



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DEMANS HASTALARINDA APATİNİN HASTANIN GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ, YAŞAM KALİTESİ VE BAKIM VERİCİ YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ**

KİMYA KILIÇASLAN

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ZELİHA TÜLEK**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İSTANBUL
2021**

Bu alışma 09.07.2021 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından
İç Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim Dalı , İç Hastalıkları Hemşireliğı Tezli Yüksek Lisans
Programı, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Zeliha TÜLEK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi

Prof. Dr. Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi

Dr. Öğr.Üyesi Zeynep TOSUN
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

BEYAN

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



Kimya KILIÇASLAN

İTHAF

Bu çalışmamı annem Sultan Kılıçaslan ve babam Selahattin Kılıçaslan'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden itibaren bana rehberlik eden, lisansüstü eğitimim ve akademik gelişimimde her zaman destek ve katkısı olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan tez danışmanım Sayın hocam Doç.Dr. Zeliha Tülek'e,

Akademik gelişimimde desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Sayın hocalarım Prof.Dr. Nuray Enç, Prof.Dr. Gülbeyaz Can ve Dr.Öğr.Üyesi Hilal Uysal'a,

Araştırmamı gerçekleştirmemde beni destekleyen başta Prof.Dr. İ.Hakan Gürvit, Prof.Dr. Haşmet Hanağası ve Prof.Dr. Başar Bilgiç olmak üzere İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi ekibine,

Araştırmama katılan tüm demans hastaları ve yakınlarına,

Anabilim dalında birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Üç yıl boyunca birlikte çalıştığım Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Gastroentero-Hepatoloji Kliniği, Eğitim ve Ar-ge Birimi'nde çalışan meslektaşlarıma,

Tez sürecinde bana destek olan biricik halam Fatma Sancı'ya, kuzenim Merve Sancı'ya ve hayatımın her döneminde yanımda olduklarını hissettiğim, varlıkları bana güç veren canım annem, babam ve sevgili kardeşlerim Mehmet Kılıçaslan, Eylem Demirel, Eda Kılıçaslan ve Gamze Kılıçaslan'a,

Sevgilerini ve desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen ve her zaman yanımda olduklarını hissettiren arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Nüfus Yaşlanması	3
2.2. Nöronal Yaşlanma	3
2.3. Demans Tarihi ve Tanımı	4
2.3.1. Demans Prevelansı ve İnsidansı.....	5
2.3.2. Demans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	6
2.3.3. Demans Patofizyolojisi	7
2.3.4. Demans Sınıflandırması.....	7
2.3.5. Demans Tanı Kriterleri	9
2.3.6. Demans Evreleri.....	11
2.3.7. Demans Tipleri ve Klinik Özellikleri.....	12
2.3.7.1. Alzheimer Hastalığı	12
2.3.7.2. Vasküler Tip Demans.....	16
2.3.7.3. Lewy Cisimcikli Demans.....	16
2.3.7.4. Frontotemporal Demans.....	18
2.3.7.5. Diğer Demans Tipleri / Nedenleri.....	19
2.3.8. Demans Hastalarında Tedavi	20
2.4. Demans Hastalarında Nöropsikiyatrik Semptomlar	21
2.4.1. Demans Hastalarında Apati	23
2.4.1.1. Apatinin Nöroanatomi	23

2.4.1.2. Apatinin Klinik Özelliği ve Tanı Kriterleri.....	24
2.4.1.3. Apati ve Depresyon Ayrımı	25
2.4.1.4. Apati ile İlişkili Faktörler	26
2.4.1.5. Apati, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi	26
2.4.1.6. Apati ve Bakım Verici Yükü.....	27
2.4.1.7. Apatinin Tedavisi	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Amacı	29
3.2. Araştırmanın Tipi	29
3.3. Araştırma Soruları.....	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.6. Araştırmanın Planlanması ve Takvimi.....	30
3.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.8. Araştırmanın Yöntemi	31
3.8.1. Veri Toplama Araçları	31
3.8.1.1. Hasta ve Bakım Verici Tanılama Formu (Form-1)	31
3.8.1.2. Standardize Mini Mental Test (MMSE) (Form-2).....	32
3.8.1.3. Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) (Form-3).....	32
3.8.1.4. Nöropsikatrik Envanter (NPI) (Form-4)	32
3.8.1.5. Apati Değerlendirme Ölçeği (AES) (Form-5)	33
3.8.1.6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CSDD) (Form-6)	34
3.8.1.7. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA) (Form-7)	34
3.8.1.8. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (Lawton EGYA) (Form-8).....	35
3.8.1.9. Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL-AD) (Form-9)	35
3.8.1.10. Bakımverenlerin Yükü Envanteri (CBI) (Form-10)	35
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	36
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	38
4.2. Hastaların Klinik Özellikleri.....	40

4.3. Hastaların Apatiye İlişkin Özellikleri ve Apati Değerlendirme Ölçek Puanları..	40
4.4. Hastaların Fonksiyonel Durum, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları ...	43
4.5. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri	43
4.6. Bakımverenlerin Yükü Envanteri Ortalama Puanları	45
4.7. Hastaların Apati Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik, Klinik Özellikler ve Diğer Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması	45
4.8. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi	50
4.9. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Bakım Verici Yükü Üzerindeki Etkisi	51
5. TARTIŞMA	53
5.1. Demans Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Apati İle İlişkisi	54
5.2. Demans Hastalarında Apati ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	55
5.3. Demans Hastalarında Apati ile Bakım Verici Yükü Arasındaki İlişki	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
7. KAYNAKLAR	60
8. FORMLAR	78
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	101
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Demans Sınıflandırılması

Tablo 2-2: Alzheimer Hastalığının Klinik Semptomları

Tablo 2-3: DSM-IV'e göre Demans Tanı Kriterleri

Tablo 4-1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4-2: Hastaların Klinik Özellikleri

Tablo 4-3: Hastaların Apatiye İlişkin Özellikleri

Tablo 4-4: Hastaların Apati Değerlendirme Ölçeği Puan Dağılımı

Tablo 4-5: Hastaların Fonksiyonel Durum, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Tablo 4-6: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4-7: Hasta Yakınlarının Bakımverenlerin Yükü Envanteri Puanları

Tablo 4-8: Hastaların Apati Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4-9: Hastaların Apati Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4-10: Hastaların Apati Puanlarının Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4-11: Hastaların Apati Puanlarının Apati Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4-12: Hastaların Apati Puanlarının Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü ile İlişkisi

Tablo 4-13: Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Tablo 4-14: Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Bakım Verici Yükü Üzerindeki Etkisi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1. Tez Akış Süreci

.



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Bileşik Devletleri

ADI: Alzheimer's Diseases İnternational / Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği

AES-C: Apathy Evaluation Scale Clinician / Apati Değerlendirme Ölçeği Klinisyen Formu

AES-I: Apathy Evaluation Scale Informant /Apati Değerlendirme Ölçeği Hasta Yakını Formu

AH: Alzheimer Hastalığı

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BOS: Beyin Omirik Sıvısı

CBI: Caregiver Burden Inventory / Bakımverenlerin Yükü Envanteri

CDR: Clinical Dementia Rating / Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği

CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia / Cornell Demansta Depresyon Ölçeği

DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4/ Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 4. Baskısı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: United States Food and Drug Administration / Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

FTD: Frontotemporal Tip Demans

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

Katz GYA: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Lawton EGYA: Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

LCD: Lewy Cisimcikli Demans

MCI: Mild Cognitive Impairment / Hafif Kognitif Bozukluk

MMSE: Mini Mental State Examination / Mini Mental Test

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NINCDS-ADRDA: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

NINDS-ARIEN: The National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences

NPI-Semptom: Nöropsikiyatrik Envanter Semptom

NPI-Sıkıntı: Nöropsikiyatrik Envanter Sıkıntı

PDH: Parkinson Hastalığı Demansı

QOL-AD: Quality Of Life In Alzheimer's Disease / Alzheimer Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği

VaD: Vasküler Tip Demans

ÖZET

Kılıçaslan, K. (2021). Demans Hastalarında Apatinin Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Amaç: Bu araştırmanın amacı demans hastalarında apatiyi belirlemek ve apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipte gerçekleştirildi. Ekim 2019 - Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir üniversite hastanesinin demans polikliniğinde takip edilen, kesin demans tanılı 88 hasta ve bu hastalara bakım veren aile üyeleri örnekleme oluşturdu. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon saptanan hastalar ve ücret karşılığında bakım veren kişiler araştırmaya dahil edilmedi. Hastalara Apati Değerlendirme Ölçeği Klinisyen (AES-C) ve Hasta Yakını (AES-I) Formu, Nöropsikiyatrik Envanter (NPI), Mini Mental Test (MMSE), Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL-AD), Lawton Enstrümental (Lawton EGYA) ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA), bakım vericilere ise Bakımverenlerin Yükü Envanteri (CBI) kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamalarının $73,11 \pm 11,68$, ortalama tanı süresinin $3,9 \pm 3,1$ yıl, %64,8'ünün Alzheimer tipi demans olduğu ve %53,4'ünün ($n=47$) evre 1 demansı olduğu saptandı. MMSE puanı $16,4 \pm 6,6$, NPI-Semptom puanı $16,6 \pm 13,7$ saptandı. Hastaların AES-C ortalama puanı $52,9 \pm 10,2$ saptandı. QOL-AD puanı hasta değerlendirmesinde $28,8 \pm 6,1$, bakım verici değerlendirmesinde $27,6 \pm 6,4$ bulundu. Hastaların AES-C puanları nöropsikiyatrik semptomlar, mental fonksiyon, günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile korele bulundu. Apatinin hem hastanın yaşam kalitesinin hem bakım verici yükünün önemli bir öngördürücüsü olduğu saptandı.

Sonuç: Demans hastalarında apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkili olduğu görüldü. Hastaların poliklinik kontrollerinde apati açısından değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar sözcükler: Demans, Alzheimer, Apati, Yaşam Kalitesi, Bakım Verici Yükü

ABSTRACT

Kılıçaslan, K. (2021). The Relationship of Apathy With Daily Life Activities, Quality of Life and Caregiver Burden in Patients With Dementia. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Medical Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

Aim: Apathy is one of the most common neuropsychiatric symptoms in dementia. The aim of this study is to evaluate apathy and its relationships with activities of daily living, quality of life and caregiver burden in patients with dementia.

Method: The research was conducted in a descriptive analytic type. The sample consisted of 88 patients with a definite diagnosis of dementia attending outpatient clinic of a university hospital in Istanbul between October 2019-March 2020 and their family caregivers. Depressive patients (assessed by Cornell Scale) and paid caregivers were not included. Apathy Evaluation Scale-Clinician (AES-C) and Informant (AES-I) Forms, Neuropsychiatric Inventory (NPI), Mini Mental Test (MMSE), Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD), Lawton Instrumental (Lawton IADL) and the Katz Activities of Daily Living Scale (Katz ADL) were used for patients and Caregiver Burden Inventory (CBI) was used for caregivers.

Results: The mean age of the patients was 73.11 ± 11.68 , and diagnosis duration was 3.9 ± 3.1 years, 64.8% had Alzheimer's type dementia and 53.4% (n=47) had stage-1 dementia. The mean MMSE score was 16.4 ± 6.6 , NPI-Symptom score was 16.6 ± 13.7 , AES-C score was 52.9 ± 10.2 . The QOL-AD score was 28.8 ± 6.1 in patient evaluation and 27.6 ± 6.4 in caregiver evaluation. The AES-C scores were correlated with NPI, MMSE, ADL, Cornell, QOL-AD, and CBI. Apathy was found to be an important predictor of both the patient's QOL and CBI.

Conclusion: In dementia patients, apathy was found to be associated with patient's activities of daily living, quality of life, and caregiver burden. It is recommended that patients be evaluated for apathy in outpatient clinic controls.

Keywords: Dementia, Alzheimer's Disease, Apathy, Quality of Life, Caregiver Burden

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda artan teknolojiye bağlı tıbbi gelişmeler sağlık hizmetlerinin iyileşmesini ve bireylerde yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Buna bağlı olarak yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Nüfusu giderek yaşlanan dünyada 2050 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun iki katına çıkması beklenmektedir. Türkiye ise 2020 yılında 7 milyon yaşlı nüfusa sahip olup son beş yılda 65 yaş ve üzeri nüfus %22,5 oranında artmıştır (WHO, 2015; United Nations, 2020; TÜİK, 2021).

Yaşlı nüfusunun artması birçok kronik hastalığın artmasına neden olmuştur. Yaşın ilerlemesi ile sayısı artan hastalıkların başlıcalarından biri nörolojik sistem hastalıklarıdır. Yaşla beraber görülme sıklığı artan nörolojik hastalıkların başında demans gelmektedir (WHO, 2017; Alzheimer's Association, 2021). 2020 yılında yaklaşık 50 milyon kişiyi etkileyen demansta bu sayının her 20 yılda bir iki katına çıkacağı ve 2050 yılında 152 milyona ulaşılacağı öngörülmektedir (ADI, 2020). Demanslı hasta sayısının artacağı öngörüsüyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) demansı öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak ele almış ve demans konusunda Küresel Eylem Planı hazırlamıştır. Demanslı hasta sayısının artışına paralel olarak bakım verici sayısı da artmaktadır. Günümüzde 35,6 milyon olan bakım verici sayısının 2050 yılında üç katına çıkacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2017; ADI, 2013).

Nüfusu giderek yaşlanan dünyanın hastalığı olan demans sinsi başlangıçlı, prognozu kötü seyreden, çoğunlukla belleği etkileyen, kognitif ve davranışsal belirtilerle kendini gösteren kalıcı bir nörodejeneratif sendromdur (Gürvit ve Bilgiç, 2013). Demans hastalarında nöropsikiyatrik semptomlar sık görülmektedir. Apati, demans hastalarında sık görülen nöropsikiyatrik semptomlardan biridir (Benoit ve ark., 1999; Ellis ve ark., 2016; Zhao ve ark. 2016; Theleritis ve ark., 2018). Apati azalmış motivasyon, yeni aktivitelere katılmada ilgisizlik, sosyal içe kapanma ve emosyonel tepkilerde azalma gibi belirtilerle kendini gösteren bir nöropsikiyatrik bozukluktur (Marin, 1990;1991; Clarke, 2007). Demans hastalarında apati görülme oranının %19 ile %88 arasında olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Nobis ve Husain, 2018). Demans hastalarında psikomotor yavaşlama, ince motor harekette azalma ve ilgisizlik/pasiflik sorunları hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede problemler yaşamasına neden olur. Apati hastanın bağımlılık düzeyini arttıran bir sorundur. Apatisi olan hasta gün içinde günlük

aktivitelerini yapmakta zorluk yaşar. Hastanın yaşam kalitesi etkilenir (Ellis ve ark., 2016; Chen ve ark.,2017; Hongisto ve ark., 2018; Nobis ve Husain, 2018). Apati düzeyi arttıkça morbiditenin arttığını gösteren araştırmalar mevcuttur (Spalletta ve ark., 2015).

Demans sadece hastaya değil aynı zamanda demans hastasına bakım veren aile bireylerine, demans hastasının bulunduğu topluma da ekonomik, psikolojik ve fiziksel yük getirmektedir. Demans hastasında bağımlılığın artması bakım veren bireyin ve ailenin yaşamını etkilemektedir. Bakım verici yükü olarak adlandırılan bu sorun demanslı hastaların ailelerinde çok sık yaşanmaktadır (Dauphinot ve ark., 2015). Bakım yükü ağır bir hastalık olan demans tablosuna apatinin eklenmesi hem hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkiler hem de demans hastasına bakım veren bireyin bakım verici yükünü etkilemektedir (Chen ve ark., 2017; Nobis ve Husain, 2018). Demans hastalarında bakım verici yükünün artması ile hastaya bakım veren bireyin yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (Riedijk ve ark., 2006; Dauphinot ve ark., 2015; Tülek ve ark., 2020).

Demans hastalarında nöropsikiyatrik semptomları belirleyip uygun girişimler planlamak önemlidir (Küçükgüçlü ve ark., 2011; Yener ve ark., 2013). Apati hastanın günlük yaşam aktivitelerini, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve bakım vericinin yükünün artmasına neden olduğu için demanslı hastalarda apatiyi değerlendirmek, düzeyini belirlemek ve buna uygun hemşirelik girişimi planlayıp uygulamak önemlidir (Akyol, 2016; Nobis ve Husain, 2018). Literatürde demans hastalarında apatiyi değerlendiren ve apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkisini araştıran çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın amacı demans hastalarında apatiyi belirlemek, apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nüfus Yaşlanması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üstünde olan bireyleri yaşlı olarak kabul etmektedir. Dünyada teknolojinin gelişmesine bağlı olarak tıbbi gelişmelerin ilerlemesi, tanı olanaklarının artması, ekonomik ve sosyal yaşamın iyileşmesine bağlı olarak bireylerin yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak küresel nüfus giderek yaşlanmaktadır (Beard ve ark., 2016; WHO, 2020).

Birleşmiş Milletler Nüfus Yaşlanma Raporuna göre, dünyada 65 yaş ve üstü toplam nüfus 2019 yılında 703 milyon iken 2050 yılında bu oranın iki katına çıkması beklenmektedir. Dünyada 2019 yılında her 11 kişiden biri 65 yaş ve üzerinde iken 2050 yılında her 6 kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olması beklenmektedir (United Nations, 2019). Türkiye’de de 65 yaş ve üzeri birey sayısı giderek artmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2015’te %8,2 iken 2020’da bu oran %9,5’e ulaşmıştır ve gelecek yıllarda artması beklenmektedir. Türkiye’de yaşlıların bağımlılık oranının ise 2020 yılında %11,4 iken bu oranın 2030 yılında %19,6 olacağı beklenmektedir (TÜİK, 2021).

Yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak dünyada hastalık yükü de artmaktadır. Bu hastalık yükü ise devlet, toplum, aileye ekonomik ve sosyal yükü beraberinde getirmektedir (WHO, 2011; Chang ve ark., 2019).

2.2. Nöronal Yaşlanma

Yaşlanma bireylerde kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşın artmasına bağlı organizmada altta yatan birçok fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliklerin beraberinde kronik hastalıklara yatkınlık ve duyarlılık artmaktadır (Dolu, 2010; Karan ve Arıoğlu, 2013). Yaşın artması ile beyinde bazı yapısal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelmekte, bazı nörodejenaratif hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (Işık ve Bozoğlu, 2009; Akdeniz ve ark., 2019). Tüm bu değişiklikler ile ölüm riski de artmaktadır (Dolu , 2010; Karan ve Arıoğlu, 2013).

Nöronal yaşlanmanın temelinde beyin ağırlığında azalma, sinaptik bağlantıların bozulması, hipokampusta sinaps kaybı, nöron sayısında azalma, nöron niteliğinde ve fonksiyonel kapasitesinde değişme ve bunlara bağlı nöronlar arasında haberleşmenin bozulması gibi faktörler bulunmaktadır. Beynin farklı alanlarında gelişen bu olaylara

bağlı etkilenen bölgeye göre değişen sorunlar meydana gelmektedir. Bu sorunların beraberinde kognitif ve nöropsikiyatrik sorunlar olabilmektedir. Nörodejeneratif bir hastalık olan demans yaşlı bireyler dışında da görülebilse de Alzheimer hastalığının (AH) en önemli risk faktörü ileri yaştır (Drachman, 1997; Drachman, 2006; Işık ve Bozoğlu, 2009; Dolu, 2010).

Yaşla beraber görülen kognitif ve nöropsikiyatrik sorunlar, bireyin aileye ve topluma bağımlılık durumunu arttırmaktadır. Kognitif bozukluk ve nöropsikiyatrik sorunları olan bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmakta ve bu durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Liu ve ark., 2007; Ellis ve ark., 2016; Hongisto ve ark., 2017).

2.3. Demans Tarihi ve Tanımı

Demans sözcüğü Latince`de zihin anlamına gelen “mens” kelimesinin önüne olumsuzluk eki “de-mens” getirilerek türetilmiş olup daha önce bireyde varolan zihnin yitirilmesi anlamında kullanılmaktadır (Gürvit ve Bilgiç, 2013; Assal, 2019). 1801 yılında bu sözcük Fransız hekim Philippe Pinel tarafından ilk kez “de-mentia” şeklinde kullanılmıştır. 18.yüzyıl sonlarına kadar bu sözcük delilik ile aynı anlamda kullanılmıştır. Hipokrat ise beyin hipotezinde bunama ve deliliği iki ayrı grupta ele almıştır. 19.yüzyılın ikinci yarısında Avrupa ve dünyadaki bilimsel ve entellektüel gelişmeler demansın modern tanımının yapılmasına önemli katkı sağlamıştır. 1908 yılında nöropsikiyatrist Arnold Pick tarafından demansın geri dönüşsüz olduğu ve organik serebral lezyonlarla ilişkisi anlaşılmış olup demans sendromu organik beyin sendromu olarak tanımlanmıştır. Günümüzde ise literatürde demansın karşılığı “bunama”dır (Boller ve Forbes, 1998; Spatt, 2003; Tanrıdağ, 2013; Caixeta ve ark., 2014).

Bir zihinsel sorun olan demans bireylerde merkezi sinir sisteminde (MSS) çevresel ya da genetik sebeplerle oluşan, bilinç bulanıklığı olmaksızın birden fazla kognitif alanın bozulduğu (bellek, emosyonel, dil, tanıma, hatırlama, yargılama ve yürütme vb.), bu bozukluklara davranış ile ilgili sorunların eşlik ettiği ve bu sorunların kişinin günlük yaşam aktivitelerini alıngelmiş düzeyde sürdürmesine engel olduğu kronik ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır (Gürvit ve Bilgiç, 2013; Tanrıdağ, 2013; Assal, 2019).

2.3.1. Demans Prevelansı ve İnsidansı

Demansın prevelansı ve insidansı dünya çapında giderek artmaktadır. Demansın yaygınlığı ile ilgili Uluslararası Alzheimer Hastalığı (ADI) Organizasyonu tarafından raporlar yayınlanmıştır. 2009 yılında demansın küresel yaygınlığı ve etkisi ile ilgili ilk geniş çaplı Dünya Alzheimer Raporu yayınlanmıştır (ADI, 2009). 2012 yılında DSÖ ve ADI tarafından yayınlanan rapora göre demans öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiştir (WHO, 2012). Demansın prevelans ve insidansı ile ilgili ADI tarafından en son yayınlanan rapora göre 2015 yılında 50 milyon bireyde demans hastalığı olduğu ve bu sayının gelecek 20 yıl içerisinde neredeyse iki katına çıkması beklenmektedir. 2030 yılında ise bu sayının 75 milyona ve 2050 yılında 131 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünyada demografik yaşlanmanın giderek artması ile birlikte demans prevelansının artması beklenmektedir. Yaşlı nüfusun en fazla artış göstermesi beklenen bölgeler Çin, Hindistan ve Güney Asya'dır. 2015 yılında kıtalar bazında demans hasta sayısına bakıldığında ise Doğu Asya'da 9,8 milyon, Batı Avrupa'da 7,4 milyon, Güney Asya'da 5,1 milyon ve Kuzey Amerika'da 4,8 milyon demanslı birey olduğu görülmektedir. Ülke çapında bakıldığında ise Çin'de 9,5 milyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 4,2 milyon, Hindistan'da 4,1 milyon, Japonya'da 3,1 milyon, Brezilya'da 1,6 milyon, Almanya'da 1,6 milyon, Rusya'da 1,3 milyon, İtalya'da 1,2 milyon, Endonezya'da 1,2 milyon ve Fransa'da 1,2 milyon demanslı birey yaşamaktadır (ADI, 2015).

Dünyada artan yaşlı nüfus ile beraber demans insidansı da artmaktadır. 60 ile 64 yaş arası demans görülme sıklığı 1000 kişide 3,9 iken 90 yaş ve üstü bireylerde ise 1000 kişide 104,8 olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde demans insidansı orta ve düşük gelirli ülkelere göre daha yüksektir (Ferri ve ark., 2005; Prince ve ark., 2012). Dünyada her yıl 9,9 milyon yeni demans vakası ortaya çıkmaktadır. Avrupa ve Amerika'da 80 ile 89 yaşları arasında, Asya'da 74 ile 87 yaşları arasında, Afrika'da 65 ile 74 yaşları arasında demans sıklığı pik yapmaktadır. Asya, Amerika ve Afrika kıtalarında yeni ortaya çıkan vaka sayısı artarken Avrupa'da bu oran azalmaktadır (ADI, 2015).

Türkiye'de demans prevelansı ile ilgili araştırmalar sınırlı olup batı ülkeleri ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Elazığ ilinde yapılan bir araştırmada 65 yaş ve üstü bireylerde demans sıklığı %7,3 (Bulut ve ark., 2002), Eskişehir ilinde 55 yaş üstü bireylerde demans görülme sıklığı %8,4 (Arslantaş ve ark., 2009), İstanbul ilinde 70 yaş

ve üstü bireylerde demans görülme sıklığı %20 (Gürvit ve ark., 2008), İzmir ilinde farklı yıllarda yapılan iki araştırmada ise 65 yaş ve üstü bireylerde demans görülme sıklığı %22,9 ve %12,9 olarak bildirilmiştir (Keskinoglu ve ark., 2006; 2013).

2.3.2. Demans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Demansın etiolojisinde genetik, çevresel veya her iki faktör birlikte rol alabilmektedir. Demansın değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri vardır (Bellou ve ark., 2017). Değiştirilebilir risk faktörleri; sigara kullanımı, aşırı alkol kullanımı, sedanter yaşam, obezite, eğitim seviyesinin düşük olması, enfeksiyonlara ve toksik ajanlara maruziyet, sosyal izolasyon ve depresyon gibi faktörlerdir. Değiştirilemez risk faktörleri ise cinsiyet, yaş, aile öyküsü, ApoE 4 genin varlığı vb.dir (WHO, 2019).

Ailevi ve genetik faktörler: Aile öyküsünün olması, etnik köken, Down Sendromu, ApoE 4 geni, amiloid prekürsör protein, presenilin -1, presenilin-2, tau protein varlığı vb.

Klinik/hastalıkla ilişkili faktörler: Kardiyovasküler sistem hastalıkları, nörolojik sistem hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar, metabolik bozukluklar, organ yetmezlikleri, inflamatuvar hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, beyin tümörleri, Down Sendromu, kafa travması, B₁, B₃, B₁₂ vitamin eksikliği ve tiroid hastalıkları vb.dir.

Çevresel etkenlere maruziyet ile ilişkili faktörler: Tütün ve alkol kullanımı, alüminyum, karbonmonoksit, kurşun, cıva, arsenik ve bakır zehirlenmesi, östrojen replasman tedavisi, bazı ilaçların kullanımı, elektromanyetik alanlara ve enfeksiyonlara maruziyet vb.

Sosyodemografik özellikler ile ilişkili faktörler: Yaş, cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, meslek ve yaşanılan bölgenin özellikleri vb. (Karan, 2009).

DSÖ'nün küresel eylem planlarındaki önemli hedeflerden biri, demansın değiştirilebilir risk faktörlerini kontrol altına almaktır (WHO, 2017). Demans hastalığını önlemek açısından değiştirilebilen risk faktörleri önemlidir. Değiştirilebilir risk faktörleri ile ilgili yapılan PREVENT ve FİNGER çalışmaları ile demansın %35 oranında azaldığı görülmüştür. Demansın risk faktörleri ile ilgili yapılan araştırmalar giderek artmaktadır (Ritchie ve ark., 2012; Livingston ve ark., 2017; Alzheimer Association, 2019).

2.3.3. Demans Patofizyolojisi

Demansa yol açan patolojik süreç geniş bir spektrumda incelenmektedir. Demansın farklı tiplerinde farklı patofizyolojik süreçler gelişmektedir. Her patofizyolojik sürecin kendine özgü bir özelliği mevcuttur. Bu süreçlerin temelinde erişkin bireyin MSS etkilenmektedir. Bu patolojik süreçte beyindeki nöronların yapısı etkilenir ve beynin etkilenen lobuna göre farklı semptomlar görülür. Beyinde, aksonal kayıp, sinaps bağlantı kaybı, nörotransmitterlerde kayıp, anormal protein birikimi, nörofibriler yumak oluşumu, fokal atrofi, subkortikal infark gibi sorunlar görülebilmektedir. Tüm bu anormal süreçler nörodejenerasyona neden olmaktadır. Demans ise beyinde bu nörodejenerasyonun oluşma sürecinin belirli bir aşamasında kendini gösterir (Gürvit, 2020).

2.3.4. Demans Sınıflandırması

Demans çeşitli parametrelere göre sınıflandırılabilir. Demans etiyolojik faktörlere ve klinik özelliklere göre sınıflandırılmaktadır (Kahraman, 2009). Genel olarak ise primer (dejeneratif) demanslar ve sekonder demanslar olarak iki grupta ele alınmaktadır. Primer demanslar MSS ile ilişkilidir. MSS’de nörodejeneratif bir süreç gelişmektedir. Primer demansın en çok görülen tipleri; Alzheimer Hastalığı (AH), Frontotemporal Tip Demans (FTD) ve Lewy Cisimciği Demansı (LCD)’dır. Sekonder demanslar ise bazı sistemik hastalıklar veya bozuklukların nöronal işlevi etkilemesi sonucu gelişen demanslardır. Sekonder demansın en çok görülen tipi Vasküler Tip (VaD) demanstır. Bazı metabolik bozukluklar, toksik ilaçlara, metallere, inflamatuvar hastalıklara ve enfeksiyonlara maruziyet, beyin travması gibi durumlar sekonder demanslara neden olabilmektedir (Gürvit, 2020).

Tablo 2-1. Demans Sınıflandırılması

Primer (Dejeneratif)	Sekonder
Alzheimer Hastalığı	Vasküler Tip Demans
Lewy Cisimcikli Demans	Otoimmün-Enflamatuvar hastalıklar - Otoimmün demans ve ensefalopati - Sistemik otoimmün hastalıklar - Primer sinir sistemi vaskülit
Fronto-Temporal Demans	Enfeksiyonlar - HIV-ilişkili nörokognitif bozukluk - Herpes simpleks ensefaliti - Nörosifiliz (paralizi jeneral) - Kronik menenjit (Tbc, Lyme) - Subakut sklerozan panansefalit (SSPE) - COVID-19 ilişkili kognitif bozukluk
Hareket Bozukluğuyla Birlikte; - Parkinson hastalığı demansı (PHD) - Kortiko-bazal dejenerasyon (KBD) - Progresif supranükleer paralizi (PSP) - Huntington hastalığı (HH) - Multi-sistem atrofiler (MSA)	Intrakranial Yer Kaplayıcı Durumlar - Neoplastik durumlar - Subdural hematoma - Normal basınçlı hidrosefali
Prion Hastalıkları - Creutzfeldt-Jacob hastalığı (CJH) - Sporadik fatal insomni (sFI) - Genetik prion hastalıkları - İyatrojenik prion hastalıkları - Diğer	Statik Ensefalopati - Travmatik beyin hasarı - Anoksik ensefalopati
İleri Yaş Demanslar - Arjirofilik tahıl hastalığı (AGD) - Primer yaşla-ilintili taupati (PART) - Limbik-baskın yaşla-ilintili TDP-43 - Ensefalopati (LATE)	Toksik-Metabolik Ensefalopatiler - Wernicke-Korsakoff hastalığı - Karaciğer Ensefalopatisi - Hipotiroidi - B12 vitamin eksikliği - İlaçlar – polifarmasi
Çocuk/Genç Demansları - Nöronal seroid lipofusinozis (Kufs) - Metakromatik lökodistrofi (MLD) - Gaucher hastalığı - Niemann-Pick hastalığı - Wilson hastalığı - Nöroakantositoz	Psikiyatrik Bozukluklar

NOT: Bu tabloda demansa neden olan tüm etiyolojiler yer almamaktadır (Gürvit, 2020).

Kaynak: Gürvit H. (2020). Kognitif Bozukluklar ve Demans Sendromu. İçinde Emre Öge. A., Baykan.B., Bilgiç. B. (Ed.), Sinir Sistemi Hastalıkları, *Nöroloji-E-Ders Kitabı*. Erişim, 01.06.2021, <http://www.itfnoroloji.org/demans2020/giris2020.htm>

2.3.5. Demans Tanı Kriterleri

Demans hastadan alınan ayrıntılı tıbbi öykü (anamnez) ve bazı önemli testler yapılarak tanı konulmaktadır. Ayrıntılı anamnezin yanı sıra ayrıntılı nörolojik muayene, nöropsikolojik tarama testleri, radyolojik inceleme, laboratuvar incelemesi ile tanı konulmaktadır. Nörolojik ve nöropsikolojik muayene sırasında kognitif alan (bellek, dikkat, dil, görsel mekansal işlev, yürütücü işlev), davranışsal alan (kişilik değişiklikleri, algı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, düşünce içeriği), işlevsel alan (günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakımı) ile ilgili ayrıntılı sorgulama yapılmaktadır. Ayrıca hasta; motor sistem, otonom sistem ve uyku ile ilgili ayrıntılı değerlendirilmektedir (Gürvit, 2010).

Demans hastasına tanı koyabilmek için sistematik bir yaklaşım gerekir. Bu yaklaşım ilkeleri;

- Genel tıbbi hikaye
- Aile hikayesi
- Özgeçmiş hikayesi
- Genel nörolojik hikaye
- Nonkognitif ve davranışsal hikaye
- Psikiyatrik hikaye
- Toksik ilaç kullanımı, beslenme durumu
- Objektif fizik, nörolojik ve nöropsikolojik muayene sistematik bir yaklaşım ile ele alınmalıdır.

Hastanın ayrıntılı anamnezi alınırken demans hastasına bakım veren birey ile hasta hakkında ayrıntılı görüşmek önemlidir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yaparken destek alıp almadığı, hastanın günlük yaşamında ve iş hayatında performansında önemli bir değişiklik olup olmadığı sorgulanılır (Kahraman, 2009).

Demans tanısı Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) tanı kriterlerine göre değerlendirilmektedir (Tablo 2-2).

Tablo 2-2. DSM-IV'e Göre Demans Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden en az ikisini kapsayacak, birden fazla kognitif alan ile ilgili bozukluk olması.
1. Bellek bozukluğu (yeni bilgi öğrenme yeteneğini kaybetmesi)
2. Aşağıdaki kognitif bozukluklardan en az birinin olması • Afazi (dil bozukluğu) • Agnozi (duyularda herhangi bir sorun olmamasına rağmen tanıdık kişileri veya nesneleri tanıyamama) • Apraksi (motor bozuklukta bir sorun olmamasına rağmen motor becerileri gerçekleştirememe) • Yürütücü işlevde sorun (başlatma, planlama, organize etme, soyut yargılamada bozulma)
B. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan kognitif bozukluklar, sosyal ve mesleki olarak bireyin işlevselliğini önemli şekilde bozmakta ve bu aktiviteleri yapmada önemli derecede gerileme mevcuttur.
C. Klinik seyir, sinsi başlar ve yavaş ilerleyen kognitif bir yıkım özelliği taşır.
D. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan kognitif bozukluklar aşağıdaki durumların sonucunda ortaya çıkmamış olmalıdır. • Merkezi sinir sistemine ait diğer durumlar (serebrovasküler hastalık, normal basınçlı hidrocefali, huntington hastalığı, subdural hematoma, parkinson hastalığı ve beyin tümörü vb.) ve • Demansa sebep olduğu bilinen sistemik durumlar (hipotiroidizm, B₁₂, B₃ vitamin eksikliği, folik asit eksikliği, HIV enfeksiyonu), • İlaçlar ve madde kullanımına bağlı durumlar
E. Kognitif bozulma deliryum sırasında meydana gelmemelidir.
F. Bozukluk başka bir Eksen I hastalığı (şizofreni, depresyon gibi organik olmayan mental hastalık dışlanmalıdır.) ile açıklanamamalıdır (APA, 1994).

DSM IV tanı kriterleri 2013 yılında revize edilmiştir. Bu revizyonda demans tanımını daha geniş bir şekilde açıklanmıştır. DSM-V'göre kognitif bozukluk major ve minör olarak tanımlanmıştır. Majör kognitif bozuklukta hasta günlük yaşam aktivitelerini (GYA) gerçekleştirmede bağımsızlığını kaybetmiş iken hafif kognitif bozuklukta (MCI) hasta GYA'da bağımsızlığını sürdürmektedir (APA, 2013).

2.3.6. Demans Evreleri

Demansın evresini belirlemek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Demans evresinin belirleniminin temel amacı hastanın kognitif değerlendirmesini doğru yapıp hastalığın şiddeti ve kliniği açısından bilgi sahibi olmaktır. Demansın evresini doğru belirlemek doğru tedaviyi planlamak, hastalığın seyrini takip etmek ve buna uygun girişimler planlamak açısından önemlidir (Uz, 2015). Demansta nöropsikiyatrik belirtiler yaygın görülmektedir. Demansta görülen nöropsikiyatrik sorunlar demans evresine göre farklılık göstermektedir (Lyketsos ve ark., 2002; Cerejeira ve ark., 2012; Vergallo ve ark., 2019). Genellikle hastalığın ve evresinin ilerlemesi ile semptomların şiddeti ve sıklığı artar (Radue ve ark., 2019).

Demansta hastalık evresini değerlendirmede hastanın mental durumunu, kognitif alanı ile ilgili bozuklukluk oranını ve kortikal durumu ile ilgili özürlülük oranını belirlemek amacıyla Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği'nden (CDR) yararlanılır. Klinik Demans Değerlendirme Ölçeği'ne göre; evre 0 normal yaşlılık, evre 0,5 şüpheli demans, evre 1 erken evre, evre 2 orta evre, evre 3 ileri evre demans anlamına gelir. Evre 0,5 MCI (hafif kognitif bozukluğa) işaret ettiği için demans dışı kabul edilir. Temel olarak ise demans erken evre, orta evre ve ileri evre olmak üzere üç evrede incelenir. Demans hastasında her bir evrede farklı klinik tablolar görülmektedir (Morris, 1993; Uz, 2015).

Erken Evre Demans: Erken evre demansta çoğu hasta birçok alanda bağımsız olarak işlev görebilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinin bazıları için yönlendirme gerektirecek derecede bozulma olur. Bu evrede hasta bağımlı olmadan hayatını sürdürebilir fakat gözetim gerektirir. Hasta, bazı aktivitelerde yardıma ihtiyaç duyabilir. Hastada enerji ve istek kaybı, apati, bencillik, oryantasyon kaybı, hesap yapmakta bozukluk, günlük hayatını etkileyecek bir unutkanlık ve uyku ile ilgili sorunlar olabilmektedir (Kahraman, 2009; Cipriani ve ark., 2014; Cılız, 2017).

Orta Evre Demans: Bu evrede demans tablosu daha belirgin hale gelmiştir. Mental durum muayenesinde kognitif alanda bozulma görülür iken nörolojik defisit

yoktur. Uzak hafızada sorun olmamasına rağmen yakın hafızada sorun görülmektedir. Hastada yargılama, oryantasyon bozukluğu ve konfüzyon olabilir. Kişilik ile ilgili değişiklikler, dikkatte azalma, soyut düşüncede kayıp, nöropsikiyatrik sorunlar görülebilmektedir. Hasta yakın çevresini tanıyamama ve iletişim kurmada sorun yaşayabilmektedir. Hasta günlük yaşamı sürdürmede sorun yaşayabilir. Günlük yaşam aktivitelerinin birçoğu için yönlendirme ve destek gerektirecek derecede bozulma söz konusudur. Bu evrede hasta için refakatçi gerekir. Bu evre demansın en uzun evresidir (Kahraman, 2009; Cılız, 2017). Apati, sosyal geri çekilme, disinhibisyon, ajitasyon, psikoz ve amaçsız gezinme gibi nöropsikiyatrik semptomlar bu evrede yaygın görülür (Cipriani ve ark., 2014).

İleri Evre Demans: İleri evre demansta zaman, yer ve kişi oryantasyonunda ileri düzeyde kayıp olur. Öz bakımda kayıp olup hasta öz bakımını ve GYA yapamaz duruma gelir. Sürekli gözetim gerektirecek düzeyde bozulma vardır. Bu evredeki hasta 24 saat bakıma ihtiyaç duyabilmektedir. Hasta immobil olur. Bu evrede hasta için bakıcı gerekir. Yatağa bağımlı hale geldiği bu evrede hasta beslenme açısından tamamen bağımlı hale gelebilir. Kilo kaybı, malnütrisyon, bilinç kaybı görülebilmektedir. Ayrıca hastada afazi, agnozi görülebilir. Bakım verici için en sıkıntılı olan evredir (Kahraman, 2009; Cılız, 2017).

2.3.7. Demans Tipleri ve Klinik Özellikleri

Demansın en sık görülen spesifik tipleri Alzheimer Hastalığı (AH), Vasküler Tip Demans (VaD), Frontotemporal Tip Demans (FTD) ve Lewy Cisimciği Demansı (LCD)'dır (Alzheimer's Association, 2021).

2.3.7.1. Alzheimer Hastalığı

Demansın en yaygın görülen tiplerinden biri olan Alzheimer Hastalığı (AH) tüm demans tiplerinin %60 ile %80'ini oluşturmaktadır (Alzheimer's Association, 2021). AH ilk kez 1907 yılında Alman psikiyatrist ve nöropatolojist Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır. Alois Alzheimer, ilk bildirdiği 51 yaşındaki kadın vakada afazi, hafıza bozukluğu ve kişilik değişikliği semptomları ile AH'nin presenil formu tanımlamıştır. Klinik, patolojik ve biyokimyasal analizler geliştikçe AH'nın daha sık karşılaşılan ve 65 yaş üstü bireylerde görülen senil formu da tanımlanmıştır (Alzheimer, 1907; Dekosky ve Lopez, 2007; Small ve Mayeux, 2008).

Alzheimer hastalığında yaş en önemli risk faktörüdür. Dünyada toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun artmasıyla beraber AH'nın görülme sıklığı giderek artmaktadır. AH'nın görülme sıklığı 65 yaşından sonra her 5 yılda bir iki katına çıkmaktadır. AH'nın 65-70 yaş arasında görülme sıklığı %4-5 iken 75-85 yaş arasında görülmesi %43'tür. ABD'de 65 yaş ve üstü her 10 kişiden birinde AH görülmektedir. 2020 yılında ABD'de 5,5 milyon birey AH tanısı almış iken bu sayının 2050 yılında 13,8 milyon olması beklenmektedir. ABD'de AH tüm ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer alırken 65 yaş ve üstü bireylerde 5. sırada yer almaktadır. AH'de kadın cinsiyet ikinci önemli risk faktörüdür. ABD'de 65 yaş üstü AH vakalarının üçte ikisinin kadın olduğu görülmektedir. ABD'de yapılan ADAMS insidans ve prevelans çalışmasına göre kadınların %16'sında erkelerin %11'inde AH vardır (Alzheimer's Association, 2020). Avrupa'da AH görülme oranı kadınlarda %7 iken erkeklerde %3'tür. Framingham Kalp Çalışması ve Avrupa'da yapılan EURODEM insidans çalışmasına göre AH'da ileri yaş ve kadın cinsiyet riski arttırmaktadır (Rocca ve ark., 1991; Launer, 1999). Türkiye'de yapılan prevelans ve insidans araştırmaları da dünyadaki verilere benzer sonuçlar göstermektedir. Eskişehir ilinde yapılan epidemiyolojik araştırmada AH görülme oranı %48.8 iken İstanbul ilinde %11 ve Erzurum ilinde %6.4 olarak bildirilmiştir (Gurvit ve ark., 2008; Arslantaş ve ark., 2009; Ertekin ve ark., 2015).

Alzheimer hastalığının kesin tanısı otopsi sonrası elde edilen veriler ile konulmaktadır. Bu veriler; beyindeki nörofibriler yumaklar, senil amiloid plaklar, sinaps kaybı, nöroinflamasyon ve oksidatif stresdir. Makroskopik olarak ise serebral giruslarda düzleşme, sulkuslarda genişleme ve beyinde atrofi görülmektedir (Işık, 2009). AH serebral korteksi etkilemesinin yanı sıra pariyetal ve frontotemporal bölgeyi de etkileyen dejeneratif bir süreçtir. Bu süreçte temporoparietal ve posteriorsingulat kortekste hipometabolizma gerçekleşmektedir. Beyin omurilik sıvısında (BOS) total tau ve fosfotau miktarı artmasının yanı sıra kolinerjik kayıp da görülebilmektedir (Brand ve Markowitsch, 2008; Bird ve Miller, 2009; Karakaş, 2010).

Alzheimer hastalığında ileri yaşta olmak, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, genetik ve aile öyküsü varlığı, 19. kromozomdaki ApoE geninin varlığı, ApoE-4 gen aleli varlığı, tıbbi öyküde serebrovasküler hastalık, diabetes mellitus, hipertansiyon olması, oksidatif stres, kafa travması, depresyon ve birinci derecede akrabada Down Sendromu

varlığı önemli risk faktörleridir (Small ve Mayeux, 2008; Armstrong, 2019; Silva ve ark., 2019; Alzheimer's Association, 2021).

Alzheimer Hastalığı tanısı; ayrıntılı anamnez, nörolojik ve nöropsikolojik muayene, radyolojik ve laboratuvar incelemeleri ile konulmaktadır. Tanıyı kesin koyabilmek için hasta kognitif, davranış, depresyon, işlevsellik ile ilgili ayrıntılı değerlendirilmektedir. Ayrıca klinik tanı için yapılan ayrıntılı anamnez için hastadan sorumlu birinci derece yakını ile görüşmek önemlidir. AH'nın tanısında DSM-V ve 1984 yılında oluşturulan National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) tanı kriterleri kullanılmaktadır. NINCDS-ADRDA tanı kriterlerine göre AH muhtemelen, olası ve kesin olarak kategorilendirilmektedir (McKhann ve ark., 1984; APA, 1993).

Alzheimer Hastalığı klinik olarak kognitif bozukluk ile seyreder, yavaş başlar ve sinsi ilerler. AH'de yaşam süresi tanıyı aldıktan sonra ortalama 8-10 yıldır.

Tablo 2-2. Alzheimer Hastalığının Klinik Semptomları

Kognitif Semptomlar	Nöropsikiyatrik Semptomlar	GYA Bozulma
-Progresif epizodik bellek bozukluğu -Anomi, zamanla akıcı afazi -Dikkat ve konsantrasyonda bozulma -Görsel-uzaysal işlevlerde bozulma, zamanla görsel agnozi -İçgörü, öngörü, planlama gibi yürütücü işlevlerde bozulma	-Kişilik değişiklikleri, içe kapanma, iritabilite -Hezeyanlar (sıklıkla çalınma), konfobulasyon -Halüsinasyonlar (daha çok görsel, nadiren duysal) -Ajitasyon, agresyon -Uyku bozuklukları	-Para hesapları, fatura takiplerinde bozulma -Yeni aletlerin kullanımını öğrenememe -Yemeklerin tadında bozulma -Giysi seçiminde hatalar -Ev işleri ve ev düzeninde bozulma -Kişisel hijyende bozulma

Kaynak: Emre, M., Gürvit, H., Bilgiç, B. (2012). Demanslar ve Zihinsel İşlevlerin Diğer Bozuklukları Emre. M. (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 935-1010.

Alzheimer hastalığının tedavisi farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımı ile yapılmaktadır. Tedaviye başlamadan önce hastanın başlıca şikayeti (hafıza kaybı, davranış ile ilgili sorunlar vb.), hastalığın hangi evrede olduğu, daha önce ilaç kullanıp kullanmadığı göz önünde bulundurulmaktadır. Hastadan birinci derece sorumlu

birey de tedavi sürecine dahil edilmelidir (Doody, 2007; Bird ve Miller, 2009). Farmakolojik tedavide kolinesteraz inhibitörleri en sık kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar daha çok orta evre AH için kullanılmaktadır. Bu ilaçlar asetilkolinesterazı inhibe ederek presinaptik nörondan sinaptik aralığa salınan asetilkolinin hidrolizini önler. Kolinerjik reseptörler bu şekilde uyarılmaktadır. Bu grupta olan ilaçlar takrin, donepezil, rivastigmin ve galantamindir. Takrin hepatotoksitite etkisinden dolayı kullanımı sınırlandırılmış olup diğer kolinesteraz inhibitörleri kullanılmaya başlandıktan 2 yıl sonra kognitif performansta anlamlı derecede etkileri görülmektedir (Small ve Mayeux, 2008). Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlara bakıldığında; Donepezil 1996 yılında FDA onayı almıştır. Erken evre ve orta evre AH'da etkinliği yüksektir. Bulantı, kusma, depresyon, vertigo ve ishal gibi yan etkileri olabilmektedir (Howard ve ark., 2012). Rivastigmin ise 2000 yılında FDA onayı almıştır. Bu ilaç bir asetilkolinesteraz inhibitörü ve butirilkolinesteraz inhibitörüdür. Uygulama olarak transdermal olarak günde bir kez alınabilmektedir. Erken ve orta evre AH'da ve Parkinson demansında etkili bir ilaçtır. Galantamin ise 2001 yılında FDA onayı almıştır. Bu ilaç sentetik olarak üretilen bir asetilkolinesteraz inhibitörüdür. Baş ağrısı, bradikardi, baş dönmesi, uykuzluk gibi yan etkileri olabilmektedir (Ghezzi ve ark., 2013). Memantin 2003 yılında FDA onayı almıştır. Bu ilaç orta ve ileri evre AH'da kullanılan ilk N-metil-D-aspartat antagonistidir. Hipokampal fonksiyonu arttırmaktadır. Diabetes mellitusu olan hastada hiperglisemi yan etkisi gelişebilmektedir (Grossberg ve ark., 2013). D vitamini eksikliği görülen hastalara verilen D vitamini takviyesi (Littlejohns ve ark., 2014) ve non-steroid antienflamatuvar ilaçların AH riskini azalttığına dair araştırmalar mevcuttur (Gupta ve ark., 2015). Bazı çalışmalarda balık yağı ve omega-3 yağ asidinin hafıza ve düşünme üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Lee ve ark., 2013). Akdeniz diyetinin kognitif gerilemede etkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Lourida ve ark., 2013). Nöropsikiyatrik semptomlarda (ajitasyon, depresyon, apati, sanrılar, halüsinasyonlar, psikoz) ise psikotropik ilaçlar kullanılmaktadır (Doody, 2007).

Alzheimer hastalığının tedavisinde farmakolojik tedavi yaklaşımlarının dışında farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Yapılan bazı araştırmalar egzersiz ve sosyalleşme gibi farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımı ile hastalığın kötüleşme hızının azaldığı bildirilmektedir (Dregan ve Gulliford, 2013; Smith ve ark., 2014; Morris ve ark., 2017; Arvanitakis ve ark., 2019). Son zamanlarda AH'nın gelecekteki tedavilerine yönelik araştırmalar daha çok etiyolojik patolojiler, nörofibriler

yumak ve senil plaklar üzerine olmaktadır. Kognitif fonksiyonu güçlendirmeye ve nöronlar arası bağlantıyı geliştirmeye yönelik yaklaşımlar ve anti-tau aşısı ile ilgili çalışmalar insanda etkinliğini gösterse de halen çalışmaları devam etmektedir (Pedersen ve Sigurdsson, 2015; Novak ve ark., 2017; Weller ve Budson, 2018).

2.3.7.2. Vasküler Tip Demans

AH'dan sonra en sık görülen demans tipi Vasküler Tip Demans (VaD)'tır. VaD tüm demansların %17 ile %30'unu oluşturmaktadır (ADI, 2021). Bu demans tipi serebral iskemik veya tromboembolik infarkt sonucu gelişen beyin hasarlarına bağlıdır. VaD ilk olarak Kralepin tarafından aterosklerotik demans olarak tanımlanmıştır. VaD prevalansı 65-75 yaş aralığında %1,5 iken 80 yaş ve üstünde ise %15 civarındadır. VaD'nin risk faktörleri; ileri yaş, erkek cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, diabetes mellitus, geçirilmiş inme öyküsü, kognitif kapasitenin sınırlı olmasıdır. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı giderek arttığı için VaD vaka sayısının artması beklenmektedir. VaD inme ile ilişkili bir demans tipi olması nedeniyle inme sonrası etkilenen damarın özelliğine, lezyon yerine, lezyon sayısına, inme ile zamansal ilişkisine, doku hasarının türüne, seyrin şekline ve dejeneratif patolojilerin eşlik edip etmediğine göre sınıflandırabilmektedir. VaD tek bir inme sonrası, birden fazla inme sonrası veya hiç inme olmadan da gelişebilmektedir. VaD olan bireylerin $\frac{3}{4}$ 'ünün daha önce iskemik veya hemorajik inme geçirdiği görülmektedir. İnmeyle bağlı gelişen demans bulguları; hafıza kaybı, kognitif (oryantasyon, dikkat, dil-verbal beceriler, hesaplama, motor kontrol, karar verme ve yürütücü fonksiyonlar) alanda görülen sorunlardır (Small ve Mayeux, 2007; Bingöl, 2013). Vasküler demansın koruyucu tedavisi önemlidir. İnme geçiren hasta hızlıca tedavi edilmelidir. Kardiyovasküler sistemi korumaya yönelik önlemler alınmalıdır (Bingöl, 2013).

2.3.7.3. Lewy Cisimcikli Demans

Lewy cisimcikli demans (LCD) tüm demansların %10 ile %15'ini oluşturmaktadır. Alman nörolog Friedrich Lewy tarafından 1923 yılında tanımlanmıştır. Genel nüfusta insidansı %0,1 iken tüm yeni demans vakaları içinde ise görülme oranı %3,2'dir (McKeith, 2006; ADI, 2021). Bu konuda Türkiye'de yapılan prevalans çalışmaları sınırlıdır. İstanbul'da yapılan bir çalışmada LCD'nin toplam demanslar arasında AH'dan sonra görülme sıklığı ikinci sırada görülmektedir. Erkek cinsiyet bazı çalışmalarda risk faktörü olarak görülse de cinsiyet ve LCD arasında kesin bir ilişkisi

olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Yaşın ilerlemesi, aile öyküsünün olması prevelansı arttırmaktadır (Mıhçı ve Gürvit, 2009; Hanağası, 2013).

Lewy cisimcikli demans (LCD) sinsi başlangıçlı, kronik ve progresif seyirlidir. LCD görülen semptomlar daha çok görsel halüsinasyonlar, görsel mekansal ve yürütücü işlevlerde bozulma, kognitif kayıp, belirgin dikkat bozukluğu, davranış sorunlarıdır. Bu belirtiler bireyin sosyal ve mesleki hayatını olumsuz etkileyecek şekilde bir tablo göstermektedir. LCD’de yakın bellek korunurken verbal akıcılık, görsel algı ve performans belirgin derecede bozulmuştur. Kognitif alanda bazı dalgalanmaların görülebilmesinin yanı sıra LCD’nın en önemli nöropsikiyatrik belirtisi görsel halüsinasyonlardır (Mıhçı ve Gürvit, 2009). Diğer yaygın görülen nöropsikiyatrik sorunlar ise apati, deliryum ve anksiyedir (McKeith, 2007). Ayrıca parkinsonun motor semptomları da görülebilmektedir. Demans tablosuna parkinsonizm sonradan eklenebilmektedir veya her iki tablo birlikte görülebilmektedir. Kesin tanı otopsi ile konulmasına rağmen klinik bulgular ile de LCD tanısı konulabilmektedir. 1996 yılında McKeith ve arkadaşları tarafından klinik ve patolojik olarak tanı kriterleri tanımlanmıştır. 2005 yılında bu tanı kriterleri revize edilmiştir (Mıhçı ve Gürvit, 2009; Hanağası, 2013).

Lewy cisimcikli demansın (LCD) patofizyolojisinin en önemli özelliği intranöronal Lewy cisimciği ve Lewy nöritleridir. Lewy cisimciğinin temel bileşeni alfa-sinüklein proteindir. Alfa-sinüklein isimli protein aksonal sonlanmada yer almakta ve sinaptik bütünlüğü koruma ve aksonal taşımada rol aldığı düşünülmektedir. Anormal yapıdaki alfa-sinüklein proteini sitoplazma içinde birikerek nörotoksisiteye neden olmaktadır. Beyin sapı, limbik, paralimbik sistem, neokorteks, amigdala, substansiya nigra lewy cisimcikleri birikebilmektedir. Bu birikim sonucu nöronal hücre kaybı ve atrofi görülmektedir (Hanağası, 2013). LCD’li vakalarda amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklar seyrek bulunmaktadır. Kortikal kolinerjikler ve nigrostriatal dopamin kaybı, Raphe ve Meynert çekirdeğinde kolinerjik nöron kaybı, beyin sapında ise önemli nörotransmitter kaybı görülmektedir (Mıhçı ve Gürvit, 2009).

Lewy cisimcikli demansın (LCD) tedavisi semptomatiktir. Farmakolojik yaklaşımda kognitif, nöropsikiyatrik, motor, uyku gibi semptomlar için farklı ilaçlar kullanılmaktadır. Kognitif belirtiler için Donepezil ve Rivastigmin kullanılabilmektedir. Motor bozukluklar için L-Dopa cevabı değerlendirilip tedavi planlabilmektedir. Bu hastalarda antikolinerjiklerden uzak durulmalıdır. Uyku bozuklukları için klonozepam,

melatonin ve ketiapin hastanın durumu göz önünde bulundurularak başlanılabilmektedir. Nöropsikiyatrik semptomlar için atipik antipsikotikler, kolinesteraz inhibitörleri kullanılabilmektedir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlarda ise sosyal katılım ve çevresel yenilikler etkili olsa da bu konuda çalışmalar sınırlı sayıdadır (Mihçı ve Gürvit, 2009; Hanağası, 2013; McKeith ve ark., 2017).

2.3.7.4. Frontotemporal Demans

Beyinde frontol ve temporal lobların ilerleyici dejenerasyonuna bağlı nöron kaybı ve gliyosiz ile kendini gösteren bir demans türüdür. Frontotemporal demans (FTD) tüm demans tipleri arasında %2,7 oranında görülmektedir. FTD ilk kez 1892 yılında Arnold Pick tarafından tanımlanmıştır. Daha çok orta ve genç yaşta görülen bir demans tipidir (Kıpps ve Hodges, 2007; Gürvit, 2013). FTD ile ilgili prevelans ve insidans çalışmaları sınırlıdır. 65 yaş ve üstünde görülme oranı %10,2'dir (Hogan ve ark., 2016). Rosso ve ark. tarafından yapılan çalışmaya göre vakaların %13'ünün 50 yaş ve altında olduğu %15'inin ise 70 yaş ve üstünde olduğu bildirilmiştir (Rosso ve ark., 2003).

Frontotemporal demansta frontal lob tutulumu olduğunda FTD davranış varyantı alt grubunun tipik özellikleri ortaya çıkmaktadır. Bu özellikler daha çok kişilik değişikliği ve davranış ile ilgili sorunlardır (Bird ve Miller, 2009; Yaka ve Yener, 2009). Bu sorunlar ise apati, sosyal çekilme, disinhibisyon, kompulsif davranışlardır. FTD davranış varyantı sorunları bakım verici yükünü arttıran önemli bir demans tipidir. FTD'nin bir diğer alt grubu olan semantik demansta ise dil ile ilgili sorunlar ön plana çıkmaktadır. Bu sorunlar ise daha çok nesne, olgular, bireyler hakkında bilgileri hatırlayamama, kelime bulmakta zorlanma ve kelimelerin anlamını hatırlayamamadır. Ayrıca semantik demansta beynin etkilenen lobuna göre farklı belirtiler ortaya çıkar. FTD'nin alt grubu olan primer progresif afazide ise konuşma ile ilgili problemler (konuşma, yazma ve anlamada sorunlar) ortaya çıkmaktadır.

Frontotemporal demans progresyonunu yavaşlatacak veya iyileştirecek tedavi yoktur. Tedavi daha çok semptomatiktir. Semptomatik tedavi ise farmakolojik yaklaşım ve farmakolojik olmayan yaklaşımlar ile yapılmaktadır. FTD'ye eşlik eden depresyon, kompülsiyon, huzursuzluk gibi sorunlar için serotonin modifiye edici antidepresanlar başlanabilmektedir. Antipsikotik ilaçlar motor bozuklukları arttırabileceği için verilirken dikkat edilmelidir. Davranış ile ilgili semptomları için selektif serotonin geri alım inhibitörleri başlanabilmektedir (Bird ve Miller, 2009). Antipsikotikler, ajitasyon ve

psikozu tedavi etmek için kullanılmaktadır. Antipsikotikler, ajitasyon ve psikozu tedavi etmek için kullanılmaktadır. Ancak yan etkilerinden dolayı kullanımını sınırlıdır. Bununla birlikte, son yıllarda FTD patolojisinin anlaşılmasıyla otoimmün, genetik ve moleküler hedeflerle tedaviler üzerinde çalışılmaktadır (Young ve ark., 2018).

Farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri sınırlı sayıda araştırma ile bildirilmiştir. Bu yaklaşımlar semptomları yönetmek için ilk seçenek olarak tercih edilmelidir (Shinagawa, 2015). Bu araştırmaların temel amacı nöropsikiyatrik sorunları önlemek, semptomları rahatlatmak, bakım verici yükünü azaltmaktır. Çevre düzenlemesi ile hastaların ajitasyon, iritabilite ve anksiyetelerinin azaldığı gözlenmiştir. Oyunlar veya hobi vb ile meşguliyetin disinhibisyonu ve uygunsuz davranışları azaltabileceği öngörülmüştür. Bazı araştırmalarda davranışsal semptomları azaltmak için egzersiz önerilmiştir. Bilişsel davranışçı terapi bir seçenek olarak araştırılmaktadır (Barton ve ark. 2016; Young ve ark., 2018).

2.3.7.5. Diğer Demans Tipleri / Nedenleri

Parkinson Hastalığı Demansı: Parkinson hastalarında kognitif sorunların görülmesi ile karakterize bir demans türüdür. Parkinson hastalarında demans prevalansı %40 civarında iken diğer demans türleri arasında %25-30 oranında ortaya çıkmaktadır. Aynı yaş grubundaki Parkinsonlu bireylerde demans görülme oranı Parkinsonu olmayan bireylere göre dört kat daha fazladır. İleri yaş, hastalık süresi ve motor sorunların fazla olması risk faktörleridir. PHD sinsi başlangıçlı ve yavaş ilerleyici bir seyir göstermektedir. Belirtileri ise yürütücü işlev bozukluğu, bellekte bozulma, apati ve psikozdur. Demanslı olan parkinson hastalarında frontal lob ve bazal ganglionlarda hipometabolizma görülmektedir. Parkinson hastalarında demansın başlamasıyla hafıza, dil sorunları ve verbal akıcılıkta sorunlar meydana gelmektedir. Tedavisi daha çok semptomatiktir (Emre, 2007; Small ve Mayeux, 2008; Hanağası, 2009).

Huntington Hastalığı Demansı: Kognitif ve psikiyatrik belirtiler ile kendini gösteren otozomal dominant nörodejeneratif bir hastalıktır. Bellekte sorun, yürütücü işlevde bozukluk, görsel mekansal alanda sorun, sözel işlevde bozukluk ve daha çok motor belirtilerle kendini gösteren progresif subkortikal demans türüdür. Bu demans türünde major depresyon, mani, kişilik değişikliği, disinhibisyon, sanrılar, varsanılar, apati, iritabilite, suicidal düşünce gibi psikiyatrik sorunlar ön plandadır (Cankurtaran ve Kulaksızoğlu, 2013).

Creutzfeldt Jakob Hastalığı: 1920 yılında Alman nörolog Hans Gerhard Creutzfeldt ve Alfons Maria Jakob tarafından tanımlanmıştır. Sporadik ve ailesel olabilmektedir. Daha çok 17-83 yaş aralığında görülebilmektedir. Subakut başlangıçlı ve hızlı seyirlidir. Hızlı ilerleyen bellek kaybı, kişilik değişikliği, konfüzyon, halüsinasyon ve demans tablosu ile kendini gösteren prion hastalığıdır. Bu hastalarda konuşma bozukluğu, myokloniler, ataksi ve nöbetler eşlik edebilmektedir (Mastrianni, 2007; Bilgiç ve Hanağası, 2013).

Normal Basıncılı Hidrosefali: İlk kez 1965 yılında Adams ve Hakim tarafından tanımlanmıştır. Genellikle 60 yaşından sonra ortaya çıkar ve sinsi seyir göstermektedir. Prevelansı 100 binde 0-5, insidansı 100 binde 1-2,2 arasındadır. BOS basıncının normal olduğu hidrosefaliye eşlik eden inkontinans, yürüme bozukluğu ve demans belirtileri ile karakterizedir. Yürümede dengesizlik, ayağı sürüyerek yürüme, ataksik yürüyüş gibi belirtiler ile kendini göstermektedir. Kognitif bozuklukla beraber hafif orta demans tablosu diğer bir önemli belirtidir. Kognitif bozukluk frontal yürütücü işlev bozukluğu ile kendini gösterir. Ayrıca apati, motivasyon bozukluğu, dikkat bozukluğu, düşünce akışında bozulma gibi belirtiler de görülmektedir. Bellekte daha çok geri çağırma bozukluk vardır (Şahin ve İyigün, 2009).

Wernicke-Korsakoff Hastalığı: İlk kez 1881 yılında Carl Wernicke tarafından tanımlanmıştır. Beslenme yetersizliğine bağlı gelişmektedir. Özellikle B₁ vitamin eksikliğine veya alkolizme bağlı gelişen bir sendromdur. Amnestik sendrom olarak da adlandırılmaktadır. Yakın bellekte, bilinç düzeyinde anormallik ve dikkat süresinde sorun görülür. Bu hastalarda demansa konfüzyon, ataksi, diplopi gibi belirtiler de eşlik etmektedir (Bird ve Miller, 2009).

2.3.8. Demans Hastalarında Tedavi

Demans tedavisinin amacı hastanın şikayetlerini azaltmak, varolan durumun kötüleşmesini engellemek, yaşam kalitesini iyileştirmek, hastaya bakım veren bireyin ve ailesinin yükünü hafifletmek, hastanın hayatını güvenli bir hale getirmektir. Ayrıca hastaneye ve bakım evlerine gereksiz yatışları engellemek ya da yatış süresini geciktirerek ailenin ve ülkenin ekonomik yükünü azaltmaktır (Işık ve Bozoğlu, 2009; Arvanitakis ve ark., 2019). Demans tedavisinde temel amaç demansın oluşmasına etken olan nedenin ortadan kaldırılmasıdır. Etken olan neden tamamen ortadan kaldırılamıyor ise semptomatik tedavi yöntemi kullanılır. Semptomatik tedavi yöntemi farmakolojik ve

farmakolojik olmayan yöntemler ile yapılmaktadır. Tedavi hastanın demans türüne, kliniğine ve hastanın diğer özelliklerine dikkat edilerek planlanmaktadır (Bird ve Miller, 2009; Cohen-Mansfield, 2018; Okamura ve ark., 2018; Arvanitakis ve ark., 2019; Escher ve Jessen, 2019; Tisher ve Salardini, 2019).

Demans hastalarında farmakolojik tedaviler hastanın semptomuna göre planlanmaktadır. Hastada vitamin eksikliği, toksine maruziyet, beyin içinde patolojik bir durum vb. varsa bu semptomları önlemeye yönelik tedavi girişimleri planlanılmaktadır (Spence, 2016; Escher ve Jessen, 2019). Kognitif sorunları düzeltmek için kolinteraz inhibitörleri kullanılmaktadır. FDA tarafından onaylanan kolinteraz inhibitörleri, Takrin, Donezepil, Rivastigmin ve Galantamindir. Memantin de kolinteraz inhibitörleri ile kombine kullanılabilmektedir (Işık ve ark., 2009).

Demans hastalarında farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları olarak fiziksel egzersiz, müzik, görsel sanatlar, aromaterapi, anımsama terapisi, bilişsel odaklanma terapileri, davranış terapileri, gerçekliğe yönelim, sosyal katılım, çevresel yenilikler, not defteri tutma, yapılacak işler listesi oluşturma, günlük yaşamda kısa ödev yapma gibi aktiviteler hastanın kognitif, davranış ve ruh halinde olumlu etkisi gösterebilmektedir (Çelik ve Ulusoy, 2009; Bird ve Miller, 2009; Jiménez- Palomares ve ark., 2013; Press-Sandler ve ark., 2016; Cohen-Mansfield, 2018; Heesterbeek ve ark., 2018; Tisher ve Salardini, 2019).

2.4. Demans Hastalarında Nöropsikiyatrik Semptomlar

Uluslararası Psikiyatri Derneği (APA) tarafından demans hastalarında görülen nöropsikiyatrik semptomlar “algı, düşünce içeriği bozukluğu, ruh hali ve davranış ile ilgili bozukluk” olarak tanımlanmaktadır. Demans hastalarında nöropsikiyatrik semptomlar sık görülen ciddi sorunlardır. Nöropsikiyatrik semptomlar demans tanısı alan hastaların %90-98’ini etkilemektedir (Phan, Osa ve ark., 2019; Bessey ve Walaszek, 2019). Demans hastalarında gözlemlenebilir nöropsikiyatrik-davranışsal bozuklukların (amaçsız ve tekrarlayıcı hareketler, dolanma-adımlama, ajitasyon-saldırganlık) yanı sıra kişilik değişiklikleri (apati, disinhibisyon), duygudurum bozuklukları (mani, öfori, depresyon), algı bozuklukları (görsel ve diğer halüsinasyonlar) ve düşünce içeriği bozuklukları (hezeyanlar) gibi gözlemlenemeyen davranışsal bozukluklar görülebilmektedir (Gürvit, 2010; Keskin, 2019).

Nöropsikiyatrik semptomlar demansın tüm evrelerinde görülebilmektedir. Hastalığın erken evresinde; depresyon, disinhibisyon, apati, uyku bozuklukları sık görülür iken hastalığın orta evresinde sanrılar görülmektedir. İleri evrede ise ajitasyon, saldırganlık, halüsinasyon semptomlarının görülme sıklığı artmaktadır. İleri evrede birden fazla nöropsikiyatrik sorun görülebilmektedir. Demans hastalarında apati ve anksiyete en sık görülen davranış sorunlarıdır (Emre, 2007; Radue ve ark., 2019; Phan ve ark., 2019).

Demans tiplerinde farklı nöropsikiyatrik semptomlar görülebilmektedir. AH'de psikolojik sorunlar ve apati sık görülmektedir. FTD'de en sık görülen nöropsikiyatrik semptom kişilik ve davranış değişikliğidir. Ayrıca emosyonel geri çekilme, disinhibisyon, apati, iritabilite, yeme bozuklukları (bazı yiyeceklere aşırı düşkünlük, garip yiyecekler tercih etme), kompulsif davranışlar, sosyal norm kaybı da sık görülmektedir. LCD ve PHD'da halüsinasyonlar en sık görülen nöropsikiyatrik sorundur. Ayrıca depresyon, anksiyete, apati, sanrılar, panik bozukluk, tekrarlayıcı davranışlar, uyku bozuklukları da sık görülmektedir (Yener, 2013; Phan ve ark., 2019; Davies ve ark., 2018). VaD'de apati, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları en sık görülen nöropsikiyatrik semptomlardır (Deardorff ve Grossberg, 2019).

Demans hastalarında nöropsikiyatrik semptomların değerlendirilip tanılanması semptomun yönetimi için oldukça önemlidir. Semptomlara uygun nöropsikiyatrik testler kullanılarak objektif ve kapsamlı bir değerlendirme yapılmaktadır. Bakım veren aile bireyi ile görüşme hastayı doğru değerlendirme açısından oldukça önemlidir. Semptomlar değerlendirildikten sonra semptoma özgü farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşım yöntemi ile tedavisi sağlanmaktadır. Tedavide ilk yaklaşım farmakolojik olmayan yöntemlerdir ve farklı semptomlar için farklı teknikler/yaklaşımlar kullanılmaktadır. Ajitasyon, depresyon ve anksiyete için grup aktiviteleri ve müzik terapisi yapılmaktadır. Ayrıca bilişsel davranışçı tedavi gibi yöntemlerin etkinliğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Farmakolojik olmayan yöntemler ile semptomlarda azalma görülmez ise farmakolojik tedavi yaklaşımı uygulanmaktadır (Radue, 2019; Vergallo, 2019)

Nöropsikiyatrik semptomlar tedavi edilmezse, hastalık prognozunun ilerlemesine, hastanın ve bakım veren kişinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine, bakım verici yükünün artmasına, hastanın fonksiyonel durumunda bozulmaya, istismar ve ihmal

riskinde artışa, daha sık hastaneye yatışa, morbidite ve mortalite oranının artmasına yol açabilmektedir (Raglio ve ark., 2012; Särkämö ve ark., 2014; Gitlin ve ark., 2016; Vik-Mo ve ark., 2018; Bessey ve Walaszek, 2019; Phan ve ark., 2019; Borsje ve ark., 2019).

2.4.1. Demans Hastalarında Apati

Yunanca “pathos” kelimesinden köken alan apati “hayat için tutku yoksunluğu” anlamına gelmektedir (Cipriani ve ark., 2014). Nielsen ve Jacobs tarafından motivasyon kaybı ile kendini gösteren apatinin ilk bulgusunun sosyal içe kapanma olduğu belirtilmiştir. Apati; abuli ve mutizm olarak da adlandırılmıştır (Nielsen, 1951). Sttus ve ark. apatiyi, uyarana (içsel ve çevresel) yanıt yoksunluğu ile kendini gösteren eylem eksikliği olarak tanımlarken Reinblatt ve Riddle apatiyi depresif semptomların neden olmadığı motivasyon kaybı olarak tanımlamıştır (Stuss, 2000; Bıyık, 2014). 1990 yılında Marin ise apatiyi motivasyon kaybı, azalmış duygusal yanıt ve amaca yönelik davranışlarda azalma olarak açıklamıştır (Marin, 1990).

Apati demans hastalarında en yaygın görülen kalıcı nöropsikiyatrik semptomlardan biridir (Robert ve ark., 2006; Zhao ve ark., 2016; Gilmore-Bykovskyi ve ark., 2019). Demanslı bireylerin %70’inden fazlasını etkilemektedir (Cipriani ve ark., 2014). Demans hastalığının her evresinde görülmektedir (Robert ark., 2006). Apati AH’de %19 ile %92 arasında, FTD’de %62 ile %89 arasında, VaD’de %15 ile %93 arasında, PHD’de %24 oranında görülmektedir (Mega ve ark., 1996; Aarsland ve ark., 2001; Mendez ve Perryman, 2002; Fuh ve ark., 2005; Starkstein ve ark., 2006).

2.4.1.1. Apatinin Nöroanatomi

Yapısal ve fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları geliştikçe nöroanatomik yapıdaki değişiklikler ile apati arasındaki ilişkiyi incelenen araştırmalar artmıştır. Apatiden sorumlu nöroanatomik bölgelerin prefrontal bazal gangliyon, frontal lobların limbik alanı (orbital-mesial prefrontal korteks) olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu anatomik bölgedeki bazal gangliyonların lezyonları veya işlevsel bozuklukları apati tablosunun oluşmasında etkilidir (Cipriani ve ark., 2014). Fronto-subkortikal ve dorsal anterior singulat kortekste nöropatolojik, biyokimyasal değişiklikler sonrası görülen atrofi ile apati arasında ilişki görülmektedir (Fernández-Matarrubi ve ark., 2018; Gilmore-Bykovskyi ve ark., 2019). 2005 yılında Rosen ve ark. tarafından demans vakalarında yapılan manyetik rezonans (MR) çalışmalarında ise lateral orbitofrontal kortekste hacim kaybının apati, disinhibisyon, yeme bozukluğu, anormal motor davranış ile ilişkisi olduğu

bildirilmiştir (Rossen ve ark, 2005). AH olan hastalarda apati sağ ön singulatta hipometabolizma ile ilişkili iken FTD'nin davranış varyantında ise sol lateral prefrontal kortekste, sol medial prefrontal/anterior singulat ve sol lateral orbitofrontal lobda hipometabolizma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. FTD davranış varyantı olan hastalarda AH'li hastalara göre apati sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür (Mendez ve ark., 2002; Fernández-Matarrubi, 2018). VaD'deki kortikal lezyonlar sıklıkla frontal bölgeleri etkiler (Fuh ve ark., 2005; Levy ve Dubois, 2006). Sağlıklı insanlarda motivasyonla ilişkili davranışlarda, medial frontal ve striatal bölgeler arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu anatomik bölgeler arasındaki bağlantıların bozulması ile apati arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu anatomik bölge dorsal anterior singulat korteks ile anterior singulat sulkusu kapsar. Burada medial prefrontal korteks, anatomik olarak örtüşen iki bölge olan ventromedial prefrontal ve orbitofrontal korteksi ifade eder (Le Heron ve ark., 2018).

2.4.1.2. Apatinin Klinik Özelliği ve Tanı Kriterleri

Apati azalmış motivasyon, emosyonel cevapta azalma ve yeni aktivitelere ilgi azlığı ile karakterize bir tablodur. Apatisi olan hasta kendiliğinden bir şey yapmaz, bir şey talep etmez, konuşmayı kendisi başlatmaz, genelde inisiyatif sahibi değildir. Günlük yaşam aktivitelerini kendisi başlatmaz, çevrede olan biten hiçbir olay, durum, kişi, nesne ilgisini çekmez, duygusal küntleşme ve motivasyon kaybı söz konusudur. Ayrıca spontanite azalması, ilgi ve irade ile yapılan davranışların kaybı, kısacası amaca yönelik davranışlarda, kognisyonda ve emosyonel azalma ile kendini gösteren nöropsikiyatrik bir semptomdur. Bu semptom tablosu kişinin sosyal, mesleki ve diğer yaşam alanlarında anlamlı bir değişiklik olmasına sebep olmaktadır. Ayrıca apati; spontan hareketlerin, konuşmanın azaldığı cevap vermenin yavaşladığı, geciktiği daha çok frontal ve anterior temporal bölge hasarında görülmektedir (Marin, 1991; Yener, 2013). 1991 yılında Marin ve ark. tarafından önerilen apati tanı ölçütlerinde, amaçlı davranış, duygusal tepki ve hedefe yönelik davranışlarda görülen değişikliklere dikkat çekilirken (Marin, 1991) daha sonra tanı kriterleri Robert ve ark. tarafından gözden geçirilerek temel ilke olarak “azalan motivasyon” vurgulanmıştır. Apati derecesini değerlendirmek için sıklıkla çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Apati Envanteri, Apati Değerlendirme Ölçeği ve davranış bozukluklarının şiddetini ve sıklığını değerlendirmek için kullanılan Nöropsikiyatrik Envanterin apati alt boyutu ile apati değerlendirilebilmektedir (Marin ve ark., 1991;

Cummings ve ark. , 1994; Robert ve ark. , 2002; Radakovic ve ark., 2015; Sherman, 2018).

Tablo 2-3. Apati Tanı Kriterleri

Apati Tanı Kriterleri
A. Hastanın önceki işlevsellik düzeyine veya yaşına, kültürüne göre kendisi veya başkası tarafından en az dört hafta boyunca motivasyon eksikliği/azalması olduğu bildirilmiş olmalıdır. Motivasyon eksikliği/kaybı ile birlikte aşağıda belirtilen üç alandan her birine ait en az bir belirtinin olması gerekir. Motivasyon eksikliği ile birlikte aşağıdaki üç alanın her birine ait en az bir semptomun varlığı; 1. Hedefe yönelik davranışlarda azalma • Çaba eksikliği • Aktiviteyi yaparken başkalarına bağımlı olma 2. Hedefe yönelik bilişsel aktivitede azalma • Yeni şeyler öğrenmeye veya yeni deneyimlere karşı ilgi eksikliği • Kişinin kişisel sorunları hakkında endişe duymasında azalma/eksiklik 3. Hedefe yönelik duygularda azalma • Değişmeyen tepki • Olumlu veya olumsuz olaylara karşı duygusal tepki eksikliği
B. Belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal veya iş hayatı ilgili alanlarda önemli işlevselliğe bozulmaya neden olur.
C. Semptomlar, bilinç düzeyindeki azalmaya veya bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (Marin, 1991; Starkstein, 2001)

Apatiye atfedilen fonksiyonel bozukluğun tanımlanabilir olması gerekmektedir. Ayrıca apatiyi taklit eden semptomlar dışlanmalıdır (Robert ark., 2009).

2.4.1.3. Apati ve Depresyon Ayrımı

Demanda apati ve depresyon birbiriyle örtüşen birçok semptom nedeniyle sıklıkla tek bir bozukluk olarak görülür. Bununla birlikte tedavi için doğru bir ayrım yapmak önemlidir. Apati ve depresyon hem farklı bilişsel durum hem de hastalığın ilerlemesi ile ilişkilidir (Vloeberghs ve ark.). Apati depresyon ile sık karıştırılmaktadır. Apatinin depresyondan en önemli farkı apatide motivasyon kaybının yanında disfori görülmemesi, duygudurum değişikliği veya kaygının olmamasıdır. Ayrıca apati depresyonla beraber

görülebilmektedir. Özellikle frontal lob ile ilişkili apati depresyon ile karıştırılabilmektedir (Yener, 2013). Apati ve depresyonun ortak özellikleri ise ilgi, istek kaybı, yavaşlama, enerji azalması ve motivasyon kaybıdır. Apatide duygusal sıkıntı ve bilişsel bozukluğa bağlı olmayan motivasyon kaybı vardır. Apati ve depresyonun eşlik ettiği hastalarda soyut düşünme performansı daha düşük olmaktadır (Cummings ve ark., 1994).

2.4.1.4. Apati ile İlişkili Faktörler

Apatiyi etkileyen birçok faktör vardır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi gibi faktörlerin yanı sıra hastanın klinik durumu önemlidir. Bu klinik durum; hastanın kognitif durumu, demans evresi, demans tipi, fonksiyonel durumu, depresyon, nöropsikiyatrik semptom, ek kronik hastalık gibi özellikler olabilmektedir.

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapılan bir araştırmada; apatisi olan yaşlı bireylerde bilişsel durumun kötü olduğu, ileri evre demans, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve deliryum sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu hastaların bir yıllık takibinde ise apatisi olanlarda mortalitenin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Hölttä ve ark.,2012). Hastaların sosyal çevresi, sosyal çevre ile ilişkileri, gün içindeki meşguliyet/aktiviteleri ve fiziksel aktivitelerinin apati üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (Ellis, 2016). Apatisi olanlarda fiziksel işlevsellik performanslarının daha kötü olduğu fakat cinsiyet, yaş ve depresyon ve apati arasında ilişki olmadığı da bildirilmiştir (Henstra, 2019). AH ve VaD'da hastaların nöropsikiyatrik semptomlarının hastanın apati düzeyini etkilediği görülmektedir (Deardorff, 2019).

2.4.1.5. Apati, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi

Demans hastalarında bilişsel durum bozukluğundan çok apati günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeyi etkileyebilmektedir (Starkstein ark., 2001;(Brodaty ve Burns, 2012). Demans tablosuna apatinin eklenmesi hastanın gün içinde yapacağı günlük yaşam aktivitelerini yapmasına engel olabilmektedir. Apati hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Brodaty ve Burns, 2012; Okada ve Yamaguchi, 2016). Tüm bunlara bağlı olarak apati demans hastalarının yaşam kalitesini etkilemektedir (Yeager ve Hyer, 2008; Kuhlmei ve ark., 2013; Nobis, 2018; Nijsten ve ark., 2019). Yaşam kalitesini düşürdüğü gibi bireyin fonksiyonel durumunu da kötüleştirebilir. Depresyon artışı ile apati arasında ilişki olduğuna dair çalışmalar vardır. Apatik hasta hareketsizdir, günlük yaşamda yapması gereken günlük faaliyetleri yapmaz,

hobileri ve diğer işler için genellikle isteksiz olur. Kişi ile birlikte yaşayan hasta yakının aktiviteleri yapması için hastayı teşvik etmesi gerekebilir.

2.4.1.6. Apati ve Bakım Verici Yükü

Bakım veren kişi, hasta bireye fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik olarak destek olan bireydir. Bakım veren yükü ise bakıma muhtaç kişiye bakım verme deneyimi ile ilişkili duygusal, psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik stres etkenlerine karşı verilen çok boyutlu bir yanıttır (Kasuya ve ark., 2000). Bakım veren yükünü, bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hasta ile yakınlığı, bakım verme süresi, sosyal çalışma durumu, ekonomik durumu, başetme stratejileri etkilemektedir. Ayrıca bakım verme yükü hastanın hastalığının özelliği ve evresinden etkilenmektedir (Brodaty ve Burns, 2012).

Demans tablosuna apatinin eklenmesi hastaların yaşam kalitesini etkilediği gibi hastaya bakım veren bireyi de olumsuz etkilemektedir. Apatinin bakım verenin stresine de olumsuz etkisi vardır (Cummings ve ark., 1994). Ayrıca apati hastanın bakım vericiye bağımlılığını arttırmaktadır. Bu nedenle apati, demans hastasına bakım veren bireyin bakım yükünü arttırmaktadır (Starkstein ve ark., 2001). Demans hastalarının sorunlarından özellikle nöropsikiyatrik semptomların hastaya bakım veren birey üzerinde çok önemli etkisi vardır. Nöropsikiyatrik semptomlardan apati de hasta yapması gereken aktiviteleri yapmadığı için ve bunu sürekli hasta yakını takip edip hastaya yapması konusunda teşvik ettiği için bakım verici için önemli negatif etkiye sahiptir. Demans tablosu dışında apatinin hastanın yaşam kalitesi üzerinde negatif bir etkisi olması nedeni ile de dolaylı olarak bakım veren birey üzerinde bir yük oluşturması söz konusudur. Bu nedenle apatisi olan hastaya bakım veren bireyin bakım verici yükü fazla olabilmektedir (Dauphinot ve ark., 2015; Lima-Silva ve ark., 2015; Shim ve ark., 2016; Cheng, 2017; Nobis, 2018).

2.4.1.7. Apatinin Tedavisi

Nöropsikiyatrik semptomlar hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilir. Farmakolojik olmayan tedavinin önemi son yıllarda daha çok vurgulanmaktadır. Hafıza terapisi, müzik terapisi ve fiziksel egzersiz vb. yöntemler nöropsikiyatrik semptomlar için kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin bazılarıdır (de Oliveira, 2015; Kratz, 2017). Demanslı hastalarda apati hem sık görülmesine rağmen yeterince tanınmadığı için tedavisi ihmal edilebilmektedir. Literatürde demans hastalarında apati tedavisi için farmakoterapinin etkinliğine dair

sınırlı kanıt vardır. Özellikle asetilkolinesteraz inhibitörlerinin apati üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir. Memantin etkinliğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Antidepresan veya antikonvülsan kullanımını destekleyecek kanıtlar kısıtlıdır (Berman ve ark, 2012). Galantamin ve Risperidonun apatiyi hafif azalttığı bildirilmiştir (Sherman ve ark., 2018). Donepezil ile tedavi hafif AH'li hastalarda apati semptomlarında bir iyileşme göstermiştir (Drijgers ve ark., 2009). Bazı çalışmalarda metilfenidatın AH'da apati için etkili olduğu, biliş ve işlevsel performans için yararlı olabileceği gösterilse de bunların kanıt düzeyi düşüktür (Theleritis ve ark., 2017; Ruthirakuhan ve ark., 2018).

Apatiyi yönetmek için farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden de yararlanılır. Demanslı kişilerde çoklu duyuşal uyarımın (Verkaik ve ark., 2005) ve çevresel uyarımın apati için etkili olduğu gösterilmiştir (Jao ve ark., 2019).

Hemşirenin farmakolojik olmayan tedavileri kullanırken önemli görevleri vardır. Hasta apati açısından değerlendirilmeli ve bireyi merkeze alarak uygun yaklaşım ile tedavisi planlanmalıdır. Farmakolojik tedavide ise hemşire ilacın dozunu, ilacın veriliş yolunu, etkisini takip etmeli ve bu konuda hastaya bakım veren bireye de eğitim vermelidir. Hastanın demans tablosuna bağlı kognitif sorunlarının olmasına ek olarak apatisinin olması tedavi uyumsuzluğunu arttırabilir. Demans hastası bakım evinde ise ilaç tedavisinin yönetimi tamamen hemşire gözetiminde olmalı, eğer hasta kendi evinde ise hastaya bakım veren bireye ilaçları konusunda hemşire eğitim vermelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı demans hastalarında apatiyi ve apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkisini değerlendirmektir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı, ilişki arayıcı çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.3. Araştırma Soruları

Aşağıda yer alan sorular araştırma sorularını oluşturdu:

1. Demans hastalarında apati puan ortalaması nedir?
2. Demans hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin apati düzeyi ile ilişkisi var mıdır?
3. Demans hastalarında apati ile hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?
4. Demans hastalarında apati ile bakım verici yükü arasında bir ilişki var mıdır?

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Apati,
- Hastanın yaşam kalitesi,
- Bakım verici yükü

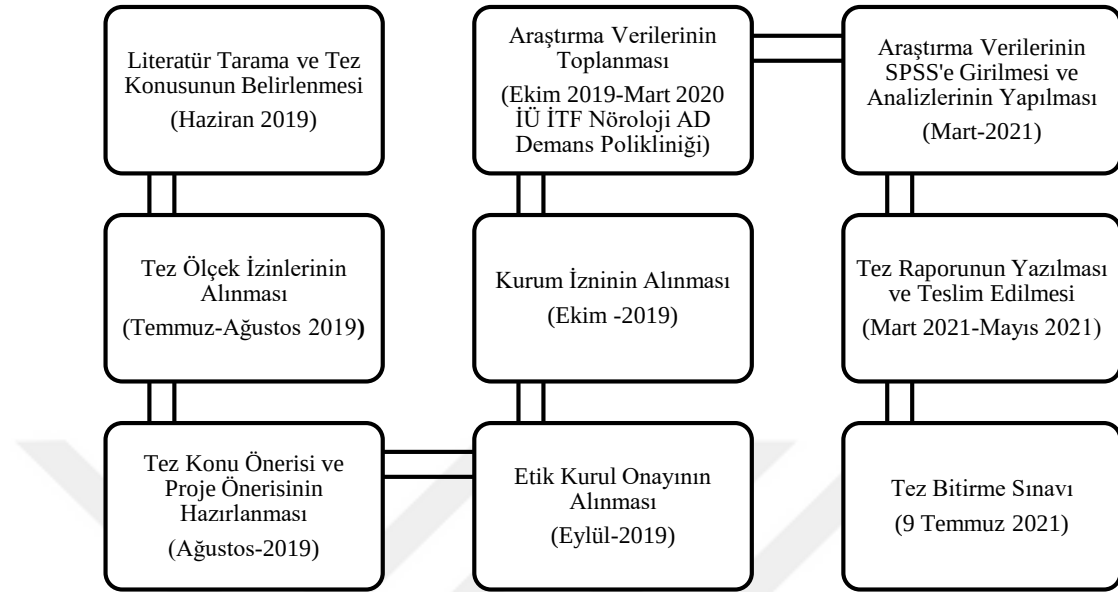
Bağımsız Değişkenler

- Yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum, demans tipi, tanı süresi,
- Demans dışı kronik hastalık varlığı veya kullandığı ilaç sayısı
- Demans evresi, nöropsikiyatrik semptomlar, mental durum, depresyon, temel ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim 2019- Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi Demans Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

3.6. Araştırmanın Planlanması ve Takvimi



Şekil 3-1. Tez Akış Süreci

3.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmaya dahil edilecek hasta sayısı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi Demans Polikliniği'ne son 6 ayda gelen demans hasta sayısı göz önünde bulundurularak hesaplandı. Aşağıdaki kriterlere uyan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Türkçe bilen,
- En az 6 aydır kesin demans tanısı alan hastalar ile
- En az 6 aydır hasta ile ilgilenen, 18 yaş ve üstünde olan, Türkçe bilen ve hasta hakkında güvenilir bilgi verebilecek informal bakım vericiler araştırmaya dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nden 18 ve üzeri puan alan,
- CDR puanı 0,5 ve altında olan hastalar,
- Kurumda bakım alan hastalar,
- Ücret karşılığında bakım veren bakım vericiler araştırma dışında bırakıldı.

Araştırmada yeterli örnek hacminin belirlenmesinde GPOWER 3.1 paket programı kullanıldı. Örneklem büyüklüğü belirlenirken literatürde daha önce gerçekleştirilmiş araştırmaların sonuçları ve konu ile ilgili incelenen bilimsel literatür sonucunda etki büyüklüğü (effect size) = 0.646 hesaplandı. Hesaplamalar sonucunda %80 güç ve %5 tip 1 hata ile örneklem büyüklüğü hesaplandı. Dahil edilme kriterlerine uyan 12 hasta çeşitli nedenlerden dolayı poliklinikte beklemek istemediklerinden araştırmaya katılmadı. Bu hastalar dışında toplam 88 hasta ve bakım vericisi araştırmaya dahil edildi.

3.8. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından poliklinik ortamında bulunan bir odada hasta ve bakım verici ile yüz yüze yapılan görüşmeler ve dosya bilgilerinden elde edildi. Araştırmacı tarafından hastada apati, depresyon, yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve nöropsikiyatrik semptomlar; hasta yakınında bakım verici yükü değerlendirildi. Demans evresi ve mental test verileri hasta dosyasından alındı.

3.8.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta ve Bakım Verici Tanılama Formu (Form-1), Standardize Mini Mental Test (MMSE) (Form-2), Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) (Form-3), Nöropsikiyatrik Envanter (NPI) (Form-4), Apati Değerlendirme Ölçeği Klinisyen (AES-C) ve Bilgilendirici Hasta Yakını Formu (AES-I) (Form-5), Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CSDD) (Form-6), Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA) (Form-7), Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Lawton EGYA) (Form-8), Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL-AD) (Form-9) ve Bakımverenlerin Yükü Envanteri (CBI) (Form-10) kullanıldı.

3.8.1.1. Hasta ve Bakım Verici Tanılama Formu (Form-1)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda Hasta ve Bakım Verici Tanılama Formu oluşturuldu. Bu formda hasta ve bakım vericinin sosyodemografik özelliklerine

ilişkin yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, gelir durumu v.b sorular yer almaktadır. Hasta tanılama formunda hastalığa ve apatiye ilişkin soruların olduğu bir bölüm de yer almaktadır (Form-1).

3.8.1.2. Standardize Mini Mental Test (MMSE) (Form-2)

Folstein ve ark. tarafından kognitif performansı değerlendirmek için geliştirilen bu testin Türkçe geçerliği Güngen ve ark. tarafından yapılmıştır (Folstein ve ark. 1975; Güngen ve ark. 2002). Yeniden düzenlenmiş versiyonunun geçerlik çalışması 2009 yılında Keskinoglu ve ark. tarafından yapılmıştır. Eğitimli ve eğitimsizler için ayrı formlar oluşturulmuştur. Test 30 puan üzerinden değerlendirilir. Test puanlanması zaman ve mekan oryantasyonundan 10 puan, bellek alanından 6 puan, dikkat alanından 5 puan, dil alanından 8 puan ve görsel ve mekansal işlevler için en fazla 1 puan verilmektedir. Eğitimliler için 22 puan ve altı, eğitimsizler için ise 18 puan ve altı bilişsel bozukluğu göstermektedir (Keskinoglu ve ark. 2009) (Form-2).

3.8.1.3. Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) (Form-3)

Hughes ve ark. tarafından (1982) geliştirilmiştir. Demans hastalarında bellek, oryantasyon, yargılama ve sorun çözme, ev dışı toplumsal faaliyetler, ev/hobiler ve kişisel bakım alanında yaşanan kognitif yıkımı derecelendirmek amacıyla kullanılır. Bu ölçek hasta ve hasta yakını ile görüşülerek klinisyenler tarafından doldurulur. CDR puanı 0 ise hastanın kognitif yıkımı yok, CDR puanı 0,5 erken hafif bozulma, CDR puanı 1 hafif kognitif bozulma, CDR puanı 2 orta derece bozulma ve CDR puanı 3 ise ileri derecede kognitif bozulma söz konusudur. Evre 0 normal yaşlılık, evre 0,5 kuşku demans, evre 1 hafif şiddette demans, evre 2 orta şiddette demans, evre 3 ağır evre demans anlamına gelmektedir. Evre 0,5 klinik tanı olarak çoğunlukla hafif kognitif bozukluk (MCI) olabileceği nedeniyle bu araştırmada CDR puanı 0,5 ve altında olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi (Hughes ve ark., 1982) (Form-3).

3.8.1.4. Nöropsikatrik Envanter (NPI) (Form-4)

Cummings ve ark. tarafından (1994) geliştirilmiş, Akça Kalem ve ark. tarafından (2005) Türkçe'ye adapte edilmiştir. Ölçek demans hastalarında nöropsikiyatrik semptomları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu semptomlar; hezeyanlar, halüsinasyon, ajitasyon, agresyon, disfori, anksiyete, öfori, apati, disinhibisyon, irritabilite, anormal motor davranışlar, uyku bozuklukları, iştah/yeme bozukluklarıdır. İlk

adımında hastada nöropsikiyatrik sorunların varlığı değerlendirir. Ölçek nöropsikiyatrik sorunların özelliği, sıklığı, şiddeti ve bakım verende yarattığı sıkıntı olmak üzere toplam üç bölümden oluşmaktadır. Nöropsikiyatrik semptomların sıklığı “1: Nadiren, 2: Bazen, 3: Sık, 4: Çok sık” şeklinde, şiddeti ise “1: Hafif, 2: Orta, 3: Ağır” şeklinde puanlanır. En son nöropsikiyatrik sorun ile ilgili sıklık ve şiddet için verilen sayısal değerlerin çarpılması ile o alanın skoru oluşturulur. Ölçek puanı 0 ile 144 arasında değişmektedir. Puan artışı nöropsikiyatrik semptomların ağırlaştığını göstermektedir (Cummings ve ark., 1994; Akça Kalem ve ark. 2005) (Form-4).

3.8.1.5. Apati Değerlendirme Ölçeği (AES) (Form-5)

Apati Değerlendirme Ölçeği (AES) apatiyi depresyondan ayırt etmek ve apatisi olan hastaları belirlemek amacıyla Marin ve ark. (1991) tarafından geliştirilmiş, Gülseren ve ark. (2001) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Apati Değerlendirme Ölçeği, hastanın günlük yaşamındaki hobileri ve uğraşlarına, bunlardan zevk almasına odaklanmakta ve bu alanlardaki yitimi değerlendirmenin yanı sıra apatiyi davranışsal, kognitif ve emosyonel bileşenler açısından değerlendirmektedir. Ölçekte puanlama hastanın son 4 haftası dikkate alınarak yapılmaktadır. Ölçeğin klinisyen (AES-C), bilgilendirici-hasta yakını (AES-I) ve öz bildirime dayalı hasta formu (AES-S) olmak üzere üç formu mevcuttur. Bu çalışmada ise AES’in klinisyen (AES-C) ve bilgilendirici-hasta yakını (AES-I) formu kullanıldı. Formun üç versiyonun maddeleri aynıdır. Ölçek 18 maddeden oluşan likert tiplidir. Ölçeğin her bir maddesine 1-4 arasında puan verilmektedir, puanlama “1: Hiç karakteristik değil, 2: Çok az karakteristik, 3: Biraz karakteristik 4: Çok karakteristik” şeklindedir. Ölçeğin 1., 3., 4., 5., 8., 11., 13. ve 16. maddeleri apatinin kognitif yönü, 2., 6., 9., 10. ve 12. maddeleri davranışsal yönü, 7. ve 14. maddeleri emosyonel yönü ile ilişkiliyken 15., 17. ve 18. maddeleri “diğer (motivasyon, inisiyatif v.b)” adı altında sınıflandırılmıştır. Ölçeğin 6., 10. ve 11. maddeler dışındakilere verilen cevaplara ters puan verilerek hesaplama yapılır. Puanlamaya örnek olarak birinci maddede “hasta çevresi ile hiç ilgili değil ise” ve yanıt olarak “1:Hiç karakteristik değil” seçeneği işaretlenmiş ise bu sorunun puan değeri 4 olarak kabul edilmiştir. Tüm maddelerden alınan puanlar toplanarak ölçek puanı elde edilir. Ölçeğin toplam puanı 18-72 arasındadır. Yüksek puan daha fazla apatiyi gösterir. Ölçeğin Türkçe formunun çalışmasında herhangi bir kesme puanı hesaplanmamıştır. Ölçeğin Türkçe

formunun güvenilirlik analizlerinde Cronbach alfa katsayısı AES-I için 0.92, AES-C formu için ise 0.94 bulunmuştur (Marin ve ark. 1991; Gülseren ve ark. 2001) (Form-5).

3.8.1.6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CSDD) (Form-6)

Demans hastalarına özel olarak depresyonu değerlendirmek amacıyla Alexopoulos ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerliği Taycan ve Eker (2009) tarafından yapılmıştır. Bellek sorunları nedeniyle depresif belirtilerini doğru bir şekilde bildiremeyen demanslı yaşlılar için iyi bir değerlendirme aracı olduğu düşünülmektedir (Amuk ve ark. 2003; Taycan ve Eker, 2009). Ölçek 19 maddeden oluşmaktadır ve beş alt grubu bulunmaktadır. Ölçek duygudurumla ilişkili bulgular (1., 2., 3. ve 4. maddeler), davranışsal değişiklikler (5., 6., 7. ve 8. madde), fiziksel bulgular (9., 10. ve 11. madde), döngüsel fonksiyonlar (12., 13., 14. ve 15. madde) ve düşünsel değişkenleri (16., 17., 18. ve 19. madde) değerlendirir. Her bir madde “0: Yok, 1: Hafif ya da aralıklı, 2: Şiddetli” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek puanı tüm maddelerden alınan puanlar toplanarak elde edilir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 38 aralığındadır. Puan artışı depresif durumu gösterir. Testten alınan 10 ve üzeri puanlar muhtemel majör depresyonu düşündürür iken 18 ve üstündeki puanlar kesin majör depresyona karşılık gelir. Bu çalışmada 18 ve üstü puan alan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.88 bulunmuştur (Gürvit ve Baran, 2007; Taycan ve Eker, 2009) (Form-6).

3.8.1.7. Katz’in Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA) (Form-7)

Hastanın hergün yapması beklenen öz bakım davranışlarındaki bağımlılık-bağımsızlık durumunu değerlendirmek için Katz ve ark. tarafından (1963) geliştirilen bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arık ve ark. (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan beslenme, giyinme, banyo yapma, mobilite, kontinans ve tualete gitme gibi öz bakım aktivitelerindeki bağımlılık derecesini değerlendirir. Hasta aktiviteleri bağımsız yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan ve hiç yapamıyorsa 1 puan verilir. Ölçek puanı tüm maddelerden alınan puanlar toplanarak elde edilir, puan aralığı 6 ile 18 arasındadır. Ölçeğin puan aralığının 0 ile 6 puan aralığında olması “bağımlı”, 7 ile 12 puan aralığında olması “yarı bağımlı” ve 13 ile 18 puan puan aralığında olması “bağımsız” olarak değerlendirilmektedir (Katz ve ark. 1963; Arık, 2015) (Form-7).

3.8.1.8. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (Lawton EGYA) (Form-8)

Lawton ve Brody (1969) tarafından geliştirilmiştir. Envanter sekiz sorudan oluşmaktadır. Hastanın telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binme, ilaçlarını kullanma ve para idaresi ile ilgili soruları içerir. Hasta aktivitelerini bağımsız olarak yapıyor ise 3 puan, yardım alarak yapıyor ise 2 puan, hiç yapamıyor ise 1 puan verilir. Ölçek puanı her maddeden alınan puanlar toplanarak elde edilir. Ölçek puan aralığı 0 ile 8 puan arasında ise hasta “bağımlı”, 9 ile 16 puan arasında ise “yarı bağımlı” ve 17 ile 24 puan arasında ise “bağımsız” olarak değerlendirilmektedir (Lawton ve Brody, 1969) (Form-8).

3.8.1.9. Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL-AD) (Form-9)

Ölçek Alzheimer Hastalarının yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Longsdon ve ark. (1999) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akpınar ve Küçükgüçlü tarafından (2012) yapılmıştır. Yapı geçerliliğini maksimuma çıkarmak için ölçek hem hasta hem de bakım verenler tarafından birbirlerinden bağımsız şekilde doldurulmaktadır. Ölçekte hastaların arkadaş ve aile ilişkileri, maddi durumları, sağlık durumları, içinde bulundukları duygusal durum gibi yaşam kalitesini tanımlamaya yardımcı sorular yer almaktadır. Likert tipi bir ölçek olup 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1: Kötü, 2: Orta, 3: İyi ve 4: Mükemmel olarak puanlanmaktadır. Puanlama, tüm maddelerden elde edilen puanların basit toplamı esasına dayanmaktadır. Hastalardan ve bakım verenlerinden elde edilen puanlar ayrı ayrı hesaplanabildiği gibi istenildiği takdirde tek bir skor ile de değerlendirme yapılabilmektedir. Toplam puan aralığı 13-52'dir. Puan artışı yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir (Logsdon ve ark. 1999; Akpınar ve Küçükgüçlü, 2012) (Form-9).

3.8.1.10. Bakımverenlerin Yükü Envanteri (CBI) (Form-10)

Novak ve Guest (1989) tarafından bakım vermenin, bakım veren hasta yakınlarının üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Kognitif bozukluğu olan hastaların yakınlarına spesifik geliştirilmiş olması demans hastalarının bakım verenleri için kullanımında üstünlük oluşturmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükgüçlü ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. 24 maddelik likert tipli bir ölçektir. Ölçeğin beş alt boyutu vardır. 1 ile 5 arası maddeleri “zaman-bağımlılık yükü”, 6 ile 10 arası maddeler “gelişimsel yük”, 11 ile 14 arası maddeler “fiziksel yük”,

15 ile 19 arası maddeler “sosyal yük”, 20 ile 24 arası maddeler ise “duygusal yük” ile ilişkilidir. Puanlama “Hiç tanımlamıyor: 0 puan, Az tanımlıyor: 1 puan, Orta derecede tanımlıyor: 2 puan, Oldukça tanımlıyor: 3 puan, Çok tanımlıyor: 4 puan” şeklindedir. Her bir maddeye verilen yanıtın puanı (0-4) 1,25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmaktadır. Toplam puan 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü göstermektedir. Türkçe versiyonunda Cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur (Novak ve Guest, 1989; Küçükgüçlü, Eser ve Yener, 2009) (Form-10).

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Veri toplamaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan etik kurul onayı (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 019/1128 dosya numaralı 12/09/2019 tarihli 1148 sayılı yazı) (Form-11) ve kurum izni (22/10/2019 tarihli 217153 sayılı yazı) (Form-12) alındı. Gerekli izinler alındıktan sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Demans Polikliniği’nde takip edilen ve araştırmaya katılmaya davet edilen hastalar ve bakım vericileri Helsinki Bildirgesi doğrultusunda araştırmanın amacı ve beklentileri hakkında bilgilendirildi. Araştırmaya katılmaya istekli olduklarına dair sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra kişiler çalışmaya dahil edildi (Form-13). Çalışmada kullanılan ölçekler için yazarlardan izin alındı (Form -14).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde;

- Aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelik değerleri
- Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmede Kolmogorov-Smirnov Testi kullanıldı.
- Bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında t-testi veya Mann-Whitney U testi; bağımsız ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ANOVA testi veya Kruskal-Wallis H testi kullanıldı.
- İki ölçek puanı arasındaki ilişkinin analizinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı.
- Yaşam kalitesi ve bakım verici yükünün öngördürücülerinin belirlenmesinde lineer regresyon analizi kullanıldı.

Tüm analizler SPSS 21.0 (IBM) paket programı kullanılarak yapıldı.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi,
- Bazı hastaların çalışmaya katılmak istememesi (hasta ve bakım vericilerin poliklinik yoğunluğundan dolayı beklemek istememesi, hastanın davranış ve diğer şikayetleri ile ilgili problemi olup kendisinin katılmak istememesi, araştırmada kullanılan testleri uygulamak için araştırmacının iletişim kuramadığı hastalar) çalışmanın sınırlılıklarıdır. Sonuçlar yorumlanırken bu durum dikkate alınmalıdır.



4. BULGULAR

Demans hastalarında apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bulgular şu başlıklar altında ele alındı:

1. Hastaların sosyodemografik özellikleri
2. Hastaların klinik özellikleri
3. Hastaların apatiye ilişkin özellikleri ve Apati Değerlendirme Ölçeği puanları
4. Hastaların fonksiyonel durum, depresyon ve yaşam kalitesi ölçek puanları
5. Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri
6. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri ortalama puanları
7. Hastaların Apati Değerlendirme Ölçeği puanlarının sosyodemografik, klinik özellikler ve diğer ölçek puanları ile karşılaştırılması

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamalarının $73,11 \pm 11,68$ (46-99), yaklaşık yarısının (%53,4, n=47) kadın, çoğunluğunun (%68,2, n=60) ilkokul veya daha düşük eğitilmiş, çoğunluğunun emekli veya ev hanımı olduğu (%93,2, n=82) ve %56,8'inin gelir durumunu iyi olarak algıladığı saptandı. Hastaların çoğunluğu (%79,5, n=70) evli ve çocuklu (%97,7, n=86) idi (Tablo 4-1).

Tablo 4-1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş (Ort±Ss, min-max)	73,11±11,68	(46-99)
Cinsiyet		
Erkek	41	46,6
Kadın	47	53,4
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	8	9,1
Okur-yazar	16	18,2
İlkokul	36	40,9
Ortaokul	6	6,8
Lise	16	18,2
Üniversite	6	6,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	1	1,1
Çalışmıyor	5	5,7
Emekli	46	52,3
Ev Hanımı	36	40,9
Gelir düzeyi		
İyi	50	56,8
Orta	33	37,5
Kötü	5	5,7
Medeni durum		
Evli	70	79,5
Dul	18	20,5
Aile tipi		
Çekirdek aile	82	93,3
Geniş aile	5	5,7
Yalnız yaşıyor	1	1,1
Çocuk varlığı		
Var	86	97,7
Yok	2	2,3
Çocuk sayısı (Ort±Ss, min-max)	2,7±1,2	(1-7)
Birlikte yaşadığı kişiler		
Eş	40	45,5
Eş ve çocuk	24	27,3
Çocuk	21	23,9
Diğer	3	3,4

4.2. Hastaların Klinik Özellikleri

Hastaların ortalama tanı süresinin $3,9 \pm 3,1$ yıl ve demans tipinin çoğunlukla (%64,8, n=57) Alzheimer tipi demans olduğu ve CDR evrelemesine göre hastaların yaklaşık yarısının (%53,4, n=47) evre 1 demansı olduğu saptandı. MMSE ortalama puanı $16,4 \pm 6,6$, NPI Semptom ortalama puanı $16,6 \pm 13,7$ ve nöropsikiyatrik semptomların bakım verici bireyde yarattığı sıkıntı (NPI-Sıkıntı) puanı $9,9 \pm 6,5$ saptandı (Tablo 4-2).

Tablo 4-2. Hastaların Klinik Özellikleri

Özellikler	n	%
Demans tipi		
Alzheimer	57	64,8
Vasküler	7	8,0
Lewy	10	11,4
Frontotemporal	13	14,8
Diğer:	1	1,1
Tanı süresi (Ort±Ss, min-max) (yıl)	$3,9 \pm 3,1$	(1-19)
Demans dışı ek kronik hastalık		
Var	66	75,0
Yok	22	25,0
Kullandığı ilaç sayısı (Ort±Ss, min-max)	$5,4 \pm 3,7$	(1-24)
CDR		
Evre 1	47	53,4
Evre 2	30	34,1
Evre 3	11	12,5
MMSE (Ort±Ss, min-max)	$16,4 \pm 6,6$	(2-28)
Normal (≥ 24)	15	17,0
Hafif sorun (18-23)	25	28,4
Orta derecede bozukluk (10-17)	34	38,6
Ağır derecede bozukluk (<10)	14	15,9
NPI-Semptom	$16,6 \pm 13,7$	(1-82)
NPI-Sıkıntı	$9,9 \pm 6,5$	(1-36)

(CDR: Demans Klinik Derecelendirme Ölçeği, MMSE: Mini Mental Durum Test, NPI-Semptom: Nöropsikiyatrik Envanter Semptom Puanı, NPI- Sıkıntı: Nöropsikiyatrik Envanter Sıkıntı Puanı)

4.3. Hastaların Apatiye İlişkin Özellikleri ve Apati Değerlendirme Ölçek Puanları

Hastaların apatiye ilişkin özellikleri incelendiğinde, %35,2'sinin günün sabah saatlerinde ilgisiz/isteksiz/pasif olduğu, %19,3'inin gün içinde hareketsiz olduğu ve %48,9'nun hasta yakını tarafından aktiviteleri başlattığı saptandı. Hastaların %53,4'ünün gün içinde en çok vakit geçirdiği kişi eşi idi. Hastaların %48,9'unun arkadaşları ile hiç görüşmediği ve %28,4'ünün internet veya televizyon izleyerek zaman geçirdiği saptandı (Tablo 4-3).

Tablo 4-3. Hastaların Apatiye İlişkin Özellikleri

Apatiye İlişkin Özellikler	n	%
Günün hangi saatleri ilgisiz/ isteksiz/ pasif?		
Sabah saatleri	31	35,2
Öğlen saatleri	24	27,3
Akşam saatleri	8	9,1
İlgisiz değil	25	28,4
Aktivite durumu		
Gün içinde hareketsiz	17	19,3
Gün içinde arada hareketli	48	54,5
Gün içinde hareketli	23	26,1
Aktiviteyi başlatan kişi		
Kendisi	45	51,1
Hasta yakını	43	48,9
Kaç kişi ile yaşıyor?		
Bir kişi ile	30	34,1
İki kişi ile	33	37,5
İkiden fazla kişi ile	25	28,4
Gün içinde vakit geçirdiği kişiler		
Kendi başına	9	10,2
Eşi	47	53,4
Çocuğu	19	21,6
Eşi ve çocukları	3	3,4
Torun	2	2,3
Bakıcı ve diğer	8	9,1
Arkadaşlarıyla görüşüyor mu?		
Evet	46	52,3
Hayır	43	48,9
Görüşme sıklığı		
Neredeyse her gün	9	10,2
Haftada bir	26	29,5
Birkaç haftada bir	4	4,5
Ayda bir	7	8,0
Daha seyrek	42	47,7
En fazla zaman harcanan meşguliyet		
Hobiler	25	28,4
Bilgisayar/ internet/ TV	25	28,4
İbadet	24	27,3
Aile bireyleriyle sohbet	14	15,9

Apati Değerlendirme Ölçek puanları incelendiğinde, AES-C ortalama puanı $52,9 \pm 10,2$ ve AES-I puanı $52,8 \pm 11,0$ saptandı. AES-C formuna göre hastaların yarıdan fazlasının ölçeğin tüm maddelerine “hiç” veya “çok az” şeklinde cevap verdiği saptandı (Tablo 4-4). Apati ortalama ve medyan puanı olan 52 puan esas alınarak hastalar kategorize edildiğinde, 45 hastanın (%51.1) ortalamanın üstünde puan aldığı saptandı.

İstisnaların Apati Değerlendirme Ölçeği Puan Dağılımı

İstisnaların Apati Değerlendirme Ölçeği	Apati Değerlendirme Ölçeği -Klinisyen		Apati Değerlendirme Ölçeği -Bakım Verici	
	Hiç	Çok az	Çok az	Çok
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İlgilidir.	22 (25)	28 (31,8)	23 (26,1)	31 (35,2)
Bir şeyler yapar.	25 (28,4)	35 (39,8)	30 (34,1)	24 (27,3)
Bir şeylere başlamak	31 (35,2)	34 (38,6)	22 (25,0)	30 (34,1)
Önemlidir.	51 (58,0)	22 (25,0)	23 (26,1)	14 (15,9)
İmlere karşı ilgi duyar.	49 (55,7)	29 (33,0)	24 (27,3)	11 (12,5)
Öğrenmeye ilgilidir.	18 (20,5)	32 (36,4)	24 (27,3)	28 (31,8)
Az çaba sarf eder.	18 (20,5)	43 (48,9)	33 (37,5)	21 (23,9)
Çün bir ilgi gösterir.	32 (36,4)	33 (37,5)	31 (35,2)	20 (22,7)
Ne kadar götürmek onun	27 (30,7)	35 (39,8)	31 (35,2)	24 (27,3)
İler.	9 (10,2)	25 (28,4)	24 (27,3)	33 (37,5)
İlgisi duyduğu şeylerle geçirir	16 (18,2)	34 (38,6)	35 (39,8)	25 (28,4)
Onun ona ne yapacağını	31 (35,2)	26 (29,5)	29 (33,0)	25 (28,4)
İstekir.	30 (34,1)	32 (36,4)	26 (29,5)	22 (25,0)
Olması gerekenden daha	34 (38,6)	33 (37,5)	23 (26,1)	28 (31,8)
Vardır.	20 (22,7)	38 (43,2)	45 (51,1)	20 (22,7)
Yla birlikte olmak onun için	29 (33,0)	34 (38,6)	34 (38,6)	22 (25,0)
İldüğünde heyecan duyar	29 (33,0)	37 (42,0)	41 (46,6)	12 (13,6)
Tüm açıklığıyla anlar.	25 (28,4)	41 (46,6)	36 (40,9)	17 (19,3)
Bir şeyler yapmak onun için	52,9±10,2	(28-72)		
hibidir.	52,8±11,0	(23-71)		
u vardır.				
Ort±Ss, min-max				
Ort±Ss, min-max				

İstisnaların Apati Değerlendirme Ölçeği Formu, AES-I: Apati Değerlendirme Ölçeği Hasta Yakını Formu)

Tablo 4-4. Hastaların Apat

Hastaların Apat	
1.	Çevresiyle ilgili
2.	Gün içinde
3.	Kendi başını
4.	onun için ön
5.	Yeni deney
6.	Yeni şeyler
7.	Her şey için
8.	Yaşama yoğ
9.	Bir işi sonu
10.	inönemli
11.	Zamanını il
12.	Her gün bir
13.	söylemesi g
14.	Sorunlarıyla
15.	az ilgilidir.
16.	Arkadaşları
17.	Arkadaşları
18.	önemlidir.
19.	İyi bir şey o
20.	Sorunlarını
21.	Gün içinde
22.	önemlidir.
23.	İnisiyatif sa
24.	Motivasyon
AES-C puan	
AES-I puan	

(AES-C: Apati Değ

4.4. Hastaların Fonksiyonel Durum, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Hastaların fonksiyonel durumları incelendiğinde; enstrümental GYA işlevlerinde çoğunun (%72,7) bağımlı veya yarı bağımlı olduğu, temel GYA işlevlerinde ise %26,1'inin bağımlı veya yarı bağımlı olduğu saptandı. Hastaların CSDD puan ortalaması $8,8 \pm 4,5$ bulundu. QOL-AD puan ortalaması, hasta değerlendirme formu için $28,8 \pm 6,1$ ve hasta yakını değerlendirme formu için $27,6 \pm 6,4$ olarak saptandı (Tablo 4-5).

Tablo 4-5. Hastaların Fonksiyonel Durum, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

Ölçek Puanları	Ort±Ss	Min-max
Katz GYA	14,4±3,2	(6-18)
Bağımlı (1-6 p) (n, %)	1	1,1
Yarı Bağımlı (7-12 p) (n, %)	22	25,0
Bağımsız (13-18 p) (n, %)	65	73,9
Lawton EGYA	13,2±4,5	(8-24)
Bağımlı (1-8 p) (n, %)	18	20,5
Yarı Bağımlı (9-16 p) (n, %)	46	52,3
Bağımsız (17-24 p) (n, %)	24	27,3
CSDD	8,8±4,5	(1-17)
QOL-AD Hasta değerlendirmesi	28,8±6,1	(13-42)
QOL-AD Hasta yakını değerlendirilmesi	27,6±6,4	(14-40)

(Katz GYA: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Lawton EGYA: Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, CSDD: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği, QOL-AD: Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği)

4.5. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalaması $55,00 \pm 13,51$ idi. Bu bireylerin çoğunlukla hastanın çocuğu (%47,7, n=42) veya eşi (%44,3, n=39) olduğu, %71,6'sının kadın olduğu ve %37,5'inin ilkokul veya daha düşük eğitilmiş olduğu saptandı. Bakım vericilerin %56,8'inin kronik sağlık sorunu olduğu ve %77,3'ünün hasta ile aynı evde yaşadığı saptandı (Tablo 4-6).

Tablo 4-6. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş (Ort±Ss, min-max)	55,00±13,5	(22-87)
Yakınlık derecesi		
Eş	39	44,3
Çocuk	42	47,7
Anne-Baba	1	1,1
Kardeş	3	3,4
Gelin-Damat	3	3,4
Cinsiyet		
Kadın	63	71,6
Erkek	25	28,4
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	2	2,3
Okur yazar	3	3,4
İlkokul	28	31,8
Ortaokul	13	14,8
Lise	20	22,7
Üniversite	22	25,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	17	19,3
Çalışmıyor	13	14,8
Emekli	31	35,2
Ev Hanımı	27	30,7
Gelir düzeyi		
İyi	54	61,4
Orta	27	30,7
Kötü	7	8,0
Medeni durum		
Evli	70	79,5
Bekar	16	18,2
Dul	2	2,3
Çocuk varlığı		
Var	70	79,5
Yok	18	20,5
Sağlık sorunu		
Yok	50	56,8
Var	38	43,2
Bakım verici ile aynı evde yaşıyor		
Evet	68	77,3
Hayır	20	22,7

4.6. Bakımverenlerin Yükü Envanteri Ortalama Puanları

Demans hastalarının bakım vericilerinin yükü incelendiğinde, CBI ortalama puanı $32,6 \pm 25,9$ saptandı. CBI alt boyutlarının ortalama puanları incelendiğinde ise en fazla yükün Zaman Bağımlılık alt boyutundan ($10,7 \pm 5,8$), en az yükün Sosyal Yük ($4,0 \pm 5,1$) ve Duygusal Yük ($4,8 \pm 6,0$) alt boyutlarından alındığı saptandı (Tablo 4-7).

Tablo 4-7. Hasta Yakınlarının Bakımverenlerin Yükü Envanteri Puanları

	Ort±Ss	Min-max
CBI: Zaman bağımlılık alt boyutu	10,7±5,8	(0-20)
CBI: Gelişimsel yük alt boyutu	7,7±6,2	(0-20)
CBI: Fiziksel yük alt boyutu	5,3±5,9	(0-20)
CBI: Sosyal yük alt boyutu	4,0±5,1	(0-20)
CBI: Duygusal yük alt boyutu	4,8±6,0	(0-20)
CBI: Toplam	32,6±25,9	(1-99)

(CBI: Bakımverenlerin Yükü Envanteri)

4.7. Hastaların Apati Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik, Klinik Özellikler ve Diğer Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması

Hastaların Apati Değerlendirme Ölçeği (Klinisyen formu, AES-C) puanları sosyodemografik, klinik özellikler ve diğer ölçek puanları ile karşılaştırıldı (Tablo 4-8).

Tablo 4-8. Hastaların Apati Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Özellikler	Ort±Ss	t / F	p
Yaş (r, p)		-0,192	0,074
Cinsiyet			
Erkek	53,48±9,97	0,437	0,663
Kadın	52,53±10,44		
Eğitim durumu			
≤İlkokul	53,50±9,18	0,703	0,484
Ortaokul, lise ve üniversite	51,85±12,16		
Çalışma durumu			
Çalışıyor veya Emekli	52,14±10,57	-0,816	0,417
Çalışmamış veya Ev Hanımı	53,92±9,75		
Gelir düzeyi			
İyi	53,10±10,07	0,129	0,898
Orta ve kötü	52,81±10,44		
Medeni durum			
Evli	52,78±10,41	-0,346	0,730
Dul	53,72±9,44		
Çocuk sayısı (r, p)		0,043	0,693
Aile tipi			
Çekirdek aile	52,62±10,32	-0,764	0,447
Geniş aile	56,20±6,14		

AES-C puanları sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde, hiçbir parametreye göre apati puanları arasında fark bulunmadı. Ancak yaş ile apati puanı arasındaki zayıf negatif korelasyonun ($r=-0,192$) istatistiksel anlamlılığa yaklaştığı saptandı ($p=0,074$). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte, geniş aile ile yaşayan hastaların ($56,20 \pm 6,14$) çekirdek aile ($52,62 \pm 10,32$) ile yaşayanlara kıyasla apati puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,447$) (Tablo 4-8).

Hastaların AES-C puanları klinik özelliklere göre incelendiğinde, AES-C puanı tanı süresi ile ilişkili bulunmadı ($p=0,143$). Alzheimer grubunda AES-C puan ortalaması ($51,54 \pm 9,54$) Alzheimer dışı demans grubuna kıyasla ($55,61 \pm 10,92$) daha düşük bulundu ($t=-1,814$, $p=0,073$). Ek kronik hastalığı olmayanlarda ($58,04 \pm 8,02$) AES-C puanı olanlara ($51,28 \pm 10,31$) kıyasla yüksek bulundu ($p=0,006$). Yapılan analizler (bağımsız gruplarda t testi) ile komorbiditesi olmayanlarda NPI semptom ($14,77 \pm 11,38$ vs $22,18 \pm 18,54$, $t=-2,232$, $p=0,028$) ve NPI sıkıntı puanı ($9,31 \pm 5,80$ vs $12,00 \pm 8,07$, $t=-1,693$, $p=0,094$) daha yüksek saptandı. Hastaların CDR evrelerine göre AES-C puanları değerlendirildiğinde üç evre arasında fark bulundu ($F=21,608$, $p<0,001$); Evre 1'in Evre 2 ($p<0,001$) ve 3'e ($p<0,001$) göre, Evre 2'nin Evre 1 ($p<0,001$) ve 3'e ($p=0,984$) göre, Evre 3'ün ise Evre 1 ($p<0,001$) ve 2'ye ($p=0,984$) göre fark gösterdiği saptandı. Ayrıca AES-C puanlarının MMSE ($r=-0,495$, $p<0,001$), NPI-semptom ($r=0,475$, $p<0,001$) ve NPI-sıkıntı puanı ($r=0,447$, $p<0,001$) ile korelasyon gösterdiği saptandı (Tablo 4-9).

Tablo 4-9. Hastaların Apati Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Özellikler	Ort±Ss	t / F	p
Tanı süresi (r, p)		0,157	0,143
Demans tipi			
Alzheimer	51,54±9,54	-1,814	0,073
Alzheimer dışı	55,61±10,92		
Demans dışı ek kronik hastalık			
Var	51,28±10,31	-2,800	0,006
Yok	58,04±8,02		
Kullandığı ilaç sayısı (r, p)		-0,080	0,415
CDR			
Evre 1	47,48±8,40	21,608	<0,001
Evre 2	59,13±8,11		
Evre 3	59,63±9,06		
MMSE (r, p)		-0,495	<0,001
NPI-semptom (r, p)		0,475	<0,001
NPI-sıkıntı (r, p)		0,447	<0,001

(*n=1 olduğundan standart sapma hesaplanamamıştır. CDR: Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği, MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, NPI: Nöropsikiyatrik Envanter)

Hastaların AES-C puanları bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirildiğinde, hiçbir parametreye göre apati puanları arasında fark bulunmadı. Ancak hasta ile aynı evde yaşama durumuna göre apati puanları arasında anlamlılığa yaklaşan bir fark saptandı ($p=0,066$), bakım vericiyle aynı evde yaşayan hastaların apati puanı yüksek bulundu. Yapılan ilave analizler (bağımsız gruplarda t testi) bu grupta NPI semptom ($17,57\pm14,47$ vs $13,40\pm10,87$, $t=1,193$, $p=0,236$) ve sıkıntı puanının ($10,70\pm6,76$ vs $7,55\pm4,93$, $t=1,937$, $p=0,056$) daha yüksek olduğunu gösterdi (Tablo 4-10).

Tablo 4-10. Hastaların Apati Puanlarının Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Özellikler	Ort±Ss	t / F	p
Yaş (r, p)		-0,072	0,506
Yakınlık derecesi			
Eş	53,92±10,45	1,099	0,338
Çocuk	51,47±10,23		
Diğer (anne, baba, kardeş, gelin, damat)	56,71±7,52		
Cinsiyet			
Kadın	53,85±9,36	-1,292	0,200
Erkek	50,76±11,91		
Eğitim durumu			
≤İlkokul	54,90±9,83	1,386	0,169
Ortaokul, lise ve üniversite	51,81±10,29		
Gelir düzeyi			
İyi	52,35±10,53	-0,724	0,471
Orta ve Kötü	53,97±9,66		
Medeni durum			
Evli	53,50±10,19	0,949	0,345
Bekar veya dul	50,94±10,14		
Sağlık sorunu			
Yok	51,98±10,68	-1,055	0,295
Var	54,28±9,46		
Bakım verici ile aynı evde yaşıyor			
Evet	54,05±10,10	-1,863	0,066
Hayır	49,30±9,80		

Hastaların AES-C puanları hastaların apatiye ilişkin özelliklerine göre değerlendirildiğinde; birlikte yaşadığı kişi sayısı ($p=0,195$) ve gün içinde vakit geçirdiği kişinin hasta ile yakınlık derecesine ($p=0,158$) göre apati puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği saptandı. Aktivite durumu, aktiviteyi başlatan kişi, arkadaşlar ile görüşme ve meşguliyetlere göre apati puanları değerlendirildiğinde ise gruplar arasında fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-11).

Tablo 4-11. Hastaların Apati Puanının Apati Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Apatiye İlişkin Özellikler	Ort±Ss	t / F	p
Kaç kişi ile yaşıyor?			
Bir kişi ile	50,50±10,37	1,668	0,195
İki kişi ile	53,36±10,79		
İkiden fazla kişi ile	55,44±8,71		
Gün içinde vakit geçirdiği kişiler			
Kendi başına	51,77±12,48	1,598	0,158
Eşi	51,10±9,53		
Çocuğu	53,73±10,80		
Eşi ve çocukları	65,33±4,50		
Torun	52,00±7,07		
Bakıcı	58,85±8,59		
Diğer (abla)	61,00*		
Aktivite durumu			
Gün içinde hareketsiz	62,64±5,95	17,484	<0,001
Gün içinde arada hareketli	52,77±9,07		
Gün içinde hareketli	46,26±9,43		
Aktiviteyi başlatan kişi			
Kendisi	45,97±7,97	-9,278	<0,001
Hasta yakını	60,30±6,38		
Arkadaşlarıyla görüşüyor mu?			
Evet	48,15±9,50	-5,337	<0,001
Hayır	58,26±8,12		
Görüşme sıklığı			
Neredeyse her gün – 2-3 haftada bir	48,07±9,27	-4,440	<0,001
Ayda bir veya daha seyrek	56,87±9,20		
En fazla zaman harcanan meşguliyet			
Hobiler	46,60±8,66	5,812	0,001
Bilgisayar/ internet/ TV	57,24±10,15		
İbadet	54,66±9,14		
Aile bireyleriyle sohbet	53,85±9,89		

(*n=1 olduğundan standart sapma hesaplanamamıştır)

Hastaların aktivite durumuna göre AES-C puanları değerlendirildiğinde, üç grup arasında fark bulundu ($F=17,484$, $p<0,001$). Post hoc test (Tukey HSD) uygulandığında,

gün içinde “hareketsiz olanların” “arada hareketli olana” ($p<0,001$) ve “ hareketli olana” göre ($p<0,001$) fark olduğu saptanırken gün içinde “arada hareketli olanların” “hareketli olanlara” göre ($p<0,001$) apati puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. AES-C puanları aktiviteyi başlatan kişiye göre değerlendirildiğinde, aktivitenin hasta yakını tarafından başlatıldığı hastalarda apati puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($t=-9,278$, $p<0,001$). Arkadaşları ile görüşmeyen hastalarda görüşenlere kıyasla apati puanı daha yüksek bulundu ($t=-5,337$, $p<0,001$). Arkadaşlarıyla görüşme sıklığı daha fazla olan hastalarda da “ayda birden daha seyrek görüşenlere” kıyasla apati puanı yüksek bulundu ($t=-4,440$, $p<0,001$). Gün içinde en fazla zaman harcanan meşguliyet değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($F=5,812$, $p<0,001$). Post hoc test (Tukey HSD) sonucuna göre “hobileriyle ilgilenenler”in apati puanı, “ internet ve televizyon” izleyen gruba göre ($p=0,001$) ve “ibadet edenlere” göre ($p=0,019$) düşük bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4-11).

Tablo 4-12. Hastaların Apati Puanlarının Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü ile İlişkisi

Özellikler	Ort±Ss	r	p
Katz GYA		-0,556	<0,001
Bağımlı (1-6 p) (Ort±Ss, F, p)	66,00*	7,329	0,001
Yarı Bağımlı (7-12 p) (Ort±Ss, F, p)	59,09±8,85		
Bağımsız (13-18 p) (Ort±Ss, F, p)	50,70±9,72		
Lawton EGYA		-0,621	<0,001
Bağımlı (1-8 p) (Ort±Ss, F, p)	60,61±8,11	16,912	<0,001
Yarı Bağımlı (9-16 p) (Ort±Ss, F, p)	54,06±9,19		
Bağımsız (17-24 p) (Ort±Ss, F, p)	45,16±8,14		
CSDD		0,488	<0,001
QOL-AD Hasta değerlendirmesi		-0,647	<0,001
QOL-AD Hasta yakını değerlendirmesi		-0,614	<0,001
QOL-AD Toplam		-0,706	<0,001
CBI: Zaman bağımlılık alt boyutu		0,493	<0,001
CBI: Gelişimsel yük alt boyutu		0,453	<0,001
CBI: Fiziksel yük alt boyutu		0,319	0,002
CBI: Sosyal yük alt boyutu		0,288	0,006
CBI: Duygusal yük alt boyutu		0,358	0,001
CBI: Toplam		0,434	<0,001

(*n=1 olduğundan standart sapma hesaplanamamıştır. Katz GYA: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Lawton EGYA: Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, CSDD: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği, QOL-AD: Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği, CBI: Bakımverenlerin Yükü Envanteri)

Hastaların AES-C puanları ile günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü arasındaki korelasyon incelendiğinde apati puanlarının tüm bu değişkenler ile ilişkili olduğu saptandı. Hastaların AES-C puanları ile Katz GYA ölçek puanları ($r=-0,556$, $p<0,001$), Lawton EGYA ölçek puanları ($r=-0,621$, $p<0,001$), CSDD puanı ($r=0,488$, $p<0,001$), QOL-AD hasta değerlendirmesi ($r=-0,647$, $p<0,001$), QOL-AD hasta yakını değerlendirmesi ($r=-0,614$, $p<0,001$), QOL-AD toplam ($r=-0,706$, $p<0,001$) ve CBI toplam puanları ($r=0,434$, $p<0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta derecede ve güçlü korelasyonlar saptandı (Tablo 4-12).

4.8. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Çalışmanın bu aşamasında başta apati olmak üzere çeşitli değişkenlerin (yaş, cinsiyet, demans dışı hastalık varlığı, apati, demans evresi, nöropsikiyatrik semptom, günlük yaşam aktiviteleri ve depresyonun) hastanın yaşam kalitesi ve hasta yakınının bakım verici yükü üzerindeki etkileri multivariate lineer regresyon analizi (enter metod) ile incelendi.

Tablo 4-13. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi

ANOVA ^a						
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	
1	Regression	1914,930	5	382,986	37,325	0,000 ^b
	Residual	841,392	82	10,261		
	Total	2756,322	87			

b. Prediktorler: (Sabit), Hasta yaşı, AES-C, CSDD, Katz GYA, CDR

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar		p	%95 Confidence interval	
	B	Std. Hata	Beta	t		Lower b	Upper b
1	(Sabit)	29,013	5,305	5,469	0,000	18,459	39,567
	Hasta Yaşı	0,081	0,032	0,167	2,500	0,016	0,145
	AES-C	-0,260	0,046	-0,471	-5,711	-0,351	-0,170
	CSDD	-0,395	0,093	-0,322	-4,259	-0,579	-0,210
	Katz GYA	0,537	0,148	0,309	3,626	0,242	0,832
	CDR	1,889	0,614	0,237	3,078	0,668	3,109

(AES-C: Apati Değerlendirme Ölçeği-Klinisyen Formu, CSDD: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği, Katz GYA: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, CDR: Klinik Derecelendirme Ölçeği)

Analizde bağımlı değişkenler olan yaş sayısal ölçüm olarak, CDR evreleri kategorik değişken olarak, Apati Değerlendirme Ölçeği (AES-C), NPE-semptom, Katz GYA Ölçeği ve Cornell Demansa Depresyon Ölçeği (CSDD) toplam puan olarak ele alındı. Değişkenlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçen regresyon modelinin ANOVA tablosu yukarıdaki gibidir.

Regresyonun ANOVA tablosu incelendiğinde genel olarak modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F:37,325$, $p<0,001$). Buna göre, bağımsız değişkenlerden en az biri ile yaşam kalitesini açıklamak mümkündür.

Modelin katsayılar tablosu incelendiğinde yaş, apati, depresyon, fonksiyonel durum ve demans evresi değişkenlerinin hastanın yaşam kalitesinin öngördürücüleri olduğu saptandı. Bu değişkenlerden yaş, Katz GYA Ölçeği ve CDR yaşam kalitesi ile pozitif yönlü, apati ve depresyon ise negatif yönlü ilişki gösterdi. Bağımsız değişkenlerin standardize katsayıları incelendiğinde en yüksek mutlak değer katsayıya sahip değişkenin apati olduğu sonucuna ulaşıldı. Bunun dışında yaşam kalitesi üzerinde cinsiyet, komorbidite, arkadaşlar ile görüşme sıklığı, gün içindeki meşguliyeti, nöropsikiyatrik semptom varlığı, bilişsel işlev, enstrümental yaşam aktiviteleri değişkenlerinin de etkisi incelendi ancak anlamlı etkiye sahip olmadıkları için bu değişkenler modelden çıkarıldı. Model açıklayıcılığı tablosuna göre yaş, apati puanı, CDR evresi, Katz GYA ve depresyon değişkenlerinin yaşam kalitesini açıklamadaki R^2 düzeyi 0,695 olarak hesaplandı.

4.9. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Bakım Verici Yükü Üzerindeki Etkisi

Çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlerin hasta yakınının bakım verici yükü üzerindeki etkileri multivariate lineer regresyon analizi (enter metod) ile incelendi. Analizde bağımlı değişkenler olan bakım verici yaşı sayısal ölçüm olarak, hastanın Apati Değerlendirme Ölçeği (AES-C), NPE-semptom ve Lawton EGYA Ölçeği toplam puan olarak ele alındı. Değişkenlerin bakım verici yükü üzerindeki etkisini ölçen regresyon modelinin ANOVA tablosu aşağıdaki gibidir.

Tablo 4-14. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Bakım Verici Yükü Üzerindeki Etkisi

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
1	Regression	30.816,093	4	7.704,023	23,059	0,000 ^b
	Residual	27.730,781	83	334,106		
	Total	58.546,874	87			

b. Prediktorler: (Sabit), Bakım verici yaşı, AES-C (Apati puanı), Nöropsikiyatrik Envanter-Semptom Puanı, Lawton EGYA puanı)

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar		t	p	%95 Confidence interval	
	B	Std. Hata	Beta				Lower b	Upper b
(Sabit)	13,773	20,725		0,665	0,508		-27,448	54,995
Bakımverici yaşı	0,387	0,145	0,202	2,660	0,009		0,098	0,676
AES-C	0,067	0,258	0,026	0,262	0,794		-0,445	0,580
1 NPI-Semptom	0,959	0,164	0,510	5,831	0,000		0,632	1,286
Lawton EGYA	-1,646	0,558	-0,290	-2,952	0,004		-2,755	-0,537

(AES-C: Apati Değerlendirme Ölçeği-Klinisyen Formu, NPI-Semptom: Nöropsikiyatrik Envanter Semptom, Lawton EGYA: Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği)

Regresyonun ANOVA tablosu incelendiğinde genel olarak modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F:23,059, $p < 0,001$). Buna göre, bağımsız değişkenlerden en az biri ile bakım verici yükü açıklamak mümkündür.

Modelin katsayılar tablosu incelendiğinde bakım verici yaşı, hastanın apati puanı, nöropsikiyatrik semptomlar ve Lawton EGYA değişkenlerinin bakım verici yükü öngördürücüleri olduğu saptandı. Bu değişkenlerden bakım verici yaşı, hastanın apati puanı ve nöropsikiyatrik semptomlar bakım verici yükü ile pozitif yönlü, Lawton EGYA ise negatif yönlü ilişki gösterdi. Bağımsız değişkenlerin standardize katsayıları incelendiğinde en yüksek mutlak değer katsayıya sahip değişkenin Nöropsikiyatrik Envanter olduğu sonucuna ulaşıldı. Bunun dışında bakım verici yükü üzerinde bakım verici cinsiyeti, hasta ile yakınlık derecesi, kronik sağlık sorunun olması, hastanın demans evresi, bilişsel işlev ve depresyon değişkenlerinin de etkisi incelendi ancak anlamlı etkiye sahip olmadıkları için bu değişkenler modelden çıkarıldı. Model açıklayıcılığı tablosuna göre bakım verici yaş, apati puanı, nöropsikiyatrik semptomlar ve Lawton EGYA değişkenlerinin bakım verici yükünü açıklamadaki R^2 düzeyi 0,526 olarak hesaplandı.

5. TARTIŞMA

Azalan motivasyon ile karakterize olan apati tüm demans hastalarında en sık görülen nöropsikiyatrik semptomlardan biridir (Kazui ve ark., 2016; van Dalen ve ark., 2018). Apatinin artması ile demans hastasının günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Yeager ve Hyer, 2008; Nijsten ve ark., 2019). Özellikle demans hastalarında nöropsikiyatrik semptomların bakım verici yükünü olumsuz etkilediği görülmektedir (Dauphinot ve ark., 2015; Lima-Silva ve ark., 2015; Shim ve ark., 2016; Cheng, 2017). Bakım verici yükünü etkileyen nöropsikiyatrik semptomların en önemlilerden biri apatidir (Baharudin ve ark., 2019).

Çalışmamızda hastaların %19,3'inin gün içinde hareketsiz olduğu ve bu hastaların yarısında hasta yakını tarafından aktivitelerinin başlatıldığı saptandı. Katılımcıların yarısının gün içinde en çok vakit geçirdiği kişi eşi idi. Hastaların yarısının arkadaşları ile hiç görüşmediği ve üçte birinin internet veya televizyon izleyerek zaman geçirdiği saptandı. Hastaların Apati Değerlendirme Ölçek puanları incelendiğinde, AES-C ortalama puanı $52,9 \pm 10,2$ ve AES-I puanı $52,8 \pm 11,0$ saptandı. AES-C formuna göre hastaların yarıdan fazlasının ölçeğin tüm maddelerine “hiç” veya “çok az” şeklinde cevap verdiği saptandı. Apati ortalama ve medyan puanı olan 52 puan esas alınarak hastalar kategorize edildiğinde, 45 hastanın (%51,1) ortalamanın üstünde puan aldığı saptandı.

Hastaların günlük yaşam aktiviteleri incelendiğinde, enstrümental GYA işlevlerinde çoğunun bağımlı veya yarı bağımlı (%72,7) olduğu, temel GYA işlevlerinde ise %26,1'inin bağımlı veya yarı bağımlı olduğu saptandı. Hastaların yaşam kaliteleri incelendiğinde, yaşam kalitesi hasta değerlendirme formu için $28,8 \pm 6,1$ ve hasta yakını değerlendirme formu için $27,6 \pm 6,4$ olarak bulundu. Bakım verenlerin bakım verici yükü incelendiğinde ise ortalama puanın $32,6 \pm 25,9$ saptandı. Bakım vericiler en fazla Zaman Bağımlılık ($10,7 \pm 5,8$), en az yükün ise Sosyal Yük ($4,0 \pm 5,1$) olduğu saptandı.

Demans hastalarında apati düzeyini belirlemek ve apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları araştırma soruları doğrultusunda aşağıdaki alt başlıklar ile tartışıldı.

5.1. Demans Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Apati İle İlişkisi

Araştırma Sorusu 1: Demans hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin apati düzeyi ile ilişkisi var mıdır?

Demansın en yaygın görülen tipi Alzheimer demansıdır (Alzheimer's Association, 2019). Literatürde demans hastalarının çoğunluğunu Alzheimer tipi demansın oluşturduğu ve kadın cinsiyette demansın daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Demans hastalarının çoğunun yaşlı ve ortalama yaşlarının 70 üstünde olduğu görülmektedir (Hernandez ve ark., 2012; Mjørud ve ark., 2014). Çalışmamızda hastaların yaş, cinsiyet ve demans tipi açısından literatür ile benzerlik gösterdiği; hastaların ortalama 73 yaşında olduğu, çoğunun kadın, %64,8'inin Alzheimer tipi demansının olduğu gözlemlendi. Çalışmamızda hastaların sosyodemografik özellikleri ile apati arasındaki ilişki incelendi. İleri yaş apati açısından bir risk olarak bildirilmekle birlikte (Starkstein ve ark., 2006) bizim çalışmamızda hiçbir sosyodemografik parametreye göre apati puanları arasında fark bulunmadı.

Hastaların klinik durumları apati durumunu etkileyebilmektedir. Bilişsel durumun kötü olması, demansın ileri evrede olması ve depresyonun apatiyi kötüleştirdiği gösterilmiştir (Starkstein ve ark., 2006; Yeager ve Hyer, 2008; Leontjevas ve ark., 2009). Zhao ve ark. tarafından yapılan bir araştırmaya göre ise apati ve bilişsel durum arasında güçlü bir ilişki söz konusu iken apati ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı rapor edilmiştir (Zhao ve ark., 2012). Demans tipi de apatiyi etkileyebilen bir faktördür. Frontotemporal demansta apati görülme sıklığının diğer demans tiplerine göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (Derouesné ve ark., 2012; Akyol ve ark., 2020). Çalışmamızda Alzheimer dışı demans grubunda apati düzeyinin Alzheimer grubuna kıyasla daha kötü olduğu saptandı. Ayrıca apati düzeyinin tanı süresi ile ilişkisinin olmadığı da saptandı. Ek kronik hastalığı olmayanlarda apati düzeyinin olanlara kıyasla daha kötü olduğu gözlemlendi. Yapılan ek analizler ile bu durumun komorbiditesi olmayanlarda nöropsikiyatrik semptomların fazlalığı ile ilişkili olduğu saptandı. Hastaların bilişsel durumu ve nöropsikiyatrik semptom durumu kötüleştikçe apati düzeyinin kötüleştiği gözlemlendi. Hastaların CDR evrelerine göre apati puanları değerlendirildiğinde üç evre arasında fark olduğu gözlemlendi. İleri evrelerde apati puanının daha yüksek olması beklenen bir durum olarak değerlendirildi.

Çalışmamızda hastaların apati puanları aktivite durumuna göre değerlendirildiğinde, aktivite düzeyi düşük olan grupta yüksek olana göre apati puanının daha yüksek olduğu bulundu. Fiziksel aktivitenin demans türü farketmeksizin tüm demans tiplerinde özellikle bilişsel işlevi stabilize etmeye, depresyon ve apati gibi nöropsikiyatrik semptomların başlangıcını geciktirmeye yardımcı olduğu bildirilmiştir (Kouloutbani ve ark., 2019). Ellis ve ark. tarafından yapılan araştırmada da gün içinde daha az aktivite yapanlarda apatinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Ellis ve ark., 2016). Çalışmamızda gün içinde aktiviteleri yakını tarafından başlatılan hastaların kendisi başlatanlara kıyasla ve arkadaşları ile görüşmeyen hastalarda görüşenlere kıyasla apati düzeyinin daha kötü olduğu gözlemlendi. Arkadaşlarıyla görüşme sıklığı daha fazla olan hastalarda da “ayda birden daha seyrek görüşenlere” kıyasla apati puanı yüksek bulundu. Hastaların birlikte yaşadığı kişi sayısına ve gün içinde vakit geçirdiği kişinin hasta ile yakınlık derecesine göre apati puanlarının fark göstermediği saptandı. Çalışmamızda gün içinde en fazla zaman harcanan meşguliyet değerlendirildiğinde hobileriyle ilgilenenlerin apati puanı, internet, televizyon izleyen gruba ve ibadet edenlere göre düşük bulundu.

5.2. Demans Hastalarında Apati ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Araştırma Sorusu 2: Demans hastalarında apati ile hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

Çalışmamızda hastaların apati puanları ile günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyon incelendiğinde apati puanlarının tüm bu değişkenler ile güçlü korelasyonlar gösterdiği saptandı. Apati kötüleştikçe depresif semptomların arttığı, temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığın azaldığı ve yaşam kalitesinin azaldığı tespit edildi. Hastanın yaşam kalitesini öngörmede etkisini değerlendirmek amacıyla, apati diğer bazı değişkenler (yaş, cinsiyet, demans dışı hastalık varlığı, demans evresi, nöropsikiyatrik semptom, günlük yaşam aktiviteleri ve depresyon) ile birlikte lineer regresyon analizine tabi tutulduğunda, apati, yaş, depresyon, fonksiyonel durum ve demans evresi değişkenlerinin hastanın yaşam kalitesinin öngördürücüleri olduğu saptandı. Bağımsız değişkenlerin standardize katsayıları incelendiğinde tüm bu faktörler arasında apatinin yaşam kalitesinin en güçlü öngördürücüsü olduğu saptandı. Yeager ve Hyer tarafından gerçekleştirilen, demans hastalarının yüksek ve düşük bilişsel performansa sahip iki gruba ayrılarak

karşılaştırıldığı bir çalışmada yüksek bilişsel performansa sahip hasta grubunda apati ve depresyon puanları arasında ilişki bulunmazken, düşük bilişsel performansa sahip hasta grubunda apati ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Yeager ve Hyer, 2008). Demanslı hasta grubunda köpek destekli tedavinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, yaşam kalitesi ve bilişsel bozulma üzerinde bir etkisi olmadığı görülürken apatide ise önemli yararı olduğu bildirilmiştir (Zafra-Tanaka ve ark., 2019). Çalışmamızda apati ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler olduğu saptandı.

Fonksiyonel durumda bağımsızlık artması ile yaşam kalitesinin artması beklenen bir durum olmakla birlikte, çalışmamızda yaş artışı ve demans evresinin ilerlemesi ile de hastanın yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Bu durum hastalık ilerledikçe hastanın içgörüsünün bozulması ve yaşam kalitesi değerlendirmesinin subjektif doğası ile ilişkilendirilebilir. Literatürde yüksek bilişsel performansa sahip hastalarda apatinin kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu durum daha iyi bilişsel fonksiyona sahip demans hastalarının içgörüyeye sahip olmaları ve düşük yaşam kalitesi yaşadıklarını bildirebilmesi ile ilişkilendirilmiştir (Yeager ve Hyer, 2008). Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin demans türü farketmeksizin tüm demans tiplerinde özellikle bilişsel işlevi stabilize etmeye, depresyon, apati gibi nöropsikiyatrik semptomların başlangıcını geciktirmeye yardımcı olduğu bildirilmektedir. Egzersizin ayrıca demanslı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde de etkisi olduğu bildirilmiştir (Kouloutbani ve ark., 2019). Yüksek yoğunluklu egzersiz programının, huzurevinde yaşayan demanslı hastalarda denge ve kas gücünü iyileştirdiğini ve apatiyi azalttığı gösterilmiştir (Telenius ve ark., 2015). Mjørud ve ark. tarafından bakımevinde yaşayan demans hastaları ile yapılan bir çalışmada nöropsikiyatrik semptomlar, apati ve demans şiddetinin günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve yaşam kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Mjørud ve ark., 2014).

Demans hastalarında apati ve yaşam kalitesi ile ilgili literatürdeki sınırlı sayıda çalışma incelendiğinde, sonuçların bizim çalışma bulgularımızı destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Demans hastalarında apatinin artması ile hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Yeager ve Hyer, 2008; Kuhlmei ve ark., 2013; Nijsten ve ark., 2019).

5.3. Demans Hastalarında Apati ile Bakım Verici Yüğü Arasındaki İlişki

Araştırma Sorusu 3: Demans hastalarında apati ile bakım verici yüğü arasında bir ilişki var mıdır?

Çalışmamızda hastaların apati puanları ile bakım verici yüğü arasındaki korelasyon incelendiğinde aralarında pozitif yönlü orta derecede güçlü korelasyon saptandı. Apati kötüleştikçe bakım verici yükünün de arttığı tespit edildi.

Hasta yakınının bakım verici yükünü öngörmeye etkisini değerlendirmek amacıyla, apati, diğer bazı değişkenler (bakım verici yaşı ve cinsiyeti, hasta ile yakınlık derecesi, kronik sağlık sorunun olması, hastanın demans evresi, nöropsikiyatrik semptomlar, bilişsel işlev, depresyon ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri) ile birlikte lineer regresyon analizine tabi tutulduğunda, apati ile birlikte bakım verici yaşı, nöropsikiyatrik semptomlar ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin bakım verici yükünün öngördürücüleri olduğu saptandı. Buna göre bakım vericinin yaşı arttıkça, hastadaki apati ve nöropsikiyatrik semptomlar kötüleştikçe ve hastanın fonksiyonel durumu bozuldukça yükün arttığı saptandı. Bağımsız değişkenlerin standardize katsayıları incelendiğinde, tüm bu faktörler arasında nöropsikiyatrik semptomların bakım verici yükünün en güçlü öngördürücüsü olduğu saptandı.

Demans hasta yakınlarına önemli ölçüde bakım verici yüğü getiren bir hastalıktır. Demans hastalarının aile üyelerinde bakım verici yükünün fazla olduğu ve hastaya bakım vermekten dolayı bakım vericinin yaşam kalitesinin düştüğü bilinmektedir (Tülek ve ark., 2020). Bakım verici yükünü etkileyen faktörler ile ilgili pek çok araştırma yapılmıştır. Literatürde demansta bakım verici yükünü etkileyen faktörler olarak bakım vericinin cinsiyeti (kadın) (Chiao ve ark., 2015; Ransmayr ve ark., 2018; Connors ve ark., 2020) ve bakım vericinin psikolojik durumu (Chiao ve ark., 2015) belirtilmektedir. Bakım verici yükünün bakım vericiye ait faktörlerin yanında hastaya ilişkin özelliklerden de etkilendiği bilinmektedir. Hastaların genel sağlık durumu, temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumları (Ransmayr ve ark., 2018; Connors ve ark., 2020), demans evresi (Ransmayr ve ark., 2018) gibi klinik özellikleri de bakım verici yükünü etkilemektedir (Connors ve ark., 2020). Frontotemporal demans, Lewy cisimcikli demans ve Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde duygusal yükün nöropsikiyatrik semptomlar ile yüksek oranda korele olduğu ve en fazla yükün FTD bakıcılarında gözlemlendiği bildirilmektedir (Liu ve ark., 2017). Özellikle sanrılar ve ajitasyon gibi

nöropsikiyatrik semptomların bakım veren yükünü önemli ölçüde etkilediği bildirilmektedir (Dauphinot ve ark., 2015; Lima-Silva ve ark., 2015; Shim ve ark., 2016; Cheng, 2017). Nöropsikiyatrik semptomlar bakım verici yükünün en önemli prediktörlerinden olup (Cheng, 2017) bu semptomlar arasında apatinin önemli bir yeri olduğu bildirilmiştir (Baharudin ve ark., 2019). Demans hastalarında nöropsikiyatrik semptomların bakım verici yükü ile ilişkili en güçlü faktör olduğu ve nöropsikiyatrik semptomlardan apati ve ajitasyonun bakım verenlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir (Truzzi ve ark., 2013). Literatür araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte olup bakım verici yükünün bakım vericinin cinsiyeti (kadın), hastanın nöropsikiyatrik semptomları, demans evresi ve fonksiyonel bağımlılık ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Ransmayr ve ark., 2018).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Demans hastalarında apatinin hastanın günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

Hastaların yaş ortalamalarının $73,11 \pm 11,68$, ortalama tanı süresinin $3,9 \pm 3,1$ yıl, %64,8`ünün Alzheimer tipi demans olduğu ve %53,4`ünün (n=47) evre 1 demansı olduğu saptandı. MMSE puanı $16,4 \pm 6,6$, NPI-Semptom puanı $16,6 \pm 13,7$ saptandı. Çalışmamızda hastaların Apati Değerlendirme Ölçek puanları AES-C için $52,9 \pm 10,2$ ve AES-I için $52,8 \pm 11,0$ saptandı. AES-C formuna göre hastaların yarısından fazlasının ölçeğin tüm maddelerinden en düşük puanı aldığı saptandı. QOL-AD puanı hasta değerlendirmesinde $28,8 \pm 6,1$, bakım verici değerlendirmesinde $27,6 \pm 6,4$ bulundu. Hastaların AES-C puanları nöropsikiyatrik semptomlar, mental fonksiyon, günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü ile korele bulundu. Apatinin hem hastanın yaşam kalitesinin hem bakım verici yükünün önemli bir öngördürücüsü olduğu saptandı.

Öneriler;

- Demans tipi farketmeksizin tüm hastalar apati açısından ayrıntılı değerlendirilmelidir.
- Apatisi olan hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin ne düzeyde etkilendiği araştırılmalıdır.
- Diğer nöropsikiyatrik semptomlar ile birlikte apatinin hastanın bakım verici yükü üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir.
- Araştırmanın çok merkezli ve farklı ortamlarda bakım alan demans hastalarının dahil edildiği büyük örneklem grubu ile tekrarı önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Aarsland, D., Cummings, J. L., & Larsen, J. P. (2001). Neuropsychiatric differences between Parkinson's disease with dementia and Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, **16**(2), 184-191.
- Akça Kalem, Ş., Hanağası, H., Cummings, J. L. ve Gürvit, H. (2005). Validation study of the Turkish translation of the neuropsychiatric inventory (NPI). *21st International Conference of Alzheimer's Disease International*, Sept. 28-Oct. 1, 2005 İstanbul, Turkey. Abstract Book Poster 47.
- Akdeniz, M., Kavukcu, E., & Teksan, A. (2019). Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, **10**(3), 1-15.
- Akpınar, B., ve Küçükgüçlü, Ö. (2012). The validity and reliability of the Turkish version of the quality of life scale for patients with Alzheimer's disease (QOL-AD). *Journal of Neurological Sciences*, **29**(3), 554-565 .
- Akyol, M A. (2016). Demanslı Bireylerde Apati Sıklığı/ Şiddeti ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü)
- Akyol, M. A., Küçükgüçlü, Ö., & Yener, G. (2020). Investigation of Factors Affecting Apathy in Three Major Types of Dementia. *Archives of Neuropsychiatry*, **57**(2), 120.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., ve Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, **23**(3), 271-284.
- Alzheimer's Disease International. (2021). Erişim: 05.06.2021, <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/types-of-dementia/dementia-with-lewy-bodies/>
- Alzheimer's Disease International. (2009). World Alzheimer Report 2009 London. Erişim: 31.05.2021, https://www.alz.org/national/documents/report_full_2009worldalzheimerreport.pdf
- Alzheimer's Disease International. (2013). World Alzheimer Report 2013 Journey of Caring An analysis of long-term care for dementia, London. September 2013 Erişim:31.05.2021, <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2013.pdf>
- Alzheimer's Disease International. (2015). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence cost and trends. Erişim:30.05.2021, <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

- Alzheimer's Disease International. (2020). From Plan to Impact III Maintaining dementia as a priority in unprecedented times, London. June 2020. Erişim:31.05.2021, <https://www.alzint.org/u/from-plan-to-impact-2020.pdf>
- Alzheimer Association. (2020). Alzheimer's Disease Facts And Figures Erişim: 02.06.20212020 <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/alz.12068>
- Alzheimer Association. (2021). Alzheimer's Disease Facts And Figures Erişim:02.06.2021, <https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures.pdf>
- Alzheimer, A. Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und phychish-Gerichtliche Medizin*.1907;**64**:146-8.
- Alzheimer's Association. (2019). Alzheimer's Disease Facts And Figures. *Alzhimers Dement* 2019;**15(3)**: 321-87, 2019.
- American Psychiatric Association. (1993). Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Visorders (DSM -IV). Washington OC.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, DSM-IV Alzheimer tipi demans (DAT) kriterleri.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSMV). *American Psychiatric Pub*.
- Amuk, T., Karadağ, F., Oğuzhanoğlu, N., & Oğuzhanoğlu, A. (2003). Cornell demansta depresyon ölçeğinin Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **14(4)**, 263-271.
- Arik, G., Varan, H. D., Yavuz, B. B., Karabulut, E., Kara, O., Kilic, M. K., ... ve Cankurtaran, M. (2015). Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, **61(3)**, 344-350.
- Armstrong, R. A. (2019). Risk factors for Alzheimer's disease. *Folia Neuropathol*, **57(2)**, 87-105.
- Arslantaş, D., Özbabalık, D., Metintaş, S., Özkan, S., Kalyoncu, C., Özdemir, G., & Arslantas, A. (2009). Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *Journal of Clinical Neuroscience*, 16(11), 1455-1459.
- Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, **322(16)**, 1589-1599.
- Assal, F. (2019). History of dementia. *A History of Neuropsychology*, **44**, 118-126.
- Baharudin, A. D., Din, N. C., Subramaniam, P., & Razali, R. (2019). The associations between behavioral-psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. *BMC public health*, **19(4)**, 447.

- Barton, C., Ketelle, R., Merrilees, J., & Miller, B. (2016). Non-pharmacological management of behavioral symptoms in frontotemporal and other dementias. *Current neurology and neuroscience reports*, **16**(2), 14.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*, **387**(10033), 2145-2154.
- Bellou, V., Belbasis, L., Tzoulaki, I., Middleton, L. T., Ioannidis, J. P., & Evangelou, E. (2017). Systematic evaluation of the associations between environmental risk factors and dementia: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Alzheimer's & Dementia*, **13**(4), 406-418.
- Benoit, M., Dygai, I., Migneco, O., Robert, P. H., Bertogliati, C., Darcourt, J., ... & Pringuey, D. (1999). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, **10**(6), 511-517.
- Berman, K., Brodaty, H., Withall, A., & Seeher, K. (2012). Pharmacologic treatment of apathy in dementia. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, **20**(2), 104-122.
- Bessey, L. J., & Walaszek, A. (2019). Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Current psychiatry reports*, **21**(8), 1-11.
- Bilgiç, B. ve H. Hanağası. (2013). Prion Hastalıkları. İçinde Emre. M.(Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 1006-1008. ISBN: 978-975-277-433-9
- Bingöl, A. (2013). Diğer Nadir Demanslar. İçinde Emre. M. (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 984-993. ISBN: 978-975-277-433-9
- Bird, DT. ve Miller B. L. (2009). Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar. İçinde Hauser.L.(Ed.), Çevik. M. ve Kurşun. O. (Çvr.). *Harrison Nöroloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri: 273-293. ISBN:978-975-420-632-6
- Bıyık, U. (2014). Antidepresan Tedavi ile Ortaya Çıkan Apati/Duygusal Küntleşmenin Olumlu ve Olumsuz Emosyonel Uyarılar ile İlişkisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir (Danışman: Prof.Dr. Fisun Akdeniz)
- Boller, F., & Forbes, M. M. (1998). History of dementia and dementia in history: an overview. *Journal of the neurological sciences*, **158**(2), 125-133.
- Borsje, P., Lucassen, P. L., Bor, H., Wetzels, R. B., Pot, A. M., & Koopmans, R. T. (2019). The course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in primary care. *Family practice*, **36**(4), 437-444.
- Brand, M., & Markowitsch, H. J. (2008). Brain Structures Inoalved in Dementia. In Stoppe.G. (Ed.), On Behalf of the European Dementia Consensus Network. *Competence assessment in dementia*, Springer, Vienna. 25-34.

- Brodaty, H., & Burns, K. (2012). Nonpharmacological management of apathy in dementia: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **20(7)**, 549-564.
- Bulut, S., Ekici, I., Polat, A., Berilgen, M. S., Gönen, M., Dağ, E., & Demir, C. F. (2002). Elazığ ili Abdullahpaşa bölgesinde demans prevalansı ve demans alt grupları. *Demans Dergisi*, **2(4)**, 105-110.
- Caixeta, L., Costa, J. N. L., Vilela, A. C. M., & Nóbrega, M. D. (2014). The development of the dementia concept in 19th century. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, **72(7)**, 564-567.
- Cankurtaran, E. ve Kulaksızoğlu, I. B. (2013). Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yansımaları. İçinde Emre. M.(Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 1456-1457.ISBN: 978-975-277-433-9
- Çelik, T. ve Ulusoy, G. (2009). Alternatif Tedavi Yaklaşımları. İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O.(Ed.), *Geriatric Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap: 525-539.ISBN:978 605 60355 4 8
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, **3**, 73.
- Chang, A. Y., Skirbekk, V. F., Tyrovolas, S., Kassebaum, N. J., & Dieleman, J. L. (2019). Measuring population ageing: an analysis of the global burden of disease study 2017. *The Lancet Public Health*, **4(3)**, 159-167.
- Chen, C. T., Chang, C. C., Chang, W. N., Tsai, N. W., Huang, C. C., Chang, Y. T., ... & Lu, C. H. (2017). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: associations with caregiver burden and treatment outcomes. *QJM: An International Journal of Medicine*, **110(9)**, 565-570.
- Cheng S. T. (2017). Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Current psychiatry reports*, **19(9)**, 64. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2>
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review*, **62(3)**, 340-350.
- Cılız, Ö. (2017). Demans Hastalarında Nutrisyonel Durumun Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Zeliha Tülek)
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., & Nuti, A. (2014). Apathy and dementia. Nosology, assessment and management. *The Journal of nervous and mental disease*, **202(10)**, 718-724.
- Clarke, D. E., Reekum, R. V., Simard, M., Streiner, D. L., Freedman, M., & Conn, D. (2007). Apathy in dementia: an examination of the psychometric properties of the apathy

- evaluation scale. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, **19(1)**, 57-64.
- Cohen-Mansfield, J. (2018). Non-pharmacological interventions for persons with dementia: what are they and how should they be studied?. *International psychogeriatrics*, **30(3)**, 281-283.
- Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International journal of geriatric psychiatry*, **35(2)**, 250–258.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, **44(12)**, 2308-2308.
- Dauphinot, V., Delphin-Combe, F., Mouchoux, C., Dorey, A., Bathsavanis, A., Makaroff, Z., ... & Krolak-Salmon, P. (2015). Risk factors of caregiver burden among patients with Alzheimer's disease or related disorders: a cross-sectional study. *Journal of Alzheimer's Disease*, **44(3)**, 907-916.
- Davies, S. J., Burhan, A. M., Kim, D., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Woo, V. L., ... & Rajji, T. K. (2018). Sequential drug treatment algorithm for agitation and aggression in Alzheimer's and mixed dementia. *Journal of Psychopharmacology*, **32(5)**, 509-523.
- de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D., Celestino, D. L., Stella, F., Piersol, C. V., & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed research international*, **2015**, 218980.
- Deardorff, W. J., & Grossberg, G. T. (2019). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Handbook of clinical neurology*, **165**, 5-32.
- Derouesné, C., Lacomblez, L., Fiori, N., Gély-Nargeot, M. C., & Bungener, C. (2012). L'apathie dans la démence frontotemporale et la maladie d'Alzheimer : existe-t-il des profils distincts ? [Apathy in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: are there distinct profiles?]. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, **10(1)**, 107–115.
- Dolu, N. (2010). Yaşlanmanın Nörobiyolojisi. İçinde Karakaş.S. (Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri: 268-277. ISBN: 978 975 420 760 6
- Doody, R. S. (2007). Dejeneratif Hastalık. *Current Therapy in Neurologic Disease*. R. T.Johnson, J. W.Griffin and J. C.McArthur. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri: 311-321.
- Drachman, D. A. (1997). Aging and the brain: a new frontier. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, **42(6)**, 819-828.

- Drachman, D. A. (2006). Aging of the brain, entropy, and Alzheimer disease. *Neurology*, **67**(8), 1340-1352.
- Dregan, A., & Gulliford, M. C. (2013). Leisure-time physical activity over the life course and cognitive functioning in late mid-adult years: a cohort-based investigation. *Psychological medicine*, **43**(11), 2447-2458.
- Drijgers, R. L., Aalten, P., Winogrodzka, A., Verhey, F. R., & Leentjens, A. F. (2009). Pharmacological treatment of apathy in neurodegenerative diseases: a systematic review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, **28**(1), 13-22.
- Ellis, J. M., Doyle, C. J., & Selvarajah, S. (2016). The relationship between apathy and participation in therapeutic activities in nursing home residents with dementia: Evidence for an association and directions for further research. *Dementia*, **15**(4), 494-509.
- Emre, M. (2007). Clinical features, pathophysiology and treatment of dementia associated with Parkinson's disease. *Handbook of clinical neurology*, **83**, 401-419.
- Emre, M., Gürvit, H., Bilgiç, B. (2012). Demanslar ve Zihinsel İşlevlerin Diğer Bozuklukları Emre. M. (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 935-1010. ISBN: 978-975-277-433-9
- Ertekin, A., Demir, R., Özdemir, G., Özel, L., Özyıldırım, E., & Ulvi, H. (2015). An Investigation of the Risk Factors and Prevalence of Alzheimer's Disease in the Eastern Region of Turkey. *European Journal of General Medicine* 2015; **12**(2): 144-151.
- Escher, C., & Jessen, F. (2019). Prevention of cognitive decline and dementia by treatment of risk factors. *Der Nervenarzt*, **90**(9), 921-925.
- Fernández-Matarrubia, M., Matías-Guiu, J. A., Cabrera-Martín, M. N., Moreno-Ramos, T., Valles-Salgado, M., Carreras, J. L., & Matías-Guiu, J. (2018). Different apathy clinical profile and neural correlates in behavioral variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, **33**(1), 141-150.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... & Scazufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The lancet*, **366**(9503), 2112-2117.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., ve McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, **12**(3), 189-198.
- Fuh, J. L., Wang, S. J., & Cummings, J. L. (2005). Neuropsychiatric profiles in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, **76**(10), 1337-1341.
- Ghezzi, L., E. Scarpini and D. Galimberti (2013). Disease-modifying drugs in Alzheimer's disease. *Drug design, development and therapy*, **7**: 1471.

- Gilmore-Bykovskyi, A., Block, L., Johnson, R., & Goris, E. D. (2019). Symptoms of apathy and passivity in dementia: a simultaneous concept analysis. *Journal of clinical nursing*, **28**(3-4), 410-419.
- Gitlin, L. N., Piersol, C. V., Hodgson, N., Marx, K., Roth, D. L., Johnston, D., ... & Lyketsos, C. G. (2016). Reducing neuropsychiatric symptoms in persons with dementia and associated burden in family caregivers using tailored activities: design and methods of a randomized clinical trial. *Contemporary clinical trials*, **49**, 92-102.
- Grossberg, G. T., Manes, F., Allegri, R. F., Gutiérrez-Robledo, L. M., Gloger, S., Xie, L., ... & Graham, S. M. (2013). The safety, tolerability, and efficacy of once-daily memantine (28 mg): a multinational, randomized, double-blind, placebo-controlled trial in patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease taking cholinesterase inhibitors. *CNS drugs*, **27**(6), 469-478.
- Gülseren, Ş., Atun, Ç., Erol, A., Aydemir, Ö., Çelebisoy, M., ve Kültür, S. (2001). Apati değerlendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **38**(3), 142-50.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., ve Engin, F. (2002). Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **13**(4), 273-281.
- Gupta, P. P., Pandey, R. D., Jha, D., Shrivastav, V., & Kumar, S. (2015). Role of traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Alzheimer's disease: a meta-analysis of randomized clinical trials. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, **30**(2), 178-182.
- Gürvit H. (2020). Kognitif Bozukluklar ve Demans Sendromu. İçinde Emre Öge. A., Baykan.B., Bilgiç. B. (Ed.), Sinir Sistemi Hastalıkları, *Nöroloji-E-Ders Kitabı*. Erişim: 01.06.2021, <http://www.itfnoroloji.org/demans2020/giris2020.htm>
- Gürvit H. (2010). Sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları. Demans sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. İçinde Öge AE (Ed.). *Nöroloji-E-Ders*. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2010; 367-415 Erişim:05.06.2021, <http://www.itfnoroloji.org/demans/demans.htm>
- Gürvit, H. (2013). Demansın Semiyolojisi ve Genel Klinik Özellikleri. İçinde Emre. M. (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 289-314. ISBN: 978-975-277-433-9
- Gürvit, H. (2013). Frontotemporal Demanslar İçinde Emre. M.(Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 990-1000.ISBN: 978-975-277-433-9

- Gürvit, H. ve Bilgiç, B. (2013). Demans Kavramı Gelişimsel ve Edinsel Zihinsel Bozukluklar. İçinde Emre. M. (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 936-938. ISBN: 978-975-277-433-9
- Gurvit, H., Emre, M., Tinaz, S., Bilgic, B., Hanagasi, H., Sahin, H., ... & Harmanci, H. (2008). The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, **23(1)**, 67-76.
- Gürvit, İ. H., & Baran, B. (2007). Demanslar ve kognitif bozukluklarda ölçekler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **44(2)**, 58-65.
- Hanağası, H. (2013). Lewy Cisimciği ile İlişkili Demanslar. İçinde Emre. M.(Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 978-1010. ISBN: 978-975-277-433-9
- Heesterbeek, M., Van der Zee, E. A., & van Heuvelen, M. J. (2018). Passive exercise to improve quality of life, activities of daily living, care burden and cognitive functioning in institutionalized older adults with dementia—a randomized controlled trial study protocol. *BMC geriatrics*, **18(1)**, 1-9.
- Henstra, M. J., Feenstra, T. C., van der Velde, N., van der Mast, R. C., Comijs, H., Stek, M. L., & Rhebergen, D. (2019). Apathy Is Associated With Greater Decline in Subjective, but not in Objective Measures of Physical Functioning in Older People Without Dementia. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, **74(2)**, 254–260.
- Hernandez, S. S. S., Vital, T. M., Garuffi, M., Stein, A. M., Teixeira, C. V. L., Costa, J. L. R., & Stella, F. (2012). Apathy, cognitive function and motor function in Alzheimer's disease. *Dementia & neuropsychologia*, **6(4)**, 236-243.
- Hogan, D. B., Jetté, N., Fiest, K. M., Roberts, J. I., Pearson, D., Smith, E. E., ... & Maxwell, C. J. (2016). The prevalence and incidence of frontotemporal dementia: a systematic review. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, **43(S1)**, S96-S109.
- Hölttä, E. H., Laakkonen, M. L., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., Tilvis, R. S., & Pitkälä, K. H. (2012). Apathy: prevalence, associated factors, and prognostic value among frail, older inpatients. *Journal of the American Medical Directors Association*, **13(6)**, 541–545.
- Hongisto, K., Hallikainen, I., Selander, T., Törmälehto, S., Väättäinen, S., Martikainen, J., ... & Koivisto, A. M. (2018). Quality of Life in relation to neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: 5-year prospective ALSOVA cohort study. *International journal of geriatric psychiatry*, **33(1)**, 47-57.
- Howard, R., McShane, R., Lindesay, J., Ritchie, C., Baldwin, A., Barber, R., ... & Phillips, P. (2012). Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, **366(10)**, 893-903.

- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., ve Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *The British Journal Of Psychiatry : The Journal Of Mental Science*, **(140)**, 566–572.
- Işık, A. T. ve E. Bozoğlu. (2009). Bilişsel (Kognitif) Yaşlanma. İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O. (Ed.), *Geriatrici Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap: 21-22. ISBN:978 605 60355 4 8
- Işık, A. T., E. Bozoğlu and M. İ. Naharcı (2009). Konvansiyonel ve Yeni Tedavi Yaklaşımları. İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O. (Ed.), *Geriatrici Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap: 447-468. ISBN:978 605 60355 4 8
- Jao, Y. L., Liu, W., Williams, K., Chaudhury, H., & Parajuli, J. (2019). Association between environmental stimulation and apathy in nursing home residents with dementia. *International psychogeriatrics*, **31(8)**, 1109–1120.
- Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., González-López-Arza, M. V., Rodríguez-Domínguez, M. T., & Prieto-Tato, M. (2013). Benefits of music therapy as therapy no pharmacology and rehabilitation moderate dementia. *Revista espanola de geriatrici y gerontologia*, **48(5)**, 238-242
- Kahraman, Y. (2009). Demans Sendromları İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O. (Ed.), *Geriatrici Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap:33-49. ISBN:978 605 60355 4 8
- Karakaş, H. M. (2010). Yaşlanma ve Demansın Nöroradyolojisi. İçinde Karakaş.S. (Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri:598-622. ISBN:978 975 420 760 6
- Karan, M. A. (2009). Yaşlanan toplumumuz için demansın önemi. İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O. (Ed.), *Geriatrici Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap: 55-64. ISBN:978 605 60355 4 8
- Karan, M. A.ve S. Arıoğlu (2013). Yaşlılık Nörolojisi. İçinde Emre. M. (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri:1517-1527. ISBN: 978-975-277-433-9
- Kasuya, R.T., Polgar-Bailey, P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, **108(7)**, 119-121.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., ve Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, **185(12)**, 914-919.
- Kazui, H., Yoshiyama, K., Kanemoto, H., Suzuki, Y., Sato, S., Hashimoto, M., Ikeda, M., Tanaka, H., Hatada, Y., Matsushita, M., Nishio, Y., Mori, E., Tanimukai, S., Komori, K., Yoshida, T., Shimizu, H., Matsumoto, T., Mori, T., Kashibayashi, T., Yokoyama, K., ... Tanaka, T. (2016). Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *PloS one*, **11(8)**, e0161092.

- Keskin, A. O. (2019). Demans Hastasının Davranışsal Yetilerinin Değerlendirme. İçinde Keskin, O., Uysal, A., Özge, A., Yener, G., Kırbaş, D. (Ed.), *Sağlık Kurulunda Demans*, 68-72. Türk Nöroloji Derneği Yayını
- Keskinoğlu, P., Ucku, R., Yener, G., Yaka, E., Kurt, P., ve Tunca, Z. (2009). 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*, **24(11)**, 1242–1250.
- Keskinoğlu, P., Yaka, E., Ucku, R., Yener, G., & Kurt, P. (2013). Prevalence And Risk Factors Of Dementia Among Community Dwelling Elderly People In Izmir, Turkey. *Turkish Journal Of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, **16(2)** 135–141.
- Kouloutbani, K., Karteroliotis, K., & Politis, A. (2019). *Psychiatrike = Psychiatriki*, **30(2)**, 142–155.
- Kratz T. (2017). The Diagnosis and Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Deutsches Arzteblatt international*, **114(26)**, 447–454.
- Küçükgüçlü, Ö., Akpınar Söylemez, B & Buckwalter, K. C. (2011). Demansı olan bireyde davranışsal problemleri azaltmada kanıta dayalı bir model: azalmış stres eşiği modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **4**, 41-47.
- Küçükgüçlü, Ö., Esen, A., ve Yener, G. (2009). Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu için Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, **26(1)**, 60-73.
- Kuhlmei, A., Walther, B., Becker, T., Müller, U., & Nikolaus, T. (2013). Actigraphic daytime activity is reduced in patients with cognitive impairment and apathy. *European psychiatry*, **28(2)**, 94-97.
- Launer, L. J., Andersen, K., Dewey, M. E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L. A., Brayne, C., Copeland, J. R., Dartigues, J. F., Kragh-Sorensen, P., Lobo, A., Martinez-Lage, J. M., Stijnen, T., & Hofman, A. (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia. Neurology*, **52(1)**, 78–84.
- Lawton, M. P., ve Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, **9(3)**, 179-186.
- Le Heron, C., Apps, M. A. J., & Husain, M. (2018). The anatomy of apathy: a neurocognitive framework for amotivated behaviour. *Neuropsychologia*, **118**, 54-67.
- Lee, L. K., Shahar, S., Chin, A. V., & Yusoff, N. A. M. (2013). Docosahexaenoic acid-concentrated fish oil supplementation in subjects with mild cognitive impairment (MCI): a 12-month randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharmacology*, **225(3)**, 605-612.

- Leontjevas, R., van Hooren, S., Waterink, W., & Mulders, A. (2009). Apathy and depressive mood in nursing home patients with early-onset dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, **24(4)**, 341-348.
- Levy, R., & Dubois, B. (2006). Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex–basal ganglia circuits. *Cerebral cortex*, **16(7)**, 916-928.
- Lima-Silva, T. B., Bahia, V. S., Carvalho, V. A., Guimarães, H. C., Caramelli, P., Balthazar, M. L., ... & Yassuda, M. S. (2015). Neuropsychiatric symptoms, caregiver burden and distress in behavioral-variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, **40(5-6)**, 268-275.
- Littlejohns, T. J., Henley, W. E., Lang, I. A., Annweiler, C., Beauchet, O., Chaves, P. H., ... & Llewellyn, D. J. (2014). Vitamin D and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Neurology*, **83(10)**, 920-928.
- Liu, K., C. Chan, M. Chu, T. Ng, L. Chu, F. Hui, H. Yuen and A. G. Fisher (2007). Activities of daily living performance in dementia. *Acta neurologica scandinavica*, **116(2)**, 91-95.
- Liu, S., Jin, Y., Shi, Z., Huo, Y. R., Guan, Y., Liu, M., Liu, S., & Ji, Y. (2017). The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, Lewy body dementia, and Alzheimer's disease: clinical experience in China. *Aging & mental health*, **21(6)**, 651–657.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... & Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, **205(6)**, 436-442.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... & Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, **390(10113)**, 2673-2734.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., ve Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, **(5)**, 21-32.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., ve Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, **64(3)**, 510-519.
- Lourida, I., Soni, M., Thompson-Coon, J., Purandare, N., Lang, I. A., Ukoumunne, O. C., & Llewellyn, D. J. (2013). Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: a systematic review. *Epidemiology*, 479-489.
- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Jama*, **288(12)**, 1475-1483.

- M.Kıpp, C. ve J. R.Hodges. (2007). Frontotemporal Dementia Syndromes. İn Growdon, J.H., Rossor, M.N.(Ed.), *The Dementias 2*. China, Butterworth Heinemann Elseiver: 112-160.ISBN:978-0750675420
- Marin, R. S. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry*, **147 (1)**, 22-30.
- Marin, R. S. (1991). Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. **3(3)**: 243-254.
- Marin, R. S., Biedrzycki, R. C., ve Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research*, **38(2)**, 143-162.
- Mastrianni, J. A. (2007). Prion Hastalıkları. İçinde T. Johnson, R., W. Griffin J., C.McArthur.J. (Ed.), Bakar.M.Çev.(Ed.) *Current Therapy in Neurologic Disease*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri: 319.
- McKeith, I. (2007). Dementia with Lewy bodies. *Handbook of clinical Neurology*, **84**, 531-548.
- Mckeith, I. (2007). Dementia with Lewy Bodiesand Parkinson's Disease Dementia. İn Growdon, J.H., Rossor, M.N.(Ed.), *The Dementias 2*. China, Butterworth Heinemann Elseiver: 216-233. ISBN:978-0750675420
- McKeith, I. G. (2006). Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the Consortium on DLB International Workshop. *Journal of Alzheimer's Disease*, **9(s3)**, 417-423.
- McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., ... & Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, **89(1)**, 88-100.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease*. *Neurology*, **34(7)**, 939-939.
- Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T., & Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, **46(1)**, 130-135.
- Mendez, M. F., & Perryman, K. M. (2002). Neuropsychiatric features of frontotemporal dementia: evaluation of consensus criteria and review. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, **14(4)**, 424-429.
- Mihçi, E., H. Gürvit. (2009). Lewy Cisimcikli Demans. İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O. (Ed.), *Geriatrici Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap:21-22.
- Mjørud, M., Kirkevold, M., Røsvik, J., Selbæk, G., & Engedal, K. (2014). Variables associated to quality of life among nursing home patients with dementia. *Aging & mental health*, **18(8)**, 1013–1021.

- Morris J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, **43(11)**, 2412–2414.
- Morris, J. K., Vidoni, E. D., Johnson, D. K., Van Sciver, A., Mahnken, J. D., Honea, R. A., ... & Burns, J. M. (2017). Aerobic exercise for Alzheimer's disease: a randomized controlled pilot trial. *PloS one*, **12(2)**, e0170547.
- Nielsen, J. M. (1951). Bilateral lesions of the anterior cingulated gyri. *Bull Los Angel Neuro Soc*, **16**, 231-234.
- Nijsten, J., Leontjevas, R., Smalbrugge, M., Koopmans, R., & Gerritsen, D. L. (2019). Apathy and health-related quality of life in nursing home residents. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, **28(3)**, 751–759.
- Nobis, L., & Husain, M. (2018). Apathy in Alzheimer's disease. *Current opinion in behavioral sciences*, **22**, 7-13.
- Novak, M., ve Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, **29(6)**, 798-803.
- Novak, P., Schmidt, R., Kontsekova, E., Zilka, N., Kovacech, B., Skrabana, R., ... & Novak, M. (2017). Safety and immunogenicity of the tau vaccine AADvac1 in patients with Alzheimer's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1 trial. *The Lancet Neurology*, **16(2)**, 123-134.
- Okada, K., & Yamaguchi, S. (2016). Apathy and Dementia. *Brain Nerve*, **68(7)**, 767-778.
- Okamura, H., Otani, M., Shimoyama, N., & Fujii, T. (2018). Combined exercise and cognitive training system for dementia patients: a randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, **45(5-6)**, 318-325.
- Pedersen, J. T., & Sigurdsson, E. M. (2015). Tau immunotherapy for Alzheimer's disease. *Trends in molecular medicine*, **21(6)**, 394-402.
- Phan, S. V., Osa, S., Morgan, J. C., Inyang, M., & Fagan, S. C. (2019). Neuropsychiatric symptoms in dementia: considerations for pharmacotherapy in the USA. *Drugs in R&D*, **19(2)**, 93-115.
- Press-Sandler, O., Freud, T., Volkov, I., Peleg, R., & Press, Y. (2016). Aromatherapy for the treatment of patients with behavioral and psychological symptoms of dementia: A descriptive analysis of RCTs. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **22(6)**, 422-428.
- Prince, M., Acosta, D., Ferri, C. P., Guerra, M., Huang, Y., Rodriguez, J. J. L., ... & Liu, Z. (2012). Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet*, **380(9836)**, 50-58.

- Radakovic, R., Harley, C., Abrahams, S., & Starr, J. M. (2015). A systematic review of the validity and reliability of apathy scales in neurodegenerative conditions. *International Psychogeriatrics*, **27**(6), 903.
- Radue, R., Walaszek, A., & Asthana, S. (2019). Neuropsychiatric symptoms in dementia. *Handbook of clinical neurology*, **167**, 437-454.
- Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A. R., Farina, E., ... & Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, **72**(4), 305-310.
- Ransmayr, G., Hermann, P., Sallinger, K., Benke, T., Seiler, S., Dal-Bianco, P., Marksteiner, J., Defrancesco, M., Sanin, G., Struhel, W., Guger, M., Vosko, M., Hagenauer, K., Lehner, R., Futschik, A., & Schmidt, R. (2018). Caregiving and Caregiver Burden in Dementia Home Care: Results from the Prospective Dementia Registry (PRODEM) of the Austrian Alzheimer Society. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, **63**(1), 103-114
- Riedijk, S. R., De Vugt, M. E., Duivenvoorden, H. J., Niermeijer, M. F., Van Swieten, J. C., Verhey, F. R. J., & Tibben, A. (2006). Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, **22**(5-6), 405-412
- Ritchie, C. W., & Ritchie, K. (2012). The PREVENT study: a prospective cohort study to identify mid-life biomarkers of late-onset Alzheimer's disease. *BMJ open*, **2**(6), e001893.
- Robert, P. H., Berr, C., Volteau, M., Bertogliati, C., Benoit, M., Sarazin, M., ... & Dubois, B. (2006). Apathy in patients with mild cognitive impairment and the risk of developing dementia of Alzheimer's disease: a one-year follow-up study. *Clinical neurology and neurosurgery*, **108**(8), 733-736.
- Robert, P. H., Clairet, S., Benoit, M., Koutaich, J., Bertogliati, C., Tible, O., ... & Bedoucha, P. (2002). The apathy inventory: assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *International journal of geriatric psychiatry*, **17**(12), 1099-1105.
- Robert, P., Onyike, C. U., Leentjens, A. F. G., Dujardin, K., Aalten, P., Starkstein, S., ... & Byrne, J. (2009). Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *European Psychiatry*, **24**(2), 98-104.
- Rocca, W. A., Hofman, A., Brayne, C., Breteler, M. M., Clarke, M., Copeland, J. R., ... & Amaducci, L. (1991). Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, **30**(3), 381-390.

- Rosen, H. J., Allison, S. C., Schauer, G. F., Gorno-Tempini, M. L., Weiner, M. W., & Miller, B. L. (2005). Neuroanatomical correlates of behavioural disorders in dementia. *Brain*, **128**(11), 2612-2625.
- Rosso, S. M., Kaat, L. D., Baks, T., Joosse, M., De Koning, I., Pijnenburg, Y., ... & Van Swieten, J. C. (2003). Frontotemporal dementia in The Netherlands: patient characteristics and prevalence estimates from a population-based study. *Brain*, **126**(9), 2016-2022.
- Ruthirakuhan, M. T., Herrmann, N., Abraham, E. H., Chan, S., & Lanctôt, K. L. (2018). Pharmacological interventions for apathy in Alzheimer's disease. The Cochrane database of systematic reviews, **5**(5), CD012197.
- Şahin, H. ve Ö. İyigün. (2009). Normal Basıncılı Hidrosefali. İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O. (Ed.), *Geriatric Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap:185-200.ISBN:978 605 60355 4 8
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. K., & Rantanen, P. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *The Gerontologist*, **54**(4), 634-650.
- Sherman, C., Liu, C. S., Herrmann, N., & Lanctôt, K. L. (2018). Prevalence, neurobiology, and treatments for apathy in prodromal dementia. *International psychogeriatrics*, **30**(2), 177–184.
- Shim, S. H., Kang, H. S., Kim, J. H., & Kim, D. K. (2016). Factors associated with caregiver burden in dementia: 1-year follow-up study. *Psychiatry Investigation*, **13**(1), 43.
- Shinagawa, S. (2015). Neuropsychiatric management of young-onset dementias. *The Psychiatric Clinics of North America*, **38**(2), 323-331.
- Silva, M. V. F., Loures, C. D. M. G., Alves, L. C. V., de Souza, L. C., Borges, K. B. G., & das Graças Carvalho, M. (2019). *Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures*. *Journal of biomedical science*, **26**(1), 1-11.
- Small, S. ve Mayeux R. (2008). Alzheimer Disease and Related Dementias. In Rowland.L.(Ed.), *Merritt's Neurology*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 11.Baskı: 771-780.
- Smith, J. C., Nielson, K. A., Woodard, J. L., Seidenberg, M., Durgerian, S., Hazlett, K. E., ... & Rao, S. M. (2014). Physical activity reduces hippocampal atrophy in elders at genetic risk for Alzheimer's disease. *Frontiers in aging neuroscience*, **6**, 61.
- Spalletta, G., Long, J. D., Robinson, R. G., Trequattrini, A., Pizzoli, S., Caltagirone, C., & Orfei, M. D. (2015). Longitudinal neuropsychiatric predictors of death in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's disease*, **48**(3), 627-636.
- Spatt, J. (2003). Arnold Pick's concept of dementia. *Cortex*, **39**(3), 525-531.
- Spence, J. D. (2016). Metabolic vitamin B12 deficiency: a missed opportunity to prevent dementia and stroke. *Nutrition research*, **36**(2), 109-116.

- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., & Robinson, R. G. (2006). A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, **77**(1), 8-11.
- Starkstein, S. E., Petracca, G., Chemerinski, E., & Kremer, J. (2001). Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, **158**(6), 872-877.
- Stuss DT, V. R. (2000). Differentiation of states and causes of apathy. In: *The Neuropsychology of emotion* (Borod JC,ed.), Oxford: Oxford University Press., 340-363..
- T.Dekosky, S. ve O. L.Lopez. (2007). Alzheimer's Disease. İn: *The Dementias 2*. J. H.Growdon and M. N.Rossor. Philadelphia, Butterworth Heinemann Elsevier: 33-49.
- Tanrıdağ, O. (2013). Demanslar ve Zihinsel İşlevlerin Diğer Bozuklukları, Giriş ve Tarihçe. İçinde Emre. M (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri: 935-936. ISBN: 978-975-277-433-9
- Taycan, O., ve Eker, E. (2009). Cornell Demansta Depresyon Ölçeğinin Türk Demans Hastalarında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **12**(1), 21-34
- Telenius, E. W., Engedal, K., & Bergland, A. (2015). Effect of a high-intensity exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: an assessor blinded randomized controlled trial. *PloS one*, **10**(5), e0126102.
- Theleritis, C., Siarkos, K., Katirtzoglou, E., & Politis, A. (2017). Pharmacological and Nonpharmacological Treatment for Apathy in Alzheimer Disease : A systematic review across modalities. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, **30**(1), 26-49.
- Theleritis, C., Siarkos, K., Politis, A. A., Katirtzoglou, E., & Politis, A. (2018). A systematic review of non-pharmacological treatments for apathy in dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, **33**(2), 177-192.
- Tisher, A., & Salardini, A. (2019). A comprehensive update on treatment of dementia. In *Seminars in neurology*, Thieme Medical Publishers. **39** (2), 167-178.
- Truzzi, A., Valente, L., Engelhardt, E., & Laks, J. (2013). The association between caregiver distress and individual neuropsychiatric symptoms of dementia. *Dementia & neuropsychologia*, **7**(3), 286-291.
- Tülek, Z., Baykal, D., Erturk, S., Bilgic, B., Hanagasi, H., & Gurvit, I. H. (2020). Caregiver burden, quality of life and related factors in family caregivers of dementia patients in Turkey. *Issues in mental health nursing*, **41**(8), 741-749.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Erişim: 30.05.2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227>
- United Nations. (2019). World Population Prospects 2019. Erişim:05.07.2021, https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

- United Nations. (2020). World Population Ageing 2020 - the United Nations. Erişim: 30.05.2021, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf
- Uz, D. (2019). Demansta Global Evrelendirme Ölçekler, İçinde Keskin, O., Uysal, A., Özge, A., Yener, G., Kırbaş, D. (Ed.), *Sağlik Kurulunda Demans*, Türk Nöroloji Derneği Yayını, 68-72.
- van Dalen, J. W., van Wanrooij, L. L., Moll van Charante, E. P., Brayne, C., van Gool, W. A., & Richard, E. (2018). Association of Apathy With Risk of Incident Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, **75(10)**, 1012–1021.
- Vergallo, A., Giampietri, L., Pagni, C., Giorgi, F. S., Nicoletti, V., Miccoli, M., Libertini, P., Petrozzi, L., Bonuccelli, U., & Tognoni, G. (2019). Association Between CSF Beta-Amyloid and Apathy in Early-Stage Alzheimer Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, **32(3)**, 164-69. <https://doi.org/10.1177/0891988719838627management>.
- The Journal of nervous and mental disease, **202(10)**, 718-724.
- Verkaik, R., van Weert, J. C., & Francke, A. L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, **20(4)**, 301-314.
- Vik-Mo, A. O., Giil, L. M., Ballard, C., & Aarsland, D. (2018). Course of neuropsychiatric symptoms in dementia: 5-year longitudinal study. *International journal of geriatric psychiatry*, **33(10)**, 1361-1369.
- Vloeberghs, R., Opmeer, E. M., De Deyn, P. P., Engelborghs, S., & De Roeck, E. E. (2018). De relatie tussen apathie, depressie en cognitief functioneren bij patiënten met MCI en dementie [Apathy, depression and cognitive functioning in patients with MCI and dementia]. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, **49(3)**, 95–102.
- Weller, J. and A. Budson (2018). Current understanding of Alzheimer’s disease diagnosis and treatment. F1000Research **7**.
- World Health Organization. (2011). Global Health and Aging. National Institute on Aging National Institutes of Health and World Health Organization Report. Erişim: 30.05.2021, https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2012). Dementia A public health priority. Erişim:30.05.2021, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2015). World Report on Ageing And Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015 Erişim:

- 30.05.2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2017). Atlas Country Resources For Neurological Disorders- Second Edition. Erişim: 31.05.2021, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258947/9789241565509-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Erişim: 30.05.2021, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2019). Risk Reduction of Cognitive Decline And Dementia: WHO Guidelines.401401.Erişim:30.05.2021,<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. Erişim: 30.05.2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Yaka, E. ve G. Yener. (2009). Frontotemporal Demans. İçinde Işık.A.T ve Tanrıdağ.O. (Ed.), *Geriatrici Pratiğinde Demans Sendromu*. Ankara: SomKitap: 158-179. ISBN:978 605 60355 4 8
- Yeager, C. A., & Hyer, L. (2008). Apathy in Dementia: Relations with Depression, Functional Competence, and Quality of Life. *Psychological Reports*, 102(3), 718–722.
- Yener, G. (2013). Nörolojik Tablolarda Davraniş Bozukluklari. İçinde Emre. M. (Ed.), *Nöroloji Temel Kitabı*, Ankara: Gneş Tıp Kitabevleri: 319-324. ISBN: 978-975-277-433-9
- Young, J. J., Lavakumar, M., Tampi, D., Balachandran, S., & Tampi, R. R. (2018). Frontotemporal dementia: latest evidence and clinical implications. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, **8(1)**, 33–48.
- Zafra-Tanaka, J. H., Pacheco-Barrios, K., Tellez, W. A., & Taype-Rondan, A. (2019). Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, **19(1)**, 41.
- Zhao, H., Zhao, Z., Huang, L., & Preter, M. (2012). Diagnosis and assessment of apathy in Chinese patients with Alzheimer's disease. *Journal of psychosomatic research*, **72(5)**, 405-407.
- Zhao, Q. F., Tan, L., Wang, H. F., Jiang, T., Tan, M. S., Tan, L., ... & Yu, J. T. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, **190**, 264-271.

8. FORMLAR

Form-1: Hasta ve Bakım Verici Tanılama Formu

Form-2: Standardize Mini Mental Test (MMSE)

Form-3: Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR)

Form-4: Nöropsikiyatrik Envanter (NPI)

Form-5: Apati Değerlendirme Ölçeği (AES)

Form-6: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CSDD)

Form-7: Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA)

Form-8: Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (Lawton EGYA)

Form-9: Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL-AD)

Form-10: Bakımverenlerin Yükü Envanteri (CBI)

Form-11: Etik Kurul İzni Belgesi

Form-12: Kurum İzni Belgesi

Form-13: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Form-14: Ölçek İzin Belgeleri

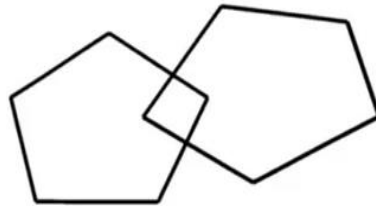
FORM-1: Hasta ve Bakım Verici Tanılama Formu

1.HASTA TANILAMA FORMU		Anket No:
A.KİŞİSEL ÖZELLİKLER		Protokol No:
Ad Soyadı:		Görüşme Tarihi:
Tel (ev ve cep):		
Yaş:		
Cinsiyet:	☐ Erkek ☐ Kadın	
Eğitim durumu:	☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite	
Çalışma durumu:	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli ☐ Ev hanımı ☐ Diğer:	
Mesleği:		
Gelir düzeyi:	☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü	
Medeni durum:	☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul	
Çocuk varlığı:	☐ Var (sayısı): ☐ Yok	
Aile tipi:	☐ Çekirdek aile (kendisi, eşi, bekar çocukları) ☐ Geniş aile (kendisi, eşi, bekar çocuklarına ilave kişiler varsa) ☐ Yalnız yaşıyor	
Birlikte yaşadığı kişiler:	☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Anne-Baba ☐ Diğer:	
Yaşadığı yer:	☐ Ev ☐ Huzurevi ☐ Bakımevi ☐ Diğer:	
B. HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER		
Tanı tarihi	 / /	
Demans tipi	☐ Alzheimer ☐ Vasküler ☐ Lewy ☐ Frontotemporal ☐ Diğer:	
Demans dışında kronik hastalığı var mı?	☐ Var ise yazınız : ☐ Yok	
Kullanmakta olduğu ilaçlar:		
Toplam ilaç sayısı /gün:		

C. APATİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER	
Günün hangi saatleri ilgisiz/isteksiz/pasif?	☐ Sabah saatleri ☐ Öğlen saatleri ☐ Akşam saatleri
Evde kaç kişiyle yaşıyor?	☐ Bir kişi ile ☐ İki Kişi ile ☐ ≥3 Kişi ile yaşıyor
En çok kiminle vakit geçiriyor?	Yazınız
Gün içinde aktivite:	☐ Hareketsiz ☐ Arada hareketli ☐ Gün içinde hareketli
Aktivitelerini kim başlatıyor?	☐ Kendisi ☐ Hasta yakını
Akraba/ arkadaş/ komşular ile görüşüyor mu	☐ Evet ☐ Hayır
Ne sıklıkta görüşüyor?	☐ Neredeyse her gün ☐ Haftada bir ☐ Birkaç haftada bir ☐ Ayda bir ☐ Ayda birden seyrek
Evde genellikle ne ile meşgul oluyor?	☐ Hobileriyle ilgileniyor ☐ Bilgisayar/internet /TV izliyor ☐ İbadet ediyor ☐ Aile bireyleriyle sohbet
2.BAKIM VERİCİ TANILAMA FORMU	
Bakım verici adı soyadı:	
Hasta ile yakınlık dereceniz	☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Anne/baba ☐ Kardeş ☐ Akraba ☐ Diğer:.....
Yaşınız:	
Cinsiyetiniz:	☐ Erkek ☐ Kadın
Medeni Durumunuz:	☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Ayrı Yaşıyor
Çocuk varlığı:	☐ Yok ☐ Var:
Eğitim durumu:	☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
Çalışma durumu:	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli ☐ Ev hanımı ☐ Diğer:
Gelir düzeyi:	☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (Varsa lütfen belirtiniz)
Demans hastası yakınınız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?	☐ Evet ☐ Hayır

FORM-2: Standardize Mini Mental Test

MMSE (Mini Mental Durum İncelemesi) (Eğitilmişler İçin)	
Ad/ Soyad:	Yaş:
Eğitim (yıl):	Aktif el:
Tarih:	T.puan:
Oryantasyon (Toplam puan 10) (Her bir madde için 1 puan verilir)	
Hangi yıl içindeyiz: : ()	
Hangi mevsimdeyiz: ()	
Hangi aydayız ()	
Bu gün ayın kaçı ()	
Hangi gündeiz ()	
Hangi ülkede yaşıyoruz ()	
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()	
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()	
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()	
Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()	
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 için 1 puan verilir) ()	
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)	
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.	
(Her doğru işlem için 1 puan verilir) (100, 93, 86, 79, 72, 65, ()	
Hatırlama (Toplam puan 3)	
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin (masa, bayrak, elbise) (Her doğru isim için 1 puan verilir) ()	
Lisan (Toplam puan 9)	
a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır her doğru isim için 1 puan verilir) (Toplam puan 2) ()	
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer gelmiş olsaydı ben de giderdim" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir) ()	
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3) ()	
d) Şimdi size bir cümle vereceğim.* Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın (Doğru işlem için 1 puan verilir) ()	
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (30 sn süre tanınır, anlamlı cümle için 1 puan verilir) ()	
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dk süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir) ()	
* Lütfen arka sayfadaki cümle ve şekli gösteriniz.	
GÖZLERİNİZİ KAPATIN.	



FORM-3: Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR)

CDR	1. BELLEK	2. ORYANTASYON	3.YARGILAMA- PROBLEM ÇÖZME
0	Bellek kaybı yok ya da hafif, belirsiz unutkanlık	Tümüyle oryante	Gündelik sorunları çözüyor ve işe ve paraya ilişkin işlerin iyi bir şekilde üstesinden geliyor; geçmiş performansı ile ilişkili yargılamalar iyi
0.5	Hafif aşık unutkanlık; olayların kısmen hatırlanabilmesi; “selim” unutkanlık	Zaman ilişkilerindeki hafif güçlük dışında tümüyle oryante	Sorunları çözmede, benzerliklerde ve farklılıklarda hafif bozukluk
1	Orta derecede unutkanlık; yakın dönem olayları için daha belirgin; unutkanlık günlük faaliyetleri engelliyor	Zaman ilişkilerinde orta derecede güçlük; muayene yerini tanıyor; fakat dışarıda coğrafi dezoryantasyonu olabilir	Sorunları ele almada, benzerlikleri ve farklılıkları kavramada orta düzeyde bozukluk; toplumsal yargılama genellikle korunmuştur
2	Ciddi unutkanlık; yalnızca çok iyi öğrenilmiş materyal kalmış; yeni materyal hızla kayboluyor	Zamanla ilişkilerinde ciddi güçlük; genellikle zamana, sıklıkla da mekana dezoryante	Sorunları ele almada, benzerlikleri ve farklılıkları kavramada ciddi düzeyde bozukluk; toplumsal yargılama genellikle bozuk
3	Ciddi unutkanlık; Yalnızca parçalar kalır	Yalnızca kişilere oryante	Yargılama yapamıyor ve sorun çözemiyor
CDR	4. EV DIŞI İŞLEVSELLİK	5.EV YAŞAMI HOBİLER	6.KİŞİSEL BAKIM
0	İşte, alışverişte, gönüllü ve sosyal gruplarda her zamanki düzeyde bağımsız işlevsellik	Ev yaşamı, hobiler ve entelektüel ilgiler iyi korunmuş	Kendine bakımda tam yeterli Kişisel bakım için çok fazla
0.5	Bu faaliyetlerde hafif bozulma	Ev yaşamı, hobiler ve entelektüel ilgilerde hafif bozulma	
1	Bu faaliyetlerin bir kısmını halen sürdürse de bağımsız işlev göremiyor; yüzeysel bir bakışla normal görünüyor	Evdeki işlevlerde hafif fakat aşık bozukluk; güç ev işleri, daha karmaşık hobiler ve ilgiler terkedilmiş	Gayrete getirilmesi gerekiyor
2	Evin dışında bağımsız işlevini tümüyle yitirmiş Aile evinin dışındaki faaliyetlere götürülebilecek kadar iyi görünüyor	Yalnızca basit ev işleri devam ediyor; ilgiler son derece sınırlı, zayıf biçimde sürüyor	Elbise giyme, hijyen, kişisel eşyaların bakımı için yardıma ihtiyaç duyuyor
3	Evin dışında bağımsız işlevini tümüyle yitirmiş Aile evinin dışındaki faaliyetlere götürülmeyecek kadar hasta görünüyor	Evde önemli bir işlevi yok	Yardıma ihtiyaç duyuyor; sık idrar ve dışkı kaçırıyor
Hastanın CDR Evresi:			

FORM-4: Nöropsikiyatrik Envanter (NPI)

Nöropsikiyatrik Özellikler	Uygun Değil	Hayır	Sıklık				Şiddet			Sıklık x Şiddet	Sıkıntı				
Hezeyanlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Hallüsinasyonlar	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Ajitasyon/Saldırganlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Depresyon/Disfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anksiyete	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Elasyon/Öfori	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Apati/Kayıtsızlık	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Disinhibisyon	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İrritabilite/Labilite	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Anormalmotor davranış	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Uyku/Gece davranışları	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
İştah ve yeme değişimleri	X	0	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	4	5
Toplam NPE Semptom puanı: Toplam NPE Sıkıntı puanı:															

FORM-5: Apati Değerlendirme Ölçeği (AES)

FORM-5.1: Apati Değerlendirme Ölçeği Klinisyen Formu (AES-C)

Hastayla görüşmeye dayanarak her maddeyi puanlayın. Görüşme hastanın ilgi duyduğu şeyler, etkinlikleri ve günlük rutininin tanımlanması ile başlamalıdır. Puanlama **son 4 hafta dikkate** alınarak yapılmalıdır. Her madde için puanlama aşağıdaki açıklamalara göre yapılmalıdır.

Hastanız için en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz	Hiç Karakteristik Değil	Çok Az Karakteristik	Biraz Karakteristik	Çok Karakteristik
1. Çevresiyle ilgilidir.	1	2	3	4
2. Gün içinde bir şeyler yapar.	1	2	3	4
3. Kendi başına bir şeylere başlamak onun için önemlidir.	1	2	3	4
4. Yeni deneyimlere karşı ilgi duyar.	1	2	3	4
5. Yeni şeyler öğrenmeye ilgilidir.	1	2	3	4
6. Her şey için az çaba sarf eder.	1	2	3	4
7. Yaşama yoğun bir ilgi gösterir.	1	2	3	4
8. Bir işi sonuna kadar götürmek onun için önemlidir.	1	2	3	4
9. Zamanını ilgi duyduğu şeylerle geçirir.	1	2	3	4
10. Her gün birinin ona ne yapacağını söylemesi gerekir.	1	2	3	4
11. Sorunlarıyla olması gerekenden daha az ilgilidir.	1	2	3	4
12. Arkadaşları vardır.	1	2	3	4
13. Arkadaşlarıyla birlikte olmak onun için önemlidir.	1	2	3	4
14. İyi bir şey olduğunda heyecan duyar.	1	2	3	4
15. Sorunlarını tüm açıklığıyla anlar.	1	2	3	4
16. Gün içinde bir şeyler yapmak onun için önemlidir.	1	2	3	4
17. İnisiyatif sahibidir.	1	2	3	4
18. Motivasyonu vardır.	1	2	3	4
Toplam AES-C Puanı:				

FORM-5.2: Apati Değerlendirme Ölçeği - Hasta Yakını Formu (AES-I)

Görüşme hastanın ilgi duyduğu şeyler, etkinlikleri ve günlük rutininin tanımlanması ile başlamalıdır. Puanlama son 4 hafta dikkate alınarak yapılmalıdır. Her madde için puanlama aşağıdaki açıklamalara göre yapılmalıdır.

Her ifade için, bireyin geçen 4 hafta içindeki düşünce, duygu ve uğraşlarını en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.	Hiç Karakteristik Değil	Çok Az Karakteristik	Biraz Karakteristik	Çok Karakteristik
1. Çevresiyle ilgilidir.	1	2	3	4
2. Gün içinde bir şeyler yapar.	1	2	3	4
3. Kendi başına bir şeylere başlamak onun için önemlidir.	1	2	3	4
4. Yeni deneyimlere karşı ilgi duyar.	1	2	3	4
5. Yeni şeyler öğrenmeye ilgilidir.	1	2	3	4
6. Her şey için az çaba sarf eder.	1	2	3	4
7. Yaşama yoğun bir ilgi gösterir.	1	2	3	4
8. Bir işi sonuna kadar götürmek onun için önemlidir.	1	2	3	4
9. Zamanını ilgi duyduğu şeylerle geçirir.	1	2	3	4
10. Her gün birinin ona ne yapacağını söylemesi gerekir.	1	2	3	4
11. Sorunlarıyla olması gerekenden daha az ilgilidir.	1	2	3	4
12. Arkadaşları vardır.	1	2	3	4
13. Arkadaşlarıyla birlikte olmak onun için önemlidir.	1	2	3	4
14. İyi bir şey olduğunda heyecan duyar.	1	2	3	4
15. Sorunlarını tüm açıklığıyla anlar.	1	2	3	4
16. Gün içinde bir şeyler yapmak onun için önemlidir.	1	2	3	4
17. İnisiyatif sahibidir.	1	2	3	4
18. Motivasyonu vardır.	1	2	3	4
Toplam AES-I Puanı:				

FORM-6: Cornell Demans Hastalarında Depresyon Ölçeği (CSDD)

A. Duygudurum ile ilişkili bulgular	Yok	Hafif/ aralıklı	Ağır
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	0	1	2
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 sayıda fiziksel yakınma (yalnız gastrointestinal yakınmalar varsa 0 puan)	0	1	2
8. İlgi kaybı (her zamanki aktivitelere ilgide azalma) (değişiklik birden olduğunda puan verilir, örneğin 1 aydan kısa süredir varsa puan verilir)	0	1	2
C. Fiziksel bulgular	0	1	2
9.İştah kaybı (her zamankinden az yemek)	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) (değişiklik akut olarak, örneğin 1 aydan kısa süredir var ise puan verilir)	0	1	2
D. Döngüsel fonksiyonlar	0	1	2
12.Duygudurumda diurnal değ (semptomlar sabahları 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	0	1	2
16.Özkiyım (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 sanrılar (yoksulluk, hastalık, kayıp sanrıları)	0	1	2
Toplam CSDD Puanı:			

FORM-7: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA)

	Bağımsız	Yarı Bağımlı	Tam Bağımlı
1. Banyo yapabilme durumu	3	2	1
2. Giyinme durumu	3	2	1
3. Tuvalet durumu	3	2	1
4. Hareket durumu	3	2	1
5. Kontinans durumu	3	2	1
6. Beslenme durumu	3	2	1
Toplam Katz GYA puanı:			

FORM-8: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Lawton EGYA)

	Bağımsız	Yarı Bağımlı	Tam Bağımlı
1. Telefon edebilme durumu	3	2	1
2. Alış-veriş yapma durumu	3	2	1
3. Yemek hazırlayabilme durumu	3	2	1
4. Ev işlerini yapabilme durumu	3	2	1
5. Çamaşır yıkayabilme durumu	3	2	1
6. Ulaşım araçlarına binebilme durumu	3	2	1
7. Kendi ilacını içebilme durumu	3	2	1
8. Parasını idare edebilme durumu	3	2	1
Toplam Lawton EGYA puanı:			

FORM-9: Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL-AD)**FORM-9.1: Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği -Hasta Versiyonu (QOL-AD)**

Lütfen cevaplarınızı daire içine alınız.				
	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
1. Sağlık durumunuz	1	2	3	4
2. Enerji düzeyiniz	1	2	3	4
3. Duygusal durumunuz	1	2	3	4
4. Yaşadığınız yerin koşulları	1	2	3	4
5. Hafızanız	1	2	3	4
6. Aile ilişkileriniz	1	2	3	4
7. Evlilik ilişkileriniz (Eşi yok ise kendisine en yakın kişi ile ilişkisi)	1	2	3	4
8. Arkadaşlık ilişkileriniz	1	2	3	4
9. Bir bütün olarak kendiniz	1	2	3	4
10. Evdeki sorumluluklarını yapabilme durumunuz	1	2	3	4
11. Eğlence amaçlı bir şeyler yapabilmeniz	1	2	3	4
12. Maddi durumunuz	1	2	3	4
13. Bir bütün olarak hayatınız	1	2	3	4
QOL-AD-Hasta Versiyonu Toplam Puanı:				

FORM-9.2: Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği-Hasta Yakını Versiyonu (QOL-AD)

Aşağıda bakımından sorumlu olduğunuz kişinin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaşamın farklı yönlerine ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen bakım verdiğiniz kişinin yaşam kalitesini aşağıda belirtilen her bir madde yönünden düşünüp **kötü, orta, iyi ve mükemmel** kelimelerinden birini kullanarak değerlendiriniz. Bu değerlendirmeyi bakım verdiğiniz kişinin şuan ki durumuna göre yapınız (örneğin son birkaç hafta içerisinde nasıldı). Eğer maddelerden herhangi birine ilişkin sorunuz olursa, lütfen size bu formu veren kişiden yardım isteyiniz.

Lütfen cevaplarınızı daire içine alınız.

	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel
1. Sağlık durumunuz	1	2	3	4
2. Enerji düzeyiniz	1	2	3	4
3. Duygusal durumunuz	1	2	3	4
4. Yaşadığınız yerin koşulları	1	2	3	4
5. Hafızanız	1	2	3	4
6. Aile ilişkileriniz	1	2	3	4
7. Evlilik ilişkileriniz (Eşi yok ise kendisine en yakın kişi ile ilişkisi)	1	2	3	4
8. Arkadaşlık ilişkileriniz	1	2	3	4
9. Bir bütün olarak kendiniz	1	2	3	4
10. Evdeki sorumluluklarını yapabilme durumunuz	1	2	3	4
11. Eğlence amaçlı bir şeyler yapabilmeniz	1	2	3	4
12. Maddi durumunuz	1	2	3	4
13. Bir bütün olarak hayatınız	1	2	3	4
QOL-AD- Bakım Veren Versiyonu Toplam Puanı:				

FORM-10: Bakımverenlerin Yükü Envanteri (CBI)

Bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Ailede bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakım verdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor.	Hiç	Az	Orta	Oldukça	Çok
0 Puan: Hiç Tanımlamıyor					
1 Puan: Az Tanımlıyor					
2 Puan: Orta Derecede Tanımlıyor					
4 Puan: Çok Tanımlıyor					
Zaman bağımlılık alt boyutu					
1.Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.	0	1	2	3	4
2.Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.	0	1	2	3	4
3.Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım	0	1	2	3	4
4.Bakım verdiğim kişi bir çok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.	0	1	2	3	4
5.Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok	0	1	2	3	4
Gelişimsel yük alt boyutu					
6.Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum	0	1	2	3	4
7.Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim.	0	1	2	3	4
8.Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi	0	1	2	3	4
9.Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum	0	1	2	3	4
10.Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum	0	1	2	3	4
Fiziksel yük alt boyutu					
11.Yeterli uyku uyuyamıyorum.	0	1	2	3	4
12.Sağlığım olumsuz etkilendi	0	1	2	3	4
13.Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.	0	1	2	3	4
14.Fiziksel olarak yorgunum.	0	1	2	3	4
Sosyal yük alt boyutu					
15.Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum.	0	1	2	3	4
16.Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor	0	1	2	3	4
17.Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum	0	1	2	3	4
18.Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum	0	1	2	3	4
19.Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgıyım.	0	1	2	3	4
Duygusal yük alt boyutu					
20.Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.	0	1	2	3	4
21.Bakım verdiğim kişiden utanıyorum	0	1	2	3	4
22.Bakım verdiğim kişiye kızyorum	0	1	2	3	4
23.Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum	0	1	2	3	4
24.Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum	0	1	2	3	4
Toplam CBI Puanı:					

FORM-11: Etik Kurul İzni Belgesi

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Demans Hastalarında Apatinin Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü İle İlişkisi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Zeliha TÜLEK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği, Nöroloji Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ■	ÇOK MERKEZLİ □	ULUSAL ■	ULUSLAR ARASI □	



FORM-12: Kurum İzni Belgesi

Tarih ve Sayı: 22/10/2019-217153



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Kimya KILIÇASLAN'ın Tez
Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi :27.08.2019 tarih ve 170218 sayılı yazınız.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Doç. Dr. Zeliha TÜLEK'in danışmanlığında tezli yüksek lisans eğitimine devam eden Kimya KILIÇASLAN'ın "Demans Hastalarında Apatinin Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yüğü İle İlişkisi" başlıklı tez çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına 16.10.2019 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Tufan TÜKEK
Dekan

EK :
16.10.2019 Tarihli Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE6EFHN36>

Ayrıntılı bilgi için iribut : Emel BÖHÜRLER Dahili : 31387

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL

Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93

e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbul.tip.istanbul.edu.tr>



Tarih ve Sayı: 21/10/2019-216513



İ.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 16/10/2019
Toplantı No : 21
Karar No : 36

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Doç. Dr. Zeliha TULEK'in danışmanlığında tezli yüksek lisans eğitimine devam eden **Kimya KILIÇASLAN**'ın "Demans Hastalarında Apatinin Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü ile İlişkisi" başlıklı tez çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına oy birliğiyle karar verildi.

Aşlı Gindir
 e-İmza
 Ekrem AYDIN
 Fakülte Sekreteri

FORM-13: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Açıklama

“Demans Hastalarında Apatinin, Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü ile İlişkisi” adını verdiğimiz çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkında sözlü olarak size aktaracağım bilgiler yazılı olarak da size bir sonraki bölümde sunulacaktır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu belgedeki son bölüm onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen bu bölümü imzalayınız. Okuma ve yazma konusunda engelleriniz olduğu takdirde bir tanıgın gözetiminde bu belgeyi onaylamanız istenecektir.

Sorumlu Araştırmacının Adı, Soyadı: Zeliha TÜLEK

Yardımcı Araştırmacı Adı, Soyadı: Kimya KILIÇASLAN

Araştırmayı Yürütecek Kuruluşun Adı: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi Demans Polikliniği’nde yürütülecektir.

Araştırmanın Adı: Demans Hastalarında Apatinin, Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü ile İlişkisi

Bölüm I - Araştırmayla İlgili Bilgiler

Demans, bireylerin pek çok günlük yaşam aktivitesini etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Apati, demans hastalarında sık görülen nöropsikiyatrik semptomlardan biridir. Apati azalmış motivasyon, yeni aktivitelere katılmada ilgisizlik, sosyal içe kapanma ve duygusal tepkilerde azalma gibi belirtilerle kendini gösteren bir bozukluktur. Demans hastasında bağımlılık önemli bir sorundur. Demans hastalığına apatinin de eklenmesi demans hastası ve bakım vericinin yükünü olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu nedenle bu araştırmada demans hastalarında apati görülme sıklığına bakılarak bu hastaların günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü değerlendirilecek ve bu konuda farkındalık oluşturulmaya çalışılacaktır.

İçinde bulunduğunuz çalışmanın adı; “Demans Hastalarında Apatinin, Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü ile İlişkisi” adlı çalışmadır.

Bu çalışma kapsamında, sosyodemografik özellikler, hastalık sürecine ilişkin özellikleri değerlendirmek için Hasta Tanılama Formu, apatiyi değerlendirmek için Apati Değerlendirme Ölçeği, Cornell Demans Depresyon Ölçeği, Alzheimer Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği/Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Mini Mental Durum Değerlendirme Testi, Demans Derecelendirme Skalası, Nöropsikiyatrik Envanter kullanılacaktır. Hastaya bakım veren kişiyi bakım deneyimine yönelik ve demans hastasının bakımına ilişkin bilgi almak için hazırlanan Bakım Verici Bilgi Formu ve Bakım Vericilerin Yükü Envanteri kullanılacaktır.

Görüşmelerin yaklaşık 1 saat sürmesi planlanmaktadır.

Çalışmaya yaklaşık 100 kişinin alınması planlanmıştır.

Bölüm II - Katılımcının Beyanı

1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.
2. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır.
3. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.
4. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır.
5. Bilgileriniz yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır.
6. Dosyalarınızdan ya da sizden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan araştırmacılar ve sizin arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.
7. Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Araş.Gör. Kimya Kılıçaslan 0212 440 00 00 /27044 no'lu telefonlardan ulaşabilirsiniz. Daha fazla bilgi almak isterseniz Doç.Dr.Zeliha Tülek ile 0212 440 00 00 /27054 no'lu telefondan bağlantı kurabilirsiniz.

Araş.Gör.Kimya KILIÇASLAN tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda "Demans Hastalarında Apatinin, Hastanın Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam kalitesi ve Bakım verici yükü ile ilişkisi" konusunda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya "gönüllü" olarak katılmak üzere davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin, gizlilik içinde, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile korunacağı güvencesi verildi.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Tarafıma bir ücret ödenmeyecektir. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle olabilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak parasal bir yük altına da girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Araş.Gör.Kimya Kılıçaslan'ı 0212 440 00 00-27044'ten arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu tez araştırmasında **gönüllü** olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun bir örneğinin bana verileceğini de biliyorum."

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı-soyadı, imzası, telefon numarası:

Yasal temsilcisinin adı-soyadı, imzası, telefon numarası:

Bakım verici adı-soyadı, imzası, telefon numarası:

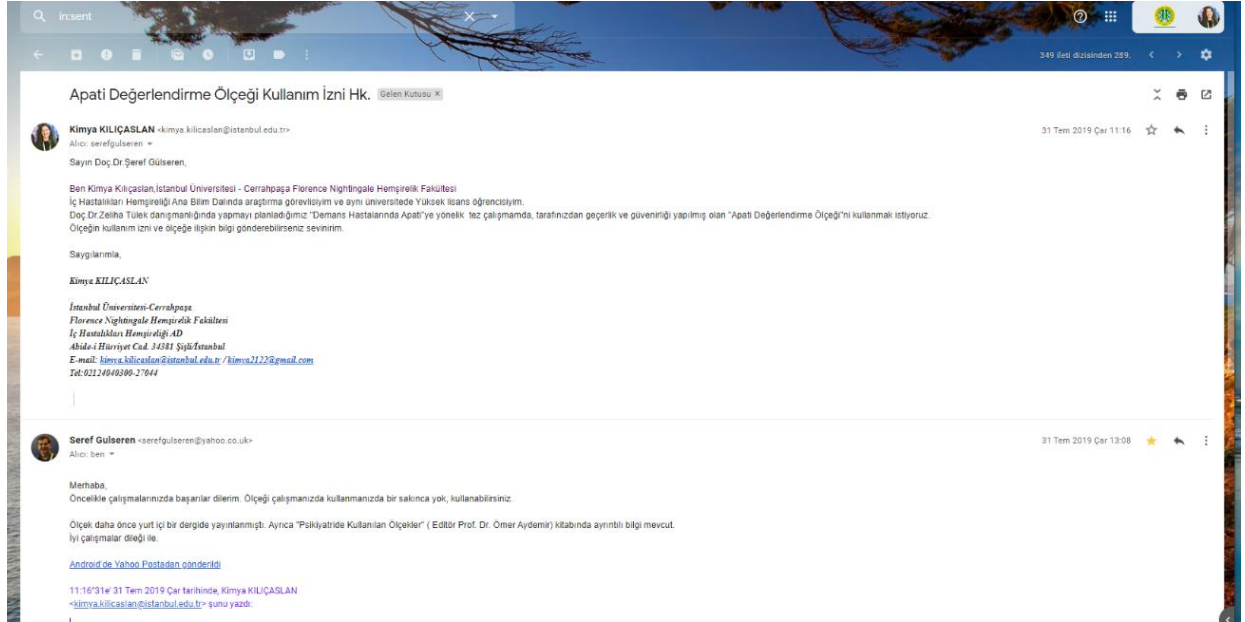
Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası, telefon numarası:

Araş. Gör. Kimya Kılıçaslan

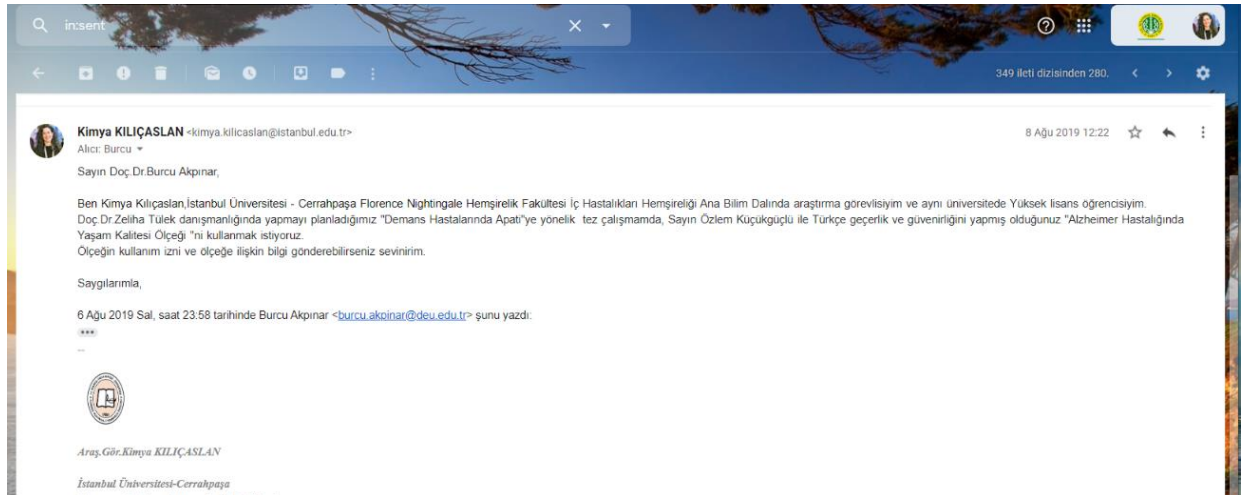
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı, Abide-i Hürriyet Cd. 34387 Şişli /İstanbul, 0212 440 00 00-27044)

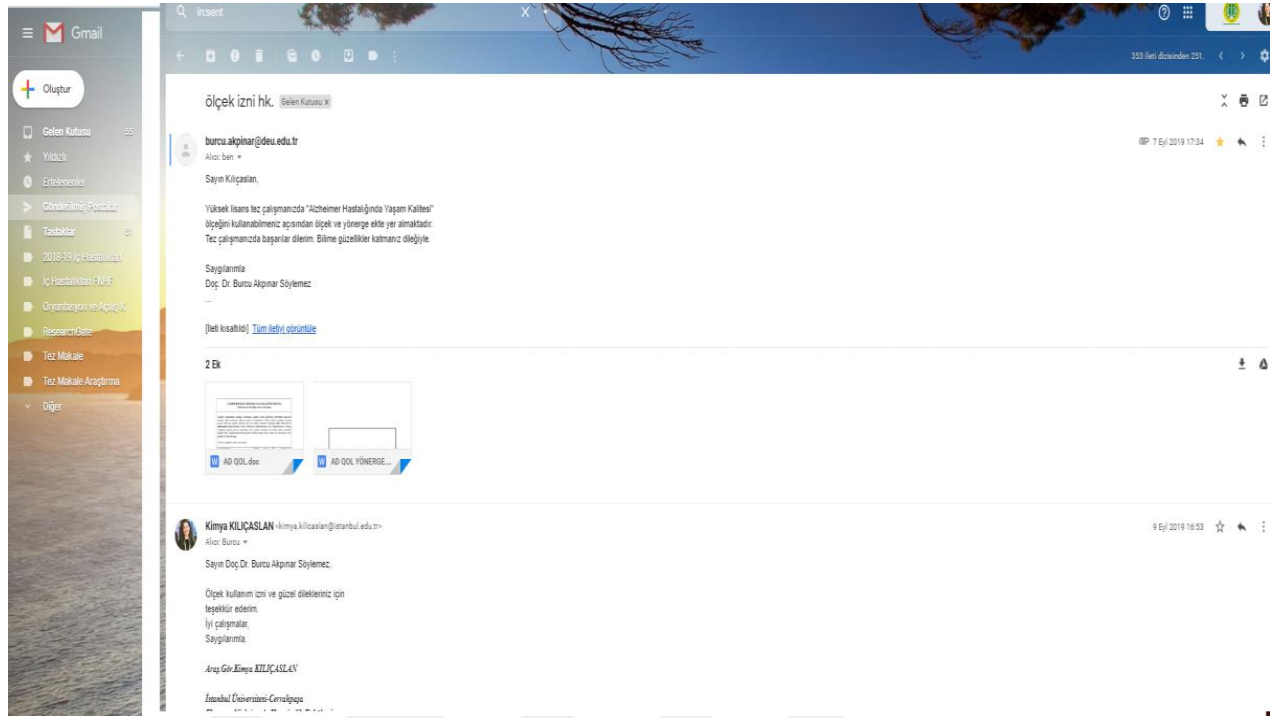
FORM-14: Ölçek İzin Belgeleri

FORM-14.1: Apati Değerlendirme Ölçeği İzni

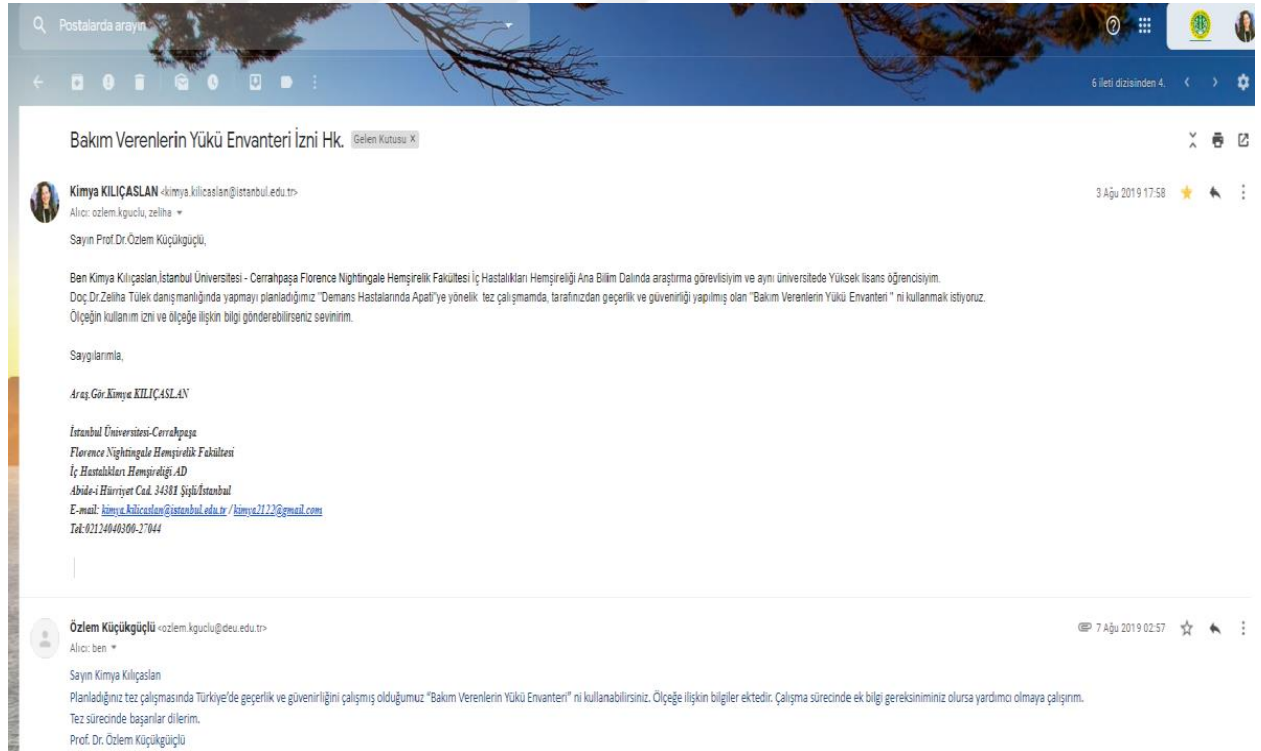


FORM-14.2: Alzheimer Hastalığında Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni





FORM-14.3: Demans Hastalarında Bakımverenlerin Yükü Envanteri İzni



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

1

DEMANS HASTALARINDA APATİNİN HASTANIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, YAŞAM KALİTESİ VE BAKIM VERİCİ YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%12

BENZERLİK ENDEKSİ

%10

İNTERNET KAYNAKLARI

%4

YAYINLAR

%5

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%3

★ nek.istanbul.edu.tr:4444

İnternet Kaynağı

Alıntıları çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kimya	Soyadı	Kılıçaslan
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu		TC Kim No	
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	Devam ediyor-
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2015
Ön Lisans	Anadolu Üniversitesi Adalet Bölümü	2018
Lise	Bekir Aral Lisesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi- İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2019- Devam ediyor
Eğitim Hemşiresi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve Arge Birimi	2019 – Nisan 2019
Klinik Hemşiresi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji -Gastroentero-Hepatoloji Kliniği	2015 - 2019

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	-	58,75

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,73	70,29	68,21

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (World, Excel, PowerPoint)	İyi
SPSS	İyi
EndNote	Orta

Yayınları

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makale

1. Yalınkılıç, M., **Kılıçaslan, K.**, Uysal, H., Bilgin, S., & Enç, N. (2020). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Durumunun Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, **11(25)**, 51-9

Ulusal ve Uluslararası Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. **Kılıçaslan, K.**, Tülek, Z., Bilgiç, B., Hanağası, H., & Gürvit, İH. (2020, 28 Kasım-2 Aralık). Demans Hastalarında Düşme Riski ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. 56.Ulusal Nöroloji Kongresi, Sanal Kongre. (Sözel bildiri)
2. Uysal, H., & **Kılıçaslan, K.** (2020, 15-16 Ocak). COVID-19 Hastalığı ve Hemşirelik Bakımının Önemi. COVID-19 Pandemisinde Araştırma-Yayın ve Eğitim Süreçlerine Bakış Kongresi, 26796 numaralı sözel bildiri, Sanal Kongre. (Sözel bildiri)
3. Yalınkılıç, M., **Kılıçaslan, K.**, Uysal, H., Bilgin, S., & Enç, N. (2020, 3-6 Aralık). Determination of Frailty in Elderly Individuals with Heart Failure. Türk Kardiyoloji Derneği, 36. Uluslararası Katılımlı Kardiyoloji Kongresi, SB-170 numaralı sözel bildiri, Sanal Kongre. (Sözel bildiri)
4. **Kılıçaslan, K.**, Polat Dünya, C., & Tülek, Z. (2019, June 16-18). Unhealthy Gut, Unhealthy Brain: Microbiota In Neurodegenerative Diseases. Beykent 1st International Health Sciences Research Days Congress, İstanbul. (Sözel bildiri)
5. **Kılıçaslan, K.**, Dağcı, S., & Diler, Y. (2017, 24-30 Kasım). Warfarin Kullanan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. 53. Ulusal Nöroloji Kongresi, Antalya. (Sözel bildiri)

Ulusal Kitap Bölüm Yazarlığı

1. Uysal, H., **Kılıçaslan, K.** (2020). COVID-19 Hastalığı Bulaşma, Önleme, Korunma Yolları ve Hemşirelik Bakımı. Enç, N. (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği* içinde, (s.580-600), Genişletilmiş ve Güncellenmiş 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, ISBN: 978-605-335-578-6.