontrol ve müdahale gruplarında farklı saptanmıştır.

BGYAİön test ( $p=0.021$ ) ve BGYAİson test ( $p<0.001$ ) medyan puanları arasında anlamlı fark saptanırken; BGYAİizlem test ( $p=0.084$ ) medyan puanları kontrol ve müdahale gruplarında benzer saptanmıştır.

EGYAön test ( $p=0.913$ ) medyan puanları arasında anlamlı fark saptanmazken; EGYAson test ( $p<0.001$ ) ve EGYAizlem test ( $p=0.001$ ) puanları kontrol ve müdahale gruplarında farklı saptanmıştır.

CDDÖön test ( $p=0.027$ ), CDDÖson test ( $p<0.001$ ) ve CDDÖizlem test ( $p=0.040$ ) medyan puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tüm ölçüm zamanlarında kontrol grubu medyan puanlarının müdahale grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür.

YDÖön test( $p<0.001$ ) ve YDÖson test ( $p<0.001$ ) medyan puanları arasında anlamlı fark saptanırken; YDÖizlem test ( $p=0.756$ ) medyan puanları kontrol ve müdahale gruplarında benzer saptanmıştır.

## 5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan ve hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylere uygulanan Bilişsel Uyarım Terapisinin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve yaşam doyum düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Türkiye’ de Bilişsel Uyarım Terapisinin yeterince tanınmaması, demansı olan yaşlı bireylere sıklıkla uygulanmaması, günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, yaşam doyumu gibi değişkenlerin incelenmemiş olması ve daha önce böyle bir çalışmaya rastlanmamış olması açısından farklıdır. Ayrıca demansı olan bireylerin bakım gereksinimlerinin karşılanmasın da etkin rolü olan hemşirelere güncel, etkili ve özerk uygulayabilecekleri, modern hemşirelik uygulamalarından biri olduğu düşünülmektedir. Bu bölümde Bilişsel Uyarım Terapisinin demansı olan yaşlı bireylerde olumlu etkilerinin kanıtlanması ve kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

### 5.1. Huzurevinde Kalan Demansı Olan Bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi’ nin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Tartışılması

Bu araştırmada Bilişsel Uyarım Terapisi öncesi müdahale grubunda demansı olan bireylerin kişisel hijyen ve bakım, giyinme, tuvaletini yapma, hareket etme veya yürüme, yemek yeme gibi temel ihtiyaçlarının değerlendirildiği temel günlük yaşam aktivite toplam puan ortalaması  $68 \pm 6.9$ , kontrol grubunda ise  $72.8 \pm 8.2$ ’ dir. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 100 puan alınmaktadır ve toplam puanın yüksek oluşu bağımsızlığı açıklamaktadır. Barthel İndeksinde 60 puan sınır olarak alınmış olup 62 – 90 puan aralığı orta derecede bağımlılığı ifade etmektedir (167). Bu değerlendirmeler doğrultusunda bu araştırmada Bilişsel Uyarım Terapisi öncesinde demansı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde orta derecede bağımlı oldukları görülmektedir. Bilişsel Uyarım Terapisi öncesi müdahale ve kontrol grubunda günlük yaşam aktiviteleri düzeyi açısından anlamlı farklılık görülse de Bilişsel Uyarım Terapisi sonrası müdahale ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, müdahale grubunun günlük yaşam aktivite düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yükseldiği görülmüştür. Müdahale grubu demansı olan bireylerin grup içi karşılaştırmalarında, son test günlük yaşam aktiviteleri düzeyi ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Son test ve izlem test arasında anlamlı bir azalmanın

olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olması Bilişsel Uyarım Terapisi'nin etkililiğini ve gerekliliğini göstermektedir. Kontrol grubunun grup içi karşılaştırmasında benzer saptanmıştır. Bilişsel Uyarım Terapisi öncesinde müdahale grubundaki demansı olan bireylerin mali durum ve ilaçları yönetme, yiyecek hazırlama, ev temizliği, çamaşır yıkama ve telefon kullanımı gibi toplum içinde bağımsız yaşama becerisinin değerlendirildiği enstrümental günlük yaşam aktivite toplam puan ortalaması  $3.3 \pm 0.8$ , kontrol grubunda  $3.3 \pm 0.8$ ' dir. Ölçekten en az 0 en fazla 8 puan alabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması bağımsızlık derecesinin arttığını göstermektedir. Bilişsel Uyarım Terapisi öncesi müdahale ve kontrol grubunda enstrümental günlük yaşam aktiviteleri düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bilişsel Uyarım Terapisi sonrası müdahale ve kontrol grubu son test ve izlem test değerlendirmesi gruplar arası karşılaştırmasında, anlamlı farklılık saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu demansı olan bireylerin grup içi karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlılık görülmektedir. Müdahale grubunun tüm aşamalarında anlamlılık saptanırken kontrol grubunda sadece son test ve izlem test arasında anlamlılık vardır. Yapılan uygulama sonucunda hem temel günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği BGATİ, hem de enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği EGYA ölçeğindeki anlamlı yükseliş, araştırma hipotezlerinden olan **'Bilişsel Uyarım Terapisi uygulandıktan sonra müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri puanları arasında (son test -izlem test) müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık vardır'** hipotezini doğrulamaktadır. Bu sonuç ulusal düzeyde daha önce böyle bir araştırma sonucu olmaması nedeniyle önemlilik arz etmektedir. Uluslararası düzeyde literatür incelendiğinde ise elde ettiğimiz bulgulara paralellik gösteren çalışmalar görülmüştür ve sonuçlar bulguları desteklemektedir. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır:

Marinho ve arkadaşlarının (2021) hafif ve orta düzeyde demansı olan bireyler de Bilişsel Uyarım Terapisi programının etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapmış olduğu randomize kontrollü çalışma sonucunda, müdahale grubundaki demanslı bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerinde önemli gelişmelerin olduğu bildirilmiştir (175).

Jiménez Palomares ve arkadaşları (2021) tarafından demansı olan bireylerde günlük yaşam aktiviteleri performansı üzerine bilişsel uyarılma programının etkinliği randomize kontrollü çalışma tipi ile araştırılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen

sonuçlar kontrol grubuna göre müdahale grubunda günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız düzeyde gerçekleştirme düzeylerinde anlamlı iyileşmenin görüldüğü belirtilmiştir (176).

Soedirman ve arkadaşlarının (2021) vasküler demansı olan bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi programının etkisini inceledikleri araştırma da hafif ile orta şiddette vasküler demans tedavisinde en iyi müdahale seçeneği olduğu belirtilmiş olup sadece bilişsel bileşende değil, günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirme becerisinde de başarılı olduğu bildirilmiştir (177).

Orrell ve arkadaşlarının (2014) demansı olan bireyler için idame Bilişsel Uyarım Terapisi' nin etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdiği çok merkezli çalışmasında müdahale grubuna uygulanan 6 aylık Bilişsel Uyarım Terapisi sonucun da bireylerin kendi yaşam kalitelerinde ve günlük yaşam aktivite beceri düzeylerinde önemli iyileşmelerin olduğu belirtilmiştir (178).

Cafferata ve arkadaşları (2021) tarafından demans için Bilişsel Uyarım Terapisi etkinliğinin incelendiği sistematik review ve meta analiz çalışmasında biliş (birincil sonuç) ve yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve psikolojik semptomlar (ikincil sonuçlar) zerinde faydalı olduğu 44 randomize kontrollü çalışmada değerlendirdi. Bilişsel Uyarım Terapisi'nin hafızayı, günlük yaşam aktivitelerini, depresif semptomları ve demans derecelerini önemli ölçüde iyileştirdiği belirtilmiştir (189).

Chen' in (2022) demans ile yaşayan bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin bilişsel fonksiyonlar, yaşam kalitesi ve nörobilişsel semptomlar üzerindeki etkisini incelediği meta analiz çalışmasında ise Bilişsel Uyarım Terapisi' nin bilişsel fonksiyonlar ve duygusal durumunu iyileştirerek demansı olan bireylerde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme becerilerinde iyileşmelerin görüldüğü belirtilmiştir (180).

Bilişsel Uyarım Terapisi' nin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu durum uygulanabilirliğini ve etkililiğini desteklemektedir. Bilişsel ve sosyal fonksiyonları güçlendirmeyi amaçlayan Bilişsel Uyarım Terapisi birçok fiziksel aktivite içermekte ve bireylerin fiziksel aktivitelere katılımını sağlamaktadır. Ayrıca demansı olan bireylere iletişim ağını güçlendirecek şekilde grup ortamında verilmesi, koordinasyon becerilerini kullanarak lider ve diğer katılımcılar ile iş birliği içinde hareket edebilmesi için fırsat vermektedir. Bu çeşitli görevlerin demansı olan bireylerde fiziksel bakımını bağımsız bir şekilde

sürdürmesi ve bütüncül özbakımını sürdürebilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bireylerin temel günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi ve ilişki kurabilmesi için gerekli olan kelimeleri hatırlamasına yardımcı olan aktivitelerin sunulması bireylerin hatırlama, akıl yürütme ve karar verme yeteneklerini kazanmasına olanak sağlamaktadır. Bu durumun demansı olan bireylerde günlük yaşamını planlama ve organize etme gibi yeteneklerini güçlendirmeyi hedeflediği düşünülmektedir. Demansı olan bireylerde aktif olarak etkilenen bilişsel fonksiyon düzeyinde görülen iyileşmenin işlevsellik düzeyini pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

## **5.2. Huzurevinde Kalan Demansı Olan Bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin Depresyona Etkisinin Tartışılması**

Bilişsel kapasite ve yeteneklerin kaybı sonucu yaşlı bireyin günlük yaşam etkinliklerinin sınırlandırılmasına neden olan demans aynı zamanda yaşlı bireylerde depresyon görülme olasılığını arttırmaktadır. Depresyon bazen demans ile karışabilmekte bazen de demansın öncü belirtisi olabilmektedir (22, 25). Demansı olan bireylerde depresyonun sık görülmesine karşın genellikle tedavi edilmemektedir. Bu durum intihar riski ve sosyal izolasyona yol açmakta ve demansı olan bireylerin yaşam kalitesini bozmaktadır (171). Bu nedenle demansta depresyon tedavisi önemlidir. Depresyon tedavisinde etkili yollardan biri de non-farmakolojik yaklaşımlar olarak bildirilmektedir (85). Bunlardan birisi de uyarım odaklı tedaviler arasında en güncel ve yaygın olarak kullanılan BİUT'dir. Literatür de demansı olan bireylerde BiUT'nin birçok yararı olduğu görülmektedir. Hafif ile orta derece demansı olan bireylerde bilişsel işlevin iyileştirilmesinin yanı sıra depresyon ve yaşam kalitesi üzerine yönelik kanıt temelli çalışmaların olduğu görülmektedir (37, 42, 116-119).

Küresel düzeyde, Bilişsel Uyarım Terapisi'nin tüm dünyadaki demans hastalarına rutin olarak sunulması önerilmektedir. Ancak Türkiye'de bu konuda literatürde eksiklik olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle demansı olan yaşlı bireylere Bilişsel Uyarım Terapisi uygulanmış olup depresyon düzeyi üzerindeki sonuçları sunulmuştur.

Bu araştırmada demansı olan yaşlı bireylerin depresyon düzeyi Cornell Demansta Depresyon ölçeği ile belirlenmiştir. Bilişsel Uyarım Terapisi uygulama öncesi müdahale grubundaki yaşlı bireylerin Cornell Demansta Depresyon ölçeği toplam puan ortalaması

17.6±3, kontrol grubundaki bireylerin ise 15.9±2.4' dür. Bu ölçek 19 madde ile değerlendirilir. Her bir madde 0 ve 2 arasında puanlanır. Sekiz ve üzeri toplam puan belirgin düzeyde depresyonu düşündürmektedir. Bu değerlendirmeler doğrultusunda bu araştırma da Bilişsel Uyarım Terapisi öncesinde araştırmaya dahil edilen demansı olan yaşlı bireylerin depresyon puanlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bilişsel Uyarım Terapisi öncesi, sonrası ve izlem aşamalarında müdahale ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Müdahale grubunun depresyon düzeyinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalma görülmüştür. Tüm ölçüm zamanlarında kontrol grubu depresyon düzeylerinin müdahale grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bilişsel Uyarım Terapisi sonrası müdahale grubu Cornell Demansta Depresyon ölçeği toplam puan ortalaması 9.3±2.8, kontrol grubunun ise 17±1.8 olduğu görülmektedir. Müdahale grubunda 8.3 puanlık bir azalma var iken kontrol grubunda 1.1 puanlık artış görülmektedir. Bu sonuç BİUT uygulamasının demansta depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu uygulama sonucunda müdahale grubunun Cornell Demansta Depresyon ölçeği toplam puan ortalamasındaki azalma araştırma hipotezlerinden olan **'Bilişsel Uyarım Terapisi uygulandıktan sonra müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan yaşlı bireylerin depresyon puanları arasında (son test -izlem test) müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık vardır'** H<sub>2</sub> hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde, elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte sonuçlar görülmüştür.

Niu ve arkadaşları (2010) araştırmalarında, Alzheimer hastalığı olan yaşlı bireylerin nörobilişsel semptomlarının tedavisinde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin etkililiğini inceledikleri araştırmada Alzheimer tanısı olan bireylerde BİUT' un depresyon semptomlarını azalttığı rapor edilmiştir (181).

D'Onofrio ve arkadaşlarının (2015) Alzheimer hastalığı olan bireylerde farmakolojik tedavi ile bilişsel stimülasyonun entegre tedavisini değerlendirdiği bir randomize, kontrollü bir çalışmada Bilişsel Uyarım Terapisi'nin depresyonu önemli ölçüde azaltabildiğini bildirmiştir (182).

Stewart ve arkadaşlarının (2017) demans tanısı alan bireyler için Bilişsel Uyarım Terapisi etkililiği üzerine yaptıkları araştırmada bir bütün olarak Bilişsel Uyarım

Terapisi'nin biliş gelişirmenin ve depresyonu hafifletmenin etkili bir yolu olduğu bildirilmiştir (43).

Watt ve arkadaşları tarafından (2021) demansı olan bireylerde depresyon semptomlarını azaltmak için müdahalelerin karşılaştırmalı etkinliğini incelediğı sistematik inceleme ve meta-analizi çalışmasında non farmakolojik müdahalelerden biri olan Bilişsel Uyarım Terapisi'nin depresyonu azaltmada etkili olduğu vurgulanmıştır (183).

Cafferata ve arkadaşları (2021) tarafından demans için Bilişsel Uyarım Terapisi etkinliğinin incelendiğı sistematik review ve meta analiz çalışmasında Bilişsel Uyarım Terapisi'nin depresif semptomları önemli ölçüde iyileştirdiğı belirtilmiştir (179).

Saragih ve arkadaşlarının (2022) demansı olan bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi uygulamasının etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmaların sistematik review ve meta analiz sonuçlarında hafif ve orta dereceli demansı olan yaşlı bireylerde depresyon düzeyini azalttığı bildirilmiştir (116).

Yapılan çalışmalar sonucu Bilişsel Uyarım Terapisi nin depresyon üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Depresyon çökkün duygudurum, ilgi kaybı ya da zevk alamama ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca enerji düzeyinde azalma, bitkinlik ve isteksizlik depresyonda sıklıkla görülmektedir ve bu durum psikomotor etkinlikte azalmaya neden olmaktadır (133, 134). Ancak demansı olan bireylerde bilişsel işlevleri güçlendirmek amacıyla gerçekleştirilen Bilişsel Uyarım Terapisi yönlendirmeye yardımcı birçok yönetsel işlev ve çoklu duyuşsal uyarım içeren aktiviteler ile sunulmaktadır. Bu aktivitelerin grup ortamında sunulması ve fiziksel oyunlar ile desteklenmesi demansı olan bireylerin hareket, dokunma ve hesaplama kabiliyetini güçlendirdiğı, bireylerin kaybolan ilgisi ve enerjisini yeniden kazanmasına yardımcı olduğu görülmektedir. Bireyi ataletten kurtaran Bilişsel Uyarım Terapisi'nin çevreye uyumu kolaylaştırdığı ve oryantasyonu arttırarak bireyin güvenliğini sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca bireye unuttuğı becerileri kazandırdığı, üretkenliğini desteklediğı, yaratıcılığını ortaya çıkardığı sonuç olarak yaşamdaki anlam arayışı yolculuğunda rolünü fark etmesini sağladığı düşünülmektedir.

### **5.3. Huzurevinde Kalan Demansı Olan Bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin Yaşam doyumuna Etkisinin Tartışılması**

Yaşlılık sürecinde bireylerde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşlılar için çok fazla sıkıntı verici olmaktadır. Özellikle demans gibi ilerleyici bir hastalığa sahip olma yaşlı bireyin yaşamdan anlam bulma ve yaşam doyum düzeyini etkilemektedir (27, 28). Bakım evinde kalan, demansı olan ve olmayan bireylerle ilgili yapılan çalışmalar da aile ile ilişkiler, hayattan anlam arayışı ve iyilik düzeylerinin yaşam doyumunu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (33). Demans başta olmak üzere ruh sağlığı açısından bir risk grubunu oluşturan yaşlılar, birçok sorunlarla karşı karşıya gelmektedirler. Bu sorunlar yaşam doyumunu düzeyini etkilemektedir (5). Bu nedenle farmakolojik olmayan yaklaşımlar demansı olan bireylerde yaşam doyumuna ulaşabilmeleri için önemlidir (36,37).

Bu araştırma da Bilişsel Uyarım Terapisi öncesinde müdahale grubundaki demansı olan bireylerin Yaşam Doyumu Ölçeği toplam puan ortalaması  $10.4 \pm 1.5$ , kontrol grubunda ise  $12.5 \pm 2.4$  tür. Ölçekten alınabilecek puan 5 ile 25 arasında değişmektedir. Ölçekten alınacak puanın yüksek olması yaşam doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Bu değerlendirmeler doğrultusunda müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin yaşam doyumunun orta düzeyde olduğu görülmektedir. Bilişsel Uyarım Terapisi öncesi ve sonrasında müdahale ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında yaşam doyumunu arasında anlamlı fark saptanırken, izlem aşamasında benzer saptanmıştır. Müdahale grubu son test yaşam doyumunu ölçeği toplam puanı  $14.5 \pm 2.2$ , kontrol grubu son test yaşam doyumunu ölçeği toplam puanı  $9.4 \pm 1.4$  tür. Bu sonuçlar Bilişsel Uyarım Terapisi sonrası müdahale grubunda yaşam doyum düzeyinde anlamlı artış olduğunu göstermektedir. Bu durum araştırma hipotezlerinden olan **‘Bilişsel Uyarım Terapisi uygulandıktan sonra müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan yaşlı bireylerin yaşam doyum puanları arasında (son test -izlem test) müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık vardır’** H<sub>3</sub> hipotezini doğrulamaktadır. Uluslararası literatür incelendiğinde, elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte sonuçlar görülmüştür. Ülkemizde böyle bir çalışma sonucunun olmaması ilk olması açısından önem taşımaktadır.

Aguirre ve arkadaşlarının (2013) demansı olan bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi’nin etkinliğini değerlendirdikleri randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelemesi çalışmalarında sadece biliş değil, aynı zamanda iletişim ve sosyal etkileşimin yanı sıra esenlik, refah, yaşam doyum ve sonuç olarak yaşam kalitesine fayda sağladığı bildirilmiştir (184).

Kim ve arkadaşlarının (2017) demans olan bireylerde tedavi yöntemi olarak Bilişsel Uyarım Terapisi meta analiz çalışmalarında Bilişsel Uyarım Terapisi' nin biliş ve yaşam kalitesini iyileştirmek için etkili olduğu ancak etkilerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Yaşam kalitesi ve bilişin yaşam doyumu için önemli bir sonuç olduğu düşünüldüğünden sonuç araştırmamız ile benzerdir (185).

Lök ve arkadaşları (2020) tarafından Roy'un Adaptasyon Modeli'ne Temellendirilmiş Bilişsel Uyarım Terapisi'nin demansı olan bireylerde yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Deney grubunun yaşam kalitesi düzeyinin kontrol grubuna göre daha iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bireylerin kendi yaşamlarına ilişkin subjektif doyumu olarak bilinen yaşam kalitesi bireyin yaşamını algılamasını ve yaşamdan doyum bulma süreçlerini etkilemektedir (42). Yaşam kalitesi düzeyi yüksek olan bireylerin yaşamdan daha fazla doyum aldıkları düşünülmektedir.

Allward ve arkadaşlarının (2020) yaptığı demansı olan bireylerde Bilişsel Uyarım Terapisi' nin zihinsel sağlığa yönelik etkilerinin incelendiği çalışmalarında bir kişinin geleceğine dair olumlu algılar geliştirerek zihinsel refahını iyileştirmek gibi faydaları olduğu belirtilmiştir (41). Zihinsel refah öznel bir mutluluk duygusu ve yaşam doyumu ile ilişkilendirildiğinden yüksek zihinsel refah düzeyinin yüksek yaşam doyumuna olanak sağladığı düşünülmektedir.

Chao ve arkadaşlarının hafif ve orta düzeyde demansı olan bireylerin yaşam kalitesini artırmak için Bilişsel Uyarım Terapisi ile ilgili kanıtların gücünü belirlemek için yaptığı çalışmasında bu uygulamanın demansı olan bireyler için yaşam kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Hafif ile orta derecede demansı olan yaşlı yetişkinler için kültürel olarak uyarlanabilen uygun maliyetli ve uygulanabilir bir program olduğu bildirilmiştir (118).

Woods ve arkadaşlarının (2023) demanslı bireylerde bilişsel işleyişi iyileştirmek için bilişsel stimülasyon randomize kontrollü çalışmaların incelendiği çalışmalarında hafif ile orta dereceli demansı olan bireyler için klinik olarak anlamlı gelişmeler ve yaşam kalitesi üzerinde hafif düzeyde faydalı olduğu bildirilmiştir (186).

Demans sonucu bilişsel fonksiyonlardaki gerilemenin Bilişsel Uyarım Terapisi ile iyileştirilmesi bireylerin günlük yaşam aktivite düzeylerini olumlu etkilemekte ve depresyona yatkınlığı azalttığı görülmüştür. Bu durum bireylerin yaşamdan aldığı

doym düzeyi üzerinde olumlu etki göstermiştir. Bilişsel Uyarım Terapisin de gerçekleştirilen aktivitelerin çoklu duyusal uyarım ve anımsamayı içeren çeşitli bilişsel görevler ile gerçekleştirildiği düşünüldüğünde bu görevlerin bireylerde problem çözme ve karar verme yetilerini arttırdığı, grup içinde diğer üyelerle paylaşımda bulunmasını sağlayarak iletişim becerilerini güçlendirdiği görülmektedir. Ayrıca demans ile kaybedilen geçmişe ait anı ve hislerin hatırlatılmaya çalışılması, bireylerin yaşam öykülerini, çocukluk yıllarına ait geçmiş deneyimlerini hatırlaması ve paylaşması bireyin kendini daha iyi hissetmesine, yaşamda iyimser bir tutum sergilemesine ve yaşamdan aldığı doymu arttırmaya yardımcı olduğu düşünülmektedir.

#### **5.4.Sonuç ve Öneriler**

Huzurevinde yaşayan ve demansı olan bireylere uygulanan BİUT programının bireylerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon düzeyleri ve yaşam doymu düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan randomize kontrollü deneysel çalışma modelde yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Müdahale ve kontrol grubundaki demansı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve grupların değişkenler açısından homojen olduğu,
- Bilişsel Uyarım Terapi öncesi müdahale ve kontrol grubunun günlük yaşam aktivite beceri düzeylerinde orta derecede bağımlı olduğu, depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve yaşam doymu düzeylerinin orta düzeyde olduğu,
- Bilişsel Uyarım Terapi sonrasında müdahale grubunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam doymu puan ortalamalarında anlamlı yükseliş olduğu, depresyon düzeyi puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde düşük olduğu,
- Bilişsel Uyarım Terapisi' nin demansı olan bireylerin günlük yaşam aktivite becerilerini arttırmada, depresyon düzeyleri azaltmada ve yaşam doymu düzeylerini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Demansı olan bireylerde bütüncül iyilik halini sağlayacak kesin bir sağıltım sürecinin olmaması ve ilerleyici olması nedeniyle bu bireylerin tedavisinde farmakolojik tedaviye ek olarak demansta psikososyal müdahalelerden biri olan ve bir çok ülkede etkin kullanılan BİUT programının, bakım veren sağık profesyonelleri tarafından bakım ortamlarında uygulanmasının yaygınlaştırılması,
- Ülkemizde demansı olan yaşlı bireylere bakım veren sağık profesyonellerine ve özellikle bireyler ile sürekli etkileşim içinde olan psikiyatri hemşirelerine BİUT sertifika program ile eğitim almaları, bilgi ve beceri düzeylerinin geliştirilmesi,
- Ülkemizdeki hemşirelik eğitim kurumlarında yürütölen hemşirelik programlarının müfredatına Demans Bakımında Psikososyal Uygulamalar adıyla seçmeli derslerin eklenmesi,
- Demansı olan yaşlı bireylerde daha büyük örneklem grupları ile randomize kontrollü çalışma niteliğinde bireysel ve grup BİUT çalışmalarının yapılması,
- Demansı olan yaşlı bireylere diğıer nonfarmakolojik girişimlerle desteklenmiş bireysel ve grup BİUT çalışmalarının yapılması,
- BİUT programının hafif düzeyde demansı olan bireyler dışında orta düzeyde demansı olan bireylere uygulanması ve evreler arası geçişı inceleyen çalışmaların yapılması,
- Demansı olan yaşlı bireyler dışında farklı kronik hastalıklar nedeniyle gelişen hafif bilişsel bozuluşu olan örneklem grupları ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ageing.  
[https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1) Erişim Tarihi: 04.11.2022.
2. World Health Organization (2020). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division Population Ageing 2019.  
<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data/ageing---demographics> Erişim Tarihi: 04.11.2022.
3. Türkiye İstatistik Kurum (2019). İstatistiklerle Yaşlılar. Nüfus İstatistikleri.1935-2019. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 04.11.2022.
4. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetler Müdürlüğü (2022). Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni Ağustos 2022.  
[https://www.aile.gov.tr/media/117257/eyhgm\\_istatistik\\_bulteni\\_agustos2022.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/117257/eyhgm_istatistik_bulteni_agustos2022.pdf) Erişim Tarihi: 04.11.2022.
5. Aslan M, Hocaoglu Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(1):53-62.
6. Uyanık Y, Başyigit R. Demografik yapı içinde yaşlı nüfusun görünümü ve aktif yaşlanma yaklaşımı perspektifinde politika örnekleri. İş ve Hayat Dergisi. 2018;4(8):273-310.
7. Tekin SÇ, Kara F. Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD). 2018;3(1):219-229.  
<https://doi.org/10.21733/ibad.370584>
8. World report on ageing and health, 2015.  
<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> Erişim Tarihi: 10.11.2022.
9. World Health Organization. Dementia: A Public Health Priority. United Kingdom. 2012:6-10. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>
10. World Health Organization. Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> Erişim Tarihi: 11.11.2022.
11. Türkiye Alzheimer Derneği.  
[www.alzheimerdernegi.org.tr](http://www.alzheimerdernegi.org.tr)  
<https://www.alzheimerdernegi.org.tr/turkiyede-600-000-aile-alzheimer-hastaligi-ile-mucadele-ediyor/> Erişim Tarihi: 11.11.2022.

12. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*. 2022;7: 2105-2125.
13. Bağ B. Yaşlılık dönemi ruh sağlığı ve sorunları. Çam O, Engin E (Editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (1. Baskı), İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014:781.
14. Wolf MU, Goldberg Y, Freedman M. Aggression and agitation in dementia. *Continuum: lifelong learning in neurology*. 2018;24(3): 783-803.
15. Gilmore MC, Stebbins L, Argüelles-Borge S, Trinidad B, Golden CJ. Development and treatment of aggression in individuals with dementia. *Aggression and violent behavior*. 2020;54: 101415.
16. Tanaka H, Nagata Y, Ishimaru D, Ogawa Y, Fukuhara K, Nishikawa, T. Clinical factors associated with activities of daily living and their decline in patients with severe dementia. *Psychogeriatrics*. 2022;20(3); 327-336.
17. Kim S, Choe K, Lee K. Depression, loneliness, social support, activities of daily living, and life satisfaction in older adults at high-risk of dementia. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(24): 9448.
18. Tuncay ÖF, Fertelli KT. Yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam doyumu ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018;32(3): 183-190.
19. Huri M, Kayıhan H. Geriatrik bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesi ile kognitif fonksiyon değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2014; 2(1): 1–10.
20. Sun M, Mainland JB, Ornstein JT, Mallya S, Fiocco JA, Sin LG, Shulman IK, Herrmann N. The association between cognitive fluctuations and activities of daily living and quality of life among institutionalized patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;33(2): e280-e285. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gps.4788>
21. Giebel MC, Sutcliffe C, Challis D. Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & Mental Health*. 2015;19 (1). <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915920>
22. Dafsari FS, Jessen F. Depression an underrecognized target for prevention of dementia in Alzheimer's disease. *Translational Psychiatry*. 2020;10(1): 160.

doi: 10.1038/s41398-020-0839-1.

23. Leyhe T, Reynolds FC, Melcher T, Linnemann C, Klöppel S, Blennow K, Zetterberg H, Dubois B, Lista S, Hampel H. A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimer's & Dementia*. 2016;1-13.
24. Cankurtaran ŞE, Cankurtaran M. Geriatrik depresyon ve yaşlılık psikozu. *İç Hastalıkları Dergisi*.  
[http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue\\_id=10&ref\\_ind\\_id=104](http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue_id=10&ref_ind_id=104)  
Erişim Tarihi: 15.11.2022.
25. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon. *Türkiye'de Psikiyatri*. 2006;8: 30-37.
26. Özer S. Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010;13(3): 27-35.
27. Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2009;23(3): 159-164.
28. Haugan G. The relationship between nurse patient interaction and meaning in life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of advanced nursing*. 2014;70(1): 107-120.
29. Bilir N, Subaşı NP. Yaşlılık sorunları. Güler Ç., Akın L. (Editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
30. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The Measurement of the life satisfaction. *Journal of Gerontology*. 1961;16: 134-143.
31. Softa KH, Karaahmetoğlu UG, Erdoğan O, Yavuz S. Yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2015;(1): 12-21.
32. Yüksel A, Yılmaz EB. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yaşam doyumunun değerlendirilmesi. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;1(1): 16-24.
33. Dewitte L, Vandenbulcke M, Schellekens T, Dezutter J. Sources of well-being for older adults with and without dementia in residential care: relations to presence of meaning and life satisfaction. *Aging & mental health*. 2021;25(1): 170-178.
34. St. John DP, Montgomery RP. Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International journal of geriatric psychiatry*. 2010;25: 814-821.  
<https://doi.org/10.1002/gps.2422>

35. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018, 493-509.
36. Lök N. Buldukoğlu K. Demansta bilişsel aktiviteyi artırıcı psikososyal uygulamalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(3): 210-216.
37. Turan GF. Bilişsel stimülasyon terapisi ve geriatri uygulamaları: Bir Meta Analizi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;60(11).
38. Cheng TS. Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: the Role of Physical and Cognitive Activities. Current Psychiatry Reports. 2016;18: 1-12.
39. Rai H, Yates L, Orrell M. Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. Clinics in Geriatric Medicine. 2018;34(4): 653–665.  
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.010>
40. Jean L, Bergeron M, Thivierge S, Simard M. Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic Review of the Literature. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2010;18(4): 281-296.  
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9>
41. Allward C, Dunn R, Forshaw G, Rewston C, Wass N. Mental wellbeing in people with dementia following Cognitive Stimulation Therapy: Innovative practice. Dementia. 2020;19(2): 496–504. <https://doi.org/10.1177/1471301217722443>
42. Lok N, Buldukoğlu K, Barcın Ebru. Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's adaptation model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping-adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial. Perspectives in Psychiatric Care. 2020;56(3): 581-592.  
<https://doi.org/10.1111/ppc.12472>
43. Stewart BD, Berg-Weger M, Tebb S, Sakamoto M, Roselle K, Downing L, Lundy J, Hayden D. Making a Difference: A study of Cognitive Stimulation Therapy for persons with Dementia. Journal of Gerontological Social Work. 2017;60(4): 300-312. <https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1318196>
44. Streater A, Spector A, Aguirre E, Orrell M. Cognitive Stimulation Therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study. British Journal of Occupational Therapy. 2016;79(12): 762-767.  
<https://doi.org/10.1177/0308022616668358>
45. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Devlet Planlama Teşkilatı. 2007;2741.

<https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/33628/turkiyede-yasli-larin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı.pdf> Erişim Tarihi: 17.11.2022.

46. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu. (2022). Güncel Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr> <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 23.11.2022.
47. Eliopoulos C (Ed). Gerontological Nursing.10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2021;9781975161002: 576.
48. Karadakovan A. Yaşlı sağlığı ve bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi. 2014: 359.
49. Kalinkara V. Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi. 3. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. 2016: 340.
50. Aşiret DG. Yaşlanma ile ilgili Kavramlar ve Teoriler. Kapucu S. (Editör). Geriatri Hemşireliği. Ankara: Sözkese Matbaacılık, 2019: 1-15.
51. Dharmarajan TS. Geriatric Gastroenterology-In: Physiology of Aging. Pitchumoni CS, Dharmarajan T. (Eds). Springer, Cham. 2021:101–153.
52. Açar A. Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2020;3(3): 347-354. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.752133>
53. Akdeniz M, Kavukçu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2019;10(3): 1-15.
54. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2012;2(2): 19-23.
55. Yerli G. Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. Journal of International Social Research. 2017: 10(52). <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1979>
56. Raju J, Manju R, Thomas SP, Mathews MS. Age associated skin diseases in elderly population. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. 2021;10(9): 569-586.
57. Bayrak S, Akın S. Yaşlılarda cilt sorunları ve bakımı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2019;1(3): 215-220.

58. Dai X, Hummel SL, Salazar JB, Taffet GE, Zieman S, Schwartz JB. Cardiovascular physiology in the older adults. Journal of geriatric cardiology. 2015;12(3): 196-201.
59. Keleş İ. Yaşlılarda Sık Görülen Ürogenital Sorunlar. İçinde: Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunlar ve Bakımı. Altındış M. (Editör). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, Medikal Yayıncılık. 2013.
60. Kurt B. Yaşlanma ve Yaşlılıkta Sık Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Bakımındaki Özellikler. İçinde: Geriatri Hemşireliği. Kapucu S. (Editör). Ankara: Sözkese Matbaacılık, 2019: 1-15.
61. Küçük U, Karadeniz H. Yaşlanmaya bağlı bireylerde görülen fizyolojik, ruhsal, sosyal değişiklikler ve korunmaya yönelik önlemler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD). 2021;14(2): 96-103. doi: 10.46414/yasad.877517
62. Açar A. Yaşlılarda psikolojik değişiklikler. Journal of Geriatric Science. 2020;3 (2): 75-80.
63. Paramita DP, Adiatmika I, Kuswardhani T, Mustika IW. Physiological and psychosocial change and the need of health intervention model for elderly. International Journal of Health Sciences. 2018;2(2): 61-67. <https://doi.org/10.29332/ijhs.v2n2.160>
64. Girdhar R, Srivastava V, Sethi S. Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. Journal of Geriatric Care and Research. 2020;7(1): 29-32.
65. Gökalp K. Demans. İçinde: Geriatrik Psikiyatri. Yıldız KM. (Editör). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. 2022: 65-86.
66. Kahraman Y. Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. Geriatrik Sendromlar Dizisi 4.- İçinde: Demans Sendromları. Işık AT, Tanrıdağ O (Editörler). Ankara: Som Kitap. 2009: 33-44.
67. World Health Organization. Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> Erişim Tarihi: 01.12.2022.
68. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. World Health Organization, Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025> Erişim Tarihi: 01.12.2022.

69. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
70. Güleç S. Nörobilişsel Bozukluklar. İçinde: Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Oflaz F, Yıldırım N. (Editörler). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2020: 459-467.
71. Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Özcan T.C., Gürhan N. (Çev. Ed.). Akademisyen Tıp Kitap Evi. 2016.
72. Uncu G, Adapınar ÖD. Alzheimer Hastalığına Multidisipliner Yaklaşım- İçinde: Alzheimer Hastalığı. Birinci E. (Editör). Nobel Akademik Yayıncılık. 2020: 1-14.
73. Apostolova GL. Alzheimer Disease. Continuum (Minneap Minn). 2016;22(2 Dementia):419-34. doi: 10.1212/CON.0000000000000307
74. Özbabalık D, Hussein S. Demans Bakım Modeli Raporu. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2017. <https://www.aile.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf>
75. Ayhan GM. Nörobilişsel Bozukluklar İçinde: Geriatrik Psikiyatri. Eren İ. (Editör). Akademisyen Kitapevi. 2020:123-174.
76. Kalaria Raj N. The pathology and pathophysiology of vascular dementia. Neuropharmacology, 2018;134: 226-239.
77. Bir SC, Khan MW, Javalkar V, Toledo EG, Kelley RE. Emerging concepts in vascular dementia: a review. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2021;30(8): 105864.
78. Bang J, Spina S, Miller BL. Frontotemporal dementia. The Lancet. 2015;386(10004): 1672-1682.
79. Young JJ, Lavakumar M, Tampi D, Balachandran S, Tampi RR. Frontotemporal dementia: latest evidence and clinical implications. Therapeutic advances in psychopharmacology. 2018;8(1): 33-48.
80. Sadock JB, Sadock AV, MD Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2017.

81. Hershey LA, Coleman-Jackson R. Pharmacological management of dementia with Lewy bodies. *Drugs & Aging*. 2019;36(4): 309-319.
82. Keleş E, Özalevli S. Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018;3(2): 39-42.
83. Uluoğlu C, Güney HZ. Demanslı yaşlı hastalar üzerinde yapılan ilaç araştırmaları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2010;13(3): 619.
84. Aird T. Nörolojik Bilimler Hemşireliği-Kanıtı Dayalı Uygulamalar- İçimde: Bilişsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bakımı. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A (Çev. eds). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2014;123-138.
85. Akintola AA, Achterberg WP, Caljouw MA. Non-pharmacological interventions for improving quality of life of long-term care residents with dementia: a scoping review protocol. *BMJ open*, 2019;9(12):e032661.
86. D'Onofrio G, Sancarolo D, Seripa D, Ricciardi F, Giuliani F, Panza F, Greco A. Non-pharmacological approaches in the treatment of dementia. Update on dementia. 2016;477-491.
87. Berg-Weger M, Stewart DB. Non-pharmacologic interventions for persons with dementia. *Missouri Medicine*. 2017;114(2): 116.
88. James IA, Fossey J. Oxford Textbook of Old Age Psychiatry- In: Non Pharmacological Interventions in Home Care. Denning T, Thomas A (Eds), United Kingdom: Oxford University Press. (2nd ed.). 2013: 269-281.
89. Douglas S, James I, Ballard C. Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in psychiatric treatment*. 2004;10(3): 171-177.
90. Özdel K. Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry-Special Topics*. 2015;8(2): 10-20.
91. Emerson E. Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities- In: Working with people with challenging behaviour. Emerson E, Dickson K, Gone R, Hatton C, Bromley J, Caine A. (Eds.). UK: Wiley. 1998:127-153.
92. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñiz R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2010;30(2): 161-178.

93. Kortte KB, Rogalski EJ. Behavioural interventions for enhancing life participation in behavioural variant frontotemporal dementia and primary progressive aphasia. *International Review of Psychiatry*. 2013;25(2): 237-245.
94. Burnside I, Haight BK. Reminiscence and life review: analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing*. 1992;17(7): 855-62.
95. Doğan S. Psikiyatri Hemşireliği İleri Düzey Uygulamalar İçin Psikoterapi: Kanıta Dayalı Uygulama Rehberi- İçinde: Yaşlı Yetişkinlerde Psikoterapi. Özbaş AA, Gürhan N). (Çev.Ed.). Ankara: Nobel Tıp Kitabeleri. 2020:625-657.
96. Aşiret GD, Kapucu S. Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: Anımsama terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 2(3): 60-68.
97. Wyman MF, Gum A, Arean PA. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry- In: Pschotherapy with Older Adults. Agronin ME, Maletta GJ (Eds). USA: Williams&Wilkins. 2012.
98. Cuevas PEG, Davidson PM, Mejilla JL, Rodney TW. Reminiscence therapy for older adults with Alzheimer's disease: A literature review. *International journal of mental health nursing*, 2020;29(3): 364-371.
99. Park K, Lee S, Yang J, Song T, Hong GRS. A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2019;31(11): 1581-1597.
100. Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist*. 2018;58(1): 88-S102.
101. Patel B, Perera M, Pendleton J, Richman A, Majumdar B. Psychosocial interventions for dementia: from evidence to practice. *Advances in psychiatric treatment*. 2014; 20(5): 340-349.
102. Neal M, Wright PB. Validation therapy for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2003;(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001394>
103. Chang WS. The effect of group validation therapy (V/T) in the elderly with dementia. *한국노년학*, 2008;28(4): 1023-1039.
104. Uçkaç K, Bahar L. Demanslı yaşlı hastaların bakımı ve mesleki yeterlilikler. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*. 2020;3(1): 45-59.

105. Chiu HY, Chen PY, Chen YT, Huang HC. Reality orientation therapy benefits cognition in older people with dementia: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*. 2018;86: 20-28.
106. Camargo CHF, Ladeira MA, Serpa RA, Jobbins VA, Filho CRP, Welling LC, Teive HAG. The effectiveness of reality orientation therapy in the treatment of parkinson disease dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2019;34(2): 124-130.
107. Cognitive Retention Therapy (CSA Journal)  
<http://www.alzheimersinnovation.com/articles/7-Cognitive-Retention-Therapy-CSA-Journal-> Erişim Tarihi:05.01.2023.
108. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183: 248-254.
109. Yates LA, Yates J, Orrell M, Spector A, Woods B. Cognitive stimulation therapy for dementia. *Clinics in geriatric medicine*. 2018;34(4): 653-665.
110. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE Guideline 97. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
111. Cognitive Stimulation Therapy, Guidelines and Recommendations.  
<http://www.cstdementia.com/page/guidelines> Erişim Tarihi:11.01.2023.
112. International Cognitive Stimulation Therapy (CST) Centre. Erişim Tarihi:11.01.2023. <https://www.ucl.ac.uk/international-cognitive-stimulation-therapy/cst-country>
113. Spector A. CST: development of the initial concept. *Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. History, Evolution and Internationalism*. Lauren A, Yates J, Orrell M, Spector A, Woods B. (Eds.). Newyork: Taylor & Francis Group. 2018.
114. Thorgrimsen A, Woods B, Orrell M. Our time: An evidence based group program to offer cognitive stimulation to people with dementia – Manual for group leaders. USA: Freiberg Press, Iowa.2005.
115. An Introduction to Cognitive Stimulation Therapy. <http://www.cstdementia.com/> Erişim Tarihi: 12.01.2023.

116. Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, Lee BO. Effects of Cognitive Stimulation Therapy for People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies: Cognitive stimulation therapy for dementia care. *International Journal of Nursing Studies*.2022;104:181.
117. Gibbor L, Yates L, Volkmer A, Spector A. Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a systematic review of qualitative research. *Aging & Mental Health*, 2021;25(6): 980-990.
118. Chao IC, Nicpon K, Roduta Roberts M. Effect of cognitive stimulation therapy on quality of life: A critical review. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 2020; 38(3): 203-229.
119. Young DKW, Ng PYN, Kwok T, Ho F, Cheng D, Mak V, Lau A. The effects of an expanded cognitive stimulation therapy model on the improvement of cognitive ability of elderly with mild stage Dementia living in a community: A randomized waitlist controlled trial. *Aging & Mental Health*. 2019;23(7): 855-862.
120. Bailey J, Kingston P, Alford S, Taylor L. An evaluation of Cognitive Stimulation Therapy sessions for people with dementia and a concomitant support group for their carers. *Dementia*. 2016; 0(0): 1–19.
121. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*.1983;31(12): 721-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x.
122. Birol L. Hemşirelik ile İlgili Kuramlar. 10. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık. 2011.
123. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Levy SB. Activities of daily living. In *Stat Pearls Publishing*. 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/> Erişim Tarihi: 15.01.2023.
124. Mlinac ME, Feng MC. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2016;31(6): 506-516.
125. Desai AK, Grossberg GT, Sheth DN. Activities of daily living in patients with dementia. *CNS drugs*. 2004;18(13): 853-875.
126. Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H. Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*. 2010;31(4): 246-253.

127. Yang Y, Yang HD, Hong YJ, Kim JE, Park MH, Na HR, Han MD, Kim S. Activities of daily living and dementia. *Dementia and Neurocognitive Disorders*. 2012;11(2): 29-37.
128. Liu KPY, Chan CCH, Chu MML, Ng TYL, Chu LW, Hui FSL, Yuen HK, Fisher AG. Activities of daily living performance in dementia. *Acta neurologica scandinavica*, 2007;116(2): 91-95.
129. Amieva H, Le Goff M, Millet X, Orgogozo JM, Pérès K, Barberger-Gateau P, Jacqmin-Gadda H, Dartigues JF. Prodromal Alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. *Ann Neurol*. 2008;64(5): 492-498.
130. Giebel CM, Challis DJ, Montaldi D. A revised interview for deterioration in daily living activities in dementia reveals the relationship between social activities and well-being. *Dementia*. 2016;15(5):1068-1081.
131. Prizer LP, Zimmerman S. Progressive support for activities of daily living for persons living with dementia. *The Gerontologist*. 2018;58(1): 74-87.
132. Sarı N, Van Giersbergen MY. Yaşlılarda Deliryum, Demans ve Depresyon; Değerlendirme ve Bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;33(3): 153-164.
133. Koç M. Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Gürhan N (Editör). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 475-538. 31.
134. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014: 267-298.
135. Koç Z. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Tanrıverdi D (Editör). Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. 2021 Antalya. 47-94.
136. Ates Bulut E, Soysal P, Isik AT. 2018. Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: Single-center experience in Turkey between 2013 and 2017, *Clin. Interv. Aging*. 13; 1899- 1905.
137. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, Yang F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 114511.
138. Bahar G, Bahar A. *Geropsikiyatri*. Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Tanrıverdi D. (Editör) Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. 2021 Antalya. 239-260.

139. İnel Manav A, Bozdoğan Yeşilot S, Yeşil Demirci P, Öztunç G. An evaluation of cognitive function, depression, and quality of life of elderly people living in a nursing home. *J Psy Nurs*. 2018;9(3):153- 160. doi: 10.14744/phd.2018.26817.
140. Burke AD, Goldfarb D, Bollam P, Khokher S. Diagnosing and treating depression in patients with Alzheimer's disease. *Neurology and therapy*. 2019;8(2) :325-350. <https://doi.org/10.1007/s40120-019-00148-5>
141. Byers AL, Yaffe K. Depression and risk of developing dementia. *Nature Reviews Neurology*, 2011;7(6): 323-331.
142. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Current opinion in psychiatry*, 2011;24(6): 461-472.
143. Wiels W, Baeken C, Engelborghs S. Depressive symptoms in the elderly—An early symptom of dementia? A systematic review. *Frontiers in pharmacology*, 2020;11: 34.
144. Preci G, Zekja I, Kruja J, Abazaj E. Depression and Dementia in Elderly People. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 2022;10(B):216-221.
145. Kitching D. Depression in dementia. *Australian prescriber*, 2015;38(6):209-11.
146. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and selfesteem. In *Culture and Well-being*, 2009;71-91. Doi: 10.1007/978-90-481-2352-0\_4.
147. Miller BK, Zivnуска S, Kaçmar KM. Self-perception and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 2019;139:321-325. Doi: 10.1016/j.paid.2018.12.003.
148. Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda Yaşam Doyumu (Satisfaction of Life in Elderly Individuals). *Turkish Journal of Geriatrics*. 2003;6 (2): 72-74.
149. Gotanda H, TsugawaY, Xu H, Reuben DB. Life satisfaction among persons living with dementia and those without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2022;1-12.
150. Wu YT, Nelis SM, Quinn C, et al. Factors associated with selfand informant ratings of quality of life, well-being and life satisfaction in people with mild-to-moderate dementia: results from the improving the experience of dementia and enhancing active life programme. *Age Ageing*. 2020; 49:446-452.
151. Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu YT, Lamont RA, Henderson C, Clarke R, Hindle JV, Thom JM, Jones IR, Morris RG, Rusted JM, Victor JR, Clare, L. 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*. 2018;48: 2130–2139.

<https://doi.org/10.1017/S0033291718000405>

152. Mank A, van Maurik IS, van Harten AC, Rhodius-Meester HF, Teunissen CE, van Berckel BN, Berkhof J, van der Flier WM, Rijnhart JJ. Life satisfaction across the entire trajectory of Alzheimer's disease: A mediation analysis. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. 2022;14(1): e12389.
153. Kelley RA. Cognitive Disorders: Delirium, Dementia, and Amnestic Disorders, In: *Psychiatric Mental Health Nursing* (5th ed.). Fortinash KM, Holoday Worret PA (Eds). Canada: Elsevier, 2011: 342361
154. Küçükgüçlü Ö, Akyol AM. Bilişsel Bozukluğu Olan Bireye Yaklaşım: Alzheimer ve Demans. İçinde: *Geriatri Hemşireliği*. Kapucu S. (Editör). Ankara: Sözkese Matbaacılık, 2019:(1-15).
155. Parbury SJ. Neurocognitive Disorders, In; Varcarolis' *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach* (7th ed.). Halter JM. (ed), Elsevier, 2014: 431-456.
156. Küçükgüçlü Ö. Demanslı Hastalarda Bakım. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği: Kanıta Dayalı Uygulamalar (Neuroscience Nursing Evidence-Based Practice)*. Topçuoğlu A., Durna Z., Karadakovan A. Çev.edit.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.2014.
157. Varcarolis EM. Neurocognitive Disorders. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care* (3th ed). New York: Elsevier, 2017;272-294.
158. Videbeck SL. *Psychiatric-Mental Health Nursing* (6th ed.). Chine: Lippincott Williams&Wilkins, 2014: 464-475.
159. Akyar ÖGDİ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(2); 79-88.
160. Schulz KF, Altman DG, Moher D, the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 2010;340: c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
161. [https://www.researchgate.net/publication/221660742\\_Propensity\\_score\\_matching\\_in\\_SPSS](https://www.researchgate.net/publication/221660742_Propensity_score_matching_in_SPSS)

162. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 1975;12(3): 189-198.
163. Molloy DW, Standish TI. A guide to the standardized Mini-Mental State Examination. *International psychogeriatrics*.1997; 9(S1): 87-94.
164. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar, R., Engin F. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002;13(4): 273-281.
165. Keskinoglu P, Ucku R, Yener G, Yaka E, Kurt P, Tunca Z. Reliability and validity of revised Turkish version of Mini Mental State Examination (rMMSE-T) in community-dwelling educated and uneducated elderly. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009;24(11): 1242-1250.
166. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14: 61-65.
167. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant BA, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med*. 2000;32: 87-92.
168. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969;9: 179-186.
169. Güzel A, Üner S, Turan S, Uçan S. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği.3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi özet bildirisi, Antalya. 2019.
170. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biological psychiatry*, 1988;23(3): 271-284.
171. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu N, Oğuzhanoğlu A. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(4): 263-71.
172. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*, 1985;49(1): 71-5.
173. Bekmezci M, Mert İS. Yaşam Tatmini Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;5(8): 166-177.
174. Dağlı A, Baysal N. Yaşam doyumu ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016;15(59).

175. Marinho V, Bertrand E, Naylor R, Bomilcar I, Laks J, Spector A, Mograbi DC. Cognitive stimulation therapy for people with dementia in Brazil (CST-Brasil): Results from a single blind randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021;36(2): 286-293.
176. Jiménez Palomares M, González López-Arza MV, Garrido Ardila EM, Rodríguez Domínguez T, Rodríguez Mansilla J. Effects of a Cognitive Rehabilitation Programme on the Independence Performing Activities of Daily Living of Persons with Dementia- A Pilot Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences*. 2021; 11(3): 319
177. Soedirman BS, Laksmidewi AAP. Benefit of cognitive stimulation therapy in a patient with vascular dementia: a case report. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2021; 9(C): 10-14.
178. Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R., Streater, A., Donovan H, Hoe J, Knapp M, Whitaker C, Russell, I. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: Single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(6): 454-461. doi:10.1192/bjp.bp.113.137414
179. Cafferata RMT, Hicks B, von Bastian CC. Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Bull*. 2021;147(5): 455-476. doi: 10.1037/bul0000325.
180. Chen X. Effectiveness of cognitive stimulation therapy (CST) on cognition, quality of life and neuropsychiatric symptoms for patients living with dementia: A meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 2022;47: 201-210.
181. Niu YX, Tan JP, Guan JQ, Zhang ZQ, Wang LN. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 2010;24(1): 1102–1111.
182. D'Onofrio G, Sancarlo D, Addante F, Ciccone F, Cascavilla L, Paris F, Elia AC, Nuzzaci C, Picoco M, Greco A, Panza F, Pilotto AA. Pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive stimulation in patients with Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*. 2015;30(9): 965-975.
183. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, Lai Y, Treister V, Thompson Y, Schneider R, Tricco AC, Straus SE. Comparative

- efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2021;372: n532.
- 184.** Aguirre E, Woods RT, Spector A, Orrell M. Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing research reviews*. 2013;12(1): 253-262.
- 185.** Kim K, Han JW, So Y, Seo J, Kim YJ, Park JH, Le SB, Le JJ, Jeong HG, Kim TH, Kim KW. Cognitive stimulation as a therapeutic modality for dementia: a meta-analysis. *Psychiatry investigation*. 2017;14(5): 626.
- 186.** Woods B, Rai HK, Elliott E, Aguirre E, Orrell M, Spector A. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005562.pub3/abstract> <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>

## 7. EKLER

### EK 1. Randomizasyon İşlemi

Müdahale ve Kontrol gruplarına atanma Seyhan Huzurevi listesi (A: Kontrol, B: Müdahale)

| 1. Select category                       | 2. Choose calculator | 3. Enter data | 4. View results |
|------------------------------------------|----------------------|---------------|-----------------|
| <b>Assign subjects to groups</b>         |                      |               |                 |
| Subject #                                | Group Assigned       |               |                 |
| 1                                        | B                    |               |                 |
| 2                                        | A                    |               |                 |
| 3                                        | A                    |               |                 |
| 4                                        | A                    |               |                 |
| 5                                        | A                    |               |                 |
| 6                                        | A                    |               |                 |
| 7                                        | B                    |               |                 |
| 8                                        | A                    |               |                 |
| 9                                        | A                    |               |                 |
| 10                                       | A                    |               |                 |
| 11                                       | A                    |               |                 |
| 12                                       | A                    |               |                 |
| 13                                       | B                    |               |                 |
| 14                                       | A                    |               |                 |
| 15                                       | B                    |               |                 |
| 16                                       | B                    |               |                 |
| 17                                       | B                    |               |                 |
| 18                                       | B                    |               |                 |
| 19                                       | B                    |               |                 |
| 20                                       | A                    |               |                 |
| 21                                       | A                    |               |                 |
| 22                                       | B                    |               |                 |
| 23                                       | B                    |               |                 |
| 24                                       | A                    |               |                 |
| 25                                       | A                    |               |                 |
| 26                                       | B                    |               |                 |
| 27                                       | B                    |               |                 |
| 28                                       | B                    |               |                 |
| 29                                       | B                    |               |                 |
| 30                                       | B                    |               |                 |
| Notes about the random number generator: |                      |               |                 |

Müdahale ve Kontrol gruplarına atanma Adana Huzurevi listesi (A: Kontrol, B: Müdahale)

| 1. Select category                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. Choose calculator | 3. Enter data | 4. View results |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-----------------|
| <b>Assign subjects to groups</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |               |                 |
| Subject #                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Group Assigned       |               |                 |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B                    |               |                 |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | A                    |               |                 |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | A                    |               |                 |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | A                    |               |                 |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B                    |               |                 |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B                    |               |                 |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B                    |               |                 |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B                    |               |                 |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | A                    |               |                 |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B                    |               |                 |
| 29                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A                    |               |                 |
| Notes about the random number generator:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |               |                 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>This randomizer does not randomly choose a treatment for each subject. Rather it randomly scrambles a set number of participants among a set number of treatment slots. So each treatment always gets assigned the same number of participants.</li><li>You can select and copy, and then paste into Excel or elsewhere.</li></ul> |                      |               |                 |

## Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı;

Bu anketler bilimsel bir araştırma amacıyla hazırlanmış olup; hastalığınızla ilgili soruları içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle dinleyip soruları size en uygun biçimde cevaplamanız, çalışmanın doğru bir şekilde sonuçlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmanın en uygun şekilde değerlendirilebilmesi için soruların boş bırakılmaması önemle rica olunur. Araştırmadan elde edilecek veriler sadece araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Bu nedenle isimleriniz yazılmayacaktır. Katılımınız ve araştırmaya vermiş olduğunuz desteklerden dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyet?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Medeni durumunuz?

☐ Bekâr

☐ Evli

4. Evli iseniz eşiniz yaşıyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

5. Çocuğunuz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

6. Çocuğunuz var ise görüşme sıklığınız nedir?

☐ Sık görüşüyorum

☐ Seyrek görüşüyorum

☐ Görüşmüyorum

7.Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

☐ Okuryazar olmak

☐ İlkokul mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Yüksekokul ve üstü mezunu

8.Kendinize ait düzenli bir geliriniz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9. Size göre gelir durumunuz nedir?

- ☐ Gelirim giderimden az
- ☐ Gelirim giderime denk
- ☐ Gelirim giderimden fazla

10. Ne zamandan beri bu kurum da yaşıyorsunuz?

.....

11. Ne sıklıkta kurum dışı izine çıkıyorsunuz?

- ☐ Hiç
- ☐ Ara sıra
- ☐ Sık sık

12.Demans tanısı ilk ne zaman belirlendi?

(Araştırmacı tarafından kurumdan alınacaktır).

13. Başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Evet ise bu hastalıklarınızı belirtiniz?

.....

15.Hastalıklarınız nedeniyle ilaç kullanıyor musunuz?

### Ek 3. Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitimliler için)

#### Yönelim (Toplam Puan 10)

Hangi yıl içindeyiz?.....

Hangi mevsimdeyiz?.....

Hangi aydayız?.....

Bugün ayın kaç?.....

Hangi gündeyiz?.....

Hangi ülkede yaşıyoruz?.....

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?.....

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?.....

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?.....

Şu an bu binada kaçınca kattasınız?.....

(Her doğru cevap 1 puan) .....

#### Kayıt hafızası (Toplam Puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır) (Her doğru isim 1 puan) .....

#### Dikkat ve hesap yapma (Toplam Puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

(Her doğru işlem 1 puan.) (100, 93, 86, 79, 72, 65) .....

#### Hatırlama (Toplam Puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (masa, bayrak, elbise).....

#### Lisan (Toplam Puan 9)

A) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)....

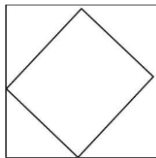
B) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum." (10 sn tut) (1 puan) ....

C) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın." Toplam puan 3, süre 30 sn. (Her bir doğru işlem 1 puan).....

D) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "Gözlerinizi kapatın."

E) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan) .....

F) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan) ...



#### EK 4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)-The Barthel ADL İndeks

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Parametreler

Hastanın değerlendirilmesi

Skor

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Beslenme                                          | Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir.                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar.                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Tam Bağımlıdır.                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 0  |
| Yıkanma                                           | Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir.                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Yardıma ihtiyacı vardır                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 0  |
| Kendine Bakım                                     | Elini yüzünü yıkayabilir dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 0  |
| Giyinip Soyunma                                   | Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir.                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Yardıma gereksinim duyar (İşin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir.)                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Tam Bağımlıdır.                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 0  |
| Bağırsak Bakımı                                   | Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | İnkontinansı mevcuttur.                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 0  |
| Mesane Bakımı                                     | Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.                                                                                                | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçıır.                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | İnkontinans veya kateterlidir ve mesanesini kontrol edemez.                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 0  |
| Tuvalet Kullanımı                                 | Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kâğıdını kendi kullanabilir.                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kâğıdını kullanmak için bir miktar yardım alabilir.                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Tam Bağımlıdır.                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 0  |
| Tekerlekli Sandalyeden Yatağa ve Ters Transferler | Tam bağımsızdır.                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 15 |
|                                                   | Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel).                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır.                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Tam Bağımlıdır.                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 0  |
| Düzgün Yüzeyde Yürüme                             | Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Birey, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (Birey kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.) | <input type="checkbox"/> 15 |
|                                                   | Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir.                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir.                                                                                                                                 |                             |
|                                                   | Yatağa, tuvalete yanaşabilir.                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz.                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 0  |
| Merdiven inip çıkma                               | Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzan, baston, koltuk derneği).                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                                   | Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                                   | Yapamaz.                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 0  |

0-20: Tam Bağımlı 21-61: İleri Derecede Bağımlı 62-90: Orta Derecede Bağımlı 91-99: Hafif

Derecede Bağımlı 100: Tam Bağımsız

Toplam Puan (0-100):.....

## **EK 5. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)**

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Hastaya en çok uyan yanıtı işaretleyin. Formu hastanın kendisinden, yakınlarından ya da hastaya ait yakın tarihli kayıtlardan yararlanarak doldurabilirsiniz.

### **A. Telefonu kullanabilme;**

- ☐1 Telefonu rahatlıkla kullanabilir
- ☐1 Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir
- ☐1 Telefona cevap verir, ancak arayamaz
- ☐0 Telefonu hiç kullanamaz

### **B. Alışveriş;**

- ☐1 Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar
- ☐0 Küçük alışverişlerini kendisi yapar
- ☐0 Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar
- ☐0 Alışveriş yapamaz

### **C. Yemek hazırlama;**

- ☐1 Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir
- ☐0 Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir
- ☐0 Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz
- ☐0 Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır

### **D. Ev temizliği;**

- ☐1Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir
- ☐1Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir
- ☐1Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz.
- ☐0Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.

### **E. Çamaşır;**

- ☐1 Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar
- ☐1 Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir
- ☐0 Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.

**F. Yolculuk;**

- ☐1 Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır
- ☐1 Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz
- ☐1 Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir
- ☐0 Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır
- ☐0 Yolculuk yapamaz

**G. İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu;**

- ☐1 İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir
- ☐0 İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir
- ☐0 İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz.

**H. Mali işler;**

- ☐1 Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir
- ☐1 Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.
- ☐0 Mali işlerini takip edemez.

**Skorlama;**

Hasta her A-H arasındaki sorulardan; bir harf için 1 puan ile puanlandırılır. Skor aralığı 0-8'dir. Düşük skor daha fazla bağımlılık anlamına gelir.

Toplam Puan: \_\_\_\_\_

## **EK 6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ)**

### **A. Duygudurum ile ilişkili bulgular**

- |                                                                       |       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. Anksiyete (Huzursuz görünüm, derin düşünceli görünüm, kaygılı hal) | 0 1 2 |
| 2. Üzüntü (Üzgün yüz görünümü, üzgün ses tonu, ağlamaklı hal)         | 0 1 2 |
| 3. Sevinçli olaylara tepki vermeme                                    | 0 1 2 |
| 4. İrritabilite (Kolayca öfkelenme, kısa süreli gevşeme)              | 0 1 2 |

### **B. Davranış değişiklikleri**

- |                                                                                  |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 5. Ajitasyon (Huzursuz beden dili, ellerini sıkma, saçını çekme)                 | 0 1 2 |
| 6. Retardasyon (Hareketlerde yavaşlama, yavaş konuşma, yavaşlamış reaksiyon)     | 0 1 2 |
| 7. Çok say›da fiziksel yakınma (Yalnız gastrointestinal yakınmalar varsa 0 puan) | 0 1 2 |
| 8. İlgi kaybı (Her zamanki aktivitelere ilgide azalma)                           | 0 1 2 |

(Değişiklik akut olarak örneğin 1 aydan kısa süredir var ise puan verilir)

### **C. Fiziksel bulgular**

- |                                                             |       |
|-------------------------------------------------------------|-------|
| 9. İştah kaybı (Her zamankinden az yemek yeme)              | 0 1 2 |
| 10. Kilo kaybı (1 ayda 2.5 kg'dan fazla kayıp varsa 2 puan) | 0 1 2 |
| 11. Enerji kaybı (Kolay yorulma, aktiviteyi sürdürememe)    | 0 1 2 |

(Değişiklik akut olarak örneğin 1 aydan kısa süredir var ise puan verilir.)

### **D. Döngüsel fonksiyonlar**

- |                                                                         |       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|
| 12. Duygudurumda diurnal değişiklik (Semptomlar sabahlar› daha kötüdür) | 0 1 2 |
| 13. Uykuya dalmakta güçlük (Her zamankinden geç uykuya dalma)           | 0 1 2 |
| 14. Uykudan sık uyanma                                                  | 0 1 2 |
| 15. Sabah erken uyanma (Her zamankinden erken uyanma)                   | 0 1 2 |

### **E. Düşünsel değişiklikler**

- |                                                                                         |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 16. Özkıyım (Hayatı yaşamaya değer bulmama, intihar düşüncesi ya da girişimi)           | 0 1 2 |
| 17. Zayıf özgüven (Kendini suçlama, değersiz bulma, başarısızlık/beceriksizlik duygusu) | 0 1 2 |
| 18. Kötümserlik (Kötülük beklentisi)                                                    | 0 1 2 |
| 19. Duygudurum ile uyumlu sanr›lar (Yoksulluk, hastalık, kayıp sanrıları)               | 0 1 2 |

### **Değerlendirme**

Bu testteki toplam 19 madde 0, 1, 2 olarak puanlanır.

0= Yok 1= Hafif ya da orta derecede 2= Şiddetli

**EK 7. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)**

|   | Maddeler                                                                 | Hiç katılmıyorum (1) | Çok az katılıyorum (2) | Orta düzeyde katılıyorum (3) | Büyük oranda katılıyorum (4) | Tamamen katılıyorum (5) |
|---|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 1 | İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.                                   |                      |                        |                              |                              |                         |
| 2 | Yaşam koşullarım mükemmeldir.                                            |                      |                        |                              |                              |                         |
| 3 | Yaşamımdan memnunum.                                                     |                      |                        |                              |                              |                         |
| 4 | Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.             |                      |                        |                              |                              |                         |
| 5 | Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim |                      |                        |                              |                              |                         |

## **EK 8. BİUT Oturum İçerikleri**

### **TANIŞMA OTURUMU;**

#### **Tanışma ve BİUT Hakkında Bilgi Verme**

##### **Giriş ve Açılış (10 Dakika)**

Bu oturum da amaç katılımcılar ile tanışmak ve katılımcıların birbirleri ile tanışmalarını sağlamak, BİUT ve yapılacak olan diğer ölçekler hakkında bilgi vermek, ilgi ve merak uyandırmaktır.

##### **Isınma (5 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendini tanıtmaları istenir.

##### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- BİUT nedir? Oturum içerikleri nelerdir? BİUT faydaları nelerdir? Bu konular hakkında kısaca bilgi verilir.

##### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **BİRİNCİ OTURUM;**

### **Fiziksel Oyun**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi, fiziksel bakımını bağımsız bir şekilde sürdürmesi ve bütüncül özbakımını sürdürebilmesi için fiziksel oyunlara katılımının sağlanması ve koordinasyon becerilerini kullanarak lider ve diğer katılımcılar ile iş birliği içinde hareket edebilmesini sağlamaktır.

##### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

##### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumdaki oyun takım çalışmasını gerektiren ve puanlaması olan masa tenisi oyununu içermektedir.

- Grup lideri tarafından oyunun nasıl oynanacağı ve kuralları anlatılır.

### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **İKİNCİ OTURUM;**

### **Sesler**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi özellikle dikkat, problem çözme ve karar verme yetilerinin artırılması ve grup içinde diğer üyelerle paylaşımda bulunmasını sağlayarak iletişim becerilerini güçlendirmeyi sağlamaktır.

### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda doğa ve hayvan seslerinin olduğu ses kaydı dinletilir.
- Kayıttaki doğa ve hayvan seslerinin içindeki seslerin neler olabileceği hakkında sohbet edilir ve fotoğraflarıyla eşleştirmeleri istenir. Bu işlem her bir katılımcının iki farklı sesi tahmin etmesi ve eşleştirilmesine kadar devam edilir.

### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **ÜÇÜNCÜ OTURUM;**

### **Çocukluk; (Benim Yaşamım)**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin demans ile kaybedilen geçmişe ait anı ve hislerin hatırlatılmaya çalışılması ve bireylerin yaşam öykülerini, çocukluk yıllarına ait geçmiş deneyimlerini hatırlaması ile bilişsel işlevlerini güçlendirmeyi sağlamaktır.

### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcıların kendi yaşamları ve geçmiş yıllara ait bilgilerini hatırlamaları için fırsat sunulur.
- Çocukluk yıllarına ait önemli olayları hatırlamaları için sorular yöneltilir.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

### **DÖRDÜNCÜ OTURUM;**

#### **Yiyecek**

##### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi, sosyal hayattaki rolünü fark etmesi ve planlama, organize etme yeteneklerini güçlendirmeyi sağlamaktır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcılar için çeşitli yiyeceklerden oluşan menüler oluşturulur.
- Bu yiyecekler hakkında konuşulur en çok hangi yiyecekleri tükettikleri hakkında fikirleri alınır.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **BEŞİNCİ OTURUM;**

### **Güncel Olaylar**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi ve fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel, spiritüel ve entellektüel boyutta gereksinimlerini karşılamaya yönelik bütüncül bakımın sağlanmasıdır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcıların, güncel olaylara ilişkin görüş, tutum, hayal ve istekler hakkında konuşmak ve “ ..... hakkında ne düşünüyorsunuz?” şeklinde kendilerine ait görüşlerini bildirmelerine fırsat verilir.
- Grup lideri tarafından önceden belirlenmiş olan güncel gazete/dergi haberi (Covid 19 pandemisi) belirlenerek laptop ve projektör yardımıyla bireyler ile paylaşılır, haber konusu hakkında konuşulur ve geçmiş yıllarda daha önce böyle bir durum (salgın hastalıklar) ile karşılaşıldı mı farklılık ve benzerlikleri tartışılır?

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **ALTINCI OTURUM;**

### **Yüzler/Sahneler**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi ve özellikle yakın ve uzak geçmişi hatırlamaları için olaylar, resimler arasında ilişki kurması sağlanır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.

- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcılara verilmek üzere sinema ve ses sanatçıları, geçmiş dönemlere ait sinema filmlerinin posterleri ve Türkiye de önemli tarihi mekanların fotoğraflar belirlenir ve katılımcı sayısı kadar çoğaltılır.
- Tüm bireylere dağıtılır ve herkesin aynı fotoğrafa bakması sağlanır.
- Bireylere verilen fotoğraf hakkında konuşmaya ve tartışmaya davet edilir.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

### **YEDİNCİ OTURUM;**

#### **Sözcük Çağrışımları**

##### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi ve özellikle günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede gerekli olan kelimelerin hatırlanması, ilişki kurabilmesi ve bireylerin bütüncül bakımı için gerekli rollerini yeniden yerine getirebilmesini sağlamaktır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcıların kendilerine gösterilen eksik kelimeleri tamamlamaları istenir.
- Bireylere grup lideri tarafından miktar (ör: bir fincan, ..... bir dilim, ..... bir çift, .....), yer (ör: Adana Taş....), ünlü çiftler (Leyla ile .....; Türkan Şoray, .....; Zeki Alasya, ..... ve atasözleri (ör: Ev alma.....; Sakla

samanı ..... ; Ne ekersen ..... Ak Akçe ..... ) eksik olarak tahtaya yazılır.

- Sırasıyla tüm katılımcılardan kendilerine eksik verilen kelimeleri tamamlamaları istenir.

### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **SEKİZİNCİ OTURUM;**

### **Yaratıcılık**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi, unuttuğu becerileri kazandırmak, üretkenliğini desteklemek ve yaratıcılığını ortaya çıkarmayı sağlamaktır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcılara bir şeyler yapabilme ve üretebilme konusunda fırsatlar sunulur.
- Bireylere grup lideri tarafından önceden hazırlanmış çeşitli mandala boyama kâğıtları, kuru boya ve keçeli boya kalemleri verilir ve istedikleri renkte boyamaları istenir.
- Grup lideri tarafından masaya oyun hamuru ve legolar yerleştirilerek yaşamak istedikleri evi inşa etmeleri istenir ve aktivite sonlandırılır.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **DOKUZUNCU OTURUM;**

### **Nesneleri Kategorize etme**

## **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi ve problem çözme, karar verme, hatırlama ve muhakeme yeteneklerini güçlendirmesini sağlamaktır.

### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda grup lideri tarafından önceden hazırlanmış çeşitli kategorilerin (Öğr; A harfi ile başlayan iller, kırmızı renkli bir meyve, yeşil yapraklı sebzeler, bir mutfak eşyası gibi) yer aldığı kağıtlar kapalı bir şekilde cam kaba konulur.
- Katılımcılardan herhangi birisi cam kaptan bir kâğıt çeker.
- Kâğıdı çeken katılımcı yüksek sesle kâğıtta yazılı olan kategoriyi söyler.
- Kategoriler tamamlandıktan sonra aktivite sonlandırılır.

### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **ONUNCU OTURUM;**

### **Oryantasyon**

## **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi, bireyin çevreye uyumunu kolaylaştırması, uzaklık-yakınlık kavramları arasında bağlantı kurması ve oryantasyonunu arttırarak bireyin güvenliğini sağlamaktır.

### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturum katılımcıların oryantasyonunu sağlamaya yönelik aktiviteleri içermektedir.
- Katılımcıların bulundukları huzurevinin hangi ilde olduğu ve hangi semtte yer aldığına ilişkin sorulur ve katılımcılar ile konuşulur.
- Katılımcıların daha önce yaşadıkları yerler ve bulundukları huzurevine olan uzaklıklarını hesaplamaları istenir.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

### **ONBİRİNCİ OTURUM;**

#### **Para Kullanımı**

##### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi ve özellikle hatırlama, planlama yapma, karar verme, problem çözme, hesaplama yeteneklerini geliştirmek için fikir yürütmelerini sağlamaktır.

##### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

##### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcılara, kendilerine gösterilen nesnelerin (yiyecek, içecek, kırtasiye malzemesi, kıyafet ve değerli eşyalar vb.) gerçek ve güncel fiyatlarını tahmin etmeleri için fırsat verilir.
- Tüm katılımcılardan birer tane nesneyi seçme ve seçtikleri nesnelerin gerçek fiyatlarını tahmin etmeleri istenir.
- Daha sonra nesnelere ait gerçek fiyatların yazılı olduğu kağıtlar masa üzerine çıkarılır ve kendi söyledikleri fiyat ile gerçek fiyat karşılaştırılarak tartışılır.

##### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **ONİKİNCİ OTURUM;**

### **Numaralı Oyunlar**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi ve bireylerin hatırlama, dikkat, planlama ve muhakeme yeteneklerini güçlendirerek biyopsikososyal uyumu sağlamaktır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturum katılımcıların sayıları hatırlamaları ve kullanmalarına fırsat sağlar.
- Katılımcılara tombala oynanacağı söylenir.
- Tombalanın nasıl oynandığı kısaca anlatılır.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **ONÜÇÜNCÜ OTURUM;**

### **Kelime Oyunları**

#### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi ve bireylerin hatırlama, akıl yürütme ve karar verme yeteneklerini güçlendirmesini sağlamaktır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturum katılımcıların harfleri kullanarak, doğru kelimeleri tahmin etmelerini içeren oyunlardan oluşmaktadır.
- Katılımcılara kelime üretme oyunu oynanacağı söylenir. Oyun hakkında bilgi verilir. Katılımcılardan harf torbasından bir harf çekmeleri istenir ve her bireyin çektiği harften kelimeler üretmeleri istenir.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

### **ONDÖRDÜNCÜ OTURUM;**

#### **Takım Yarışması**

##### **Giriş**

Bu oturumda amaç bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmesi, fiziksel oyunlar ile hareket, dokunma ve hesaplama kabiliyetini güçlendirmesi ve bireylerin kaybolan ilgisini, enerjisini yeniden kazanmasına yardımcı olmaktır.

#### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

#### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcılara takım oyunu oynamaları için fırsat sunulur.
- Grup lideri katılımcılara iki gruba ayrılmasını söyler.
- Katılımcılara oynanacak oyunun bowling olduğu söylenir. Oyun hakkında kısaca bilgi verilir.
- Grup lideri oyunun nasıl oynanacağını gösterir.  
İki takıma ayrılan katılımcılar el ile atılan bowling topunun dizili olan lobutları devirmeye çalışır.

#### **Kapanış (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri bildirimler verilir.

## **SONLANDIRMA OTURUMU;**

### **Giriş**

Bu oturum da amaç katılımcılara önceki oturumlarda yapılan aktivitelerin neler olduğunu sormak ve bu aktivitelerin yaşam deneyimlerindeki anlamını fark etmeleri sağlamaktır.

### **Isınma (10 Dakika)**

- Grup lideri tarafından yumuşak bir top ile katılımcılar arasında rastgele gezdirilmesi ve bireylerin kendi hakkında konuşması istenir.
- Grup lideri tarafından belirlenen güncel gazete ya da dergi haberleri katılımcılar ile paylaşılır ve haberler hakkında katılımcıların görüş bildirmesine fırsat verilir ve tartışmaya davet edilir.

### **Ana Aktivite (25 Dakika)**

- Bu oturumda katılımcılara önceki oturumlarda yapılan aktiviteler sorulur.
- Aktivitelerin neler olduğunu hatırlamaları istenir.
- Bireyler son test uygulamaları yapıldıktan sonra aktivite sonlandırılır.

### **Kapanış (10 Dakika)**

Grup lideri tarafından oturuma katılan herkese katılımı ve katkıları için bireysel olarak teşekkür edilir ve yapılan aktiviteler ile ilgili olumlu geri b

## Ek 9. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.10.2021-E.35200



T.C.  
OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Fen Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sayı : E-59754796-050.99-35200  
Konu : Karar bildirimi

05.10.2021

Sayın Öğr. Gör. EJDANE COŞKUN  
Hemşirelik Bölüm Başkanlığı - Öğretim Görevlisi

İlgi : 28/09/2021 tarih ve 33989 sayılı yazınız.

İlgi kayıtlı başvuruza istinaden alınan 30.09.2021 tarih ve 2021/6/10 sayılı Fen Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Kararı ekte sunulmuştur.  
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Eyyup TEL  
Kurul Başkanı

Ek:2021/6/10 sayılı karar

**OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU**  
**TOPLANTI KARARI**

| Karar Tarihi | Toplantı Sayısı | Karar Sayısı |
|--------------|-----------------|--------------|
| 30.09.2021   | 6               | 2021/6/10    |

**Saat:** 14.00

**Toplantı Yeri:** COVID-19 tedbirleri kapsamında, toplantı elektronik ortam üzerinden yapılmıştır.

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Fen Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 30.09.2021 tarihinde elektronik ortam üzerinden toplandı ve aşağıdaki kararı aldı:

**Karar 10.** Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde görev yapan Öğr. Gör. Ejdane COŞKUN' nun, 28/09/2021 tarih ve E.33989 kayıt sayılı başvurusuna konu olan "Bilişsel Uyarım Terapisi" nin Huzurevinde Kalan Demanslı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Yaşam Doyumuna Etkisi" başlıklı tez çalışması hakkında görüşüldü.

Sonuç olarak; Ejdane COŞKUN' nun, 28/09/2021 tarih ve E.33989 kayıt sayılı başvurusuna konu olan "Bilişsel Uyarım Terapisi" nin Huzurevinde Kalan Demanslı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Yaşam Doyumuna Etkisi" başlıklı tez çalışmasını yapabilesinin Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi hükümlerine uygun olduğu kanaatine varılarak araştırma için bu belgenin "**Etik Kurul Onay Belgesi**" olarak verilmesine toplantıya katılan üyelerimizin oy birliği ile karar verilmiştir.

|                           |                   |       |
|---------------------------|-------------------|-------|
| Prof. Dr. Eyyup TEL       | Başkan            | Kabul |
| Prof. Dr. Nihat ARIKAN    | Başkan Yardımcısı | Kabul |
| Prof. Dr. Abdullah MART   | Üye               | Kabul |
| Prof. Dr. Zeynep ULUKANLI | Üye               | Kabul |
| Prof. Dr. Muhittin ŞAHAN  | Üye               | Kabul |
| Prof. Dr. Mustafa KELEŞ   | Üye               | Kabul |
| Prof. Dr. Hakan ÖZTÜRK    | Üye               | Kabul |

Prof. Dr. Eyyup TEL  
Başkan

Prof. Dr. Nihat ARIKAN  
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Abdullah MART  
Üye

Prof. Dr. Zeynep ULUKANLI  
Üye

Prof. Dr. Muhittin ŞAHAN  
Üye

Prof. Dr. Mustafa KELEŞ  
Üye

Prof. Dr. Hakan ÖZTÜRK  
Üye

## Ek 10. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli Kurum Onayı



T.C.  
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : E-84459573-605.01[605.01]-1994919

03.01.2022

Konu : Veri Toplama (Edjane COŞKUN)

### BAKANLIK MAKAMINA

Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi olan Ejdane COŞKUN'un "Bilişsel Uyarım Terapisinin Huzurevinde Kalan Demanslı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Yaşam Doyumuna Etkisi" konulu tez çalışmasını Adana İl Müdürlüğüne bağlı kuruluşlardan Şehit Kara Pilot Yüzbaşı Serhat Sığınak Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ile Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüklerinde yapabileme talebi Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından uygun görülmüştür.

Çalışmanın, İl Müdürlüğünün koordinasyonunda, kuruluş idarelerinin gözetim ve denetiminde, yapılacak araştırmaya katılım hususunda katılımcıların gönüllülüğü esas alınarak, uygulamalarda elde edilecek kimlik bilgilerinin ve özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, ses ve görüntü kaydı alınmaksızın ve fotoğraf çekimine izin verilmeksizin, kişisel özgürlükleri ve kişilik hakları korunacak şekilde gerekli tedbirler alınarak, kuruluş işleyişini aksatmayacak şekilde mesai saatleri içerisinde, COVID 19 tedbirleri alınması, araştırmaya ilişkin makale, bildiri vs. oluşturulduğunda herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Bakanlığımızdan izin alınması araştırmanın bitiminde basılı birer örneğinin Başkanlığımıza, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ve ilgili İl Müdürlüğüne teslim edilmesi ve taahhütname imzalatılması koşulları ile gerçekleştirilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Ahmet Abdullah SEZEN  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkan V.

OLUR  
Doç.Dr. Kübra GÜRAN YİĞİTBAŞI  
Bakan Yardımcısı

Ek: 08/12/2021 tarihli E-97296801-605.01-1963509 sayılı yazı.

### **EK 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Müdahale Gurubu)**

“Bilişsel Uyarım Terapisi’nin Huzurevinde Kalan Demanslı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Yaşam Doyumuna Etkisi” isimli bir araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırma ile 9 hafta boyunca haftada iki gün sizinle birtakım aktiviteler gerçekleştirilecektir. Araştırma da yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde “Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu” nu imzalamanız gereklidir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu ’nu imzaladığınızda, araştırmacı ve birim çalışanlarının orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişmesine izin vermiş olacaksınız, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Çalışmanın başlangıcında, 9. haftada ve son oturumdan 3 ay sonra yüz yüze görüşülerek Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği 3 kez uygulanacaktır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size de hiçbir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ ndan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Ejdane COŞKUN

Yukarıda sözü geçen araştırmanın; amacı, uygulama süresi, uygulanacak araçlar ve yöntem konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

İmza:

## **EK 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Gurubu)**

“Bilişsel Uyarım Terapisinin Huzurevinde Kalan Demanslı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon ve Yaşam Doyumuna Etkisi” isimli bir araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Araştırma da yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde “Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu” nu imzalamanız gereklidir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Forumu’nu imzaladığınızda, araştırmacı ve birim çalışanlarının orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişmesine izin vermiş olacaksınız, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Çalışmanın başlangıcında, 9. haftada ve son oturumdan 3 ay sonra yüz yüze görüşülerek Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği 3 kez uygulanacaktır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size de hiçbir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumundan (SGK) da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Ejdane COŞKUN

Yukarıda sözü geçen araştırmanın; amacı, uygulama süresi, uygulanacak araçlar ve yöntem konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı, soyadı:

İmza:

## EK 13. Standardize Mini Mental Test Kullanma İzni

SMMT izin 



Ejidane Coşkun

Alıcı: tertan

22 Mar 2022 Sal 23:45



Sayın Hocam, ikibiniki yılında gerçekleştirmiş olduğunuz 'Standardize mini mental test'in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenirliği ' çalışmanızdaki ölçeği izniniz olursa doktora tez çalışmamda kullanmak istiyorum.Emeğinize sağlık hocam. Saygılarımla...

Ejidane COŞKUN

## EK14. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Kullanma İzni



Ejlane Coşkun

14 Mar 2022 Pzt 00:37



Sayın Hocam, ikibin yılında gerçekleştirmiş olduğunuz 'Adaptation of the modified Barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey' çalışmanız da yer alan ölçeği izniniz olursa doktora tezimde kullanmak istiyorum. Emeginize sağlık. Saygılarımla...

Ejlane COŞKUN



Ayşe Küçükdeveci

Alıcı: ben

23 Mar 2022 Çar 23:03



Sayın Ejlane Coşkun,

Türkçe adaptasyon ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Modifiye Barthel İndeksini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makalemizi yolluyorum. İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci

## EK 15. Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği Kullanma İzni



## EK 16. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği Kullanma İzni

Cornell Depresyon Ölçeği izin ➤



Ejdane Coşkun

Alici: noguzhan ▼

22 Mar 2022 Sal 23:16



Sayın Hocam, ikibinüç yılında gerçekleştirmiş olduğunuz 'Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği' , çalışmanızdaki ölçeği izniniz olursa doktora tez çalışmamda kullanmak istiyorum.Emeğinize sağlık hocam. Saygılarımla...



## EK 17. Yaşam Doyum Ölçeği Kullanma İzni

E

Ejdane Coşkun

14 Mar 2022 Pzt 00:56 ☆ ↶ ⋮

Sayın Hocam, ikibinonsekiz yılında gerçekleştirmiş olduğunuz ' Yaşam Tatmini Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik' çalışmanıza ait ölçeği izniniz olursa doktora tez çalışmamda kullanmak istiyorum.Emeğinize sağlık hocam.  
Saygılarımla...

Ejdane COŞKUN

m

BEKMEZCİ, Mustafa

14 Mar 2022 Pzt 09:02 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▼

Merhaba,  
Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz.  
Çalışmanızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.  
Danışman hocanıza selam ve saygılarımızı iletirseniz çok sevinirim.  
Saygılarımla

## Certificate of Attendance

This is to certify that  
Ejdane Coşkun  
attended the **Cognitive Stimulation Therapy (CST)**  
for dementia training day

Signed:

Professor Aimee Spector  
University College London, UK

Date: 15 December 2021



## EK 19. Tez İntihal Raporu

### BİLİŞSEL UYARIM TERAPİSİ' NİN HUZUREVİNDE KALAN DEMANSLI BİREYLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, DEPRESYON VE YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

|                   |                     |          |                  |
|-------------------|---------------------|----------|------------------|
| %14               | %13                 | %4       | %5               |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

|   |                                                          |    |
|---|----------------------------------------------------------|----|
| 1 | acikbilim.yok.gov.tr<br>İnternet Kaynağı                 | %4 |
| 2 | Submitted to Gaziantep Aniversitesi<br>Öğrenci Ödevi     | %1 |
| 3 | www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080<br>İnternet Kaynağı | %1 |
| 4 | www.researchgate.net<br>İnternet Kaynağı                 | %1 |
| 5 | acikerisim.akdeniz.edu.tr<br>İnternet Kaynağı            | %1 |
| 6 | Submitted to Ege Üniversitesi<br>Öğrenci Ödevi           | %1 |
| 7 | dergipark.org.tr<br>İnternet Kaynağı                     | %1 |
| 8 | Submitted to Erciyes Üniversitesi<br>Öğrenci Ödevi       | %1 |

20.04.2023

## ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise eğitimini Osmaniye’ de tamamladı. 2005 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ nu kazandı ve 2009 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2011 yılında Bitlis Devlet Hastanesine hemşire olarak atandı ve 2013 yılına kadar görevini sürdürdü. 2013 yılında Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’na Öğretim Görevlisi olarak atandı. 2013-2017 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansını tamamladı. 2018 yılında Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümüne Öğretim Görevlisi olarak atandı. 2019 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliğinde Doktora Programına başladı. Halen Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

**Ejdane COŞKUN**