

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

**HAFİF DÜZEYDE DEMANSI OLAN YAŞLILARDA
İNTERNET TEMELLİ VİDEOLARLA BİRLİKTE
ANIMSAMA TERAPİSİNİN
BİLİŞSEL DURUM VE APATİYE ETKİSİ**

**Hazırlayan
Ayşe İNEL MANAV**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK**

Doktora Tezi

**Mart 2018
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA
PROGRAMI**

**HAFİF DÜZEYDE DEMANSI OLAN YAŞLILARDA
İNTERNET TEMELLİ VİDEOLARLA BİRLİKTE
ANIMSAMA TERAPİSİNİN
BİLİŞSEL DURUM VE APATİYE ETKİSİ**

**Hazırlayan
Ayşe İNEL MANAV**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK**

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
TDK-2016-6686 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

Doktora Tezi

**Mart 2018
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

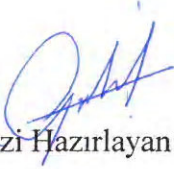
Adı-Soyadı *Ayşe İVEL MURAU*

İmza:



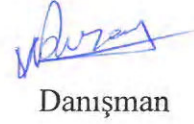
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi” adlı Yüksek Lisans / Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



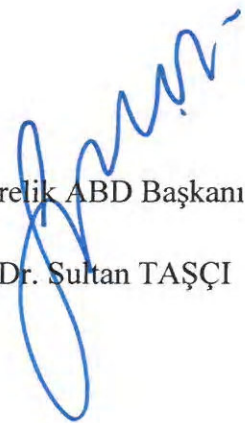
Tezi Hazırlayan

Ayşe İNEL MANAV



Danışman

Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK



Hemşirelik ABD Başkanı
Prof. Dr. Sultan TAŞÇI

Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK danışmanlığında **Ayşe İNEL MANAV** tarafından hazırlanan “**Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi** ” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı’nda **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

16 /03 / 2018

JÜRİ:

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK
(Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.)

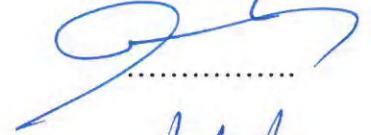
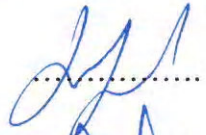
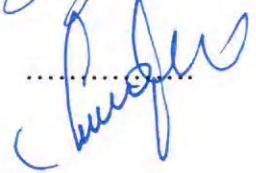
Üye :Prof. Dr. Perihan GÜNER
(Koç Üniversitesi Hemşirelik Fak.)

Üye :Doç. Dr. Sibel AKIN
(Erciyes Üniversitesi Tıp Fak.)

Üye :Doç. Dr. Handan ZİNCİR
(Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.)

Üye :Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI
(Cumhuriyet Üniversitesi Şuşehri SYO)



ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve
..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Aykut ÖZDARENDELİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aőamasında bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyerek destekleriyle katkıda bulunan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK'e, bu çalışma boyunca ilgili, içten ve yardım edici tutumu ile sonsuz desteklerinden dolayı sevgili arkadaşım Saliha BOZDOĞAN YEŞİLOT'a, çalıőmalarım sırasında her an yanımda olan eőim, kızım ve oğluma teşekkür ederim.

Ayşe İNEL MANAV

Kayseri, Mart 2018



**HAFIF DÜZEYDE DEMANSI OLAN YAŞLILARDA
İNTERNET TEMELLİ VİDEOLARLA BİRLİKTE ANIMSAMA TERAPİSİNİN
BİLİŞSEL DURUM VE APATİYE ETKİSİ**

Ayşe İNEL MANAV

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi, Mart 2018
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK**

KISA ÖZET

Dünyada yaşlılık ve yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak demansı olan bireylerin sayısı ve bu bireylerin demansla ilgili yaşadığı sorunlar artmaktadır. Bu araştırma, kurumda kalan hafif düzeyde demansı olan yaşlılarda internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel durum ve apatiye etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Randomize kontrollü deneysel nitelikteki bu çalışma, 15 Mayıs-25 Ağustos 2016 tarihlerinde, Adana ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri'nde yaşayan 16 müdahale, 16 kontrol grubunda olmak üzere toplam 32 bireyle yürütülmüştür. Çalışmanın verileri literatüre dayalı Kişisel Bilgi Formu, Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Apati Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile toplanmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı, yazılı kurum izni ve katılımcılardan yazılı izin alınmıştır. Müdahale grubundakilerle 3 ay, haftada bir gün 60 dakika internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi, kontrol grubundakilerle aynı süreçte haftada bir gün 25-30 dakikalık oturumlarda anımsamayla ilişkili olmayan konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmeler yapılmıştır. Girişimler uygulanmadan önce ve 3. ayının sonunda SMMT ve ADÖ ile ölçümler yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır. Çalışmada, SMMT, ADÖ son test puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol gruplarının arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Müdahale grubunun ön test son test SMMT ve ADÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.01$). Müdahale grubunun SMMT ve ADÖ puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı yüksektir ($p<0.01$).

Sonuçta çalışmada; internet temelli videolarla gerçekleştirilen grup anımsama terapisinin hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerin bilişsel işlev durumu ve apati

düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı iyileşme sağladığı görülmüştür. İnternet temelli videolarla desteklenmiş grup anımsama terapisi çalışmalarının, hafif düzeyde demansı olan bireylerde bakım ortamlarında kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anımsama terapisi; demans; bilişsel durum; apati; yaşlılık.



**THE EFFECT OF REMINISCENCE THERAPY WITH ETHERNET-BASED
VIDEOS ON COGNITION AND APATHY IN ELDERLY WITH MILD
DEMENTIA**

Ayşe İNEL MANAV

**T.C. Erciyes University, Institute of Health Sciences
Nursing Department Mental Health and Illness Nursing
Advisör: Assistant Professor Nuray Şimşek
Doctoral Dissertation, March 2018**

ABSTRACT

The number of people with dementia and the problems that these people experience are increasing along with aging world population. This study was carried out to assess the effects of reminiscence therapy using internet videos on the cognitive condition and apathy levels of elderly people who had mild dementia and lived in nursing homes.

This randomly controlled experimental study was conducted between 15 May-25 August 2016 in the nursing home, elderly care and rehabilitation centers in Adana and Seyhan, Turkey. A total of 32 individuals participated in this study, 16 in the experimental group and 16 in the control group. Data were collected using a personal information form developed on the basis of the published literature, the Standardized Mini Mental Test (SMMT) and the Apathy Rating Scale (ARS). The Clinical Research Ethics Committee's approval, written institutional permission and the written consent of the participants were obtained before data collection. The individuals in the experimental group received reminiscence therapy using ethernet videos for 60 minutes one day a week for three months. During the same period, 25-30 minutes of unstructured interviews on subjects unrelated to reminiscence were carried out with individuals in the control group. The SMMT and ARS were administered before the applications in the experimental group and at the end of the third month. The collected data were analyzed using descriptive statistics, Student's t-test, the Mann-Whitney U-test and Wilcoxon's signed ranks test.

In this study, it was identified that a significant difference between experimental and control groups' post-test mean scores in SMMT, ARS ($p<0.01$). It was identified that a significant difference between experimental group's pre-test and post-test mean scores in SMMT, ARS ($p<0.01$). The experimental group's SMMT, ARS post-test mean scores were higher than those of the control group ($p<0.01$).

This study found that group reminiscence therapy using internet videos improved the cognitive functions and apathy levels of elderly individuals with mild dementia. It is recommended that group reminiscence therapy studies with ethernet-based videos can be used with elderly people with mild dementia in care settings.

Keywords: Reminiscence therapy; dementia; cognitive testing; apathy; elderly.



İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
ONAY :.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
KISA ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	xiv
TABLolar LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Yaşlılığın Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	6
2.2.Demans.....	7
2.2.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
2.2.2. Nedenleri.....	8
2.2.3. Tanısı.....	8
2.2.4. Kliniği.....	9
2.2.4.1. Demansı Olan Bireylerde Bilişsel İşlevler.....	9
2.2.4.2. Demansı Olan Bireylerde Psikolojik ve Davranışsal Belirtiler.....	9
2.2.5. Sınıflaması.....	11
2.2.5.1. Alzheimer Türü Demans.....	11
2.2.5.2. Vasküler Demans.....	12
2.2.5.3. Frontotemporal Demanslar.....	12

2.2.5.4. Lewy Cisimcikli Demans	13
2.3. Demansta Farmakolojik Yaklaşımlar	13
2.4. Demansta Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar	14
2.5. Demansı Olan Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı	16
2.5.1. Anımsama Terapisi.....	18
2.6. Bilişim Teknolojisi	20
2.6.1. Hemşirelikte Bilişim Teknolojileri.....	21
2.6.2. Demansı Olan Bireylere Hemşirelik Yaklaşımı ve Anımsama Terapisinde Bilişim Teknolojileri.....	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27
3.3.1. Araştırmanın Evreni	27
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme	27
3.3.4. Araştırmaya Alınmama Kriterleri	32
3.3.5. Araştırmayı Sonlandırma Kriterleri.....	32
3.4. VERİ TOPLAMA FORM VE ARAÇLARI	32
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek I),	32
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek I)	33
3.4.2.a-b. Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Ek II-III).....	33
3.4.3. Apati Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Ek IV)	34
3.5. UYGULAMA.....	34
3.5.1. Ön Uygulama	34
3.5.2. Verilerin Toplanması ve Uygulama	34
3.5.2.1. Müdahale Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	35
3.5.2.1.1.Birinci Oturum: Giriş	37

3.5.2.1.1.a. Açılış	37
3.5.2.1.1.b. Isınma	37
3.5.2.1.1.c. Temel Aktiviteler.....	37
3.5.2.1.1.d. Kapanış	38
3.5.2.1.2. İkinci Oturum: Çocukluk ve Aile Yaşamı.....	38
3.5.2.1.2.a. Açılış	38
3.5.2.1.2.b. Isınma	39
3.5.2.1.2.c. Temel Aktiviteler.....	39
3.5.2.1.2.d. Kapanış	39
3.5.2.1.3. Üçüncü Oturum: Okul Yaşamı	39
3.5.2.1.3.a. Açılış	40
3.5.2.1.3.b. Isınma	40
3.5.2.1.3.c. Temel Aktiviteler.....	40
3.5.2.1.3.d. Kapanış	41
3.5.2.1.4. Dördüncü Oturum: İşe Başlama ve İş Yaşamı	41
3.5.2.1.4.a. Açılış	41
3.5.2.1.4.b. Isınma	41
3.5.2.1.4.c. Temel Aktiviteler.....	41
3.5.2.1.4.d. Kapanış	42
3.5.2.1.5. Beşinci Oturum: Dışarı Çıkma ve Eğlenme	42
3.5.2.1.5.a. Isınma.....	42
3.5.2.1.5.b. Temel Aktiviteler	42
3.5.2.1.5.c. Kapanış	43
3.5.2.1.6. Altıncı Oturum: Evlilik	43
3.5.2.1.6.a. Açılış	43
3.5.2.1.6.b. Isınma	43

3.5.2.1.6.c.Temel Aktiviteler.....	43
3.5.2.1.6.d.Kapanış	44
3.5.2.1.7. Yedinci Oturum: Ev ve Bahçe İşleri, Hayvanlar	44
3.5.2.1.7.a. Açılış.....	44
3.5.2.1.7.b.Isınma	44
3.5.2.1.7.c.Temel Aktiviteler.....	44
3.5.2.1.7.d.Kapanış	45
3.5.2.1.8. Sekizinci Oturum: Bebekler ve Çocuklar.....	45
3.5.2.1.8.b.Isınma	45
3.5.2.1.8.c.Temel Aktiviteler.....	46
3.5.2.1.8.d. Kapanış	46
3.5.2.1.9. Dokuzuncu Oturum: Beslenme ve Yemek Pişirme	46
3.5.2.1.9.a. Açılış.....	47
3.5.2.1.9.b. Temel Aktiviteler	47
3.5.2.1.9.c. Kapanış.....	47
3.5.2.1.10. Onuncu Oturum: Tatiller ve Seyahatler..	47
3.5.2.1.10.a. Açılış.....	48
3.5.2.1.10.b. Temel Aktiviteler.....	48
3.5.2.1.10.c. Kapanış.....	48
3.5.2.1.11. On birinci Oturum: Kutlamalar.....	48
3.5.2.1.11.a. Açılış.....	48
3.5.2.1.11.b. Temel Aktiviteler.....	49
3.5.2.1.11.c. Kapanış.....	49
3.5.2.1.12. On ikinci Oturum: Değerlendirme	49
3.5.2.1.12.a. Açılış.....	49

3.5.2.1.12.b. Isınma	49
3.5.2.1.12.c. Temel Aktiviteler:.....	50
3.5.2.1.12.d. Kapanış	50
3.5.2.2. Kontrol Grubuna Yapılacak Uygulamalar	50
3.5.2.3. Uygulama Akış Şeması	52
3.5.2.4.Uygulama Süresi	53
3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	54
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	54
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	54
4.BULGULAR	56
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	67
6.KAYNAKLAR	77
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR ve SİMGELER

ARS:	Apathy Rating Scale
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ADÖ:	Apati Değerlendirme Ölçeği
SMMT:	Standardize Mini Mental Test
FTD:	Frontotemporal Demans
KY:	Kalp yetmezliği
KAH:	Koroner arter hastalığı



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılması.	29
Tablo 3.2.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin yaşadıkları huzurevine ilişkin özellikler açısından karşılaştırılması.....	30
Tablo 3.3.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili özellikleri açısından karşılaştırılması.	31
Tablo 4.1.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin sosyodemografik Özellikler	56
Tablo 4.2.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin Standardize Mini Mental Test sonuçları.....	57
Tablo 4.3.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ön test son test SMMT alt boyutlarının puan ortalamaları farklarının karşılaştırılması.	58
Tablo 4.4.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin Apati Değerlendirme Ölçeği sonuçları.	60
Tablo 4.5.	SMMT ve ADÖ ön test- son test puan ortalamalarındaki değişimlerin korelasyon değerlendirmesi.	61
Tablo 4.6.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin özelliklere göre ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimlerin değerlendirilmesi.....	62
Tablo 4.7.	Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin özelliklere göre ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında görülen değişimlerin değerlendirilmesi.....	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 3.1.** Araştırmanın uygulama akış şeması. 52
- Şekil 3.2.** Müdahale ve kontrol grubunda gerçekleştirilen girişimlerin çizelgesi..... 53
- Grafik 4.1.** Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin 59
- Grafik 4.2.** Bireylerin ADÖ toplam ön test ve son test puanlarının değişimleri. 60



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya nüfusu hızla yaşlanmakta ve toplumlarda yaşlı bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Dünyada 60 yaş üzerindeki bireylerin yüzdesi %12 olup, 2050 yılına kadar %22'ye yükseleceği öngörülmektedir (1). Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 50 yıl önce %3.5 iken, 2015 yılında %8.2 olmuştur (2). Bunun yanında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Global Health Observatory 2015 verilerine göre küresel nüfusta doğumdan beklenen yaşam süresi 71.4, ülkemizde ise 75.8 yıldır (1).

Yaşlılık ve yaşlı nüfusun dünyada ve Türkiye'de hızla artmasıyla, bu grupta fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili geriatrik sendromlar olarak adlandırılan kronik hastalıkların da arttığı görülmektedir (3,4,5). Altmış yaş üstündeki bireylerin %20'sinde bir ruhsal ya da nörolojik hastalık görüldüğü ve bu hastalıklar arasında en yaygın demans ve depresyonun olduğu belirtilmektedir (1).

DSÖ 2012 yılında demansı bir halk sağlığı önceliği olarak göstermiştir (6). Günümüzde dünyada 47.5 milyon demansı olan birey yaşamakta ve bu sayının hızla artması beklenmektedir. Ülkemizde demansın sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili geniş ölçekli çalışmalar olmaması nedeniyle kesin verilerden söz edilemezken, Tufan (4), 2007'de yayınladığı raporunda 600 bin demansı olan birey olduğunu ve bunların 300 bininin Alzheimer türü demans olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında Gurvit ve ark. (7), 2008 yılında İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, 70 yaş üzeri bireylerde demans prevalansı %20, Alzheimer tipi demans prevalansını ise %11 olarak belirtmişlerdir.

Demans, bellek bozuklukları başta olmak üzere bilişsel fonksiyonların giderek bozulması yanında sıklıkla psikolojik ve davranışsal sorunların görüldüğü ilerleyici nöropsikiyatrik bir tablodur (8). Uzun süreli bakım ortamlarında yaşayan demans hastalarının %80-90' nında apati, huzursuzluk, uyku sorunları, ajitasyon, anksiyete,

çökkünlük, sosyal ve sözel etkileşim bozukluğu, varsanı ve sanrılar gibi psikolojik ve davranışsal sorunlar görülmektedir (9,10). Bu sorunlar arasında en sık agresyon, çökkünlük ve apati gözlenmektedir (11,12).

Kavramsal olarak içsel bir ilgi eksikliği ya da davranışsal eylemsizlik olarak tanımlanan apati, erken ve orta evredeki Alzheimer tipi demans ve diğer demansı olan yaşlı bireylerin %50'sinden fazlasında görülmektedir (13,14). Demansı olan bireylerdeki apati, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilerken, bakım vericilerin yükünü de arttırmaktadır (15,16).

Günümüzde kullanılan farmakolojik yaklaşımlar demansın tedavisinde sınırlı ve orta etkilidir. Buna göre demansın özgül bir tedavisinin olmadığını söylemek mümkündür (17,18). Demansı olan bireylerde sıklıkla görülen psikolojik ve davranışsal belirtilerin yönetiminde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımlar tek başına ya da bir arada kullanılabilir. Bu sorunlar için kullanılan psikotrop ilaçların önemli yan etkileri olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (19-21). Farmakolojik yaklaşımların olumsuz ve sınırlı etkileri nedeni ile demansı olan bireylerde yan etkileri bulunmayan, hastaların yaşam kalitesini olumlu etkileyebilecek ve daha ekonomik olan farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (22,23). Farmakolojik olmayan yaklaşımlar bireylerin güçlü yönlerini desteklemek, yaşadıkları zorluklara yoğunlaşmak, psikolojik sağlıklarını güçlendirmek, aile ve toplumda bağımsızlıklarını desteklemek için kullanılmaktadır (24). Bu yöntemlerin bireylerin davranış, duygudurum, biliş, işlevsellik ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkileri vardır (24-27). Demansı olan ve olmayan yaşlı bireylerde en yaygın kullanılan farmakolojik olmayan yaklaşımlardan biri anımsama terapisi (28).

Anımsama terapisi yaşlı bireyler için geliştirilmiş ilk psikoterapilerden biridir. Anımsama terapisi, geçmiş deneyim, olay ve aktivitelerin bir terapistin eşliğinde bireysel olarak ya da grup içinde tartışılmasını içermektedir (29). Bu gruplarda anımsama, terapist ve katılımcılar arasında ve katılımcıların kendi içindeki etkileşimini güçlendirir, duyuşsal, duygusal ve sosyal uyarım, eski becerilerin hatırlanmasını ve yeni becerilerin öğrenilmesini sağlar, grup bütünlüğünü güçlendirir ve eğlencelidir (30,31).

Demansı olan yaşlı bireylerde bilişsel gerileme ve bozulma, anımsamayı engellemekte ve sonuçta bilgilerin yakalanmasını ve yönetilmesini güçleştirmektedir (19). Bu da bireylerin yaşamındaki kontrolünü kaybetmesinde etkili olmaktadır (32). Anımsama

terapisinde kullanılan terapötik tekniklerle dikkat, yoğunlaşma, düşünme ve bellek uyarılmaktadır. Böylece bireylere bilginin hatırlanması, işlenmesi, yorumlanması ve ifade edilmesi için yardım edilmektedir. Bu süreçte, duylara ve belleğe yönelik anımsamayı uyarıcı ve başlatıcı çeşitli anımsatıcılar kullanılmaktadır. Kelimeler, sesler, lezzetler, çeşitli nostaljik materyaller, tiyatro oyunları, hobi çalışmaları, müzik gibi bu klasik anımsatıcılar tartışmaların zenginliğini ve derinliğini arttırmaktadır (33,34).

Literatüre bakıldığında klasik anımsatıcılarla yürütülen önemli sayıda anımsama terapisi çalışmaları vardır ve bilişsel durum ve apatiye etkileri olumlu olmasına karşın sınırlı düzeydedir (35). Çin'de Hsieh et al. (36), anımsama terapisinin bakım evlerindeki hafiften orta düzeye demansı olan bireylerde depresyon ve apatiye etkisini değerlendirmek için yaptıkları randomize kontrollü bir müdahale çalışmasının sonucunda, müdahale grubunun depresyon ve apati düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Wang'ın (37) çalışmasında, hafif ve orta şiddette demansı olan yaşlı bireylerde grup anımsama terapisinin bilişsel ve duygusal duruma etkisi incelenmiş ve müdahale ve kontrol grupları arasında müdahale grubu adına olumlu yönde anlamlı fark bulunmuştur.

Ülkemizde klasik anımsatıcılarla gerçekleştirilmiş çok sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (38-40). Duru Aşiret (38), çalışmasında grup anımsama terapisinin Alzheimer hastalığı olan bireylerin bilişsel durumu, depresyon düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelemiştir. Siviş ve Demir'in (39), odak grup görüşmeleri yaparak gerçekleştirdikleri çalışmada ise anımsama terapisinin yaşlı bireylerde yaşam doyumuna etkisi araştırılmıştır.

Klasik anımsatıcılarla gerçekleştirilen anımsama çalışmaları yürütülmeye devam etmektedir. Bunun yanında son yıllarda değişen ve gelişen bilişim teknolojileri, anımsatıcıların toplanması ve sunulmasında daha ilgi çekici ve etkili duygusal, bilişsel ve duygusal uyarım sağlayan yeni yöntemlerin kullanıldığı anımsama terapisi çalışmalarını gündeme getirmektedir (41,42). Günümüzde yaygınlaşan bu bilişim teknolojilerinin anımsama terapisinde kullanılması, terapinin temelini oluşturan anımsama tartışmalarını güçlendirmek için önerilmektedir. Çünkü anımsatıcıların gerçeğe daha yakın, uyarıların çoklu ve eş zamanlı olarak sunulmasını sağlamaktadır. Bu, katılımcıların daha fazla duygusal, bilişsel ve duygusal deneyim yaşamasına olanak vermektedir (43,44).

Demansı olan bireylerin bilişsel yıkımla ilgili ve diğer psikolojik ve davranışsal sorunlarının yönetiminde var olan girişimlerin etkisinin sınırlı olduğu göz önüne alındığında daha hızlı ve iyi sonuç veren yöntemlere gereksinim duyulmaktadır. Literatürde çeşitli bilişim teknolojileri ile desteklenmiş anımsama terapisi çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Bunlar, dokunmatik ekran teknolojisi, dijital yaşam hikayeleri, işbirliği teknolojisi vb. bilişim teknolojileri ile desteklenmiş çalışmalardır (43,44). Fakat hafif düzeyde demansı olan bireylerde grup anımsama terapisinde bireylerin geçmiş yaşam deneyimlerini o yıllara özgü olarak yansıtan internet temelli videoların kullanıldığı çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir (41-44). İnternet temelli video kullanımı gibi ekonomik, ulaşması ve uygulaması kolay anımsatıcılar ile yapılan grup anımsama oturumlarının, demanslı bireylerin yaşadığı bilişsel sorunların ve apatinin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanında son yıllarda sıklıkla konuşulan hemşirelik bilişimi açısından hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında bilişim teknolojilerinin kullanılmasının özellikle önerildiği ve hemşirelerin demansı olan bireylerin bakımında bu girişimi özerk olarak uygulayabileceği dikkati çekmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın modern hemşirelik uygulamalarına demanslı bireyin bakım gereksinimlerinin karşılanması açısından güncel, ulaşması kolay, zaman ve kaynak tasarrufu sağlayabilecek ve etkili olabilecek bir yaklaşım sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenlerle bu araştırmada, hafif düzeyde demansı olan yaşlılarda internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel durum ve apatiye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

H0₁: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerin Standardize Mini Mental Test puan ortalamalarını etkilemez.

H1₁: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerin Standardize Mini Mental Test puan ortalamalarını etkiler.

H0₂: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerin Apati Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarını etkilemez.

H1₂: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerin Apati Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarını etkiler.

H0₃: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi sonrası müdahale grubu ile kontrol grubunun Standardize Mini Mental Test puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H1₃: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi sonrası müdahale grubu ile kontrol grubunun Standardize Mini Mental Test puan ortalamaları arasında fark vardır.

H0₄: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi sonrası müdahale grubu ile kontrol grubunun Apati Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H1₄: İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi sonrası müdahale grubu ile kontrol grubunun Apati Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Yaşlılığın sözlük anlamı, “Yaşlı olma durumu.” şeklinde ifade edilmektedir (45). DSÖ tarafından bu kavram, bireyin çevreye uyum yeteneğinin azalması olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin yaşamında 65 yaş ve üstü yaşlılık dönemi olarak kabul edilmektedir. DSÖ, 65 yaş ve üstünü yaşlılık, 85 yaş ve üstünü çok yaşlılık olarak göstermektedir (1).

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade etmektedir. Psikolojik yaşlılık, algılama, öğrenme, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin yaş ilerledikçe değişimidir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (46).

Yirminci yüzyılda tıp, bilim ve teknoloji alanlarındaki gelişmelerin sonucunda, ölüm oranlarının azalması, dünya nüfusunun ve doğumdan beklenen yaşam sürelerinin artmasıyla, bütün dünyada toplum nüfusu içindeki yaşlı nüfus oranının yükseldiği görülmektedir (1,46).

DSÖ'nün Global Health Observatory 2015 verilerine göre küresel nüfusta doğumdan beklenen yaşam süresi 71.4'tür. Bazı gelişmiş Avrupa ülkelerinde doğumdan beklenen yaşam süreleri şöyledir; Japonya'da 83.7, İsviçre 83.4, İtalya 82.7'dir. Bunların yanında gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelere Meksika'da 76.7, Çin'de 76.1, Hindistan'da 68.3, Güney Afrika'da 62.9'dur. Ülkemizde ise doğumdan beklenen yaşam süresi 75.8 yıldır (1).

Dünyada 60 yaş üzerindeki bireylerin yüzdesinin 2015-2050 yılları arasında %12'den %22'ye yükseleceği ve 900 milyon olan yaşlı birey sayısının 2 milyar olacağı

öngörülmektedir (1). DSÖ'nün verilerine göre Japonya'da 2012 yılında yaşlı nüfus oranı %30'dur. Bununla birlikte yirmi birinci yüzyılın ortalarında Avrupa ve Kuzey Amerika'daki ülkelerde ve Çin, Şili, Kore, Tayland, İran, Hindistan, Brezilya ve Rusya'da da bu orana ulaşılacağı öngörülmektedir (1).

Türkiye de hızla yaşlanan ülkeler arasındadır (2). Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 50 yıl önce %3.5 iken, 2015 yılında %8.2 olmuştur. Türkiye dünyadaki en yüksek yaşlı nüfus oranı sıralamasında, 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (2).

Yaşlı nüfusun dünyada ve Türkiye'de hızla artması sonucunda, yaşlı bireylerde fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının arttığı gözlenmektedir (3,4,5). DSÖ, 60 yaş üstündeki bireylerde görülen nörolojik ya da ruhsal hastalıklar arasında en yaygın demans ve depresyonun olduğunu belirtmektedir (1).

2.2.Demans

2.2.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Demans, "Akıldan yoksun olma." anlamında Latince bir sözcüktür ve ilk defa Celsus tarafından MS 1. yüzyılda kullanılmıştır. Morel demans sözcüğünü "demence precoce" şeklinde ifade etmiş ve Kreapelin şizofrenik durumlar için kullanmıştır. Daha sonra demans, XVIII. yüzyıl sonlarına kadar "delilik", XIX. yüzyıl sonlarına kadar "Kronik beyin hastalığı nedeniyle geri dönüşü olmayan akıl bozukluğu." şeklinde ifade edilmiştir. Demans sözcüğü, Alzheimer ve Pick'in çalışmalarından sonra günümüzde de geçerli olan "Organik bir beyin hastalığının varlığıyla birlikte bir beyin sendromu." anlamında kullanılmaktadır (47).

Demans, bireyin bellek, anlama, yargılama, öğrenme, soyut düşünme, dil yetileri, oryantasyon, dikkat ve hesap yapma gibi birden fazla bilişsel işlev alanında, gündelik yaşamını etkileyecek şekilde, sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olan ilerleyici yıkımla karakterize bir sendromdur (48).

DSÖ'nün 2012 yılında yayınladığı rapora göre; demans prevalansı dünyada %4.7, Amerika'da %6.5, Avrupa'da %6.2, Asya'da %3.9, Afrika'da %2.6'dır. Bunun yanında dünyadaki düşük ve orta gelirli ülkelerde demans insidansı binde yüz, yüksek gelirli ülkelerde ve Avrupa ülkelerinde ise binde 200'dür (6).

DSÖ'ne göre dünya genelinde 47.5 milyon demansı olan birey yaşamakta, bu sayının 2030 yılında 75.6 milyona, 2050 yılında 135.5 milyona ulaşması beklenmektedir. Ayrıca bunların çoğunluğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı öngörülmektedir. Dünyada her yıl 7.7 milyon bireye yeni demans tanısı konulmaktadır. Demansın toplam küresel toplum maliyeti 604 milyar dolardır (6).

Ülkemizde demansın sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili geniş ölçekli çalışmalar olmaması nedeniyle kesin verilerden söz edilemezken, Tufan (4), 2007 yılında yayınladığı raporunda 600 bin demansı olan birey olduğunu ve bunların 300 bininin Alzheimer türü demans olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında Gurvit ve ark. (7), 2008 yılında İstanbul'un Kadıköy ilçesinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında 70 yaş üzeri bireylerde demans prevalansı %20, Alzheimer tipi demans prevalansını ise %11 olarak belirtilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun 2015 yılında yayınladığı raporda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 2014 yılında 18.158 Alzheimer hastalığı tanısı konulmuş ve bu hastalığın en çok görüldüğü yaş grubunun 70-84 yaş olduğu ifade edilmiştir. Bunun yanında bu bireylerin en çok İzmir, İstanbul ve Ankara'da yoğunlaştığı belirtilmiştir (49).

2.2.2. Nedenleri

Demansın oluş nedenleri arasında merkezi sinir sistemi ile ilgili ve sistemik birçok durum ve hastalık vardır. Bunlar; Alzheimer hastalığı, Lewy cisimciği hastalığı, Pick hastalığı, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı gibi nörodejeneratif hastalıklar; enfarktler gibi serebrovasküler nedenler; aritmi; hipotroidi, hipertroidi, hipoparatroidi gibi endokrin bozukluklar; metabolik hastalıklar; B₁₂, tiyamin, folat gibi vitamin eksiklikleri; karaciğer, böbrek, akciğer yetmezliği; kafa travmaları ve kafa içi tümörler; nörosifiliz, AIDS, kronik menenjit gibi enfeksiyonlar; zehirlenmelerdir. Demansların bazılarında iyileşmeler olabilmesine karşın, çoğu süregen ve ilerleyicidir (17).

2.2.3. Tanısı

Demansın tanısı açısından; bellek bozukluğunun yanı sıra, afazi (dil işlevlerinde bozulma), apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor becerisizlik), agnozi (tanıma bozukluğu) ya da soyutlama, planlama, organize etme, sıraya koyma, başlama ve sona erdirmeye gibi yönetsel işlevlerde bozukluklardan en az birini kapsayan

çok sayıda bilişsel açığın gelişmesi, bunun yanında söz konusu bilişsel açıkların, kişinin çalıştığı ortam ya da toplumsal işlevsellik alanında bir bozukluğa yol açacak kadar ağır olması ve daha önceki işlevsellik düzeyinde bir düşüşün görülmesi ölçütleri değerlendirilmektedir (50).

2.2.4. Kliniği

2.2.4.1. Demansı Olan Bireylerde Bilişsel İşlevler

Demans sendromunun temelini, bilişsel işlev bozuklukları oluşturmaktadır. Bellek bozukluğu erken ortaya çıkan belirgin bir semptomdur. Demansı olan bireylerin çoğunda hem yakın hem uzak bellek bozukluğu bulunur ve önce yakın bellek sonra uzak belleğe doğru unutma söz konusudur.

Demansı olan bireylerde afazi, kişilerin ve nesnelerin isimlerini çıkaramama ile kendini gösterir. Konuşma ve yazım dilini anlamada da zorlukları olabilir. Bu bireyler, demansın ileri evrelerinde hiç konuşmayabilirler ya da bozuk bir konuşma örüntüsü sergileyebilirler.

Demansı olan bireylerde görülen diğer bir belirti ise apraksidir. Bu bireylerde motor yeterlilik olması, duyuşsal işlevlerde bir bozukluk olmaması ve yapması istenen etkinlikleri anlamasına karşın motor yetersizlikler görülmektedir. Demansı olan bireylerde agnozi de sıklıkla görülmektedir.

Demansta, soyut düşünme ve karmaşık davranışları planlama, başlatma, sıralama, denetim altında tutma ve sonlandırma ile ilgili olan yönetsel işlevlerde bozulma vardır. Demansı olan bireylerin görsel-uzamsal yönelimleri de bozulmaktadır. Demansta oryantasyon bozukluğu, dikkat bozukluğu, yargılama bozukluğu ve içgörü yitimi sık görülür (19,47).

2.2.4.2. Demansı Olan Bireylerde Psikolojik ve Davranışsal Belirtiler

Demansı olan bireylerde bilişsel gerilemeye bağlı sorunların yanında sıklıkla duygulanım bozuklukları, sanrı ve varsanılar, kişilik değişiklikleri ve davranış bozuklukları olmak üzere dört ana grupta davranışsal ve psikolojik semptomlar görülmektedir. Bunlardan; enerjide azalma, kayıtsızlık, dürtüsellik, bencillik, sosyal iç çekilme, sinirlilik gibi kişilik değişiklikleri; apati, depresyon, anksiyete, şüphecilik, kötülük görme sanrıları, çoğunlukla görme varsanıları olmak üzere varsanılar; uyku

bozuklukları, ajitasyon, anlamsız dolaşma, seksüel davranış bozuklukları ve negativizm gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir (18,51).

Apati, içsel bir ilgi eksikliği ya da davranışsal eylemsizlik olarak tanımlanabilir. Apati, pek çok nöropsikiyatrik hastalığın belirtisi ya da tek başına bir sendrom olarak görülebilir. Marin (52), apatiyi bir belirti olarak bilinç seviyesi, duygu ya da zihinle ilgili bir bozukluk nedeniyle motivasyon kaybı olarak görürken, bir sendrom olarak birincil motivasyonel bozukluk olarak tanımlamaktadır.

Yukarıda sözü edilen temel bilişsel, psikolojik ve davranışsal belirtiler demans türüne göre değişiklik gösterebilse de, bütün demans türlerinde ortak görülen bazı belirtiler vardır. Bu belirtiler demansın evresine göre değişebilmektedir. Bütün demans türlerinde kullanılabilen Klinik Demans Evreleme Ölçeği' ne göre demansın evreleri; klinik öncesi evre, çok erken evre, erken evre, orta evre ve ileri evredir (53).

Erken erişkinlik döneminin başlarına kadar uzanan klinik öncesi evre; nöron ve sinaps kaybının olduğu ya da olmadığı, bilişsel işlevlerin korunduğu, klinik ve psikolojik testlerde henüz sorunların olmadığı aşamadır. Çok erken evre; hasta bireylerde bilişsel ve işlevsel bozuklukların başladığı evredir, Standardize Mini mental Test (SMMT) gibi kaba tarama testleri normal sınırlardadır. Bu evrede en sık bellekte bozulma olmak üzere; bilişsel işlevlerde nöropsikolojik testlerle belirlenebilen, günlük aktivitelerde belirgin aksamalara neden olmayan bozulma vardır. Hafif düzeyde bellek bozukluğu, zamana oryantasyonda hafif bozulma, yargılama, problem çözme, toplumsal ilişkiler, hobiler ve iş yaşamının sürdürülmesinde basit sorunlar yaşanabilir. Bu evrede patolojik olarak nörotik plaklar ve nörofibriler yumaklar artmış, sinapslarda azalma, hipokampüste %30-60 sıklığında hücre kaybı vardır.

Demansın erken evresinde; bellek sorunları en temeldir. Yakın geçmişteki olaylar ve konuşulanlar hatırlanamaz fakat kişiler adreslerini, önemli günlük olayları hatırlarlar; bilişsel bozukluklara karşın sosyal ilişkilerini bağımsız olarak sürdürebilirler. Zamanla ilgili sorunları vardır; yön ve adres bulmada sorun yaşayabilirler. Kompleks olan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, iş performansını, randevulara uyma, yazışma yapabilme, mali yönetim, tek başına araba kullanma ve toplu taşıma araçları ile yolculuk, ev aletlerini kullanabilme, hobilere devam edebilme, eşyaların yerini bulabilme, ev bakımı, yemek hazırlamada zorluk vardır. Bu bireylerin kişisel bakımında gözetim gerekebilir. Kelime bulmada güçlük, duraksayarak konuşma gibi lisan

bozuklukları görülür. İçe kapanma, duygulanımda küntlük, inkar belirgin nöropsikolojik belirtilerdendir.

Orta evrede, bilişsel işlevler genel olarak azalmıştır. Yakın bellekte belirgin bozukluk ve uzak bellekte de kayıplar ortaya çıkar. Hasta okullarını, eski işini, eski adreslerini, ebeveynlerinin isimlerini hatırlayamaz. Özellikle kelime bulma güçlüğü olmak üzere dil bozukluğu, zaman oryantasyonu bozukluğu, yargılama, karar verme, soyut düşünme ve problem çözme yeteneklerinde azalma belirgindir. Kişilik değişikliği, kızgınlık, şüphecilik, amaçsız dolaşma, bağırma, tehdit etme, saldırganlık, yalnız kalmaktan korkma psikolojik ve davranışsal belirtilerdir. Temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremezler ve güvenlikleri için yalnız yaşamaları önerilmez.

Demansın ileri evresinde; hastaların yaşamlarını sürdürebilmek için bakıma ve yardıma gereksinimleri vardır. Bu evrede, kişi oryantasyonu zamanla bozulur ve konuşma ve iletişim yetenekleri tamamen kaybolmuştur. Hasta bireyin bağımsızlığı da giderek bozulur ve zamanla tamamen yatağa bağımlı olurlar. Bu hastalarda üriner ve fekal inkontinans gelişir. Ekstremitelerde rijidite, kontraktür, deformiteler oluşur. Babinski, yakalama, emme gibi refleksler ortaya çıkar. Hastalar sıklıkla aspirasyon pnömonisi, pulmoner emboli gibi nedenlerle kaybedilir (53).

2.2.5. Sınıflaması

Literatürde farklı sınıflandırmalar olmakla birlikte en sık görülen demans türleri aşağıdaki gibidir;

2.2.5.1. Alzheimer Türü Demans

Alzheimer hastalığı, Avrupa ve Amerika'da bütün demansların yaklaşık %60-80'ini oluşturmaktadır. 65 yaş üzerindeki kişilerin %6-10'u, 85 yaş üzerindeki kişilerin ise %30-50'si gibi yüksek oranlarda görülmektedir (6).

Alzheimer hastalığı ile ilgili risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin bir kısmı tartışmalı olmasına karşın, yaş, aile hikayesi ve apolipoprotein E-4 alleninin varlığı kesin olarak kabul edilen risk faktörleridir. Tartışmalı olan diğer risk faktörleri ise; kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, serebral enfarktlar, hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperkolesterolemi, depresyon, strese yatkın kişilik yapısıdır. Koruyucu faktörler olarak yüksek öğrenim düzeyi, statin kullanımı, nonsteroid antienflamatuar kullanımı, omega 3-çoklu yağ kullanımı, antioksidan ajanlar, sosyal, fiziksel ve bilişsel aktivitelere

katılım gösterilmektedir (54). Alzheimer türü demansta, demans belirtilerinin hepsi görülebilmektedir (17,18). Hastalığın oldukça değişken olan seyri, hastalığın başlangıcından itibaren 8-10 yıl olarak ifade edilmektedir. Bu süre 5-20 yıl arasında değişebilmektedir (53).

2.2.5.2. Vasküler Demans

Bütün demansların yaklaşık %15-20'ni oluşturmaktadır. Vasküler demans, serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalık nedeniyle oluşan serebral hasar sonucunda bellek ve bilişsel işlevler için gerekli ağların kesintiye uğraması ile oluşan hafif bilişsel bozukluk ya da demans tablosudur (53).

Bu demans türünde olan vasküler sorunlar, Alzheimer patolojisi ve bilişsel bozukluğun birlikte olması tartışmalı bir konudur. Bu nedenle vasküler demans yerine vasküler bilişsel bozukluk kavramı gündemde olmasına karşın, vasküler hastalığın bilişsel işlevler üzerinde etkisi olduğu bilinmekte ve dört genel grup ortaya çıkmaktadır. Multi enfarkt demanslar, vasküler demans nedenleri arasında en yaygın olanıdır ve bu olgularda ateroskleroz, ciddi ve uzun süreli hipertansiyon sıklıkla vardır. Başlangıcı Alzheimer hastalığına göre daha anidir ve olguların büyük bir çoğunluğu açık bir serebrovasküler olay geliştikten sonra fark edilmektedir. Küçük damar hastalığında, beyin mikrovasküler yapısında hasar, demiyelinizasyon, aksonal kayıp bulguları vardır. Küçük damar hastalığı daha çok yavaş gelişen demans ve beraberinde nörolojik ve motor bulgularla kendini gösteren subkortikal bir bozukluktur. İnme sonrası demans da yaşlılarda oldukça sık olup, inmeyi izleyen yıllar içinde demansın gelişmesiyle karakterizedir (18,56).

Vasküler demans tanısı için demans ya da bilişsel bozukluk varlığı, serebrovasküler hastalık varlığı, demans ve serebrovasküler hastalık arasında ilişki bulunması aranan temel ölçütlerdir (53,57).

2.2.5.3. Frontotemporal Demanslar

Frontotemporal demanslar (FTD), değişken, sıklıkla asimetrik olan anterior frontal ve temporal loblar, bazal ganglionlar ve motor nöronlarda dejenerasyon ve bilişsel işlevler, kişilik ve davranışlarda erken bozuklukla karakterize sendromlardır (53). FTD bütün demansların %5-20'sini oluşturur ve ortalama başlangıç yaşı 52.8 (21-85), ortalama hastalık süresi 7(2-20) yıldır.

Frontotemporal demanslarda nöropatolojik açıdan neredeyse bütün olgularda frontal lob, temporal polar bölge, amigdala komşuluklarındaki beyaz cevher ve bazal ganglionlarda atrofi saptanabilir. Mikroskopik olarak nöron kaybı, gliozis ve spongiosis en çok korteksin ilk üç tabakasında görülür (58).

Frontotemporal demanslar sinsi başlangıçlı ve yavaş ilerlemektedir. Bu tür demansı olan bireylerde sosyal davranışlarda erken bozulma, erken dönemde kişilik değişiklikleri, erken duygusal küntlük, erken dönemde içgörü kaybı, tolerans kaybı, hiperoralite, perseverasyon ve stereotipik hareketler, istemli dikkat bozukluğu, konuşma ve dil değişiklikleri, inkontinans, rijidite, tremor, kişisel hijyen ve bakımda bozulma belirtileri sıklıkla görülmektedir (58).

2.2.5.4. Lewy Cisimcikli Demans

Alzheimer hastalığından sonra en sık nörodejeneratif demans nedeni olarak kabul edilmekte ve tüm demanslar içinde sıklığı %10-15 olarak bildirilmektedir. Lewy cisimcikli demans çok hızlı gelişen ve bazen birkaç ay içinde belirgin kötüleşerek daha sonra stabilize bir seyir gösterebilir. Başlangıç yaşı 50-83 arasında değişmekte ve Alzheimer hastalığından daha hızlı seyirli olup ortalama hastalık süresi 5-7 yıl olarak bildirilmektedir.

Lewy cisimcikli demansta kortekste çok sayıda Lewy cisimciği görülmektedir. Lewy cisimcikleri, nöronlarda biriken proteinlerdir, sıklıkla dopamin ve asetilkolin gibi nörotransmitterleri etkiler ve hücre fonksiyonlarını bozar. Dalgalanma gösteren ve ilerleyici bilişsel bozukluk, parkinsonizm ve erken dönemde görülen varsanı ve sanrılar özellikle görme varsanları tipik belirtileridir (18,56).

2.3. Demansta Farmakolojik Yaklaşımlar

Demans türlerinden olan Alzheimer hastalığına özel ilk ilaçlar, 1990'ların sonuna doğru ruhsat alan asetilkolinesteraz inhibitörleri olan donezepil, rivastigmin ve galantamindir. Alzheimer hastalığı sürecinde kolinerjik nöronlar %90'a varan oranlarda kaybolmakta ve bu kaybın bilişsel işlev kaybını aynı oranda etkilediği düşünülmektedir. Asetikolin enzim inhibitörleri hatırlama, düşünme, yargıya varma becerilerinde önemli olduğu bilinen bir nörotransmitter olan asetilkolinin yıkılmasını engeller. Amerikan Nöroloji Akademisi tarafından erken ve orta evre Alzheimer hastalarında standart tedavi yöntemi olarak kullanılmaları önerilmektedir. Alzheimer hastalığının tedavisinde kullanılan bu

ilaçların etkisi orta derecelidir ve bilişsel yıkım devam etmektedir. Memantinin ise sadece ağır demansta etkili olduğu gösterilmiş olup, ABD ve Avrupa’da ruhsatı alınmış ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca bu ilaçların çeşitli yan etkileri bulunmaktadır.

Alzheimer hastalığı dışındaki demanslarda herhangi bir ilaç tedavisi yaklaşımı konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır. Fakat Lewy Cisimcikli demansı olanlarda kolinesteraz inhibitörlerine ve levodopaya cevap verdikleriyle ilgili bazı sınırlı kanıtlar ve bu hastaların antipsikotik ilaçlara karşı ciddi ve bazen ölümcül cevaplar verdiğiğine ilişkin kesin kanıtlar vardır. Vasküler demansta kolinesteraz inhibitörlerinin kullanımıyla ilgili kanıta dayalı bilgiler güçlü değildir ve bu nedenle ruhsatlandırılmamıştır. Buna karşın vasküler demanstan korunmada primer önleyici (hipertansiyon, tip 2 diyabet, hiperlipidemi, kalp hastalığı gibi serebrovasküler risk faktörlerinin kontrolü) ve sekonder önleyici tedavi (tekrarlayan vasküler olayların önlenmesi-hipertansiyonun kontrolü, antiagülan ya da aspirin kullanılması) çok önemlidir (18,59). Frontotemporal demansın özgül bir tedavisi yoktur. Duygudurum ve davranış bozuklukları için Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ve atipik nöroleptikler önerilmektedir (53).

Psikotrop ilaçlar demansta davranışsal ve psikolojik belirtileri hafifletmek için sıklıkla gerekli olmakla birlikte, Alzheimer Hastalığı’nda kolinerjik eksiklik olduğu bilindiğinden, güçlü antikolinerjik etkisi olan ilaçlar tercih edilmemelidir. Atipik antipsikotiklerin ciddi yan etkilerinin olduğu ve demansı olan bireylerde mortaliteyi arttırdığı yönünde kanıtlar giderek arttığından, bu grup ilaçlarda yakın izlem altında ve diğer girişimlerin yetersiz kaldığı durumlarda kullanılması önerilmektedir. Depresyon açısından ise sınırlı kanıt olmasına karşın Serotonin Geri Alım İnhibitörlerinin tercih edilmesi önerilmektedir. Ayrıca demanstaki davranışsal ve psikolojik belirtilere yönelik benzodiazepinler, antiepileptikler, anksiyolitikler kullanılan diğer ilaçlardır (18,59).

2.4. Demansta Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar

Farmakolojik olmayan yaklaşımlar demansı olan bireylerin, bilişsel durum ve ajitasyon, anksiyete, depresyon, apati, uyku bozuklukları vb. gibi psikolojik ve davranışsal sorunlarında, yan etkilerinin olmaması ve olumlu etkileri nedeniyle sıklıkla kullanılmaktadır (60).

Bu yaklaşımlar; anımsama terapisi, doğrulama terapisi, gerçeğe oryante etme gibi bilişsel/duygu odaklı girişimler; akupunktur, aromaterapi, ışık terapi, masaj ve

dokunma, müzik terapisi, çoklu duyuşal terapi gibi duyuşal stimölasyon girişimleri; davranışçı teknikler; psikomotor terapi; egzersiz; hayvan destekli terapi; materyal kutusu yaklaşımı; çevresel düzenlemelerdir (24).

Bu yaklaşımlardan gerçeğe oryante etmede, bireyleri “şimdi” ye oryante etmek için saat, takvim, gazete gibi materyaller ya da tartışmalar kullanılır. Bellek ve oryantasyon sorunları nedeniyle konfüzyonu olan bireylerin sosyal etkileşimleri bozular. Gerçeğe oryante etme, bireylerin “şimdi ve burada” ne olduğunun farkında olmaları için yararlı bir yaklaşımdır.

Geçerlileştirme terapisi, bireyin o andaki gerçeğini destekler. Geçerlileştirme terapisindeki girişim, demansın bazı semptomlarının aslında stres, sıkıntı ve yalnızlıktan kaçmak için bireyin geçmişe doğru gitmesi ve geçmişini tekrarlamaşıyla ilgili olduğü görüşünden hareketle, konfüze konuşma ve davranışların arkasındaki gizlenmiş anlamı ve duyguları anlamaktır. Naomi Feil, bu tekniğin temelinde güven, empati ve yargısız saygı olduğünü belirtmektedir (61).

Bilişsel stimölasyon terapisi, fiziksel oyunlar, kelime ve sayı oyunları, günlük objelerin kullanılması yoluyla gerçekleştirilen bilgi sunumu aracılığıyla bireyin var olan bilişsel işleyişinin aktive edilmesini içermektedir (61).

Çoklu duyuşal terapi, ışık, ses, dokunma, koku gibi çeşitli duyuşal uyanları sağlayan bir aktivite odasının kullanılmasını gerektirmektedir (61). Bu yaklaşımın demansı olan bireylerde agresif davranışlar, apati ve depresyonda azalma, etkileşim ve iyi oluş düzeyinde artış sağladığı belirtilmektedir (60).

Aromaterapi, duyuşal deneyim sağlamak için temel yağların kullanılmasıdır. Bu uygulama, doğrudan yağlar ile masaj uygulama şeklinde olabileceği gibi yağların banyoda kullanılması ile de gerçekleştirilebilir. Demansı olan bireylerde kullanılan temel yağlar lavanta yağı ve melisa yağıdır. Bu yağların demansı olan bireylerde ajitasyonu azalttığı ve diğer nöropsikiyatrik belirtilerde iyileşme gösterdiği çalışmalarla gösterilmiştir (24,62).

Çevresel düzenlemeler, demansı olan bireylerin istenmeyen davranışlarını azaltmak ve iyi oluş düzeylerini geliştirmek için etkilidir. Bireyin gereksinimleri doğrultusunda çevresel değişiklikler yapılır. Çevrede renk ve yapılandırmanın kullanılması, iyi

ışıklandırma ve bazı çevresel uyarıcıların kullanılarak ev atmosferinin sağlanması istenmeyen ve ajite davranışları değiştirebilir (63).

Psikomotor terapi, aktivite terapisi olarak da ifade edilmekte olup, dans, spor, drama gibi eylem temelli aktiviteleri ifade etmektedir. Egzersiz, fizyolojik yararları yanında yaşlı bireylerin duygu durumunda olumlu yönde değişiklik ve memnuniyet duygusunda artış sağlamaktadır (60).

Sanat terapi, bireyin yeni yeteneklerini keşfetme ve böylece benlik saygısını güçlendirme fırsatı sağlayan bir terapidir. Demansı olan bireylerde sanat terapisi sosyal etkileşimi arttırmakta ve benlik saygısını güçlendirmektedir (24). Hayvan destekli aktivitelerde, yaşlı bireylerin bulunduğu ortamlara hayvanların getirilmesi ve onlarla zaman geçirmelerinin, bu bireylerde davranış sorunlarını anlamlı düzeyde azalttığı çalışmalarla gösterilmiştir (64).

Materyal kutusu yaklaşımında, her bireyin kendisine ait fotoğrafları, aile ses kayıtları, resimleri, haritaları, aromaterapi yağları, kıyafetleri, aksesuarlarının olduğu kutular vardır ve bu materyaller, bireylerin geçmişi hakkında daha çok şey öğrenmek ve olumlu anımsamalarını sağlamak açısından uyarmak ve iletişim kurmak amacıyla kullanılır (24).

2.5. Demansı Olan Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı

Demansı olan bireylerin bakım ve tedavi süreci, hem hemşireler hem de bakım verenler için uzun süreli ve zordur. Bu süreç bireye özgü olmalı ve hastayı olduğu kadar ailesini de özel olarak dikkate almalıdır (65).

Demansı olan bireylerin hemşirelik bakımında temel hedefler; bireylerin sağlığını korumak, güvenliğini sürdürmek, kapasitesi doğrultusunda en üst düzeyde fonksiyonelliğini sağlamak ve sürdürmek, olası en iyi fiziksel durumunu sürdürmek, bilişsel stimülasyon, sosyalizasyon ve diğer psikososyal gereksinimlerini karşılayan terapötik bir aktivite programına katılımını sağlamak ve yapabildiği ölçüde bakım planına katılımını desteklemektir (65). Hemşirelerden bu hedeflere ulaşmak için hastaların gereksinimlerini tanımaları ve uygun bakımı vermeleri beklenmektedir (66).

Demansı olan bireylerin bütüncül değerlendirilmesi öykü, bilişsel değerlendirme, fiziksel değerlendirme, foksiyonel değerlendirme, ruhsal durum değerlendirmesi, çevre ve bakım vericilerin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu değerlendirmede; hastanın

geçmişi, fiziksel sağlığı, genel görünüm ve dışa vuran davranışları, bilişsel işlev düzeyi, algılaması, düşünce süreci ve içeriği, organizasyon yeteneği, dikkati, dil yetisi, belleği, yargılama yeteneği, içgörüsü, benlik kavramı, duygusal kontrolü, duygulanımı, bilinç durumu, rol ve ilişkileri, özbakımı değerlendirilir (65,67). Bu değerlendirme süreci, bilişsel işlev bozukları nedeniyle karmaşık ve zordur.

Bu süreçte hasta o anki bağlamında değerlendirilmeli, hastanın kontrolü ve otonomisi desteklenmelidir. Demansı olan bireylere hemşirelik yaklaşımında; hastanın anksiyetesini azaltmak için içten, sakin, kabul edici ve güven verici olunmalı, gereksinimlerini karşılamak ve hayal kırıklığını azaltmak için duyguları anlaşılmalı çalışılmalıdır. Bu süreçteki kullanılan ifadelerin basit, kısa, anlaşılır olması ve sık sık tekrar edilmesine dikkat edilmelidir. Hemşireler bir defada 5-6 kelimeyi geçmeyen sözel ifadeler kullanmalı ve bu sözel ifadelerde görsel ve dokunsal mesajlarla anlaşılabilirliği artırarak kafa karışıklığını azaltmalıdırlar (65,68). Demansı olan bireylerin değerlendirilmesi sonucunda çok çeşitli hemşirelik tanıları ile karşılaşılabilir. Fakat en sık yaralanma riski, uyku örüntüsünde bozulma, sıvı volüm eksikliği riski, beden gereksinimlerinden az beslenme, aktivite intoleransı, kronik konfüzyon, bellek bozukluğu, anksiyete, sosyal etkileşimde bozulma, sözel iletişimde bozulma, rol performansında bozulma, aile sürecinde bozulma, düşünce sürecinde bozulma, duyuşsal algısal bozukluk görülmektedir (69).

Demansı olan bireylere bakım verirken hemşireler çoğunlukla psikososyal modeli kullanmaktadır (69). Bunun yanında hemşirelerin kullanabileceği çeşitli model ve uygulama rehberleri bulunmaktadır. Bunlardan Azaltılmış Stres Eşiği Modeli, demanslı hastaların bakımını planlama ve değerlendirmede kullanılan ilk modeldir. Gereksinim Odaklı Riskli Demans Davranışı Modeli (Need-Driven Dementia-Compromised Behaviour), davranışsal semptomları ve nedenlerini anlamaya temellenmiş bir modeldir. Ajitasyonu Tanımlamak için Önerilen Müdahaleler (Treatment Routes for Exploring Agitation) içinde Cohen-Mansfield'in Modeli, ajitasyon ve agresyon gibi davranışların anlaşılması, girişimlerin belirlenmesi için gerekli olarak görülmektedir. Terapötik Aktivite Programı ise, demansı olan bireylerin geçmişindeki aktiviteler ve bunların doğrultusunda şu andaki gereksinimlerin değerlendirilmesine dayandırılan total bir bakım planını ifade etmektedir. Bilişsel bozukluğu olan bireyler için olan bu program, gereksinimlerin karşılanmasını ve karşılanmamış gereksinimler nedeniyle problemler

davranışların önlenmesi ya da azaltılmasını işaret etmektedir. Böylece bireylerin kapasiteleri doğrultusunda en yüksek düzeyde fonksiyonelliklerini hedeflemektedir (65).

Demansta hemşirelik yaklaşımında American Academy of Neurology: Detection of Dementia, Diagnosis of Dementia, Management of Dementia, and Encounter Kit for Dementia, American Association of Geriatric Psychiatry: Position Statement: Principles of Care for Patients With Dementia Resulting From Alzheimer Disease, Alzheimer's Foundation of America: Excellence in Care, önerilen uygulama rehberlerindedir (63).

Hemşireler demansı olan bireylerde vaka yönetiminde çeşitli farmakolojik olmayan yöntemleri de sıklıkla kullanmaktadırlar (64).

2.5.1. Anımsama Terapisi

Anımsama, Türk Dil Kurumu'nun Ruhbilim Terimleri Sözlüğü'nde (1974), "Önce öğrenilmiş ya da olmuş bir şeyi bellekte yeniden anma." biçiminde ifade edilmektedir (45). Anımsama, geçmişin parçalarını hatırlamak ve onlara günlük yaşamı zenginleştirmek için odaklanmanın bir aracıdır (70). Benzer ve farklı kişisel yaşam deneyimleriyle ilgili anıların paylaşımı olan anımsama boyunca, bireyler kendilerini yeniden keşfeder, diğer insanların anlayışını destekler, ilişkilerin önemini fark eder ve insanlığı yeniden tanırlar. Bireylerin uzak geçmişe yoğunlaşmaları, hatırlamaları ve anılarını paylaşmaları yeni anlayış, bakış açısı kazandırır ve gelecekle yüzleşme cesareti sağlar. Anımsama bilgilendirme, güçlendirme, eğlendirme, sınırları aşma, var olan iyi oluş halini ve yaşam kalitesini geliştirmek için tümüyle yararlı olmasına karşın, halen insanlar özellikle yaşlılar için onunla yaşayan ve onlar için çalışanlar tarafından sınırlı kullanılmaktadır (34).

Anımsama Terapisi'nin kuramsal temeli, Erikson ve Butler'ın kuramlarına dayanmaktadır. Anımsama terapisi, genellikle Erikson'un ortaya koyduğu Psikososyal Gelişim Kuramı'nın "benlik bütünlüğü" evresi ile ilişkilendirilmiştir. Erikson'a göre umutsuzluğun karşıtı olan "benlik bütünlüğü" ileri yetişkinliğin olumlu özelliğidir. Benlik bütünlüğü, geleceğe korku ve endişe ile bakmayan, yaşamı olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul ederek buna uyum sağlayabilen bireylerde görülür. Birey, sonucu belli olan gelecekte/ölümden korkmaz. Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun olan birey, geçmişten bugüne kadar kendisi ve ailesi için yaşadıklarını yetersiz bularak, yaşamını yeni baştan yaşama özlemi duymaktadır. Benlik bütünlüğü ve kendini kabul etme,

kişilik olarak olgunlaşma, bireylerle olumlu ilişki kurma arasında pozitif bir ilişki vardır. Başarılı yaşlanma için, anımsamanın önemi de bu noktada vurgulanmaktadır (71).

Anımsama çalışmaları, Erikson'ın görüşlerinden etkilenen Butler'in 1963'lerdeki "Yaşamı Gözden Geçirme" çalışmasından sonra gelişmiştir. Butler (72) "Yaşamı Gözden Geçirme"yi, bireyin geçmiş yaşamına doğru baktığı, çözülmemiş çatışma ve zorlukları içeren geçmiş deneyimlerini derinlemesine düşündüğü doğal olarak var olan bir süreç olarak tanımlamaktadır. Butler, terapistlerin yaşlı bireylerin anımsama eğiliminde olmalarını patolojik olarak değerlendirdiklerini gözlemlemiş ve anımsamanın doğal ve sağlıklı bir psikolojik aktivite olduğunu savunmuştur. Lewis and Butler (29), yaşamı gözden geçirmenin yaşlı bireyler ve önemli gelişimsel geçişlerde olan yetişkinler için etkili bir yöntem olarak tanımlamışlardır. Butler'in düşünceleri, anımsamaya profesyonel bakışa önemli katkı sağlamış ve sonrasında özellikle yaşlı bireylerle gerçekleştirilen psikoterapilerde, çeşitli biçimlerde gerçekleştirilen anımsama terapisi çalışmaları günümüzde de devam etmektedir (73).

Anımsama terapisi, bireylerin geçmiş deneyimlerini gözden geçirdikleri ve eski çatışmalarını baştan değerlendirip, birleştirebildiği yaşamını gözden geçirme sürecidir. Anımsama terapisi geçmiş deneyim, olay ve aktivitelerin diğer bir insan ya da grupta bir terapistin eşliğinde tartışılmasını içermektedir. Bu terapinin gerçekleştirildiği oturumlar haftada en az bir defa 30-60 dakika olacak biçimde 3, 6, 9, 12 ay ya da daha uzun süre boyunca gerçekleştirilmektedir. Grup oturumları sanat ve müzik aktivitelerini içerebilir ve sıklıkla uyarıcı etkisi olan materyaller kullanılmaktadır. Oturumlarda anıları uyarmak için sıklıkla geçmiş zaman resimleri, fotoğraflar, müzik, ses kayıtları vb. materyallerden yararlanılır ve terapist böylece tartışmayı kolaylaştırmayı hedefler (57). Terapi boyunca geçmiş başarı ve başarısızlıkların daha iyi bir birleşiminin yaratılmaya çalışıldığı bir girişimin olduğu tartışmalar gerçekleştirilir. Böylece yaşlı bireyler şimdi ve buradaya odaklanabilir ve yaşamlarının anlamlı ve yararlı olduğunu hissettikleri bir noktaya ulaşabilirler (74).

Anımsama terapisi, demans bakımında kullanılan en yaygın psikososyal girişimlerden biridir. Demansı olan yaşlı bireylerle gerçekleştirilen ilk grup çalışması Kiernat tarafından 1979'da yayınlanmıştır (75). 1979'dan beri demansı olan bireylerde anımsama yaklaşımının kullanıldığı çeşitli çalışmalar yapılmaktadır ve bunlar genellikle

grup biçimindedir. Grup anımsama terapisi oturumları, terapist ve katılımcılar ve katılımcıların kendi içindeki etkileşimini güçlendirir. Gruptaki bireylerin duygusal ve sosyal uyarımını sağlar. Bunun yanında eski becerilen hatırlanması ve yeni becerilerin öğrenilmesine olanak sağlar (30).

2.6. Bilişim Teknolojisi

Bilişim teknolojileri, “bilginin toplanması, işlenmesi, saklanması ve gerektiğinde iletilmesi ya da bu bilgiye erişilmesini sağlayan teknolojiler” olarak tanımlanmaktadır. Bilgisayar donanımı, yazılımı ve ağları, iletişim teknolojileri, multimedia teknolojileri, bu alanda uzman insan gücü, internet ve iletişim araçları bilişim teknolojilerindedir (76).

Son yıllarda bilim ve teknolojideki gelişmeler bilişim teknolojilerinin de hızla gelişmesi ve değişmesine neden olmaktadır. Bu değişim ve gelişim toplumu etkilemektedir.

Bilgisayar ve İnternet, küresel bilgi akışının toplumları etkilediği en önemli araçlardır. İlk kez 1969 yılında keşfedilen İnternet, bilgilerin depolanması ve aktarılmasını sağlayan bir iletişim teknolojisidir. İnternet bilginin metin, ses, grafik, imaj ve video gibi farklı biçimlerde; yerel, ulusal ve uluslararası erişimini olanaklı kılan küresel bir iletişim şeklidir (76).

Multimedya teknolojisi ise, insanların dijital ve baskı unsurlarını kullanarak bilgi iletimi ve iletişimini sağlayan, interaktif bilgisayar tabanlı uygulamalar anlamına gelmektedir. Multimedya teknolojisi, farklı amaçlarla gerçekleştirilen çeşitli uygulamalarda grafik, metin, ses, video, animasyon gibi unsurların yüksek teknolojiyle birleştirilerek kullanımıyla ilgilidir (77). İnternet ve kablosuz ağlar gibi iletişim altyapılarının ortaya çıkması bahsedilen multimedya uygulamalarının (çoklu ortam uygulamalarının) yaygınlaşmasını sağlamıştır.

World Wide Web (WWW), İnternet ağında bilgiye ulaşım için bir izleme aracıdır. Tim Berners-Lee tarafından CERN laboratuvarlarında 1989 yılında bilgi paylaşımı için geliştirilen bu ağın amacı, web siteleriyle kullanıcılara bilgi sunmaktır. Web 1.0 sitelerinde kullanıcılar bilgiye ulaşabilirler. Fakat bu bilgilere katkıda bulunamazlar. Web 2.0 interaktif bir web sitesidir ve kullanıcılar burada içerik geliştirip paylaşabilirler (76).

Multimedia uygulamalarından internet temelli videolar 1990'ların sonlarından beri CNN.com ve MSBNC.com gibi iyi organize edilmiş web sitelerinde ulaşılabilir durumdadır. Bireylerin bilgilerini paylaşabildiği Web tabanlı sosyal ağ sistemlerinden olan YouTube, 2005 yılında Chad Hurley, Stive Chen ve Jawed Karem tarafından kurulmuş ve kullanıma sunulmuştur. YouTube, kullanıcılar tarafından oluşturulmuş videoların keşfedilmesi, izlenmesi ve paylaşılmasını sağlamaktadır. Bunun yanında Youtube, bireylerin isteklerine bağlı olarak bilgisayar, tablet, mobil telefon gibi mobil teknoloji cihazlarında kolaylıkla ulaşip izleyebileceği videolar yayınlamaktadır. Bu videoların izlenmesi için üyelik gerekmemektedir. Bir milyardan fazla kullanıcıya sahip olan YouTube, her gün yüz milyonlarca saat izlenmektedir (78).

2.6.1. Hemşirelikte Bilişim Teknolojileri

Bilişim teknolojilerindeki gelişme ve değişimler, sağlık hizmetlerinde çalışanların mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerini ve sağlık hizmeti alan bireylerin tanı, tedavi ve bakım süreçlerini de etkilemektedir (79,80).

Hemşirelik eğitimi, geçmişten günümüze kadar hemşirelik öğrencilerinin mesleğe özgü kuramsal bilgi ve uygulama becerilerinin geliştirilmesi amacıyla sınıflarda, uygulama laboratuvarlarında ve gerçek ortamlarda gerçekleştirilmektedir. Son yıllarda hem kuramsal eğitimde hem de uygulamalı eğitimde bilgisayar destekli ve Web temelli eğitim araçları yaygınlaşmaktadır. Geçmiş yıllarda uygulama becerisini geliştirmeye yönelik eğitim, uygulama laboratuvarlarında gerçeğe uygunluğu düşük ve ileri teknoloji içermeyen simülatörlerle gerçekleştirilirken, günümüzde bilişim teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak ileri teknoloji içeren ve gerçeğe uygunluğu yüksek olan ve etkili bir öğretim stratejisi olarak kabul edilen simülatörler aracılığıyla yürütülmektedir.

Bu simülatörlerden E-simülasyon ve Web temelli simülasyonlar tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. E-simülasyon, eğitim alan bireylerin bir bilgisayar ortamında dijital simülasyonların kullanıldığı hedef yönelimli rol play çalışmalarını içermektedir. Bu tür programlar bir DVD, CD-ROM ya da internette bir hizmet sunucu ile gerçekleştirilebilir. Web temelli simülasyonlar ise bir E-simülasyon programının Web'de yer almasıdır. Bu simülasyon araçları metin, grafik, görüntü, animasyon ve video içerebilir ve eğitim alanlara gerçeğe çok yakın bir durumla ilgili analiz etme, girişimlerini seçme, sonuçlarını değerlendirme olanağı sunmaktadır (82,83). DSÖ, Amerika Birleşik Devleti (ABD) Hemşirelik Eyalet Kurulları Ulusal Konseyi (National

Council of State Boards of Nursing=NCSBN) ve ABD Ulusal Hemşirelik Birliği de (National League for Nursing=NLN) hemşirelik eğitiminde bilişim teknolojilerinin (bilgisayar programları, simülasyonlar, web vb.) kullanılmasını önermektedirler (80,83,84). Hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde bu simülatörlerin kullanılması gerçeğe uygun deneyim sağlama, karar verme becerisini geliştirme, psikomotor becerileri destekleme, değerlendirme ve yönetim becerilerini kazanma olanağı sağlamaktadır. Bunun yanında ileri teknoloji içeren simülatörlerin kullanılmasının ulaşma kolaylığı, zaman ve kaynak tasarrufu gibi avantajları da vardır (85).

Ülkemizde son yıllarda hemşirelik eğitim kurumlarında sınıf mevcutlarının çok fazla olmasına karşın eğitimci sayısında yetersizlik, eğitim ortamlarının yetersiz olması önemli bir sorun olarak görülmektedir. Bu nedenle eğitimde simülasyon kullanılması önerilmektedir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı gelişmektedir. Ülkemizde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan simülasyon merkezinde ve çeşitli üniversitelerin hemşirelik yüksekokulu ve fakültelerindeki uygulama laboratuvarlarında eğitimde ileri teknoloji içeren ve gerçeğe uygunluğu yüksek simülasyonlar kullanılmaktadır (82).

Bilişim teknolojileri, hemşire klinisyenler tarafından hemşirelik bakım sürecini yönetirken de sıklıkla kullanılmaktadır. Hastaya verilen bakıma ilişkin kayıtlara ulaşılması, bunların saklanması, değerlendirilmesi, girişimlerin desteklenmesi amacıyla bu araçlardan yararlanılmaktadır. Literatüre bakıldığında özellikle sağlık hizmeti alan bireylerin eğitimlerinin bu araçlarla desteklendiği görülmektedir. Bilişim teknolojilerinin kullanıldığı bu eğitimlerde bireylerin bilgi düzeyleri, özyönetimleri, karar verme becerilerinin geleneksel yöntemlere göre sınırlı da olsa daha yüksek düzeyde geliştiği ve hasta sonuçlarının daha olumlu yönde olduğu bildirilmektedir (86).

2.6.2. Demansı Olan Bireylere Hemşirelik Yaklaşımı ve Anımsama Terapisinde Bilişim Teknolojileri

Hemşireler son yıllarda bilim ve teknolojideki gelişmelerle birlikte demansı olan bireylerin bilişsel yıkımı ile ilgili ve diğer psikolojik ve davranışsal sorunlarının yönetiminde farmakolojik olmayan girişimlerde bilişim teknolojilerini kullanmaya başlamışlardır. Demansı olan bireylere bakım veren hemşireler bu araçları demansı olan yaşlı bireylerin bakımında; kişiye özgü kişiselleştirilmiş bakımı yönetmek ve bir başkasının yardımına en az gereksinim duyarak yaşamlarında bağımsız olabilmeleri için

evde, hastanede, huzurevi ve bakım evi gibi değişik bakım ortamlarında kullanabilmektedirler (87,88).

Bu bilişim teknolojilerinin demansı olan bireylerin yaşamlarına olan katkılarını değerlendirmek amacıyla çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Joddrell and Astell (89), demansı olan bireylerde dokunmatik ekran teknolojilerinin kullanıldığı çalışmalarla ilgili derlemelerinde; dokunmatik ekran teknolojilerinin demansı olan bireylerde değerlendirme ve izleme, yardımcı teknoloji ve bilişsel rehabilitasyon ve zevkli aktivite amacıyla kullanıldığını belirtmişlerdir. Dokunmatik ekran teknolojileri genel olarak sosyalizasyonu geliştirme, belleği güçlendirme, günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırma ve eğitim araçlarının dağıtımını için kullanılmaktadır. Davison et al. (90), kişiselleştirilmiş bir multimedia aracının, Avusturalya'da bir huzurevinde yaşamakta olan demansı olan bireylerin ajite davranışları ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirdikleri randomize kontrollü çalışmalarında; katılımcılara aile üyeleri tarafından seçilmiş ya da oluşturulmuş geçmiş favori müzikler, video kayıtları, filmler, fotoğrafların kaydedildiği kişisel dokunmaya duyarlı bir bilgisayar oluşturulmuştur. Katılımcıların bu bilgisayarı 8 hafta boyunca kullanmalarına eğitilmiş yardımcı araştırmacılar tarafından yardımcı olunmuş ve bu sırada sosyal etkileşim sağlanmıştır. Bu sürecin sonunda katılımcıların depresyon ve anksiyete semptomlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalma olduğu gösterilmiştir. Subramaniam and Woods'un (91), demansı olan bireylerin yakınlarından alınan bilgilerle oluşturulan dijital yaşam hikayelerini 4 hafta boyunca katılımcılarla değerlendirdikleri bir başka çalışmada ise, katılımcıların çoğunluğunun otobiyografik bellek ve yaşam kalitesi ölçüm sonuçlarında iyileşme olduğu ve depresyon skorlarında azalma olduğu gösterilmiştir. Bunun yanında tematik analiz sonucunda katılımcılar, katılımcıların yakınları ve bakım vericilerin dijital yaşam hikayesi filmlerinin-videolarının bellek ve olumlu duyguları uyarmak için yararlı bir araç olarak gördükleri belirtilmiştir.

Demansı olan bireylerde son yıllarda yardımcı teknolojilerin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Yardımcı teknolojiler, fiziksel, bilişsel ya da iletişim sorunları olan bireylerin işlevsel yeteneklerini korumak ve geliştirmek için kişiselleştirilmiş yardımcı ürünlerdir. Bunlar randevu hatırlatma sistemi, takip sistemi (GPS gibi), evde gözetleme ve izleme, görüntülü kapı girişi ve çevre kontrolü sağlayan akıllı ev sistemleri, mental stimülasyon, ilaç yönetimi, kan basıncı gibi fizyolojik parametreleri izleme, kişisel acil

alarm sistemi, sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri ile gelişmiş iletifim sistemleri gibi bellek, gúvenlik, iletifim ve anımsamayla ilgili yardımcı bilişim teknolojileridir. Bunun yanında uzaktan profesyonel destek sağlamak için demansı olan bireyler ve bakım vericilere yúnelik video konferans uygulamaları da gerçekleştirilmektedir (92). Wardt et al. (93), demansı olan bireylerin bakımında kullanılan bu yardımcı bilişim teknolojilerinin bilişsel yetenekler ve iyi oluş dúzeylerine etkilerini inceledikleri derleme çalışmalarında, yardımcı ve bilişim teknolojilerin demansı olan bireylerin bilişsel durumları ve iyi oluş dúzeylerine olumlu etkilerinin olduğunu, ancak inceledikleri çalışmaların çeşitli sınırlılıklarının olduğunu belirtmişlerdir. Nijhof'un (94) alışmasına gúre, demansı olan bireylerin bakımında teknoloji kullanılması bu bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirmektedir. Demansı olan bireyler ve bakım vericiler bu teknolojileri kullanmaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Demansı olan bireylerin bakımında bu bilişim teknolojileri, demansı olan bireylerin yanında onlarla yaşayan ya da yaşamayan aile úyeleri ve bakım vericiler, sağlık bakım profesyonelleri, sosyal bakım hizmet profesyonelleri, diğer profesyonel bakım vericilere yúnelik kullanılabilirler. Demansı olanlara bakım veren bireylere yúnelik olarak daha çok web temelli eğitim programları, online destek grupları ve online bilgi kaynakları vardır (92). Hobday et al. (95), demansı olan bireylerin bakımına yúnelik bir online eğitim programının etkisini inceledikleri çalışmalarında, bu programın bakım verenlerin demans bakımına ilişkin bilgilerini anlamlı dúzeyde arttırdığı ve demansı olan bireylere bakım ile ilgili stresi anlamlı dúzeyde azalttığı ortaya koyulmuştur.

Son yıllarda bilişim teknolojilerindeki gelişmeler yaşlı bireylerde anımsamaya yúnelik girişimleri ve çalışmaları da etkilemektedir. Bu bilişim teknolojilerinin anımsama çalışmalarında kullanılması yaşlı bireylerin bilgileri hatırlamalarında etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Demansı olan yaşlı bireylerde anımsamayı uyarıcı teknolojiler; hikaye anlatma teknolojisi, mobil teknoloji, işbirliği teknolojisi ve multimedia teknolojisi olarak gruplandırılabilir. Hikaye anlatma teknolojilerinde bireylerin geçmiş yaşamlarına ilişkin bilgilerden yola çıkarak metin, ses, gúrúntú, múzik, video ve filmlerden oluşan diğital yaşam hikayeleri kullanılmaktadır. Akıllı telefonlar, diz ústú bilgisayarlar ve diğital yardımcı teknolojiler gibi mobil teknoloji úrünleri ise, úzellikle bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireylerin bilgiye ulaşmaları ve bilgileri paylaşmaları için kolaylık sağlamaktadır. Bu teknoloji úrünleri yaşlı bireylere her yerde ve herhangi bir

zamanda bir şeyleri arama ve birileri ile konuşma fırsatı sağlamak ve anımsamayı uyarıcı etki yapmaktadır. İşbirliği teknolojisi ise farklı yerlerde bulunan bireylerin aynı zaman diliminde ortak bir görev üzerinde çalışmalarını ve iletişim kurmalarını sağlar. İşbirliği teknolojisi aynı zamanda grup anımsama terapisi gibi grup etkileşimi sağlayarak bireylerin geçmiş anı ve olayları hatırlamalarına yardımcı olmaktadır. Multimedia teknolojisi ise anımsama terapisi çalışmalarındaki aktiviteleri desteklemek ve anımsamayı uyarıcı çok yönlü değerli bir araç olarak kullanılabilir (96). Anımsama terapisinde multimedya teknolojisi kullanımı, terapi oturumlarındaki tartışmaları güçlendirmek için olan anımsatıcıların çeşitli biçimlerde toplanması ve sunumu şeklinde olabilmektedir. Bireylerin geçmişleriyle ilgili görüntü, ses, materyal vb. gibi sanal anımsatıcılar tablet, televizyon ya da laptop gibi araçlarla gösterilebilmektedir (43). Böylece çoklu duyuşsal anımsatıcı yaklaşımı gerçekleştirilmiş olmakta ve anımsamayı uyarıcı içerik gerçeğe uygun olarak sunulmaktadır. Ayrıca bu yaklaşımın kullanılabilirliği açısından değerlendirildiğinde, katılımcılar ileri teknoloji araçlarını kullanmaktan hoşlanmakta ve eğlenceli bulmaktadırlar (43,44).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, kurumda kalan hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerde internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel durum ve apatiye etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü'ne bağlı Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi olmak üzere iki kuruluştaki yürütülmüştür.

Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nin huzurevi, rehabilitasyon ve küçük evler bölümlerinde toplam 280 yaşlı birey bulunmaktadır. Bu merkezde yaşamını sürdüren yaşlı bireyler için kütüphane, çok amaçlı salon, sanat atölyesi, kafeterya, terzi, kuaför, aletli spor alanı gibi çeşitli hizmet birimlerinin bulunduğu kapalı ve açık alanlar bulunmaktadır. Bunun yanında huzurevinde bulunan yaşlı bireyler kurumdaki tiyatro ve koro çalışma gruplarında yer alabilmektedir. Kurumda 7 hemşire, 1 doktor, 1 fizyoterapist, 1 sosyolog, 2 psikolog, 1 sosyal çalışma uzmanı ve 45 bakım elemanı görev yapmaktadır.

Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nin resmi kapasitesi 100 kişi olmakla birlikte, bu kapasitenin üzerinde de hizmet vermektedir. Kuruluşun kapalı ve açık alanlarında çay ocağı, oyun salonu, terzi, eliş odası, cam sera, evcil hayvan barınağı, aletli spor alanı, barbekü gibi hizmet birimleri bulunmaktadır. Bu merkezde, 6 hemşire, 2 fizyoterapist, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 30 bakım elemanı görev yapmaktadır. Bu merkezlerdeki hemşireler yaşlı bireylerin ilaçlarının hazırlanması, hayati bulgularının alınması, yara bakımı gibi görevleri yürütmektedirler.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü'ne bağlı Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi olmak üzere iki kuruluştaki yaşayan hafif düzeyde demansı olan 72 yaşlı birey oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini ise; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü'ne bağlı Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi olmak üzere iki kuruluştaki yaşayan ve alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hafif düzeyde demansı olan 32 yaşlı birey oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, güç analizi yapılarak hesaplanmıştır. Örnek sayısı hesabı için; çalışmanın gücü GPower 3.1 programında hesaplanmıştır.

Örnek sayısı hesabında Duru Aşiret G.'nin "Anımsama terapisinin Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisi" isimli benzer bir müdahale tasarımına sahip çalışması, referans alınmıştır (38). Anımsama terapisi sonunda Standardize Mini Mental Test puanları arasındaki farktan hareket ederek etki büyüklüğü 1.517 olarak hesaplanmıştır. Bu çerçevede; %80 güç değerine ulaşmak için gözlem sayısı müdahale ve kontrol gruplarında 8'er birey olmak üzere, toplam 16 birey alınması uygun görülmüştür. Araştırma sürecinde yaşanabilecek kayıplar ve istatistiksel olarak testlerin anlamlılığı düşünülerek müdahale grubunda 16, kontrol grubunda 16 olmak üzere toplam 32 yaşlı birey örneklem kapsamına alınmıştır.

Uzman psikiyatri hemşiresi olan araştırmacı tarafından çalışmaya alınma kriterlerine uygun yaşlı bireylere eğitim durumlarına göre Standardize Mini Mental Test uygulanmıştır. Standardize Mini Mental Test puanı, 18-24 aralığında olan Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 26 ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 20 yaşlı birey arasından her bir kurumda torbaya konulan isimlerden rastgele 16 kişilik grup oluşturulmuştur. Sosyodemografik özelliklerden yaş ve cinsiyet değişkenlerinin benzerliği test edilerek sağlandığı görüldükten sonra, her bir kurumdaki 16 kişilik grup rastgele olarak 1

müdahale ve 1 kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Alt grupların oluşturulmasında randomizasyon için; yaşlı bireyler, kurumlarda ayrı ayrı olmak üzere erkek ve kadın olanların isimleri farklı torbalara konularak önce müdahale grubu için 8 yaşlı birey rastgele seçilmiş, daha sonra kontrol grubu için aynı seçim işlemi yapılmıştır.

Tablo 3.1' e göre, müdahale ve kontrol gruplarına alınan bireylerin yaş grubu ve ortalamaları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayıları, gelir durumu ve meslek dağılımları açısından benzer olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 3.1. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılması.

Sosyo-Demografik Özellikler	Gruplar				
	Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	Toplam (n=32)	χ^2/t	p
Yaş (yıl)	74.06±4.52	74.81±4.54	74.44±4,48	-0.468	0.643
	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş grubu					
<75 yıl	7 (%43.8)	7 (%43.8)	14 (%43.8)	0.001	1.000
≥75 yıl	9 (%56.2)	9 (%56.2)	18 (%56.2)		
Cinsiyet					
Kadın	7 (%43.8)	7 (%43.8)	14 (%43.8)	0.001	1.000
Erkek	9 (%56.2)	9 (%56.2)	18 (%56.2)		
Medeni durum					
Bekar	13 (%81.2)	12 (%75)	25 (%78.1)	0.001	1.000
Evli	3 (%18.8)	4 (%25)	7 (%21.9)		
Çocuk sahibi olma durumu					
Var	14 (%87.5)	16 (%100)	30 (%93.8)	0.533	0.484
Yok	2 (%12.5)	0 (%0)	2 (%6.2)		
Eğitim durumu					
Okur-yazar	4 (%25)	2 (%12.5)	6 (%18.8)	0.917	0.821
İlköğretim	7 (%43.8)	9 (%56.3)	16 (%50)		
Lise	3 (%18.8)	3 (%18.7)	6 (%18.8)		
Yüksekokul ve üzeri	2 (%12.4)	2 (%12.5)	4 (%12.4)		
Meslek					
Ev hanımı	5 (%31.3)	6 (%37.5)	11 (%34.4)	4.758	0.313
İşçi emeklisi	3 (%18.8)	1 (%6.2)	4 (%12.5)		
Memur emeklisi	6 (%37.5)	3 (%18.8)	9 (%28.1)		
Sanatçı	1 (%6.2)	1 (%6.2)	2 (%6.2)		
Serbest meslek	1 (%6.2)	5 (%31.3)	6 (%18.8)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	4 (%25)	5 (%31.2)	9 (%28.1)	2.159	0.340
Gelir gidere denk	10 (%62.5)	11 (%68.8)	21 (%65.6)		
Gelir giderden fazla	2 (%12.5)	0 (%0)	2 (%6.3)		

Tablo 3.2. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin yaşadıkları huzurevine ilişkin özellikler açısından karşılaştırılması.

Huzurevine İlişkin Özellikler	Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	Toplam (n=32)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Ziyaretçi gelme durumu				
Geliyor	11 (%68.8)	12 (%75)	23 (%71.9)	1.000
Gelmiyor	5 (%31.2)	4 (%25)	9 (%28.1)	
Ziyaretçi gelme sıklığı				
Hiç	5 (%31.2)	4 (%25)	10 (%31.2)	0.777
Haftada bir	7 (%43.8)	5 (%31.2)	11 (%34.4)	
15 günde bir	1 (%6.3)	1 (%6.3)	2 (%6.3)	
Ayda bir	2 (%12.4)	5 (%31.2)	7 (%21.8)	
Birkaç ayda bir	1 (%6.3)	1 (%6.3)	2 (%6.3)	
Yakınlarını ziyaret etme durumu				
Ziyaret ediyor	8 (%50)	7 (%43.8)	15 (%46.9)	1.000
Ziyaret etmiyor	8 (%50)	9 (%56.2)	17 (%53.1)	
Kurumda kalma süresi				
<24 ay	7 (%43.8)	5 (%31.2)	12 (%37.5)	0.140
24-48 ay	2 (%12.4)	7 (%43.8)	9 (%28.1)	
>48 ay	7 (%43.8)	4 (%25)	11 (%34.4)	
Kurumdan memnuniyet durumu				
Memnun	15 (%93.8)	12 (%75)	27 (%84.4)	0.189
Kısmen memnun	1 (%6.2)	1 (%6.2)	2 (%6.2)	
Memnun değil	0 (%0)	3 (%18.8)	3 (%9.4)	
İyi ilişki kurulan arkadaşın olması				
Var	13 (%81.2)	11 (%68.8)	24 (%75)	0.685
Yok	3 (%18.8)	5 (%31.2)	8 (%25)	
Arkadaş sayısının yeterli olması				
Yeterli	10 (%62.5)	7 (%43.8)	17 (%53.1)	0.479
Yetersiz	6 (%37.5)	9 (%56.2)	15 (%46.9)	

Tablo 3.2.'de görüldüğü üzere, müdahale ve kontrol grupları arasında ziyaretçi gelme durumu ve sıklığı, yakınlarını ziyaret etme durumu, kurumda kalma süreleri, kurumdan memnuniyet durumu, iyi ilişki kurulan arkadaşın olması durumu, arkadaş sayısının yeterli olduğunu düşünme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 3.3. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sağlıkla ilgili özellikleri açısından karşılaştırılması.

Sağlıkla İlgili Özellikler	Müdahale (n=16) n(%)	Kontrol (n=16) n(%)	Toplam (n=32) n(%)	p
Düzenli egzersiz yapma durumu				
Yapıyor	12 (%75)	6 (%37.5)	18 (%56.2)	0.075
Yapmıyor	4 (%25)	10 (%62.5)	14 (%43.8)	
Egzersiz yapma sıklığı				
Her gün	8 (%66.7)	3 (%50)	11 (%61.1)	0.627
3 günde bir	4 (%33.3)	3 (%50)	7 (%38.9)	
Demansın ilk belirlenme zamanı				
<24 ay	8 (%50)	9 (%56.2)	17 (%53.1)	1.000
≥24 ay	8 (%50)	7 (%43.8)	15 (%46.9)	
Kronik hastalık olması durumu				
Var	13 (%81.2)	15 (%93.8)	28 (%87.5)	0.600
Yok	3 (%18.8)	1 (%6.2)	4 (%12.5)	
Kronik hastalıklar*				
HT	7 (%43.8)	13 (%81.2)	20 (%62.5)	0.068
DM	7 (%43.8)	5 (%31.3)	12 (%37.5)	0.715
KY ve KAH	2 (%12.5)	7 (%43.8)	9 (%28.1)	0.113
KOAH-Astım	1 (%6.3)	2 (%12.5)	3 (%9.4)	1.000
Hipotiroidi ve Guatr	1 (%6.3)	1 (%6.3)	2 (%6.3)	1.000
Diğer hastalıklar	2 (%12.5)	3 (%18.8)	5 (%15.6)	1.000
İlaç kullanım durumu				
Kullanıyor	15 (%93.8)	16 (%100)	31 (%96.9)	1.000
Kullanmıyor	1 (%6.2)	0 (%0)	1 (%3.1)	
İlaçlar*				
Antihipertansif	5 (%31.3)	13 (%81.3)	18 (%56.3)	0.013*
Antidiyabetik	7 (%43.8)	4 (%25)	11 (%34.4)	0.457
Antidemans	14 (%87.5)	10 (%62.5)	24 (%75)	0.221
Antikuagülan	4 (%25)	6 (%37.5)	10 (%31.3)	0.703
Diüretik	2 (%12.5)	2 (%12.5)	4 (%12.5)	1.000
H2 reseptör antagonisti	0 (%0)	5 (%31.3)	5 (%15.6)	0.043*
B vitamini	0 (%0)	4 (%25)	4 (%12.5)	0.101
Diğer ilaçlar	3 (%18.8)	8 (%50)	11 (%34.4)	0.137

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 3.3' e göre, müdahale ve kontrol grupları arasında düzenli egzersiz yapma durumu ve egzersiz yapma sıklıkları, demansın ilk belirlenme zamanı, kronik hastalık bulunma durumu ve ilaç kullanım durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında antidekans ilaç kullanım durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunun antihipertansif ilaçlarını kullanma oranı (%81.2), müdahale grubundan (%43.8) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında kronik hastalıkların görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

3.3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 65 yaşından büyük olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- Türkçe'yi akıcı bir şekilde konuşuyor olan,
- Bir hekim tarafından DSM V' e göre demans tanısı konulmuş olan,
- Standardize Mini Mental Değerlendirme skoru 18-24 aralığında olan,
- Grup katılımı için yeterli görme ve duyma işlevlerine sahip olan yaşlı bireyler çalışmaya dahil edilmiştir (97,98,99,100).

3.3.4. Araştırmaya Alınmama Kriterleri

- Kişisel dosyasından alınan bilgilere göre grup uyumu ve bütünlüğünü bozacak nitelikte ruhsal ya da fiziksel sağlık sorunu olan (100,101).

3.3.5. Araştırmayı Sonlandırma Kriterleri

Devam düzensizliği ve geç kalma gibi nedenlerle grup sürekliliği ve sağlamlığını tehdit eden, grup ödevlerine katılım göstermeme vb. gibi nedenlerle uyumsuz olan, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle grup çalışmalarına devam edemeyen yaşlı bireylerin çalışmasının sonlandırılması düşünülmüştür (101). Ancak bu nedenlerle çalışmadan çıkarılmış bir katılımcı olmamıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA FORM VE ARAÇLARI

Araştırmanın verileri aşağıda yer alan form ve araçlar aracılığı ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek I),

3.4.2.a. Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Beş yıl ve üzeri eğitilmişler için) (Ek II)

3.4.2.b. Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Eğitimsizler için) (Ek III)

3.4.3. Apati Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Ek IV)

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek I)

Konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu; bireye ilişkin sosyo-demografik özellikleri sorgulayan (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek vb.) 18 soru, hastalıklar ve tedavi ile ilişkili özellikleri sorgulayan 7 soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır (100,101).

3.4.2.a-b. Standardize Mini Mental Test (SMMT) (Ek II-III)

Folstein et al. (102) tarafından bilişsel işlevleri değerlendirmek amacı ile 1975 yılında geliştirilen Standardize Mini Mental Test (SMMT)'in, Molloy et al. (103) geliştirdiği "Standardize Uygulama Kılavuzu" ile uygulanabilirliği ve güvenilirliği artırılmıştır. Bu test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere bilişsel işlevleri ölçen beş alt grupta toplanmış 11 maddeden oluşmaktadır. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen SMMT'de, her doğru yanıt bir puan verilmektedir. Orijinal olan SMMT sadece batı toplumlarında uygulanmış ve okur-yazarlık testin uygulanmasında ön şarttır. Ülkemizde sosyokültürel farklılıklar göz önüne alınarak SMMT'in geçerlilik ve güvenilirliği Gülgen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır (104). Gülgen ve ark. (104), çalışmada ölçeğin eşik değerinin 23/24 olduğu, bu değer 0.91 duyarlık, 0.95 özgüllükte olduğu ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Pearson katsayısı: 0.99, Kappa: 0.92). Keskinoğlu ve ark. (105), 2008'de eğitim gibi sosyokültürel farklılıklara göre SMMT'in eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonu yeniden düzenlenmiş ve eğitilmiş bireyler için 22/23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90.9), seçiciliğe (%97); eğitimsiz yaşlılar için 18/19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82.7), seçiciliğe (%92.3), pozitif olabilirliğe (10.74), negatif olabilirliğe (0.19) sahip olduğu saptanmıştır. SMMT bu düzenleme sonucunda, zaman ve yer yönelimi, cümle tekrarlama, cümle yapılandırma ve şekil kopyası maddelerinde yapılan değişikliklerle daha basit ve anlaşılır hale getirilmiştir. Eğitilmiş ve eğitimsizler için olan SMMT'ler, soruların okur yazar olup olmama becerisine göre uygulanabilir ve anlaşılabilir olması açısından farklıdır. SMMT için 23/24 puanları demans için sınır puan kabul edilmekle birlikte; SMMT skorunun 18-23 puan arası hafif evre, 10-17 puan arası orta evre ve 10 puan ve daha az ise ciddi demans olarak değerlendirilmektedir (105). Bu çalışmada bireylerin eğitim durumlarına göre uygun olan SMMT araştırmacı tarafından, hem ön testte hem de son testte her iki grupta yer alan bireylere uygulanmıştır.

3.4.3. Apati Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Ek IV)

Marin et al. (106), tarafından 1991’de geliştirilen ADÖ’nün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Gülseren ve ark. (107), 2001’de gerçekleştirilmiştir. ADÖ, bireyin günlük yaşamındaki hobi ve uğraşlarına, bunlardan zevk almasına odaklanmakta ve bu alanlardaki yitimini ölçmektedir. Bu ölçeğin, kendini değerlendirme ölçeği ve klinisyen değerlendirme formu bulunmaktadır. ADÖ Türkçe formunun güvenilirlik analizlerinde Cronbach alfa katsayısı kendini değerlendirme formu için 0.92, klinisyen formu için ise 0.94 bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının, kendini değerlendirme formu için 0.34-0.77 ve klinisyen formu için 0.41-0.89 değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik analizinde multirat-multimetrot matris uygulanmıştır. Uyuşma ve ayrışma geçerlilik katsayılarının hepsi pozitif değerdedir ve uyuma katsayıları 0.76-0.95’dir (107). Bu çalışmada ön testteki ADÖ iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alpha) 0.628, son testteki ADÖ iç tutarlılık katsayısı ise 0.84 olarak saptandı.

ADÖ, toplam 18 madde içermekte ve dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Puanlar 1-4 arasında verilmekte ve 1 hiç karakteristik değil, 4 ise çok karakteristik karşılamaktadır. Ölçeğin 6., 10. ve 11. maddeleri ters yöndedir ve puanlama buna göre ters yönde yapılmaktadır. ADÖ’ nin toplam puanı, maddelerin her birinden elde edilen puanın toplanması ile bulunur ve 18-72’dir. Düşük puan daha fazla apatiyi temsil eder. Ölçeğin bu Türkçe formunun çalışmasında, herhangi bir kesme puanı hesaplanmamıştır (106,107).

3.5. UYGULAMA

3.5.1. Ön Uygulama

Kişisel Bilgi Formu’nun işlerliğini test etmek için demansı olan yaşlı bireylerle 5 ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak “Kişisel Bilgi Formu”na son şekli verilmiştir.

3.5.2. Verilerin Toplanması ve Uygulama

Müdahale grubundaki bireylere uzman psikiyatri hemşiresi olan araştırmacı tarafından 3 ay boyunca haftada bir gün 60 dakika internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulanırken, kontrol grubundakilerle aynı süreçte haftada bir defa 25-30 dakikalık oturumlarda anımsamayla ilişkili olmayan konularla ilgili yapılandırılmamış

sosyal görüşmeler yapılmıştır. Uzman psikiyatri hemşiresi olan araştırmacı tarafından hem müdahale grubundaki hem de kontrol grubundaki bireylerin, girişimler uygulanmadan önce ve girişimlerin 3. ayının sonunda Standardize Mini Mental Test Türkçe versiyonu ile bilişsel durumları ve Apati Değerlendirme Ölçeği ile apati durumları değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmanın başlangıcında bireylerle ilgili değişkenler hakkında bilgi toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

3.5.2.1. Müdahale Grubuna Yapılan Uygulamalar

Bu araştırmada, grup anımsama terapisi haftada bir defa, her hafta bir konu/tema üzerinde çalışılacak şekilde toplam 12 hafta 60 dakikalık oturumlarla uygulanmıştır (70).

Üyelerin birbirleriyle deneyimlerini paylaşmalarına olanak veren en uygun grup büyüklüğü en az 4-5'ten en fazla 12'ye kadar olabilmekte; 7-8 kişilik gruplar tüm hastalar arasındaki iletişimi desteklediğinden önerilmektedir. Bu çalışmada, araştırma kapsamındaki demansı olan yaşlı bireylerdir. Bu nedenle grup paylaşımının zenginliğini desteklemek gerektiği göz önünde bulundurularak her bir gruptaki birey sayısı 8 olarak belirlenmiştir (100,101).

Bu çalışmada Schweitzer P. and Bruce E. (70), tarafından oluşturulan grup anımsama terapisi uygulama rehberi temel alınmıştır. Anımsama terapisi uygulamasında gerçekleştirilen haftalık oturumlar, bireylerin yaşam döngülerindeki önemli deneyimlerine dayanmaktadır. Bu oturumlarda araştırmacı tarafından o haftanın teması/konusuna uygun getirilen resim, nesne vb. gibi materyallerin yanında katılımcılardan da varsa fotoğraf, resim vb. klasik anımsatıcıları getirmeleri istenmiştir. Bu materyaller anımsama terapisinde paylaşımların derinliği ve zenginliği açısından önemli görülmektedir. Bu çalışmada, klasik anımsatıcılardan farklı olarak uygulamaya eklenen temaya uygun internet temelli videolar kullanılmıştır. Bu videoların bilişsel bozukluğu ve apatisi olan insanlarda gerçeğe daha yakın ve çoklu duyuşsal uyaran niteliğinde olduğu için düşünce, dikkat, yoğunlaşma, bellek ve duygudurumu daha fazla etkileyebileceği düşünülmüştür. Bireylerin yaşlarından yola çıkarak onların çocuklukları, okul yılları, evlendiği vb. gibi deneyimleri yaşadığı dönemleri yansıtan, internet temelli videolara Youtube'dan ulaşılmıştır. Youtube'dan ulaşılan bu videolar yaşlı bireylerin geçmişlerindeki eski oyunlar, oyuncaklar, okul yaşamı, marşlar, evlilik

törenleri, ev eşyaları, kısa filmler, eski şehir görüntüleri, yemekler, meslekler, şarkılar vb. içermektedir. Araştırmacı tarafından, çocukluk, işe başlama ve çalışma, evlilik vb. temalar açısından bireylerin geçmiş deneyimlerini içerebileceği düşüncesiyle o yıllara rastlayan videolar tercih edilmiştir.

Çalışmadaki oturumların konuları giriş, çocukluk ve aile yaşamı, okul yaşamı, işe başlama ve iş yaşamı, eğlence, evlilik, ev/bahçe işleri ve hayvanlar, bebek ve çocuklar, yiyecek ve yemek pişirme, tatil ve seyahat, kutlama ve değerlendirmedir. Bu temaların/konuların işlendiği her bir oturumda 5-10 dakika süren ve oturuma özgü olan açılış ve ısınma aktivitelerinden sonra, temel aktiviteler ve paylaşımlar gerçekleştirilmiştir. Tema/konuyla ilgili aktiviteler ve paylaşımların derinliği ve zenginliğini güçlendirmek için her oturumda klasik anımsatıcılarla gerçekleştirilen aktiviteler ve paylaşımlara ek olarak temaya uygun internet temelli videolar gösterilerek, sonrasında grup paylaşımı sağlanmıştır. Tema/konuyla ilgili temel aktiviteler ve paylaşımlar tamamlandıktan sonra oturum özetlenerek, gelecek olan tema ile ilgili duyuru yapıp, kısa bilgiler alındıktan sonra oturum kapatılmıştır (70).

Bu oturumlar yaşlı bireylerin kolaylıkla ulaşabilecekleri kurum içindeki çok amaçlı salonda gerçekleştirilmiştir. Oturumların gerçekleştirileceği bu ortamda sessizlik, uygun ısı ve ışık gibi ayrıntılar göz önünde bulundurularak güvenli ve rahat bir çevre oluşturulmuştur. Oturumlarda gerçekleştirilen bazı aktiviteler dışında grup üyelerinin birbirleriyle uygun göz teması, işitme ve iletişim kurabilmeleri açısından daire şeklinde oturma düzeni sağlanmıştır.

Oturumlar, 15 Mayıs 2016 tarihinden itibaren haftada bir defa yaşlı bireylerin uyku, yemek, hastaneye gitme saatleri dışında, en uygun zaman aralığı olan 10:30'da gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubuna yönelik internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisi oturumlarının gerçekleştirildiği Pazartesi (Adana Huzurevi) ve Perşembe günleri (Seyhan Huzurevi) 09:00-17:00 arasında kurumlarda bulunulmuştur. 12 haftalık oturumlar gerçekleştirildikten sonra hastanede yatma ve hastalık gibi nedenlerle oturumlara katılamayan yaşlılar için telafi oturumları gerçekleştirilmiştir. Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 4 kişi için Çocukluk ve Okul Yaşamı, Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 2 kişi için Çocukluk oturumlarının telafisi gerçekleştirilmiştir. 25 Ağustos 2016 tarihinde çalışmanın uygulaması sonlandırılmıştır.

Bu çalışmada gerçekleştirilen grup anımsama terapisi uygulamasında, yaşlı bireylerden bazılarının ilk oturumlarda paylaşımlarının az olduğu gözlenmiştir. Fakat 3., 4. oturumlardan sonra yaşlı bireylerin paylaşımlarının arttığı, genel olarak oturumlara istekli geldikleri görülmüştür. Bunun yanında oturumlarda kullanılan internet temelli geçmiş yaşam videolarının ilgi çekici ve paylaşımları arttırdığı fark edilmiştir.

Müdahale grubuna yönelik girişim olan grup anımsama terapisinin haftalık oturumları o haftanın teması/konusuna göre şu şekildedir:

3.5.2.1.1. Birinci Oturum: Giriş

Bu oturumun amacı katılımcılarla tanışmak ve katılımcıların birbirleriyle tanışmalarını sağlamak, anımsamayı başlatmak, ilgi ve merak uyandırmaktır.

3.5.2.1.1.a. Açılış

Katılımcılara hoş geldikleri söylenerek, oturumlara gelme gücünü gösterdikleri için teşekkür edilir. Daire şeklinde oturma düzeni verilen sandalyelere oturmaları için yönlendirilirken, önceden hazırlanan isim etiketlerini yakalarına takmalarına yardımcı olunur. Grup lideri olan araştırmacı, bütün bireylere “Hoş geldiniz” diyerek kendini tanıtır, çalışma hakkında kısaca bilgi verir, 12 hafta boyunca haftanın bir günü planladıkları tarih ve saatte görüşeceklerini açıklar. Bu sürede gruptaki bireylerin diğerlerini tanıyacaklarını, bazı anılarını yeniden keşfedeceklerini ve eğlenceli olacağını beklediğini açıklar. Grup lideri bir egzersizle başlamayı önerir.

3.5.2.1.1.b. Isınma

Grup lideri öncelikle bu ısınma egzersizinin nasıl yapılacağını açıklar. Her bir katılımcının sırayla ismini ve hoşlandığı bir şeyi söylemesini ister. Grup lideri yürüyüş, alışveriş, müzik dinleme gibi örnekler vererek hatırlatma yapabilir. Gruptaki bütün bireyler diğerlerini dinler ve grubun son üyesinden sonra grup lideri kendi adını ve hoşlandığı şeyi ekleyerek gruptakilerin söylediklerini tekrar eder. Böylece grupta olduğunu da hissettirmiş olur. Bu egzersiz, gruptaki bireylerin isimleri ve onlarla ilgili çağrışıma neden olan bağlantıları hatırlamaları için yardım eder.

3.5.2.1.1.c. Temel Aktiviteler

a. Grup içinde katılımcıların isimleri hakkında konuşulur. Her bir katılımcının isminin nereden geldiği, bu ismi kimin seçtiği, ismin aile öyküsü, varsa rumuzlar, katılımcıların

farklı ortamlarda kullandığı isimler, isim değişiklikleri, katılımcı bireylerin seçme şansı olsaydı hangi ismi seçmek istedikleri konuları isimle ilgili tartışmalarda yer alabilir.

b. Grup lideri tarafından katılımcıların her biri, kendi ismini söyleyip diğerlerini merhaba demenin farklı yollarını kullanarak selamlamaları için davet edilir. Grup lideri bunların bazılarını göstererek başlatır.

c. Grupta üyelerin nerede büyüdüğü tartışılır. Grup lideri her bir üyeyi çocukluğunda yaşadığı yeri anlatması için davet eder. Grup lideri katılımcıları temaya uygun internet temelli videoları izlemeleri için yönlendirir ve sonrasında duygu ve düşünceleri tartışılır. Katılımcıların bununla ilgili ortak ve benzeşen yönleri grup lideri tarafından vurgulanır.

d. Grup lideri katılımcılardan yaşamlarındaki bir dönem ya da yerle ilgili bir şarkı düşünmelerini ister ve çoğunluk tarafından kabul edilen bir tanesi söylenir ve internet temelli videolar aracılığıyla dinlenir.

3.5.2.1.1.d. Kapanış

Grup lideri o günkü oturumu özetler ve gruba gelecek oturumun tema/konusunu açıklar. Katılımcılardan diğer hafta için gençlik fotoğraflarını ve/veya çocukluğuyla ilgili birkaç obje getirebilirlerse getirmelerini ister ve her birine geldikleri için teşekkür ederek onlara bireysel olarak veda eder.

3.5.2.1.2. İkinci Oturum: Çocukluk ve Aile Yaşamı

Bu oturumun amacı gruba ait olma duygusunu geliştirme, anımsama ile ilgili yaratıcı aktiviteleri ortaya koyma ve tanıtmaya, katılımcıların çocukluklarını yeniden deneyimlemesi ve anımsama için işbirliği içinde çalışmaktır. Bu oturumda anımsamayı hatırlatıcı olarak kullanılacak anımsatıcı materyaller aile fotoğrafları, aile ağacı, ip atlama vb. gibi çocukluk oyunları ve bunlarla ilgili internet temelli videolardır.

3.5.2.1.2.a. Açılış

Grup lideri katılımcılara bireysel olarak hoş geldiklerini söyleyerek, gelme gücü gösterdikleri için teşekkür eder ve bir önceki oturumu özetler. Katılımcıların bir önceki hafta söyledikleri rumuzları, hoşlandıkları şeyleri de hatırlatır. Daha sonra katılımcılar isim etiketleri verilerek yerlerine oturtulurlar.

3.5.2.1.2.b. Isınma

Katılımcılar getirdikleri anımsatıcı materyalleri paylaşmaları için davet edilir. Ancak bunun için çok fazla süre harcanmamalıdır.

3.5.2.1.2.c. Temel Aktiviteler:

a. Grup lideri grup üyelerinden dede, amca, teyze, büyük anne, kapı komşusu gibi önemli bir aile üyesi ya da geçmişindeki önemli bir komşusunu hatırlamalarını ister. Grup lideri katılımcılara onlar hakkında genel görünüşleri, alışkanlıkları, davranışları, neler yaptıkları vb. gibi ayrıntılarla ilgili sorular sorarak anımsamalarına yardımcı olur. Katılımcıların bunlarla ilgili ortak yönleri grup lideri tarafından vurgulanır.

b. Grup üyeleri getirdikleri anımsama materyallerini ya da araştırmacı tarafından getirilen resim, çocukluk oyunları vb. gibi materyallerden birini seçerek gruba yakın bir yerde yer alan masaya yerleştirmeleri için tek tek davet edilir. Grup lideri katılımcılardan bu sırada bu materyalleri açıklamasını ister.

Çay Arası: Grup üyelerine çay ve atıştırmalık ikram edilir. Çay arasında çocukluk oyunları konuşulur.

c. Katılımcılara onların çocukluk dönemlerine özgü oyunların yer aldığı daha önceden belirlenen internet temelli videolar gösterilir ve grup üyelerinin çoğunluğu tarafından seçilen bu oyunlardan birisi oynanır ve grup üyeleri tek tek bu oyunla ilgili anılarını paylaşması için davet edilir. Bu grup üyelerinin diğer üyelerle yeni bağlantılar kurması ve kaynaşmaları için bir fırsat olabilir.

d. Grup lideri grup üyelerine bu oyunlarla ilgili bir şarkı, söyleyiş vb. olup olmadığını sorar ve hatırlanan bir tanesi hep birlikte söylenir ve bu videolardan dinlenir.

3.5.2.1.2.d. Kapanış

Grup lideri o günü özetler, gelecek haftanın temasını duyurarak okul hayatları ile ilgili fotoğraf, ödül, karne vb. anımsatıcı materyal varsa getirmelerini ister. Herkese geldikleri için teşekkür eder ve bireysel olarak "Hoşçakalın" der.

3.5.2.1.3. Üçüncü Oturum: Okul Yaşamı

Bu oturumun amacı katılımcıların gruba bağlılık duygularını geliştirmelerini sürdürme, okul yaşamının iyi ve kötü yönlerini yeniden deneyimleme, ortak deneyim duygusu oluşturmaktır. Bu oturumda anımsatıcı materyal olarak yazı tahtası, okul çantası, kalem,

silgi, açacak, tebeşir, karne, küre, top ve bunlarla ilgili internet temelli videolar kullanılır.

3.5.2.1.3.a.Açılış

Grup lideri, katılımcılara hoş geldiniz diyerek önceden bir sınıf ortamı şeklinde düzenlenen sandalyelere oturmaları için yardım eder. Grup lideri öğretmen gibi rol yaparak elindeki listede oturanların isimlerinin yanına işaret koyar ve “Günaydın çocuklar” der ve grup “Günaydın” diyerek cevap verir.

3.5.2.1.3.b.Isınma

Grup lideri grup üyeleri arasında bir okul çantası dolaştırır ve her birey bu çantaya kalem kutusu, ödev, sigara, magazin dergisi, bozuk para vb. gibi şeyleri atması için davet edilir.

3.5.2.1.3.c.Temel Aktiviteler

a. Grup lideri öğretmen rolünden çıkarak grup üyelerine burası bir sınıf olsaydı duvarlarının nasıl olabileceği, hangi mobilyaların bulunabileceği, öğretmenin ne giyebileceği, öğretmenin yaramaz çocuklara nasıl davranabileceği gibi bireylerin okul ve sınıf deneyimlerine ilişkin sorular sorar ve bu konuyla ilgili tartışmayı destekler.

b. Grup lideri grup üyelerinin hepsini ayağa kaldırır ve grubun çoğunluğu tarafından önerilen bir marş ya da bir şiir okutur.

Çay arası: Grup üyelerine ayran ve simit ikram edilir.

c. Grup lideri grup üyelerine geçmiş okul deneyimleriyle ilgili internet temelli videoları izletir ve grup içinde bu konuyla ilgili etkileşimi destekler.

d. Grup lideri grup üyelerine okulda kazandıkları bir ödül olup olmadığını sorar ve ödül alan varsa onu grup önüne çıkarıp bu deneyimlerini paylaşmasını ister ve bununla ilgili bir ödül töreni sahnelerler.

e. Grup lideri grup üyelerine okuldayken ders aralarında sıklıkla oynadıkları oyunları sorar ve uygun bir tanesi izlenir ve oynanır. Bunun yanında grup lideri anımsatıcı materyaller hakkında konuşmaları için destekler.

3.5.2.1.3.d.Kapanış

Grup lideri oturumu özetler ve gruba yapabilirlerse anılarındaki öğretmen ya da okul arkadaşlarıyla ilgili bir resim çizmelerini ister. Grup lideri gelecek oturumun temasını açıklar ve katılımcılardan gelecek haftayla ilgili sertifika, madalya vb. gibi anımsatıcı materyaller varsa getirmelerini ister. Katılımcılara okulla ilgili paylaştıkları için teşekkür eder ve bireysel olarak vedalaşır.

3.5.2.1.4. Dördüncü Oturum: İşe Başlama ve İş Yaşamı

Bu oturumun amacı katılımcıların geçmiş başarı ve becerilerini takdir etmek, grup üyeleri arasındaki ortaklığı ve paylaşılan anıları bulmak, grup üyelerinin iş deneyimlerindeki farklılığı ve çeşitliliği kutlamak, deneyimsiz ve genç olmanın keyfini yeniden keşfetmektir. Bu oturumda anımsamayı uyarıcı materyaller, iş aletleri, önlük, tulum, çıraklık sertifikası, eski paralar ve bunlarla ilgili internet temelli videolardır.

3.5.2.1.4.a.Açılış

Grup lideri herkesi selamlar ve “Kart Basma” sistemi doğaçlama gerçekleştirilir.

3.5.2.1.4.b.Isınma

Grup lideri grup üyelerini bir makine gibi arka arkaya sıralar ve ilk üye işiyle ilgili bir ses çıkarır ya da hareket yapar. Diğerleri de ekleyerek onu izler. Katılımcılar gittikçe gürültülü bir makine yaparlar.

3.5.2.1.4.c.Temel Aktiviteler

- a.** Grup üyelerine meslekleriyle ilgili internet temelli videolar gösterilir ve grup tartışması desteklenir.
- b.** Grup üyeleriyle ilk maaşları ve bu maaşları nasıl harcadıkları tartışılır.
- c.** Grup üyeleriyle anımsatıcıları kullanarak iş yaşamlarına ilişkin hikâyeleri konuşulur. Bu anımsatıcılardan yararlanılarak grup üyelerinden bazılarının önceki mesleklerini sahnelemelerine yardım edilir. Bu oyunda bütün grup üyelerinin rol aldığından emin olunur. Bu aktivitenin sonunda grup üyelerinin düşünceleri, duygularını paylaşmaları sağlanır.

3.5.2.1.4.d.Kapanış

Grup lideri oturumun unutulmazlarını herkese hatırlatır ve herkesin bugünkü oturumda en çok etkilendiklerini açıklamasına izin verir. Gelecek temayı duyurur ve eğlenme, sinema gibi en çok ilgili oldukları aktiviteyle ilgili anımsatıcı materyaller varsa getirmelerini söyler. Lider üyelere gençliğindeki dansları ve müzikleri sorar. Bunlarla ilgili CD, kaset vb. varsa getirmelerini ister. Grup lideri katılımcılara tek tek geldikleri için teşekkür eder ve vedalaşır.

3.5.2.1.5. Beşinci Oturum: Dışarı Çıkma ve Eğlenme

Bu oturumun amacı geçmiş zevkleri hatırlamak, genç ve güzel hissetmenin nasıl olduğunu hatırlamak, sinema, dans, ruj, parfüm gibi ortak deneyimleri paylaşmak, farklı hobi ve ilgileri kutlamaktır.

3.5.2.1.5.a.İsınma

Grup içinde ikili gruplar halinde bir kişi aynayı tutma rolünde, diğeri ise saçını tarayan, makyaj yapan, traş olan, kravat takan, takı takan rolünde görev alır. Bazı katılımcılar dışarıya çıkmak için bir şeyler giydiğini hatırlayıp anlatarak diğeri bunu keşfetmeye çalışır.

3.5.2.1.5.b.Temel Aktiviteler

a. Grup lideri grup üyelerinin gençliğindeki flört etme stratejileri, ebeveynlerin gençlere tavsiyeleri, ıslık çalma vb. gibi özel ilişkilerindeki deneyimlerini paylaşmaları için destekler.

b. Oturma düzeni sinema şekline getirilir. Katılımcılar öncelikle biletlerini alır, yerlerine oturur. Grup lideri katılımcılara hangi filmi izlemek istediklerini sorar ve onların söylediklerine göre grup lideri filmin dram, komedi gibi türlerini söyler. Grup üyeleri de filmin türüne göre uygun yüz ifadesi, beden dili ile tepki gösterir. Grup lideri egzersiz başında grup üyelerine bunları açıklar.

Çay Arası: Çay arasında patlamış mısır ve gazoz ikram edilir. Bunlar anımsamayı uyarabilir.

c. Grup üyelerine nostaljik sinema ve kısa film görüntüleri gösterilir ve sonrasında tartışmaları desteklenir.

3.5.2.1.5.c.Kapanış

Grup lideri oturumu özetler ve grup üyelerinden oturumla ilgili yorumlarını anlatmalarını ister. Gelecek oturumun temasını açıklar ve evlilikle ilgili anımsatıcı materyalleri varsa onları getirmelerini ister.

3.5.2.1.6. Altıncı Oturum: Evlilik

Bu oturumun amacı, bireylerin geçmişteki eşleriyle olan ilişkilerinin önemini hatırlatmak, yalnız olan ya da eşi ölmüş olan bireyleri desteklemek, yaşamlarındaki önemli bir ana odaklanmalarını sağlamak ve katılımcıların ortak deneyimlerini paylaşmalarını sağlamaktır. Bu oturumda anımsamayı kolaylaştıran uyarıcılar aile cüzdanları, evlilik yüzüğü, düğün fotoğrafları, aşk mektupları ve internet temelli videolardır.

3.5.2.1.6.a.Açılış

Grup lideri, katılımcılar oturumların gerçekleştirildiği odaya geldiklerinde sanki bir düğün törenine gelmişler gibi onlara hoş geldiklerini söyleyerek, damadın ya da gelinin yakını olup olmadıklarını sorar ve yerlerini gösterir. Grubun damat ve gelinle ilgili konuşmalarını destekler.

3.5.2.1.6.b.Isınma

Gruptaki bireyler bir düğüne gidiyormuş gibi hazırlandıkları bir sahne sergilerler. Kadınlar saçlarını tarar, makyaj yapar, duruşuna bakar. Erkekler traş olur, saçlarını tarar, ayakkabılarını parlatır. Gruptaki bazı bireylerde onlara ayna tutarlar.

3.5.2.1.6.c.Temel Aktiviteler

a. Grup içinde iki katılımcının damat ve gelini oynaması istenir ve diğer katılımcılara da düğün töreni ile ilgili başka görevler verilir. Grup üyelerine konfeti, gül yaprağı verilir ve isterlerse evli çiftlere iyi dileklerini sırasıyla iletmeleri için desteklenirler. Grubun gelin ve damat ile evlilik fotoğrafları çekilir. Grup lideri herkesi evlilik hikayelerini paylaşmaları için destekler. Grup lideri grup üyelerinin evlilikle ilgili gelenekleri, evlilik hediyeleri, çeyizler gibi konuları paylaşmaları için destekler, ortaklıkları vurgular.

b. Grup içinde getirilen evlilik fotoğrafları ve nesnelere bakılır. Grup lideri katılımcıların getirdikleri ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaları için destekler.

c. Grup üyelerinin evlilik tarihleri öğrenilir ve bir tabloya kadınların evlilik öncesi soyadları ile birlikte sırasıyla yazılır. Bu tablo grup üyelerinin göreceği şekilde yerleştirilir.

d. Grup üyelerine geçmiş evlilik ve düğün törenlerine ilişkin internet temelli videolar gösterilir ve paylaşım desteklenir.

3.5.2.1.6.d.Kapanış

Grup lideri katılımcıları bu oturumla ilgili hatırlayacaklarını ifade etmeleri için sırasıyla davet eder. Lider bir sonraki haftanın tema/konusunu açıklar ve ev işleri, bahçe işleri, hayvan bakımı ile ilgili nesnelere getirmelerini ister. Katılımcılara geldikleri ve anılarını paylaştıkları için tek tek teşekkür eder ve bireysel olarak vedalaşır.

3.5.2.1.7. Yedinci Oturum: Ev ve Bahçe İşleri, Hayvanlar

Bu oturumun amacı ev yaşamındaki anılarını uyarmak, ev yaşamındaki dekorasyon, bahçe işleri, hayvan bakımı, para yönetimi gibi aktivite ve becerilerini hatırlamalarını sağlamaktır. Bu oturumda anımsamayı kolaylaştırıcı nesnelere boya fırçası ve boyalar, bahçe aletleri, köpek tasma, çekiç, çivi, mobilya katalogları ve internet temelli videolardır.

3.5.2.1.7.a. Açılış

Grup lideri grup üyelerine hoş geldiklerini söyleyerek tek tek geldikleri için teşekkür eder. Grup lideri grup üyelerinden bazılarının önce yaşadığı yerlerle ilgili edindiği bilgilerden söz eder.

3.5.2.1.7.b. Isınma

Grup lideri grup üyelerinin çamaşır yıkama, kazma, duvarları boyama, bir kediyi ya da köpeği okşama gibi eylemleri sırasıyla taklit etmeleri için onları yönlendirir. Grubun diğer üyeleri de bu kişinin taklit ettiği eylemin aynısını yapmaya çalışır.

3.5.2.1.7.c. Temel Aktiviteler

a. Grup lideri ve grup üyelerinin getirdiği anımsatıcılar herkesin göreceği şekilde yerleştirilir ve grup üyeleri bunlarla ilgili konuşmaları için desteklenir. Bu sırada ev yaşamı, geçmişteki bahçe deneyimleri, hayvan bakımıyla ilgili anılarını paylaşmaları için cesaretlendirilirler.

b. Grup üyeleri hayvanlar hakkında ve ev işleriyle ilgili internet temelli videolar gösterilir ve anılarını paylaşımları için desteklenirler.

Çay Arası: Grup üyelerine piknik tabaklarıyla atıştırmalık ve çay ikram edilir.

c. Grup lideri grup üyelerine huzurevinin bahçesinde toprağı kazmaları ve bitkiler dikmeleri için yardım eder. Bu aktivite sırasında bununla ilgili anılarını paylaşımları için destekler.

3.5.2.1.7.d.Kapanış

Grup lideri grup üyelerine teşekkür eder ve bir sonraki oturumun tema/konusunu açıklar. Gelecek oturumda varsa baktıkları, bildikleri, sevdikleri çocukları, yeğenleri ya da başka çocukların ve bebeklerin fotoğraflarını getirmelerini söyler. Herkesle bireysel olarak vedalaşır.

3.5.2.1.8. Sekizinci Oturum: Bebekler ve Çocuklar

Bu oturumun amacı, grup üyelerinin sevme, oynama, onlar için büyük ve güçlü olma, sarılma, gürültü ve hareketlilik gibi çocuklar ve çocuk bakımıyla ilgili anılarını anımsaması, ortak deneyimleri paylaşması, geçmişteki yeterlilik ve sorumluluklarını hatırlaması ve bakım verdiği çocukların büyüdüğünde nasıl farklılaştıklarını fark etmelerini sağlamaktır. Bu oturumda eski biberonlar, bebek bezi, mama önlüğü, bebek kıyafetleri, bebek fotoğrafları ve internet temelli videolar kullanılan anımsatıcılardandır.

3.5.2.1.8.a.Açılış

Grup lideri oturuma gelen grup üyelerini selamlar ve onlara kucağında bir bebek gösterir. Herkesten bu bebek için bir isim ve cinsiyet seçmesini ister. Grup üyelerini seçtikleri isim, cinsiyet ve verecekleri hediye için ifade etmeleri için davet eder.

3.5.2.1.8.b.Isınma

Grup için bir birey bu bebeğe sarılma, onu yürütme, besleme gibi aktiviteleri sahneler diğerleri de onu taklit ederler. Grup lideri grubun bu aktiviteyi gerçekleştirmesine yardım eder.

3.5.2.1.8.c. Temel Aktiviteler

a. Bu oturum için getirilen anımsatıcılar grubun göreceği şekilde yerleştirilir. Grup üyeleri bu anımsatıcılardan birini seçmesi ve onun hakkında konuşması için davet edilir. Bireyler sırasıyla anılarını grupla paylaşırlar.

b. Grup içinde çocuk terbiyesinde olması ve olmaması gerekenler tartışılır. Çocuk yetiştirme ile ilgili değişen tutumlar hakkında konuşulur. Grup lideri grup üyelerinin hepsinin paylaşımında bulunması için onları yönlendirir.

Çay Arası: Çay arasında yaşlı bireylerin çocuklarına yedirdikleri atıştırmalıklar ve çay ikram edilir.

c. Grup üyelerine bebek ve çocukların bakımı ve büyütülmesi ile ilgili internet temelli videolar gösterilir. Grup içinde bireylerin bakıp büyüttüğü çocukları ve onların şimdiki durumu hakkında konuşulur. Bunlarla ilgili anıları paylaşmaları için grup üyeleri davet edilir.

d. Grup tarafından seçilen bir çocuk şarkısı ya da ninni hep birlikte söylenir, videolardan ninni klipleri izlenir.

3.5.2.1.8.d. Kapanış

Grup lideri bu oturumda onlar için önemli olanları ifade etmeleri için üyelere söz verir. Bundan sonra gelecek oturumun tema/konusunu açıklar ve gruba bir sonraki oturumda ne yapmak ve ne yemek istediklerini sorar. Grup üyelerinden bir sonraki hafta için masa dekorasyonuna yönelik malzemeler getirmelerini ister. Bireysel olarak tüm üyelere teşekkür eder ve vedalaşır.

3.5.2.1.9. Dokuzuncu Oturum: Beslenme ve Yemek Pişirme

Bu oturumun amacı grup üyelerinin besinler ve yemek yemeye ilgili hislerini hatırlamalarını, anımsamayı uyarıcı olarak koku, tat ve dokunmanın kullanılmasını, eski becerilerin hatırlanması ve uygulama olanağı bulmalarını, bir görevde diğerleriyle işbirliği yapmalarını sağlamaktır. Bu oturumda anımsamayı uyarıcı olarak tarif kitapları, tahta kaşıklar, karıştırma kaseleri, çay tepsisi vb. gibi pişirme ve servis araç ve gereçleri ve internet temelli videolardır.

3.5.2.1.9.a. Açılış

Grup lideri grup üyelerini selamlar ve bu oturumda yemek hazırlamayı planladıklarını hatırlatır. Katılımcılar planlanan yemeğin yapılabilmesi için hazırlanan masaya alınır. Grup lideri bütün gruba yemek yapılacağı ve birlikte yenileceğini açıklar.

3.5.2.1.9.b. Temel Aktiviteler

a. Grup lideri grup üyelerine planlanan yemeğin nasıl yapıldığına ilişkin internet temelli videoların gösterilmesini sağlar.

b. Grup lideri ve grup üyeleri birlikte planlanan yemeği yaparlar. Bu sürede bütün üyelerin sorumluluk aldığından emin olunur.

c. Grup üyelerinin getirdikleri de kullanılarak çekici bir masa grup üyeleri ile birlikte hazırlanır ve yapılan yemek servis edilir.

d. Grup üyeleri masaya oturmaları için yönlendirilir. Şarkılar söyleyerek bir kutlama atmosferi oluşturulur. Her birey için hastalıktan kurtulma, geçmiş ya da gelecek ay olan doğum günü, orada olma, torun sahibi olma vb. gibi bir kutlama sebebi bulunur. Yapılan yemekler hep birlikte yenilir.

e. Grup lideri grup üyelerinden yemek masasında iken en favori yemeklerinin ne olduğu ve neden o yemek olduğunu açıklamalarını ister. Grup üyelerinin seçtikleri yemekle ilgili anılarını paylaşmaları için destekler.

3.5.2.1.9.c. Kapanış

Grup lideri grup üyelerine geldikleri için tek tek teşekkür eder ve oturumu özetler. Grup lideri gelecek oturumun temasını açıklar ve onlardan geçmişte yapmış oldukları tatil ve seyahatlerle ilgili resim ve nesne getirmelerini ister.

3.5.2.1.10. Onuncu Oturum: Tatiller ve Seyahatler

Bu oturumun amacı, grup üyelerine kendi yaşamlarının zenginliği, maceraları ve yeterliliklerini hatırlatmak, yaşamlarında onlar için önemli olan yerleri ve coşkularını paylaşma fırsatı vermek, tatil ve seyahatlerini anımsatmak, farklı yerlerden gelenlerin yaşam deneyimlerini anlamaktır. Bu oturumda hediyelik eşyalar, sırt çantası, bavul, kartpostallar, harita gibi anımsamayı uyarıcı materyaller ve internet temelli videolar kullanılabilir.

3.5.2.1.10.a. Açılış

Grup lideri grup üyelerine bireysel olarak “Hoş geldiniz” diyerek, Türkiye haritasının yansıtıldığı büyük ekranı görecektir şekilde oturmaları için onları yönlendirir. Grup üyeleri sırasıyla yaşadığı, seyahat ettiği ya da tatile gittiği yeri seçmesi için davet edilir.

3.5.2.1.10.b. Temel Aktiviteler

a. Grup üyeleri açılışta seçtikleri birbirine yakın yerler ve neden orayı seçtikleri hakkında konuşmaları için yönlendirilir. Böylece katılımcılar onlar için özel olan yerler ve tatilleri ile ilgili ortak müdahaleimlerini görebilirler.

b. Grup üyelerinin tatile gittiği ve seyahat ettiği yerler ve oraya özgü özellikleri yansıtan internet temelli videolar gösterilir ve grup paylaşımı desteklenir.

c. Anımsamayı uyarıcı olarak getirilen nesnelere grubun ulaşacağı şekilde yerleştirilir ve her bir üyenin buradan bir nesne seçerek onunla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenir.

Çay Arası: Grup üyelerine illere özgü atıştırmalıklar ve çay ikram edilir.

d. Grup lideri grup üyelerine hatırladığı bir yerden bir kartpostal hazırlaması için yardım eder. Katılımcılar bu karta bir resim çizer, kime göndereceğine karar verir, bir mesaj yazar, bir adres belirtir ve o günün tarihini atar.

e. Grup üyeleri birlikte tatil ve seyahatle ilgili bir şarkı seçer ve söylerler.

3.5.2.1.10.c. Kapanış

Grup lideri oturumu özetler ve gruba üyelerin hazırladıkları kartpostallardaki mesajları okur. Programın sonuna yaklaşıldığını açıklar. Grup lideri gruba bir sonraki oturumun konusunu açıklar ve teşekkür ederek bireysel olarak hepsiyle vedalaşır.

3.5.2.1.11. On birinci Oturum: Kutlamalar

Bu oturumun amacı, grup üyelerine bu çalışma dışında birlikte olma olanağı sağlamaktır. Bu oturumda uyarıcı olarak grup üyelerinin çeşitli fotoğrafları kullanılabilir.

3.5.2.1.11.a. Açılış

Grup lideri grup üyelerine hoş geldiklerini söyleyerek, onlara geldikleri için teşekkür eder. Grup lideri grubun o ana kadar olan oturumlardaki deneyimlerini paylaşır.

3.5.2.1.11.b. Temel Aktiviteler

a. Grup lideri her bir grup üyesi ile ilgili diğer grup üyelerinin ne düşündüğünü, paylaştığı aktivite ve hikayeleri de ekleyerek açıklaması için onları sırasıyla yönlendirir.

Çay Arası: Grup üyelerine çay ve atıştırmalıklar ikram edilir.

b. Grup lideri her bir grup üyesine kendi yaşamına ilişkin bir yaşam çizgisi çizmesi ve içini doldurması için yardım eder. Her bir birey yaşamını her biri 8-10 yılı temsil eden aşamalara ayırır ve her bir aşamayı temsil eden alanın içine anlamlı ve önemli bulduğu yaşam deneyimlerini, bu alanın altına ya da üstüne de küçük şeyleri yazar. Grup lideri bu süreçte her bir katılımcıya tek tek yardım eder, gerekirse kendisi çizer ve onların söylediklerini yazar.

c. Grup lideri grup üyelerini yaşam çizgilerini grupla paylaşması için cesaretlendirir.

3.5.2.1.11.c. Kapanış

Grup lideri oturumu özetler, katılımcılara geldikleri için teşekkür eder. Bir sonraki oturumun son ve değerlendirme oturumu olduğunu hatırlatır. Grup lideri katılımcılarla bireysel olarak vedalaşır.

3.5.2.1.12. On ikinci Oturum: Değerlendirme

Bu oturumun amacı, grup üyeleri için bu oturumların ne ifade ettiğini öğrenmek, haftalar boyunca süren oturumları grup olarak hatırlamaktır. Bu oturumda anımsatıcılar çalışmalar ve katılımcıların çizimleridir.

3.5.2.1.12.a. Açılış

Grup lideri grup üyelerine hoş geldiklerini söyleyerek onları, o ana kadar gerçekleştirilen bütün oturumların ürünlerinin olduğu masaya yönlendirir. Grup üyelerinin bu masadakilere bakması ve hatırlaması sağlanır.

3.5.2.1.12.b. Isınma

Grup üyelerinin daire şeklinde oturma düzeninde olmaları sağlanarak her bir üyenin, her iki tarafındaki diğer üyelerle ilgili onları nasıl hatırlayacağı ve onların grupta nasıl bir farklılık yarattığına ilişkin bir şeyler söylemeleri desteklenir.

3.5.2.1.12.c. Temel Aktiviteler:

- a.** Grup lideri herkesin yaptıklarına dayanarak grubun o ana kadar olan hikayesini anlatır.
- b.** Grup üyeleri bireysel olarak değerlendirmelerini yapmaları için davet edilir. Grup lideri grup üyelerini oturumlarla ilgili ne düşündükleri ve hissettiklerini açıklamaları için destekler.
- c.** Grup lideri bütün katılımcılara bir sertifika verir ve onları kutlar.
- d.** Grup lideri katılımcılara Anımsama Terapisi Son Değerlendirme Formunu doldurmaları için yardım eder.

Çay Partisi: Çay ve atıştırmalıklarla küçük bir parti yapılır. Oturumlar hakkında konuşmaya devam edilir.

3.5.2.1.12.d. Kapanış

Grup lideri katılımcılara bireysel olarak gelme gücünü gösterdikleri, aktivitelere katıldıkları ve hikayelerini paylaştıkları için teşekkür eder ve grup üyelerinin de veda etmesi için bireysel olarak onlara söz verir. Grup lideri sonunda herkese içtenlikle veda eder (70).

Anımsama terapisi oturumlarından bazı oturumlara katılamayan bireyler için daha küçük gruplar halinde telafi oturumları gerçekleştirilebilmektedir (70).

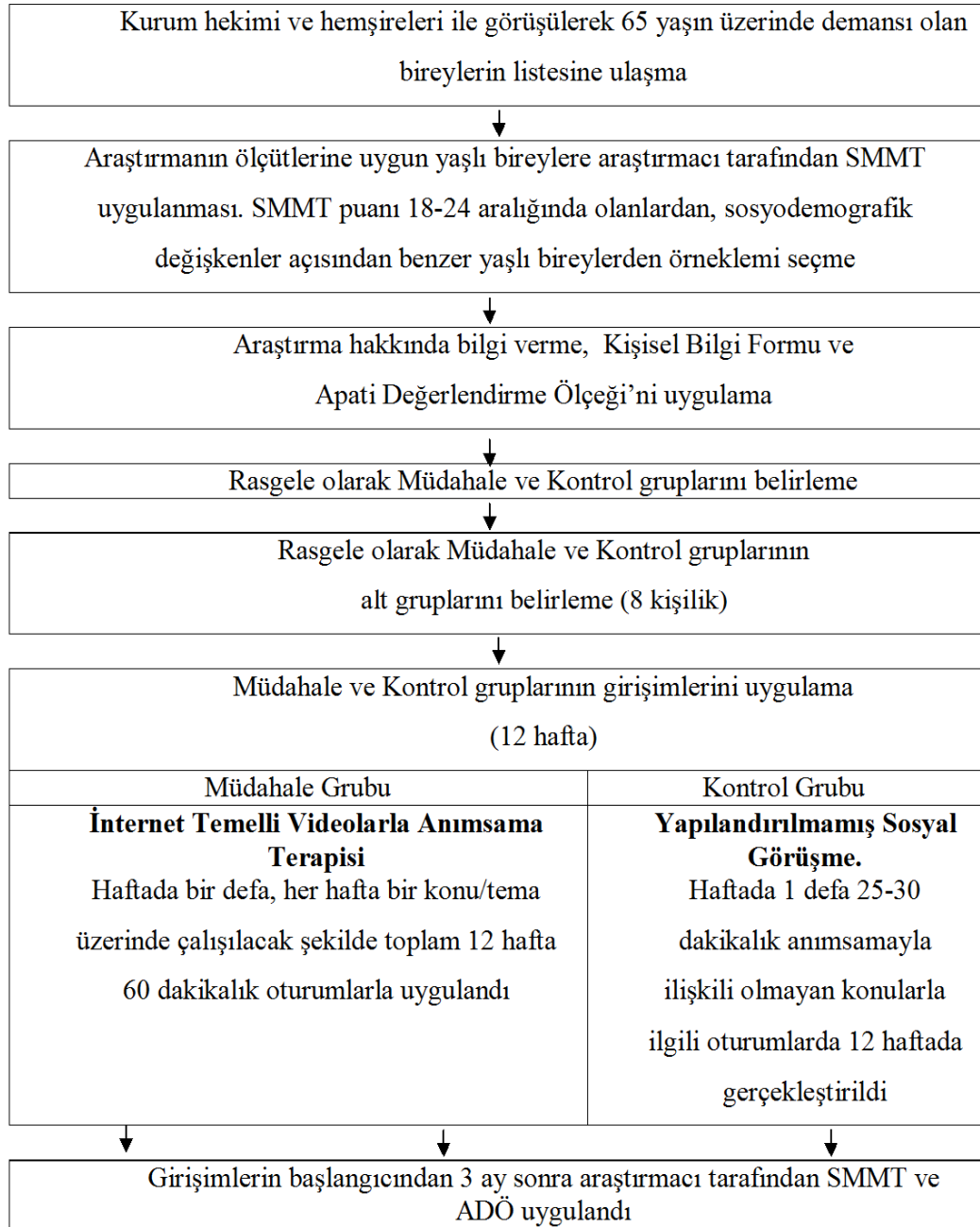
3.5.2.2. Kontrol Grubuna Yapılacak Uygulamalar

Kontrol grubunun uygulamasında 8 kişilik gruplarla, haftada 1 defa 25-30 dakikalık oturumlarda anımsamayla ilişkili olmayan o haftanın güncel olayları ya da yaşlı bireylerin sağlık sorunları, sosyal güvenlik gelirleri, diyet, aile ziyaretleri gibi konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmeler yapıldı. Bu görüşmeler anımsama terapisi için kullanılan çok amaçlı salonda gerçekleştirildi. Kontrol grubuna yönelik yapılandırılmamış sosyal görüşmeler 15 Mayıs 2016 tarihinden itibaren gerçekleştirilmeye başlandı. Her hafta Çarşamba günleri 09:00-17:00 arasında kurumda bulunuldu. Oturumlar, yaşlı bireylerin uyku, yemek, hastaneye gitme saatleri dışında en uygun olduğu zaman aralığında yapıldı. Oturumlar, Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 10:30'da ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 13:30'da 12 hafta boyunca haftada bir gün

gerçekleştirildikten sonra, hastanede yatma ve hastalık gibi nedenlerle otuşumlara katılamayan yaşlılar için telafi otuşumları gerçekleştirildi. 25 Ağustos 2016 tarihinde çalışmanın uygulaması sonlandırıldı.



3.5.2.3. Uygulama Akış Şeması



Şekil 3.1: Araştırmanın uygulama akış şeması.

3.5.2.4.Uygulama Süresi

HAFTALAR	MÜDAHALE GRUBU	KONTROL GRUBU
1. Hafta	Birinci Oturum: Tanışma, çalışma hakkında tekrar bilgi verme, giriş temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Tanışma, çalışma hakkında tekrar bilgi verme, sosyal güvenlik, sağlık durumu gibi güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
2. Hafta	İkinci Oturum: Çocukluk ve aile yaşamı temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
3. Hafta	Üçüncü Oturum: Okul yaşamı temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
4. Hafta	Dördüncü Oturum: İşe başlama ve iş yaşamı temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
5. Hafta	Beşinci Oturum: Dışarı çıkma ve eğlenme temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
6. Hafta	Altıncı Oturum: Evlilik temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
7. Hafta	Yedinci Oturum: Ev ve bahçe işleri, hayvanlar temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
8. Hafta	Sekizinci Oturum: Bebekler ve çocuklar temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
9. Hafta	Dokuzuncu Oturum: Beslenme ve yemek pişirme temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
10. Hafta	Onuncu Oturum: Tatiller ve seyahatler temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
11. Hafta	On birinci Oturum: Kutlamalar temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi.
12. Hafta	On ikinci Oturum: Değerlendirme temasına uygun internet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi. SMMT, ADÖ ve Anımsama Terapisi Son Değerlendirme Formu'nun uygulanması.	Güncel konularla ilgili yapılandırılmamış sosyal görüşmenin gerçekleştirilmesi. SMMT, ADÖ uygulanması.

Şekil 3.2: Müdahale ve kontrol grubunda gerçekleştirilen girişimlerin çizelgesi.

3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- SMMT
- ADÖ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri

İnternet temeli videolarla birlikte anımsama terapisi, yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, yakınlarının ziyarete gelmesi durumu, yakınlarına ziyarete gitme durumu, kurumda yaşama süresi, kurumdan memnun olma durumu, iyi arkadaşlara sahip olma durumu, arkadaşlarının sayısı, egzersiz yapma durumu, demans süresi, kronik hastalığa sahip olma durumu, ilaç kullanma durumu, demansı için diğer tedavi alma durumu.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerin (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılıma uygunluk gösteren niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Student t testi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen veriler için ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup arası değerlendirmelerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ön test ve son test ölçümlerinin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır. Ölçümler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Uygulamaya başlamadan önce çalışmanın yürütülebilmesi için Çukurova Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Ek 7.8) ve Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek 7.9) alınmıştır.

Çalışmada rızası alınan yaşlı bireylere; gizlilik, mahremiyet gibi unsurların korunması ve çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları ile ilgili bilgi verilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araŐtırma huzurevinde yaŐayan hafif dűzede demansı olan yaŐlı bireylerle gerçekleŐtirildiđinden ve őrnek sayısı az olduğundan őrneklem sınırlılığı vardır. Bu nedenle genellemeye katkı sağlayabilir.



4.BULGULAR

Hafif düzeyde demansı olan yaşlılarda internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel durum ve apatiye etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Çalışma %43.8'i (n=14) kadın, %56.2'si (n=18) erkek olmak üzere hafif düzeyde demansı olan 32 yaşlı birey ile yapıldı. Bireylerin yaşları 67 ile 81 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 74.44±4.48 yıldır. Bireyler müdahale ve kontrol olmak üzere iki grup altında incelenmiştir.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin sosyodemografik Özellikler

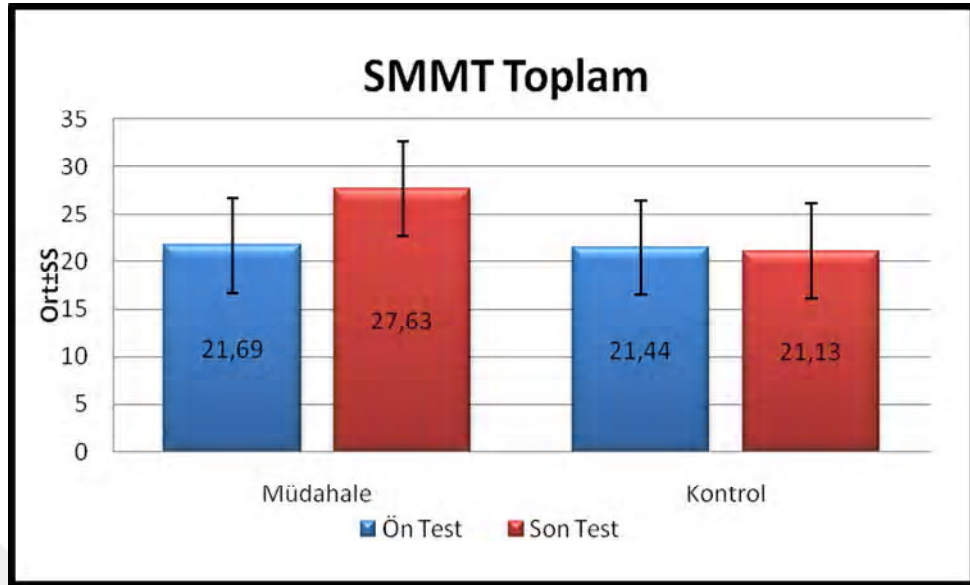
Sosyo-Demografik Özellikler	Gruplar				
	Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	Toplam (n=32)	χ^2/t	p
Yaş (yıl)	74.06±4.52	74.81±4.54	74.44±4,48	-0.468	0.643
	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş grubu					
<75 yıl	7 (%43.8)	7 (%43.8)	14 (%43.8)	0.001	1.000
≥75 yıl	9 (%56.2)	9 (%56.2)	18 (%56.2)		
Cinsiyet					
Kadın	7 (%43.8)	7 (%43.8)	14 (%43.8)	0.001	1.000
Erkek	9 (%56.2)	9 (%56.2)	18 (%56.2)		
Medeni durum					
Bekar	13 (%81.2)	12 (%75)	25 (%78.1)	0.001	1.000
Evli	3 (%18.8)	4 (%25)	7 (%21.9)		

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin Standardize Mini Mental Test sonuçları.

SMMT	Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	Toplam (n=32)	¹ Z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Ön Test	21.69±1.14 (22)	21.44±1.09 (21.5)	21.56±1.11 (22)	-0.642	0.521
Son Test	27.63±1.71 (27.5)	21.13±2.73 (21.5)	24.38±3.99 (25)	-4.694	0.001**
Fark	5.94±1.69 (6)	-0.31±2.21 (0)	2.81±3.72 (3.5)	-4.842	0.001**
² Z p	-3.533 0.001**	-0.600 0.548			

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ön test son test SMMT alt boyutlarının puan ortalamaları farklarının karşılaştırılması.

SMMT Alt Boyutları		Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	Toplam (n=32)	¹ Z	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Yönelim	Ön Test	8.44±1.09 (9)	8.06±1.39 (8)	8.25±1.24 (8)	-0.878	0.380
	Son Test	9.69±0.60 (10)	7.56±1.97 (7.5)	8.63±1.79 (9)	-3.579	0.001**
	Fark	1.25±1.06 (1)	-0.50±1.32 (-0.5)	0.38±1.48 (0)	-3.637	0.001**
	² Z p	-3.134 0.002**	-1.508 0.132			
Kayıt Hafızası	Ön Test	2.88±0.34 (3)	2.88±0.34 (3)	2.88±0.34 (3)	0.001	1.000
	Son Test	3.00±0.00 (3)	3.00±0.00 (3)	3.00±0.00 (3)	0.001	1.000
	Fark	0.13±0.34 (0)	0.13±0.34 (0)	0.13±0.34 (0)	0.001	1.000
	² Z p	-1.414 0.157	-1.414 0.157			
Dikkat ve Hesaplama	Ön Test	1.56±1.59 (1.5)	2.00±1.83 (1.5)	1.78±1.70 (1.5)	-0.699	0.485
	Son Test	4.00±0.89 (4)	1.81±1.94 (1)	2.91±1.86 (3)	-3.098	0.002**
	Fark	2.44±1.46 (3)	-0.19±1.42 (0)	1.13±1.95 (1)	-3.887	0.001**
	² Z p	-3.416 0.001**	-0.503 0.615			
Hatırlama	Ön Test	1.38±0.81 (2)	1.13±1.09 (1.5)	1.25±0.95 (2)	-0.657	0.511
	Son Test	2.25±0.77 (2)	0.75±1.00 (0)	1.50±1.16 (2)	-3.603	0.001**
	Fark	0.88±1.20 (0.5)	-0.38±0.96 (0)	0.25±1.24 (0)	-2.729	0.006**
	² Z p	-2.401 0.016*	-1.561 0.119			
Lisan	Ön Test	7.31±1.20 (7)	7.38±1.45 (8)	7.34±1.31 (8)	-0.271	0.786
	Son Test	8.69±0.70 (9)	8.00±1.10 (8)	8.34±0.97 (9)	2.112	0.035*
	Fark	1.38±1.15 (1)	0.63±1.26 (0.5)	1.00±1.24 (1)	-1.600	0.109
	² Z p	-3.108 0.002**	-1,768 0.077			



Grafik 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin SMMT toplam ön test ve son test puanlarının değişimleri.

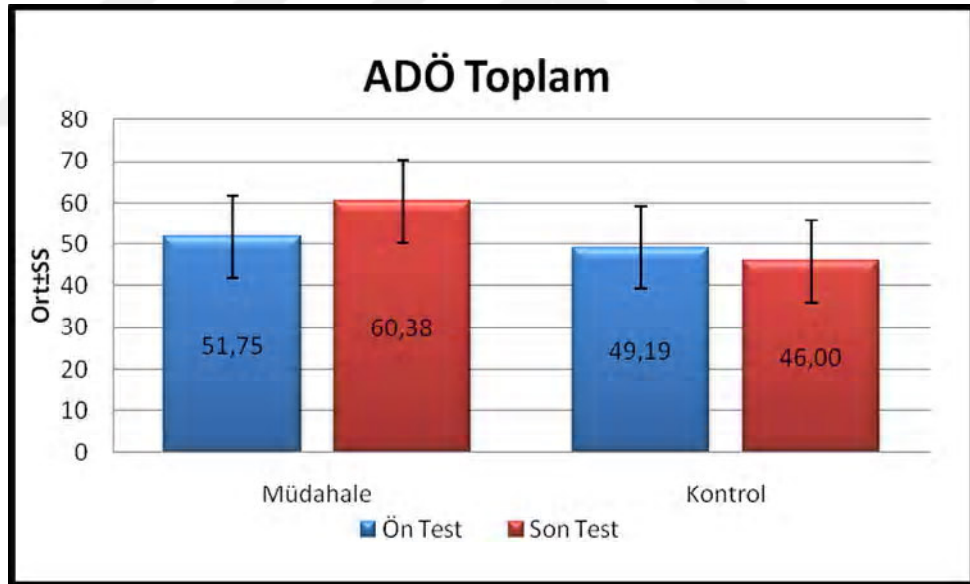
Tablo 4.2.' de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ön test ve son test SMMT puan ortalamaları görülmektedir. Müdahale ve kontrol grupları arasında SMMT ön test puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubunun SMMT son test puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). Ayrıca müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testte SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$).

Müdahale grubunda; ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Kontrol grubunda; ön test ve son test arasında SMMT puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin Apati Değerlendirme Ölçeği sonuçları.

	Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	Toplam (n=32)	¹Z	p
ADÖ	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Ön Test	51.75±4.96 (50.5)	49.19±4.39 (49.5)	50.47±4.79 (50)	-1.267	0.205
Son Test	60.38±3.07 (60.5)	46.00±6.65 (45)	53.19±8.91 (56.5)	-4.550	0.001**
Fark	8.63±4.95 (8.5)	-3.19±6.10 (-5)	2.72±8.12 (4)	-4.056	0.001**
²Z	-3.409	-1.892			
p	0.001**	0.058			



Grafik 4.2. Bireylerin ADÖ toplam ön test ve son test puanlarının değişimleri.

Tablo 4.4.'de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası ADÖ puan ortalamaları ve fark dağılımı verilmiştir. Müdahale ve kontrol grupları arasında ADÖ ön test puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubunun ADÖ toplam son test puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). Ayrıca müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testte ADÖ puan

ortalamlarında görülen değişimler açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$).

Müdahale grubunda; ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.01$).

Kontrol grubunda; ön test ve son test arasında ADÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. SMMT ve ADÖ ön test- son test puan ortalamalarındaki değişimlerin korelasyon değerlendirmesi.

Fark	ADÖ Toplam			
	Müdahale (n=16)		Kontrol (n=16)	
SMMT Alt Boyutları	r	p	r	p
Yönelim	-0.347	0.188	0.351	0.183
Kayıt Hafızası	0.185	0.493	0.082	0.762
Dikkat ve Hesaplama	-0.029	0.915	0.291	0.273
Hatırlama	-0.029	0.914	0.060	0.826
Lisan	0.532	0.034*	0.191	0.478
SMMT Toplam	0.012	0.965	0.674	0.004**

Tablo 4.5' de SMMT ve ADÖ ön test- son test puan ortalamalarındaki değişimlerin korelasyon dağılımı verilmiştir. Müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında meydana gelen değişimler ile Lisan alt boyutu puan ortalamalarında meydana gelen değişimler arasında pozitif yönde, %53.2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r:0.532$; $p<0.05$).

Kontrol grubunda ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında meydana gelen değişimler ile SMMT puan ortalamalarında meydana gelen değişimler arasında pozitif yönde, %67.4 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r:0.674$; $p<0.01$).

Tablo 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin özelliklere göre ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimlerin değerlendirilmesi.

Değişkenler		Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	$Z/\chi^2; p$
		SMMT Puan Ortalamaları Fark		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	
Yaş grubu	<75 yıl	5.57±1.40 (5)	-0.14±1.77 (0)	-3.158; 0.002**
	≥75 yıl	6.22±1.92 (6)	-0.44±2.60 (-1)	-3.589; 0.001**
	Z; p	-0.541; 0.589	-0.267; 0.789	
Cinsiyet	Kadın	5.29±1.70 (4)	-0.86±2.27 (-2)	-3.173; 0.002**
	Erkek	6.44±1.59 (6)	0.11±2.20 (0)	-3.597; 0.001**
	Z; p	-1.405; 0.160	-0.908; 0.364	
Medeni durum	Bekar	5.69±1.32 (6)	-0.08±2.11 (0)	-4.261; 0.001**
	Evli	7.00±3.00 (7)	-1.00±2.71 (-2)	-2.141; 0.032*
	Z; p	-0.756; 0.450	-0.734; 0.463	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	6.36±1.69 (6)	-1.27±1.85 (-2)	-3.990; 0.001**
	Lise ve üzeri	5.00±1.41 (4)	1.80±1.30 (2)	-2.652; 0.008**
	Z; p	-1.562; 0.118	-2.572; 0.011**	
Ziyaretçi gelme durumu	Evet	6.00±1.90 (6)	-0.33±2.31 (0)	-4.078; 0.001**
	Hayır	5.80±1.30 (6)	-0.25±2.22 (0)	-2.460; 0.014*
	Z; p	0.001; 1.000	-0.061; 0.951	
Yakınları ziyaret etme durumu	Evet	6.38±1.30 (7)	-0.71±2.29 (0)	-3.273; 0.001**
	Hayır	5.50±2.00 (5)	0.00±2.24 (0)	-3.483; 0.001**
	Z; p	-1.555; 0.120	-0.587; 0.557	
Arkadaş sayısının yeterli olması	Evet	6.10±1.20 (6)	-1.14±2.04 (-1)	-3.437; 0.001**
	Hayır	5.67±2.42 (4.5)	0.33±2.24 (1)	-3.202; 0.001**
	Z; p	-0.997; 0.319	-1.335; 0.182	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	6.33±1.72 (6.5)	0.00±2.28 (0.5)	-3.396; 0.001**
	Hayır	4.75±0.96 (4.5)	-0.50±2.27 (-1)	-2.854; 0.004**
	Z; p	-1.734; 0.083	-0.492; 0.622	
Antidemans ilaç kullanımı	Evet	1.21±1.12 (1)	-0.70±0.82 (-0.5)	-3.646; 0.001**
	Hayır	1.50±0.71 (1.5)	-0.17±1.94 (-0.5)	-1.181; 0.238
	Z; p	-0.587; 0.557	-0.339; 0.734	

Tablo 4.6’da müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin özelliklere göre, ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimlerin dağılımı görülmektedir. 75 yaşın altında ve 75 yaş ve üzerinde olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$).

Kadınlarda ve erkeklerde müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.01$). Kadınların müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir. Erkeklerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen artış ise, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Bekar olanlarda ve evli olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$; $p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT toplam puanlarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

İlköğretim ya da daha düşük eğitim seviyesi ile mezun olanlarda ve lise ve üzeri eğitim seviyesi ile mezun olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). İlköğretim ya da daha düşük eğitim seviyesi ile mezun olanlarda müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir. Lise ve üzeri eğitim seviyesi ile mezun olanlarda ise müdahale grubunun SMMT puan ortalamalarında görülen artışlar, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda; eğitim durumları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). İlköğretim ya da daha düşük eğitim seviyesi ile mezun olanlarda müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında düşüş görülürken, lise ve üzeri eğitim seviyesi ile mezun olanlarda artış görülmektedir.

Ziyaretçisi gelenlerde ve gelmeyenlerde müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste

göre son testteki SMMT puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

Yakınlarını ziyaret edenlerde ve yakınlarını ziyaret etmeyenlerde müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Yakınlarını ziyaret edenlerde müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir. Yakınlarını ziyaret etmeyenlerde ise müdahale grubunun SMMT puan ortalamalarında görülen artışlar, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Arkadaş sayısının yeterli olduğunu düşünenlerde ve yeterli olmadığını düşünenlerde müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Arkadaş sayısının yeterli olduğunu düşünenlerde müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir. Arkadaş sayısının yeterli olmadığını düşünenlerde ise müdahale grubunun SMMT puan ortalamalarında görülen artışlar, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Düzenli egzersiz yapanlarda ve düzenli egzersiz yapmayanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$). Düzenli egzersiz yapanlarda müdahale grubunun SMMT puan ortalamalarında görülen artışlar, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Düzenli egzersiz yapmayanlarda ise müdahale grubunda ön teste göre son testteki SMMT puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

Antidemans ilaç kullananlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki Mental Yönelim alt boyutu puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin özelliklere göre ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında görülen değişimlerin değerlendirilmesi.

Değişkenler		Müdahale (n=16)	Kontrol (n=16)	Z/ χ^2 ; p
		ADÖ Puan Ortalamaları Fark		
		Ort \pm SS (Medyan)	Ort \pm SS Medyan)	
Yaş grubu	<75 yıl	5,00 \pm 4,43 (4)	-4,71 \pm 4,72 (-5)	-2,881; 0,004**
	\geq 75 yıl	11,44 \pm 3,28 (11)	-2,00 \pm 7,04 (-5)	-3,361; 0,001**
	Z; p	-2,703; 0,007**	-0,479; 0,632	
Cinsiyet	Kadın	9,29 \pm 4,15 (9)	-3,71 \pm 7,20 (-6)	-2,686; 0,007**
	Erkek	8,11 \pm 5,69 (7)	-2,78 \pm 5,52 (-5)	-3,008; 0,003**
	Z; p	-0,530; 0,596	-0,585; 0,558	
Medeni durum	Bekar	8,77 \pm 4,94 (9)	-3,83 \pm 5,77 (-5,5)	-3,704; 0,001**
	Evli	8,00 \pm 6,08 (5)	-1,25 \pm 7,59 (1)	-1,605; 0,108
	Z; p	-0,337; 0,736	-0,670; 0,503	
Arkadaş sayısının yeterli olması	Evet	9,00 \pm 3,74 (8,5)	-6,14 \pm 4,81 (-6)	-3,418; 0,001**
	Hayır	8,00 \pm 6,90 (7,5)	-0,89 \pm 6,23 (-1)	-2,123; 0,034*
	Z; p	-0,326; 0,745	-1,649; 0,099	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	8,17 \pm 5,18 (7,5)	-4,00 \pm 5,76 (-5,5)	-2,952; 0,003**
	Hayır	10,00 \pm 4,55 (10,5)	-2,70 \pm 6,55 (-5)	-2,548; 0,011*
	Z; p	-0,607; 0,544	-0,382; 0,703	
Antidemans ilaç kullanımı	Evet	9,43 \pm 4,75 (9,5)	-4,00 \pm 5,73 (-5,5)	-3,752; 0,001**
	Hayır	3,00 \pm 1,41 (3)	-1,83 \pm 7,00 (-3)	-1,000; 0,317
	Z; p	-1,829; 0,067	-0,600; 0,549	

Tablo 4.7.' de müdahale ve kontrol grubundaki bireylere ilişkin özelliklere göre ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında görülen değişimlerin dağılımı verilmiştir. 75 yaşın altında olanlarda ve 75 yaş ve üzerinde olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

Kadınlarda ve erkeklerde müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

Bekar olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

Arkadaş sayısının yeterli olduğunu düşünenlerde ve yeterli olmadığını düşünenlerde müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$; $p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

Düzenli egzersiz yapanlarda ve düzenli egzersiz yapmayanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

Antidemans ilaç kullananlarda müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.01$). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ puan ortalamalarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir.

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, hafif düzeyde demansı olan yaşlılarda internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel durum ve apatiye etkisinin incelendiği ilk çalışma olması açısından önemlidir. Literatüre bakıldığında, dünyada demansı olan yaşlı bireylerle klasik anımsatıcılarla gerçekleştirilen anımsama terapisi çalışmalarının uzun süreden beri gerçekleştirildiği ve son yıllarda bu anımsama terapisi çalışmalarında bilişim teknolojilerinin kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Ülkemizde ise demansı olan bireylerle klasik anımsatıcılarla gerçekleştirilen çok az sayıda anımsama terapisi çalışmaları var iken, bilişim teknolojileri ile desteklenmiş anımsama terapisi çalışmalarının olmadığı dikkati çekmektedir. Bu çalışma hafif düzeyde demansı olan bireylerde, klasik anımsatıcıların yanında bireylerin geçmiş yaşam döngülerindeki yaşam deneyimlerini yansıtan internet temelli videoları içeren grup anımsama terapisi uygulamasının gerçekleştirilmesi, bilişsel durum ve apatiye etkisinin değerlendirilmesi açısından farklıdır. Bununla birlikte bu çalışmanın, ülkemizde modern hemşirelik uygulamalarında, demansı olan bireylerin bakım gereksinimlerinin karşılanması açısından güncel, ulaşması kolay, zaman ve kaynak tasarrufu sağlayabilecek, etkili olabilecek ve özerk uygulanabilecek bir hemşirelik yaklaşımını destekleyeceği düşünülmektedir.

Bu bölümde; çalışmaya katılan yaşlı bireylerin SMMT ön test-son test puan ortalamaları değişimleri tartışılmıştır.

Bu çalışmada, araştırmaya katılan müdahale grubundaki hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerin, internet temelli videolarla birlikte 12 hafta boyunca haftada bir defa gerçekleştirilen anımsama terapisi uygulaması sonrasında SMMT puan ortalamalarında anlamlı düzeyde artış olduğu görülmektedir ($p<0.01$). Kontrol grubundaki bireylerde ise, 12 hafta boyunca haftada bir gün gerçekleştirilen yapılandırılmamış sosyal görüşme uygulaması sonrasında öncesine göre SMMT puan ortalamalarında anlamlı fark

bulunmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubunun SMMT son test puan ortalamalarının, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.01$) (Tablo 4.2, Grafik 4.1). Bu durumun $H1_1$ ve $H1_3$ hipotezlerini desteklediği söylenebilir.

Wang'in (37), Tayvan'da grup anımsama terapisinin demansı olan bireylerin bilişsel ve duygusal durumlarına etkisini incelediği çalışmasında, müdahale grubunun ön test SMMT puanı ortalamasının 14.33, son test SMMT puanı ortalamasının 16.05 olduğu belirtilmektedir. Wang'in bu çalışmasında, müdahale ve kontrol gruplarının ön test SMMT puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken, son test SMMT puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Amieva et al. (108), Fransa'da birçok merkezde Alzheimer hastalığı olan bireylerle bireysel ve grup oturumlarında gerçekleştirilen anımsama terapisini de içeren bilişsel eğitim terapilerinin sonuçlarını inceledikleri çalışmalarında, grup anımsama terapisinin Alzheimer hastalığı olan bireylerin bilişsel durumlarını etkilemediği belirtilmektedir. Duru Aşiret'in (38), anımsama terapisinin kurumda kalan hafif ve orta evre Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisini incelemek amacıyla klasik anımsaticılar kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada, bireylerin SMMT puan ortalamalarında anlamlı düzeyde bir artış olduğu ve bu artışın yaklaşık 3 puan olduğu görülmektedir. Literatür klasik anımsaticılarla gerçekleştirilen anımsama terapisi çalışmalarının, demansı olan bireylerin bilişsel durumlarını olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği fakat bunun düşük düzeyde etki alanına sahip olduğunu desteklemektedir (98-110).

Bu çalışmada, müdahale grubuna yönelik grup anımsama terapisi oturumları araştırmacı tarafından seçilen temalarına uygun, bireylerin geçmiş anılarını çağrıştırabilecek olan internet temelli (Youtube kaynaklı) videolarla desteklenmiştir. Bu çalışmanın verilerine göre, müdahale grubundaki bireylerin SMMT puan ortalamalarında ön test ve son test farkı pozitif yönde 5.94'tür (Tablo 4.2, Grafik 4.1). Bu, yukarıda söz edilen klasik anımsaticılarla gerçekleştirilen grup anımsama terapisinin uygulandığı çalışmaların sonuçlarından yüksektir.

Demansı olan bireylerde çeşitli bilişim teknolojileri ile desteklenmiş grup anımsama terapisi çalışmaları vardır. Fakat literatürde, klasik anımsaticılarla birlikte bireylerin geçmiş yaşamlarını, o yıllara özgü olarak yansıtan internet temelli videoların kullanıldığı grup anımsama terapisinin uygulandığı çalışmalara rastlanamamıştır.

Demans kısa süreli bellek işlevlerinin bozulması ile başlamakta ve var olan uzak bellek uygun uyarım ile güçlü bir şekilde uyarılabilmektedir. Anımsama terapisi, uzak belleği uyaran anımsatıcılar ile gerçekleştirilmektedir. Demansı olan bireylerle günümüzde halen kullanılmakta olan klasik anımsatıcılarla gerçekleştirilen anımsama terapisi uygulamasına araştırmacı tarafından, çalışmadaki bireylerin kültürüne özgü olarak geçmiş yaşam döngülerini yansıtan internet temelli videolar eklenmiştir. Bu, var olan anımsama terapisi girişiminin etkinliği ve sonuçlarının başarısını olumlu yönde etkileyebilir. Anımsama terapisinde video kullanılması, görsel ve işitsel uyaranların bir arada çoklu duyuşsal uyaran niteliğinde, gerçeğe daha yakın, ilgi çekici ve etkin olarak sunulması sonucunda dil ve bellek uyarımını (stimülasyonunu) arttırmaktadır. Böylece daha fazla anımsama söz konusu olabilmektedir (111).

Damianikas et al. (112), hafif bilişsel bozukluğu ve Alzheimer tipi demansı olan bireylerde kişiselleştirilmiş multimedya biyografileri ile gerçekleştirdikleri anımsama terapisi çalışmalarında, bu biyografilerin uzak bellek ve anıları uyardığı, anımsama ve eğlenmeyi desteklediği belirtilmektedir.

Subramaniam and Woods' un (91), demansı olan bireylerin yakınlarından alınan bilgilerle oluşturdukları dijital yaşam hikayeleri ile uyguladıkları anımsama terapisi çalışmasında, katılımcıların çoğunluğunun otobiyografik bellek ve yaşam kalitesi ölçüm sonuçlarında iyileşme ve depresyon skorlarında azalma olduğu gösterilmektedir. Aynı çalışmada tematik analiz sonucunda katılımcılar, yakınları ve bakım elemanlarının dijital yaşam hikayesi filmleri-videolarını bellek ve olumlu duyguları uyarmak için yararlı bir araç olarak gördükleri söylenmektedir. Meilan et al. (113), toplumdaki demansı olan bireylerin bakımında teknolojinin etkileri ve uygunluğunu inceledikleri derleme çalışmalarında, bilgisayar temelli bilişsel girişimlerde, girişimlerin etkinliğinin arttığı ve iletişim ve bilişim teknolojilerinin demans bakımında kullanışlı olduğu belirtilmektedir.

Dwolatzky et al. (114), demansı olan bireylerde haftada iki defa 30 dakikalık bireysel bilgisayar temelli anımsama terapisi ve bilgisayar temelli bilişsel eğitim uygulamalarının etkilerini değerlendirdiği çalışmalarında, anımsama terapisi grubunda SMMT toplam puan ortalamaları 14-22 olanların, genel bilişsel puanlarının önemli düzeyde anlamlı olarak arttığı ve bu artışın orta etki büyüklüğünde olduğu belirtilmiştir.

İnternet temelli videolarla gerçekleştirilen grup anımsama terapisinin klasik anımsatıcılarla yürütülenlerden daha fazla duyu organına eş zamanlı uyarım yaptığı, gerçeğe yakın ve ilgi çekici olduğu söylenebilir. Bu yönü ile dikkat, düşünme ve belleği daha fazla uyararak anımsamanın derinliği ve tartışmaların kapsamını arttırdığı düşünülmektedir. Bu tartışmaların derinliği ve zenginliğinin artmasının da, anımsama terapisi uygulamasının etkisini güçlendirdiği ifade edilebilir.

Çalışmada internet temelli videoları içeren grup anımsama terapisinin bilişsel duruma etkisini çeşitli faktörlerin etkilediği fark edilmiştir. Bu bölümde H_{11} ve H_{13} hipotezlerinin kabulünü etkileyen çeşitli faktörler tartışılmıştır.

Bu çalışmaya göre, 75 yaşın altında ve 75 yaş ve üzerinde olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında SMMT puan ortalamalarındaki değişim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 4.6). Müdahale grubundaki 75 yaş üzerindeki bireylerin 75 yaş altındaki bireylere göre son test SMMT toplam puanlarında görülen değişimlerin daha yüksek olduğu görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmanın bu sonucu, Duru Aşiret'in çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir (38). Yaşlılık döneminde daha çok ergenlik ve erken erişkinlik dönemine ait anıların anımsandığı belirtilmektedir (115). Anımsama terapisinin temalarının çoğunluğu bu dönemleri kapsamaktadır (34). Bunun yanında Ericson'ın Psikososyal Kişilik Gelişimi Kuram'ına göre yaşlılık dönemindeki bireylerin yaşamlarını gözden geçirerek benlik bütünlüğü geliştirmeye çalıştıkları ve ölümü kabule hazırlandıkları belirtilmektedir (17). Buna göre yaş ilerledikçe bireylerin anımsamayla daha ilgili oldukları ve uzak geçmişi hatırlamaya daha yakın oldukları görülmektedir. Böylece yaşı daha büyük olan bireylerin anımsama terapisi oturumlarında daha çok katılım ve paylaşım yaptıkları ve uygulanan girişimin, bu bireylerdeki bilişsel durum üzerinde daha etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, her iki cinsiyette gruplar arasında SMMT toplam puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 4.6). Müdahale grubundaki erkeklerin SMMT puan farkı ortalamasının kadınlarınkine göre yüksek olduğu görülmüştür ($p > 0.05$).

Literatürde kadınların daha çok anımsama eğiliminde olduğu görülmektedir (38,116). Bu çalışmada sonuçların farklı olmasında, gruplarda kadın ve erkeklerin karışık olması

ve kültürlerinin etkisi ile kadınların, erkeklerin bulunduğu ortamlarda çok konuşma eğiliminde olmamaları gerekçe olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada, bekar ve evli olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında SMMT toplam puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$; $p<0.01$) (Tablo 4.8). Müdahale grubunda evli olanlarda SMMT toplam puan ortalaması farkının yaklaşık 1.3 birim daha fazla olduğu gözlenmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Mousavı-Nasab et al. (117), orta yaşlı ve yaşlı bireylerde evlilikle epizodik bellek ve semantik bellek arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri kohort çalışmalarında, evliliğin bilişsel işlev durumunu olumlu etkilediği belirtilmektedir. Holweda et al. (118), demansta sosyal izolasyon ve yalnızlık riskini değerlendirdikleri kohort çalışmalarında ise, hiç evlenmemiş ya da kısa süreli evli kalmış yalnız yaşayan kişilerin üç yıllık izlemde bilişsel işlev durumlarının olumsuz etkilendiği (SMMT toplam puanda yaklaşık 2 puanlık düşüş) ve yalnızlıkla demansın ilişkili olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada, evliliğin bilişsel durum ve bellek üzerinde bilişsel uyarım rolünde olabileceği söylenmektedir (118). Buna göre, çalışmamızda müdahale grubundaki evli bireylerde son test SMMT toplam puanlarındaki değişimin fazla olması, uygulanan anımsama terapisi çalışmalarının evli olan bireylerde daha başarılı olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, ziyaretçisi gelen ve gelmeyenler, yakınlarını ziyaret eden ve etmeyenler, arkadaş sayısının yeterli olduğunu düşünen ve yeterli olmadığını düşünenlerde müdahale ve kontrol grupları arasında SMMT puan ortalamaları farkı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$; $p<0.01$) (Tablo 4.6). Müdahale grubundaki ziyaretçisi gelen, yakınlarını ziyarete giden ve arkadaş sayısının yeterli olduğunu düşünen bireylerin son test SMMT puan ortalamalarındaki değişimler incelendiğinde, daha fazla artış olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Zhu et al. (119) Çin'de yaşlı bireylerde sosyal desteğin rolünü inceledikleri çalışmalarında, sosyal destek ile yaşlı bireylerin bilişsel işlev durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve aile desteği olan yaşlıların bilişsel durumlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Kuiper et al. (120), sosyal ilişkiler ve demans riski ile ilgili meta-analiz çalışmalarında, yaşlı bireylerde düşük sosyal katılım ve artmış yalnızlığın demansla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Watanabe et al. (121), yaşlı bireylerde sosyal

ilişkiler ve bilişsel işlev durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında, sosyal çevresi ile iletişime giren yaşlıların bilişsel işlev düzeylerinin daha iyi olduğu gösterilmektedir. Salinas'ın (122), sosyal ilişkiler, beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) ile inme ve demans riski arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında ise, sosyal desteğin BDNF seviyesini arttırdığı ve inme ve demans riskini azalttığı söylenmektedir.

Buna göre müdahale grubundaki arkadaş sayısını yeterli bulan, yakınlarını ziyarete giden ve ziyaretçisi gelen yaşlı bireylerin son test SMMT toplam puanlarındaki değişimin yüksek olması, sosyal katılım ve sosyal desteklerin etkisi ile anımsama terapisi sonuçlarının desteklenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Düzenli egzersiz yapma durumu açısından müdahale ve kontrol grupları arasında SMMT toplam puan farkı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.01$). Müdahale grubunda düzenli egzersiz yapanların egzersiz yapmayanlara göre uygulama sonrası SMMT toplam puan farkının yaklaşık 1.58 birim daha fazla olduğu görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.6).

Fiziksel egzersizlerin yaşlı bireylerde bilişsel duruma olumlu etkisi olduğu, son yıllardaki çalışmalarda gösterilmektedir. Carvalho et al. (123), 60 yaş üzerindeki yaşlı bireylerde fiziksel aktivite ve bilişsel işlev durumunu değerlendirdikleri derleme çalışmalarında, yaşlı bireylerde fiziksel aktivite ile bilişsel işlevlerin korunması ve güçlendirilmesi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Öhman et al. (124) hafif bilişsel bozukluğu ve demansı olan yaşlı bireylerde fiziksel egzersizin bilişsel duruma etkisini değerlendirdikleri derleme çalışmalarında, fiziksel egzersizin bu bireylerde bilişsel işlev düzeylerini iyileştirdiğine ilişkin deneysel çalışma sonuçları gösterilmiştir. Cheng'in (125), bilişsel işlevler ve demanstan korunmada fiziksel ve bilişsel aktivitelerin etkisini değerlendirdiği çalışmasında, fiziksel egzersizin nöronal yapının bütünlüğü ve beyin hacmini koruyarak bilişsel işlevleri koruduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada, müdahale grubundaki düzenli egzersiz yapan bireylerin son test SMMT toplam puanlarının daha yüksek olması, anımsama terapisi yanında fiziksel egzersizin de bilişsel duruma olan olumlu etkisi ile açıklanabilir.

Bu bölümde; çalışmaya katılan yaşlı bireylerin ADÖ ön test-son test puan ortalamaları değişimleri tartışılmıştır.

Bu çalışmada, müdahale ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde apati düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına ($p > 0.05$) karşın,

müdahale grubunun ADÖ son test puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Ayrıca müdahale ve kontrol grupları arasında ADÖ toplam puanlarında görülen değişimler açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ($p<0.01$). (Tablo 4.4, Grafik 4.2).

Anımsama terapisi, demansı olan bireylerde bilişsel işlev durumunun geliştirilmesi ve psikolojik ve davranışsal belirtilerin şiddetinin azaltılmasında önemli farmakolojik olmayan yaklaşımlardandır. Literatürde internet temelli videolarla desteklenmiş benzer tasarıma sahip bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat literatürde klasik anımsamaticılarla yürütülen anımsama terapisinin benlik saygısını güçlendirdiği, depresyon düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini geliştirdiğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (111,126). Wang et al. (127) hafif ve orta düzeyde demansı olan ve huzurevinde yaşayan bireylerle grup anımsama terapisi çalışmasında, 8 hafta, haftada bir defa uygulanan girişimin müdahale grubundaki bireylerin apati düzeylerini anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur. Hsieh et al. (36), grup anımsama terapisinin huzurevinde yaşayan hafif ve orta düzeyde demansı olan bireylerin depresyon ve apati düzeylerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, müdahale grubunda ön ve son test ADÖ puanlarında anlamlı fark olduğu ve grup anımsama terapisinin apatiyi azalttığı ($p<0.05$) belirtilmektedir. Bu çalışmada, demansı olan bireylerin apati düzeylerinde anlamlı azalma olduğu görülmektedir. Bu durumun H_{12} ve H_{14} hipotezlerini desteklediği söylenebilir.

Bu bölümde H_{12} ve H_{14} hipotezlerinin kabulünü etkileyen çeşitli faktörler tartışılmıştır.

Bu çalışmada, 75 yaşın altında ve 75 yaş ve üzerinde olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında uygulama sonrasında ADÖ toplam puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.01$) (Tablo 4.7). Müdahale grubunda, 75 yaş ve üzerinde olanların ön testte göre son testteki ADÖ toplam puanlarında görülen artış, 75 yaşın altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). Müdahale grubundaki 75 yaş ve üzerinde olan bireylerde apati ile ilgili iyileşmenin daha fazla olduğu görülmektedir. Hölttä et al. (117), yaşlı bireylerde apati prevelansı ve ilgili değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, yaşlı bireylerde apatinin yaş ile ilişkili olmadığı, buna karşın SMMT toplam puanı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yaşlı bireylerde bilişsel işlev bozuldukça apatinin arttığı söylenmektedir. Poleeti et al. (129), çalışmasında da benzer

şekilde yaşlı bireylerde apatinin yaşla ilişkili olmadığı söylenmektedir. Bu çalışmada, 75 ve üzerinde olan bireylerde, son test ADÖ puanlarında daha fazla değişimin olması, bu gruptaki bireylerin son test SMMT toplam puanlarındaki değişimin fazla olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmaya göre, kadınlarda ve erkeklerde müdahale ve kontrol grupları arasında ADÖ toplam puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı gözlenmektedir ($p<0.01$) (Tablo 4.7). Linde et al. (130), derleme çalışmasında demansta demans şiddeti ve psikososyal çevrenin apatinin de içinde bulunduğu psikolojik ve davranışsal belirtilerde bir risk faktörü olduğu, fakat sosyo-demografik değişkenlerle ilgili farklı sonuçların olduğu belirtilmektedir. Xing et al. (131), çalışmasında, Vasküler demansı olan bireylerden hafif demansı olan kadın ve erkeklerde yaklaşık %31, orta ve şiddetli demansı olan kadınlarda %34,8, erkeklerde %50.8 apati görüldüğü gösterilmektedir. Bir başka çalışmada ise yaşlı erkeklerde apati riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (117). Bu çalışmada, müdahale grubundaki kadınların apati düzeylerinde olumlu yönde 1.18 birim daha fazla değişim olduğu görülmektedir. Çalışmanın bu sonucu literatürü bu yönde desteklemektedir.

Çalışmada, bekar olanlarda müdahale ve kontrol grupları arasında uygulama sonrasında ADÖ toplam puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$) (Tablo 4.7). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir (Tablo 4.7).

Simard et al. (132), demansı olan ve evli olmayan bireylerde apati riskinin daha fazla olduğunu belirtmektedir. Bir başka çalışmada ise sosyo-demografik değişkenlerle apati arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. (133). Bu çalışmada, müdahale grubundaki bekar olanlarda evli olanlara göre olumlu yönde 0.77 puan fazla değişim görüldü.

Arkadaş sayısının yeterli olduğunu düşünenlerde ve yeterli olmadığını düşünenlerde gruplar arasında ADÖ toplam puanlarındaki fark açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 4.7). Bu bireylerin müdahale grubunda ön teste göre son testteki ADÖ toplam puanlarında artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir. Çevresel sitümlasyon demansı olan bireylerde bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri uyarabilir. Demansı olan bireyin yaşadığı çevrede bir bakım elemanı, bir arkadaş ya da diğer insanlar sosyal uyum niteliğinde olabilirler (134).

Zuidima et al. (135) çalışmasında, bakım veren sağlık çalışanları ile demansı olan bireylerin birlikte geçirdikleri süre arttıkça, bu bireylerin apatilerinin azaldığı belirtilmektedir. Bu çalışmada, müdahale grubundaki arkadaş sayısını yeterli bulanlarda ADÖ toplam puan ortalaması farkının bir puan daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmanın bu sonucuna göre, bu bireylerin arkadaşları ile sürekli iletişim halinde olmasının sosyal uyum niteliği taşıdığı ve bunun apati düzeylerinin azalmasına olumlu etkisinin olduğu düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hafif düzeyde demansı olan yaşlılarda internet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel durum ve apatiye etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Müdahale grubundaki hafif düzeyde demansı olan yaşlı bireylerin anımsama terapisi uygulaması sonrasında öncesine göre SMMT puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark ($p<0.01$) olduğu ve kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek ($p<0.01$) olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda, ön test ve son test arasında SMMT toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Müdahale grubunun ADÖ son test puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). Ayrıca müdahale ve kontrol grupları arasında ön teste göre son testte ADÖ puan ortalamalarında görülen değişimler açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Kontrol grubunda, ön test ve son test arasında ADÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç olarak; İnternet temelli videolarla gerçekleştirilen grup anımsama terapisi girişimi sonrasında, müdahale grubundaki hafif düzeyde demansı olan bireylerin bilişsel işlev durumu ve apati puan ortalamalarında anlamlı düzeyde artış olduğu, kontrol grubundakilerin ise bilişsel işlev durumu ve apati düzeylerinde anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Adana ve Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde gerçekleştirilen bu çalışmada, müdahale grubundaki katılımcıların bu oturumlara katılmaya istekli oldukları gözlenmiş ve anımsama terapisi son değerlendirme oturumunda, bu oturumlara devam etmek istediklerine ilişkin kendi aralarında karar vererek hazırladıkları yazılı ve imzalı bir belge tarafıma iletilmiştir. Bunun yanında, katılımcıların oturumlar sırasında internet temelli videolar ve geçmişleri ile ilgili anılarını paylaşmaktan hoşlandıkları görülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre, internet temelli videolarla gerçekleştirilen anımsama terapisi oturumları hafif düzeyde demansı olan bireylerin bilişsel işlev durumu ve apati düzeylerini olumlu yönde anlamlı olarak etkilemektedir. Buna göre;

- Demansı olan yaşlı bireylere bakım veren sağlık profesyonelleri tarafından bakım ortamlarında internet temelli videolarla gerçekleştirilen grup anımsama terapisi uygulamalarının yaygınlaştırılması,
- Ülkemizdeki hemşirelik eğitim kurumlarında yürütülen hemşirelik programlarının müfredatına “Anımsama Terapisi” adıyla seçmeli derslerin eklenmesi,
- Demansı olan yaşlı bireylerde farklı iletişim ve bilişim teknolojileri ile desteklenmiş, randomize kontrollü deneysel nitelikte ve daha büyük örneklem gruplarında bireysel ve grup anımsama terapisi çalışmalarının yapılması,
- Demansı olan bireylerde diğer nonfarmakolojik girişimlerle desteklenmiş bireysel ve grup anımsama terapisi çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2016). World report on ageing and health, 2015. <http://www.who.int/topics/ageing/en> (03.11.2016)
2. Türkiye İstatistik Kurum (2016). İstatistiklerle yaşlılar, 17.03.2016. tuik.gov.tr (03.11.2016)
3. Erdem-Aki Ö. Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar, In: Birinci Basamak için Temel Geriatri (1.Baskı), Algı Tanıtım, Ankara, 2012: 34-38
4. Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu, GERORYAY, Antalya, 2007: 15-25
5. Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler (1. Baskı), Palme Yayınları, Ankara, 2012: 1-30
6. World Health Organization, "Dementia: A Public Health Priority." WHO, ISBN 978 92 4 156445 8, United Kingdom, 2012: 11-31. <http://www.who.int> (05.01.2016)
7. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Dementia* 2008; 23: 67-76
8. Bağ B. Yaşlılık Dönemi Ruh Sağlığı ve Sorunları, In: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1. Baskı), Çam O, Engin E (eds), İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014: 781
9. Tampi RR, Williamson D, Muralee S, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia: Part I- Epidemiology, neurobiology, heritability, and evaluation. *Clinical Geriatrics* 2011; 1-6
10. Yahya A, Chandra M, Anand KS, et al. Behavioral and psychological symptoms in dementia and caregiver burden. *Clinical Medicine Research* 2015; 4(2-1): 8-14
11. Majic T, Pluta JP, Mell T, et al. The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 320–327

12. Robert PH, Darcourt G, Koulibaly MP, et al. Lack of initiative and interest in Alzheimer's disease: A single photon emission computed tomography study. *Eur J Neurol* 2006; 13: 729–735
13. Jenner C, Reali G, Puopolo M, et al. Can Cognitive and behavioural disorders differentiate frontal variant-frontotemporal dementia from Alzheimer's disease at early stages? *Behav Neurol* 2006; 17: 89-95
14. Stanton BR, Carson A. Apaty: A practical guide for neurologists. *Pract Neurol* 2015; 0: 1-6
15. Verkaik R, Weert JCM, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 301–314
16. Brodaty H, Burns K. Nonpharmacological management of apathy in dementia: A systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20: 549-564
17. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (12. Baskı), 2. Cilt, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014: 656-682
18. Erden Aki Ö, Derle Çiftçi E, Kibar S. Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar, In: Organik Psikiyatri (4. Baskı), Anıl Yağcıoğlu E (eds), Sözkese Matbaacılık, Ankara, 2013: 553-573
19. Köroğlu E. Psikiyatri Ders Kitabı, HYB Yayıncılık, Ankara, 2012: 241-265
20. Bains J, Birks JS, Dening TR. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; 4: CD003944
21. Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; 2: CD002852
22. Lök N, Buldukoğlu K. Demansta bilişsel aktiviteyi artırıcı psikososyal uygulamalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6(3): 210-216
23. The authors(Japanese Society of Psychiatry and Neurology), Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; 66: 1–7
24. James IA, Fossey J. Non Pharmacological Interventions in Home Care, In: Oxford Textbook of Old Age Psychiatry (2nd ed.), Dening T, Thomas A (eds), Oxford University Press, United Kingdom, 2013: 269-281

25. Nakamae T, Yotsumoto K, Tatsumi E, et al. Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* 2014; 24: 13-19
26. Akanuma K, Meguro K, Sasaki E, et al. Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2011; 192: 183–187
27. Berg A, Sadowski K, Beyrodt M, et al. Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10 minutes activation in long term care residents with dementia. *BMC Geriatrics* 2010; 10: 5
28. Department of Veterans Affairs Veterans Health Administration Health Services Research&Development Service. “Non-pharmacological interventions for behavioral symptoms of dementia”, Evidence-Based Synthesis Program (ESP) Center DC 20420, Washington, 2011: 10-31
29. Knight BG. *Psychotherapy with Older Adults* (3rd ed.), Sage Publications, London, 2004: 223
30. Bender M, Bauckham P, Norris A. *The Therapeutic Purposes of Reminiscence*, SAGE, London, 1999: 9-23
31. Coleman PG. Uses of reminiscence: Functions and benefits. *Aging & Mental Health* 2005; 9(4): 291–294
32. Gorman LM, Sultan D. *Psychosocial Nursing for General Patient Care* (3rd ed.), F.A Davis Company, Philadelphia, 2008: 157-167
33. Simond M, Sampson EL. Dementia Pharmacological and Nonpharmacological Treatments and Guideline Review, In: *Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry*, Tyrer P, Silk KR (eds), Cambridge University Press, New York, 2008: 219-240
34. Gibson F. *Reminiscence and Life Story Work: A Practice Guide* (3rd ed.), Jessica Kingsley Publishers, London, 2011: 24-37, 187-218
35. Woods B, Spector AE, Jones CA. Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane Collaboration*, Wiley 2009; 1-35
36. Hsieh CH, Chang C, Su SF. Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents With Mild-to-moderate Dementia. *J Exp Clin Med* 2010; 2(2): 72–78

37. Wang JJ. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2007; 22: 1235–1240
38. Duru Aşiret G, Kapucu S. The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2016; 29(1): 31-37
39. Siviş R. Anımsama terapisinin yaşlılarda yaşam doyumuna etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007; 10 (3): 131-137
40. Şahin NE. “Yaşlılarla Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2015.
41. Lee CC, Chou WH. Usability Research of 3D Reminiscence Therapy on The Tablet PC, The Value of Design Research, 11th European Academy of Design Conference, April 22-24 2015, Paris Descartes University, France.
42. O’Rourke J, Tobin F, O’Callaghan S, et al. You Tube: A useful tool for reminiscence therapy in dementia? *Age and Aging* 2011; 40: 742-758
43. Haron H, Sabri SM, Jamil N. Exploring technology use in reminiscence for elderly knowledge recall. *Aust. J. Basic & Appl. Sci.* 2014; 8(5): 469-477
44. Marin AG, Seiciu PL, Popescu AM, et al. Technology for post-stroke cognitive rehabilitation. *International Journal of Pharma Medicine and Biological Sciences* 2015; 4(2): 146-150
45. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu. (2016). Güncel Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr> (03.11.2016)
46. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı ve Bakım (1. Baskı), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014: 3-5/ 328-334
47. Kahraman Y. Demans Sendromları, In: Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. Geriatrik Sendromlar Dizisi 4 (1. Baskı), Işık AT, Tanrıdağ O (eds), Som Kitap, Ankara, 2009: 33-44
48. Erden Aki Ö. Yetişkin ve Yaşlılıkta Ruh Sağlığı, In: Yetişkinlik ve Yaşlılık: Gelişimi ve Psikolojisi (1. Baskı), Bacanlı H, Terzi IT. (eds), Açılım Kitap, İstanbul, 2012: 334-344.
49. Öztürk E. “Dünya Alzheimer Farkındalık Günü.” TKHK, 2015; 11: 1-9 www.tkhk.gov.tr

50. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, HYB Yayıncılık, İstanbul, 2013.
51. Arshad Y, Mina C, Kuljit SA, Jyoti G. Behavioral and psychological symptoms in dementia and caregiver burden. *Clinical Medicine Research. Special Issue: Recent Research in Dementia* 2015; 4: 8-14
52. Marin RS. Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991; 3: 243-254
53. Karakoç E, Selekler K. Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar, In: *Temel Geriatri* (1. Baskı), Gökçe Kutsal Y (eds), Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara, 2007: 1061-1093
54. Salomon LN. *International Approaches to Alzheimers Disease and Dementia*. New York, Nova Science Publishers, 2014: 11-13./eBook Academic Collection (EBSCOhost). (06.12.2016).
55. Arioğlu S. *Geriatri ve Gerontoloji*. MN Medikal&Nobel Kitapevi, Ankara, 2006.
56. İmperio K, Pusey-Reid E. Cognitive and Neurologic Function, In: *Gerontologic Nursing* (3rd ed.), Meiner SE, Lueckenotte AG (eds), Mosby Elsevier, USA, 2006: 653-678
57. Seguna B, Jurado MA. Vascular Risk Factors, Brain Changes and Cognition: The Role of Metabolic Syndrome, In: *Vascular Dementia: Risk Factors, Diagnosis, and Treatment*. Hauppauge, Jacobsen, SR (eds), Nova Science Publishers, New York, 2011: 7-9/ eBook Academic Collection (EBSCOhost). (06.12.2016).
58. Yaka E, Yener G. Frontotemporal Demans, In: *Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu*. Geriatrik Sendromlar Dizisi 4 (1. Baskı), Işık AT, Tanrıdağ O (eds), Som Kitap, Ankara, 2009: 158-168
59. Aird T. Bilişsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bakımı, In: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği-Kanıta Dayalı Uygulamalar*. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A (Çev. eds). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014: 123-138
60. Dickson K, Lafortune L, Kavanagh J, et al. "Non-drug treatments for symptoms in dementia: an overview of systematic reviews of non-pharmacological interventions in the management of neuropsychiatric symptoms and challenging behaviours in patients with dementia". PIRU, London, 2012: 13-21

61. Takeda M, Tanaka T, Okochi M, Kazui H. Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; 66: 1–7
62. Gönen Şentürk S, Küçükgüçlü Ö. Aromaterapi Uygulamasının Demanslı Bireylerde Görülen Davranışsal Değişiklikler Üzerine Etkisi. *DEUHFED* 2015; 8(3): 190-194
63. Fletcher K. Dementia, In: *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice: Fourth Edition*. Boltz, M (eds), Springer Publishing Company, New York, 2012: 178
64. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology* 2013; 15: 765–785
65. Kelley RA. Cognitive Disorders: Delirium, Dementia, and Amnesic Disorders, In: *Psychiatric Mental Health Nursing (4th ed.)*. Fortinash KM, Holoday Worret PA (eds), Elsevier, Canada, 2008: 342-361
66. Akyar İ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011: 79-88
67. Thompson-Heisterman AA. The Client with Cognitive Disorders, In: *Mohr WK (eds), Psychiatric-Mental Health Nursing (6th ed.)*. Lippincott Williams&Wilkins, USA, 2006: 734-764
68. Sheldon LK. *Communication for Nurses (2nd ed.)*. Jhones and Bartlett Publishers, Canada, 2009: 106
69. Videbeck SL. *Psychiatric-Mental Health Nursing (6th ed.)*. Lippincott Williams&Wilkins, Chine, 2014: 464-475
70. Schweitzer P, Bruce E. Remembering Yesterday, Caring Today. *Reminiscence in Dementia Care a Guide to Good Practice*. Jessica Kingsley Publishers, London, 2008: 24-27, 127-186
71. Pasupathi M, Carstensen LL. Age and emotional experience during mutual reminiscing. *Psychology and Aging* 2003; 18(3): 430-442
72. Butler RN. The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 1963; 26: 65–76
73. Wattis JP, Curran S. *Practical Psychiatry of Old Age (4th ed)*. Radcliffe Publishing LTD., U.K, 2006: 103

74. Wyman MF, Gum A, Arean PA. Pschotherapy with Older Adults. In: Principles and Practice of Geriatric Psychiatry, Agronin ME, Maletta GJ (eds). Williams&Wilkins, USA, 2012.
75. Kiernat JM. The use of life review activity with confused nursing home residents. American Journal of Occupational Therapy 1979; 33: 306–310
76. Bourgeois DT. Information Systems for Business and Beyond. The Open Text Book Challenge By The Saylor Academy, 2014: 5-9
77. Steinmetz R, Nahrstedt K. Multimedia Systems, Verlag Berlin Heidelberg, Germany, 2004: 1-5
78. Schaar M, Chou F. Multimedia Networking and Communication: Principles and Challenges, In: Chou F, Schaar M (eds), Multimedia Over IP and Wireless Networks: Compression, Networking, and Systems. Academic Press, USA, 2007: 3-11
79. Görüş S, Bilgi N, Korkut Bayındır S. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. Düzce Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4(2): 25-29
80. World Health Organization (WHO). Nursing & Midwifery human resources for health, Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. World Health Organization, Department of human resources for health, Switzerland, 2009. [http:// www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/). (Erişim tarihi 22.03. 2017).
81. Cant RP, Cooper SJ. The time is right for Web-based clinical simulation in nursing education. Journal of Nursing Education and Practice 2015; 5(11): 113-119
82. Durmaz Eder A, Sarıkaya A. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon tipleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015; 12(2): 121-125
83. National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). NCSBN Simulation Guidelines for Prelicensure Nursing Education Programs. <http://www.ncsbn.org> (05.02.2017)
84. National League for Nursing (NLN). Core competencies of nurse educators with task statements, competency 1 – facilitate learning. <http://www.nln.org/facultydevelopment/pdf/corecompetencies.pdf>. (05.02.2017)

85. Shin S, Park JH, Kim JH. Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. *Nurse Education Today* 2015; 176–182
86. McDermott MS, While AE. Maximizing the healthcare environment: A systematic review exploring the potential of computer technology to promote self-management of chronic illness in healthcare settings. *Patient Education and Counseling* 2013; 92(1): 13-22
87. Randall S, Ford H. Assistive Technology, In: Long Term Conditions. A Guide For Nurses and Healthcare Professionals. Wiley-Blackwell, United Kingdom, 2011
88. Simith G, Parker D. Technological Approaches, In: Dementia Care: A Practical Approach. Simith G (eds), CRC Press, UK, 2016: 113
89. Joddrell P, Astell A. Studies involving people with dementia and touchscreen technology: A literature review. *JMIR Rehabil Assist Technol* 2016; 3(2): 1-10
90. Davison TE, Nayer K, Coxon S, Bono A, Eppingstall B, et al. A personalized multimedia device to treat agitated behavior and improve mood in people with dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing* 2016; 25: 25-29
91. Subramaniam P, Woods B. Digital life storybooks for people with dementia living in care homes: An evaluation. *Clinical Interventions in Aging* 2016; 11: 1263–1276
92. Stapleton P. and Delaney S. Implementing Assistive Technology in Dementia Care Services Work Research Centre, Genio, Ireland, 2015: 6-10 (ISBN 978-1-907711-28-2)
93. Wardt V, Bandelow S. and Hogervorst E. The relationship between cognitive abilities, wellbeing and use of new technologies in older people. *Gerontechnology*, 2012; 10 (4): 187-200
94. Nijhof N. Dementia and Technology. A Study Of Technology Interventions In Healthcare For People With Dementia And Their Caregivers, In: Ehealth for people with dementia in home-based and residential care. Gildeprint Drukkerijen, Netherland, 2013: 29-30
95. Hobday JV, Savik K, Gaugler JE. An internet-based multimedia education prototype to enhance late-stage dementia care: Formative research results. *Geriatr Nurs* 2010; 31: 402-411

96. Fleischmann SV, Tractinsky N. Development and evaluation of a personalised multimedia system for reminiscence therapy in Alzheimer's patients. *International Journal of Social and Humanistic Computing* 2008; 1: 1-6
97. Cabrera E, Sutcliffe H, Verbeek K, et al. Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine* 2014; 502: 17
98. Pinquart M, Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health* 2012; 16(5): 541-558
99. Cotelli M, Manenti R, Zanetti O. Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas* 2012; 72: 203– 205
100. Vinogradov S, Yalom I. Çev: Tüzer T. Grup Psikoterapisi. Compos Mentis Yayınları, Ankara, 1996.
101. Yalom I. Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği. Kabalcı Yayınevi, Ankara, 2002.
102. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini Mental State” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research* 1975; 12(3): 189-198
103. Molloy DW, Standish TIM. A guide to the standardized mini mental state examination. *Int Psychogeriatrics* 1997; 9(1): 87-94
104. Gülgen C, Ertan T, Eker E, ve ark. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(4): 273-281
105. Keskinoglu P, Ucku R, Yener G, ve ark. Reliability and validity of revised turkish version of mini mental state examination (rMMSE-T) in community-dwelling educated and uneducated elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009; 24(11): 1242-1250
106. Marin RS, Biedrzycki RC, Fırıncioğulları S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res.* 1991; 38: 143-162
107. Gülseren G, Atun Ç, Erol A, ve ark. Apati Değerlendirme Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2001; 38(3): 142-150
108. Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, Meillon C, De Rotrou J et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer’s disease: The ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics* 2016; 28(5); 707–717

109. Huang HC, Chen YT, Chen PY, Huey-Lan Hu S, Liu F et al. Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMDA* 2015; 1087-1094
110. Travers C, Brooks D, Hines S, O'Reilly M, McMaster M. et al. Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: A systematic review. *The Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2015; 13(4): 87-99
111. Oyebode JR and Parveen S. Psychosocial interventions for people with dementia: An overview and commentary on recent developments. *Dementia* 2016; 0(0): 1–28
112. Damianakis T, Crete-Nishihata M, Smith KL, Baecker R, Marziali E. The psychosocial impacts of multimedia biographies on persons with cognitive impairments. *The Gerontologist* 2009; 5 (0): 23–35
113. Meiland F, Innes A, Mountain G, Robinson L, Roest H, et al. Technologies to Support Community-Dwelling Persons With Dementia: A Position Paper on Issues Regarding Development, Usability, Effectiveness and Cost-Effectiveness, Deployment, and Ethics. *JMIR Rehabil Assist Technol* 2017;4(1):1-22
114. Dwolatzky T, Tractinsky N, Fleischmann VS. Computer-supported personal interventions for older people with cognitive impairment and dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2014; 10(4): 158
115. Rodríguez TM, Galán AS, Flores RR, Jordán MT and Montes JB. Behavior and Emotion in Dementia In: Update on Dementia, Moretti DV (eds). INTECH 2016: 452-455. <http://www.intechopen.com/>
116. Gonçalves DC, Guedes JS, Fonseca AM, Martín I. Psychometric properties of the reminiscence functions scale for the Portuguese population: A Preliminary Report. *Int'l. J. Aging and Human Development* 2010; 71(2): 153-166
117. Mousavi-Nasab SMH, Kormi-Nouri R, Sundstro A and Nilsson LN. The effects of marital status on episodic and semantic memory in healthy middle-aged and old individuals. *Scandinavian Journal of Psychology* 2012; 53: 1–8
118. Holwerda TJ, Deeg DJH, Beekman ATF, Tilburg TG, Stek ML, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 135–142

119. Zhu S, Hu J, Efir JT. Role of social support in cognitive function among elders in central China. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(15-16): 2118-2125
120. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, Heuvel ER, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Aging Research Reviews* 2015; 22: 39–57
121. Watanabe K, Tanaka E, Watanabe T, Chen W, Wu B, et al. Association between social relationships and cognitive function among the elderly. *Public Health Research* 2016; 6(2): 59-63
122. Salinasa J, Beiserb A, Himalib J, Satizabalb C. et al. Associations between social relationship measures, serum brain-derived neurotrophic factor, and risk of stroke and dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 2017; (3): 229-237
123. Carvalho A, Rea M, Parimon T, Cusack BJ. Physical activity and cognitive function in the elderly: A systematic review. *Clinical Interventions in Ageing* 2014; 9: 661 - 682.
124. Öhman H, Savikko N, Strandberg T, Pitkälä KH. Effect of physical exercise on cognitive performance in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014; 38: 347–365
125. Cheng ST. Cognitive reserve and the prevention of dementia: The role of physical and cognitive activities. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 85
126. Brodaty H, Burns K. Nonpharmacological management of apathy in dementia: A Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20: 549–564
127. Wang J, Yen M, OuYang W. Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009; 49: 227–232
128. Hölttä EH, Laakkonen ML, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Apathy: Prevalence, associated factors, and prognostic value among frail, older inpatients. *JAMDA* 2012; 13: 541-545
129. Poletti M, Nuti A, Cipriani G, Bonuccelli U. Behavioral and psychological symptoms of dementia: Factor analysis and relationship with cognitive impairment. *Eur Neurol* 2013; 69: 76–82
130. Linde R, Stephan B, Savva G, Denning T, Brayne C. Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population. *Alzheimer's Research & Therapy* 2012; (4): 28

131. Xing Y, Wei C, Chu C, Zhou A, Li F. Et al. Stage-specific gender differences in cognitive and neuropsychiatric manifestations of vascular dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2012; 27(6): 433-43
132. Simard M, Streiner D, Conn D, Freedman M. Apathy in dementia: Clinical and sociodemographic correlates. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 20: 337–347
133. Ellis J, Doyle CJ, Selvarajah S. 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* 2016; 15(4): 494–509
134. Jao YL, Algase DL, Specht JK, Williams K. The association between characteristics of care environments and apathy in residents with dementia in long-term care facilities. *The Gerontologist* 2015; 55(1): 27–39
135. Zuidema SU, Jonghe JFM, Verhey FR and Koopmans. Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia, *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 14–22

7. EKLER

EK 7.1: Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

Tarih:

Sosyodemografik Özellikler:

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz?.....
3. Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekâr
 2. Evli
4. Evli iseniz eşiniz yaşıyor mu?
 1.Evet
 2.Hayır
5. Çocuğunuz var mı?
 1.Evet
 2.Hayır
- 6.Kaç çocuğunuz var?(Var ise).....
7. Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?
 1.Okuryazar
 2.Okuryazar değil
 3.İlköğretim mezunu
 4.Lise mezunu
 5.Yüksekokul ve üstü mezunu
8. Mesleğiniz nedir?.....
- 9.Size göre gelir durumunuz nedir?
 1.Gelirim giderimden az
 2.Gelirim giderime denk
 3.Gelirim giderimden fazla
10. Siz burada yaşarken sürekli ziyaretinize gelen yakınlarınız var mı?
 1.Evet
 2.Hayır
11. Siz burada yaşarken ziyaretçileriniz oluyorsa hangi sıklıkta gelmektedirler?
.....
12. Yakınlarınızı ziyaret için onlara gidiyor musunuz?
 1.Evet
 2.Hayır
13. Ne zamandan beri bu kurumda yaşıyorsunuz?.....
14. Bu kurumda yaşamaktan memnun musunuz?.....
15. Burada iyi ilişkiler kurduğunuzu düşündüğünüz arkadaşlarınız var mı?
 1.Evet
 2.Hayır
16. Bu arkadaşlarınızın sayısı size göre yeterli mi?
 1.Evet
 2.Hayır
17. Burada yaşarken düzenli yürüyüş vb. egzersizler yapıyor musunuz?
 1.Evet
 2.Hayır
18. Evet ise hangi sıklıkta yapıyorsunuz?.....

Hastalıklar ve Tedavi ile ilgili Özellikler

19. Demansınız olduğu ilk ne zaman belirlendi?

.....

20. Demans dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?

1.Evet

2.Hayır

21. Evet ise bu hastalıklarınızı belirtiniz?

.....

.....

.....

22. İlaç kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

23. İlaçlarınızın isimlerini belirtiniz?

.....

.....

.....

24. Demans ya da diğer hastalıklarınızın tedavisi için kullandığınız başka birşeyler var mı?

1.Evet

2.Hayır

25. Evet ise ne olduğunu belirtiniz?

.....

.....

.....

EK 7.2: Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitimliler için)

Yönelim (Toplam Puan 10)

Hangi yıl içindeyiz?.....

Hangi mevsimdeyiz?.....

Hangi aydayız?.....

Bu gün ayın kaçı?.....

Hangi gündeyiz?.....

Hangi ülkede yaşıyoruz?.....

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?.....

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?.....

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?.....

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

(Her doğru cevap 1 puan.).....

Kayıt hafızası (Toplam Puan 3)

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

Dikkat ve hesap yapma (Toplam Puan 5)

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

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

Hatırlama (Toplam Puan 3)

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

Lisan (Toplam Puan 9)

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

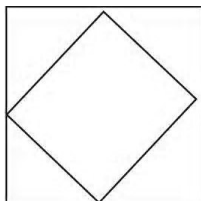
B) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum." (10 sn tut) (1 puan).....

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

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

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

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



EK 7.3: Standardize Mini Mental Test (Eğitimsizler için)

Yönelim (Toplam puan 10)

Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?

Bu gün haftanın hangi günündeyiz?

Şu an, ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?

Hangi aydayız?

Hangi mevsimdeyiz?

Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?

Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

(Her doğru cevap 1 puan.).....

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanır) (Her doğru isim 1 puan)

(Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.)

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. (Her doğru gün 1 puan (Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Carşamba, Salı)

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise) (Her doğru isim 1 puan).....

Lisan (Toplam puan 9)

Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen",

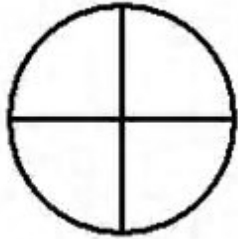
(30 sn tut) (Toplam 3 puan her bir doğru işlem 1 puan)

Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (Gözlerinizi kapatın)

(1 puan).....

Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan).....

Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)



EK 7.4: Apati Değerlendirme Ölçeği

Klinisyen Formu

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.

Hiç karakteristik değil Çok az karakteristik Biraz karakteristik Çok karakteristik

1

2

3

4

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

Apati Değerlendirme Ölçeği

Her ifade için, bireyin geçen 4 hafta içindeki düşünce, duygu ve uğraşlarını en iyi tanımlayan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1. Çevresiyle ilgilidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
2. Gün içinde bir şeyler yapar.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
3. Kendi başına bir şeylere başlamak onun için önemlidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
4. Yeni deneyimlere karşı ilgi duyar.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
5. Yeni şeyler öğrenmeye ilgilidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
6. Her şey için az çaba sarf eder.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
7. Yaşama yoğun bir ilgi gösterir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
8. Bir işi sonuna kadar götürmek onun için önemlidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
9. Zamanını ilgi duyduğu şeylerle geçirir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
10. Her birinin ona ne yapacağını söylemesi gerekir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
11. Sorunlarıyla olması gerekenden daha az ilgilidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
12. Arkadaşları vardır.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
13. Arkadaşlarıyla birlikte olmak onun için önemlidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
14. İyi bir şey olduğunda heyecan duyar.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
15. Sorunlarını tüm açıklığıyla anlar.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
16. Gün içinde birşeyler yapmak onun için önemlidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
17. Kendi işlerini başlatabilir ve buna heveslidir.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK
18. Bir şeyler yapma isteği vardır.
HİÇ ÇOK AZ BİRAZ ÇOK

EK 7.5: Anımsama Terapisi Son Değerlendirme Formu

Katılımcının Adı, Soyadı:

Grup:

1. En çok hoşlandığınız oturum hangisiydi ve niçin beğendiniz?
2. Bu çalışma boyunca neler öğrendiniz?
3. Bundan sonra yaşamınızda yapmayı düşündüğünüz bir değişiklik var mı? Açıklayınız.
4. Bu çalışmada yeni bir arkadaş edindiniz mi?
5. Bu çalışmayı başka bir arkadaşınıza önerir misiniz?

EK 7.6: Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu (Kontrol Gurubu)

“Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi” isimli bir araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını ve araştırma içeriğini bilmeniz önemli olduğunu düşünüyoruz.

İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel duruma ve apatiye etkisini belirleyerek demansın davranışsal ve psikolojik belirtilerine yönelik bilişsel ve apati durumları ile ilgili öneriler getirmek amacı ile yapılacak olan bu araştırma, doktora tezi olarak hazırlanacaktır. Bu araştırmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır.

Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde “Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu”nu imzalamanız gereklidir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu’nu imzaladığınızda, araştırmacı ve birim çalışanlarının orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişmesine izin vermiş olacaksınız, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma sürecinde, araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde ettiğimizde siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde huzurevinde belirlenen çok amaçlı salonda haftada bir gün 25-30 dakika kadar sizinle sağlık sorunları, sosyal güvenlik gelirleri, diyet, aile ziyaretleri gibi konularla ilgili sosyal görüşmeler gerçekleştirilecektir ve çalışmanın başlangıcı ve 3. ayın sonunda yüzyüze görüşülerek Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Apati Değerlendirme Ölçeği 2 kez uygulanacaktır.

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size de hiçbir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Ayşe İnel Manav

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

Katılımcı

Adı, soyadı:

İmza:

EK 7.7: Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu (Müdahale Gurubu)

“Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi” isimli bir araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını ve araştırma içeriğini bilmeniz önemli olduğunu düşünüyoruz.

İnternet temelli videolarla birlikte anımsama terapisinin bilişsel duruma ve apatiye etkisini belirleyerek demansın davranışsal ve psikolojik belirtilerine yönelik bilişsel ve apati durumları ile ilgili öneriler getirmek amacı ile yapılacak olan bu araştırma, doktora tezi olarak hazırlanacaktır. Bu araştırmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde “Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu”nu imzalamanız gereklidir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu’nu imzaladığınızda, araştırmacı ve birim çalışanlarının orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişmesine izin vermiş olacaksınız, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma sürecinde, araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde ettiğimizde siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir. Bu araştırmaya katılarak demansi olan bireylerin bilişsel ve apati durumlarına olumlu yönde katkıda bulunmuş olacaksınız.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde araştırmacı tarafından gerçekleştirilecek olan anımsama terapisi hizmetini haftada bir gün 60 dakika olarak alabileceksiniz. Ayrıca araştırmacı tarafından huzurevinde çalışmanın başlangıcı ve 3. ayın sonunda yüzyüze görüşülerek Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Apati Değerlendirme Ölçeği 2 kez uygulanacaktır.

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size de hiçbir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgü ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Ayşe İnel Manav

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

Katılımcı

Adı, soyadı:

İmza:

EK 7.8. Etik İzin Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
50	5 Şubat 2016

KARAR NO 6- Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı'nda, Yrd. Doç. Dr. Nuray Şimşek yönetiminde, Öğr. Gör. Ayşe İnel Manav tarafından yürütülmesi öngörülen, "Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi" başlıklı doktora tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

EK 7.9. Tez Kurum İzni



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 84662833/307 245
Konu: Ayşe İnel MANAV
(Tez Çalışması)

10 /02/2016

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜNE
ADANA

04/02/2016 tarih ve 1432 sayılı yazınızda ekinde yer alan Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Ayşe İnel MANAV'ın kuruluşumuzda yürütmek istediği "Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi"konulu tez çalışmasına dair Koordinasyon ve Değerlendirme Kurulu kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Nurdan AVCI
Huzurevi Müdürü

EK: Koor.ve Değ.Kur. Top. Rap.(1sf)

ADANA VALİLİĞİ	
AİLE ve SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜ	
KAYIT	TARİH 12 Şubat 2016
HAVALE	SAYI 2395
	GEREĞİ
	BİLGİ
DOSYA NO	M Fekir
FKİ FR	

Mustafa Tekin
12-02-2016

Huzurevleri Mah. 77136 Sk. No:2 Çukurova/ADANA
Telefon:(0322) 239 04 74 Fax:(0322) 248 49 48



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon
Merkezi Müdürlüğü



SAYI : 57657747/06-01-03/107
KONU : Tez Çalışması

08.02.2016

AİLE ve SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜNE
ADANA

İlgi : 04.02.2016 tarih ve 1432 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile Sırcıyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Doktora Programı Öğrencisi Ayşe İNEL MANAV 'ın kuruluşumuzda yapmak istediği tez çalışması ile ilgili kuruluşumuza gönderilen anket incelenmiş olup, söz konusu anket çalışmasının kuruluşumuzda yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Bereğini arz ederim.

Rifat İNAN
Müdür V.

ADANA VALİLİĞİ	
AİLE ve SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜ	
KAYIT TARİHİ	10 Şubat 2016
SAYI	2202
HAVALE GEREĞİ	M. Tekin
BİLGİ	
DOSYA NO	

Mustafa Tekin
09.02.2016

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
ADANA HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
KOORDİNASYON VE DEĞERLENDİRME KURULU TOPLANTI RAPORU

Kuruluş Adı : Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü

Toplantı Tarihi: 09.02.2016

Toplantı Saati : 11:00

Rapor No : 2016/325

Toplantıya Katılan personel: Nurdan AVCI (Müdür), Gülnur ÖZDEMİR (Müdür Yardımcısı), Ethem ŞAHİN (Doktor), Turgay GÜNDOĞDU (Psikolog), Serkan GÜLLENDİ (Fizyoterapist), Zekiye BİNDAL İLHAN (Hemşire)

Toplantı Gündemi: Adana Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nün 04.02.2016 tarih ve 1432 sayılı evrak ekinde yer alan Erciyes Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 01.02.2016 sayılı yazısı.

Müdürlüğümüze Adana Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nün 04.02.2016 tarih ve 1432 sayılı yazısı ile ulaşan evrak içeriğinde; Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları doktora programı öğrencisi Ayşe İnel MANAV'ın "Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi" konulu tez çalışmasının yürütülüp yürütülemeyeceği konusunda komisyon kararı istenmiştir.

09.02.2016 tarihinde yapılan toplantıda, bahse konu yazı ve ekleri kuruluşumuz Koordinasyon ve Değerlendirme Kurulu üyeleri tarafından incelenmiş olup, tez çalışmasının yürütülmesinde bir sakınca olmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ethem ŞAHİN
Doktor

Turgay GÜNDOĞDU
Psikolog

Serkan GÜLLENDİ
Fizyoterapist

Zekiye BİNDAL İLHAN
Hemşire

Nurdan AVCI
Müdür

Gülnur ÖZDEMİR
Müdür Yrd.



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü



Sayı : 18113529/806.01.03/
Konu : Tez Çalışması

1903

17 ... / 02 / 2016

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
KAYSERİ

- İlgi: a) 29.01.2016 tarih ve E.1577 sayılı yazınız
b) Seyhan Huzurevi YBRM Müdürlüğünün 08.02.2016 tarih ve 107 sayılı yazısı
c) Adana Huzurevi YBRM Müdürlüğünün 10.02.2016 tarih ve 245 sayılı yazısı

İlgi (a) sayılı yazınızda adı geçen ve Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Doktora Programı öğrencisi Ayşe İnel MANAV tarafından İl Müdürlüğümüze bağlı Adana ve Seyhan Huzurevlerimizde yapılması planlanan "Hafif Düzeyde Demansı Olan Yaşlılarda İnternet Temelli Videolarla Birlikte Anımsama Terapisinin Bilişsel Durum ve Apatiye Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında sunmuş olduğu anketleri yapması Adana ve Seyhan Huzurevlerimizce uygun görülmüştür. Konuyla ilgili ilgi (b) ve (c) sayılı yazılar ektedir.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

İsmail KILIÇ
İl Müdürü

EK:
Yazı (3 sf.)

HAFIF DÜZEYDE DEMANSI OLAN YAŞLILARDA İNTERNET TEMELLİ VİDEOLARLA BİRLİKTE ANIMSAMA TERAPİSİNİN BİLİŞSEL DURUM VE APATİYE ETKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

%8

BENZERLİK ENDEKSİ

%7

İNTERNET
KAYNAKLARI

%6

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

dspace.trakya.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%1

2

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

%1

3

www.istanbulsaglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1

4

www.journalagent.com

İnternet Kaynağı

<%1

5

motifyayincilik.dergipark.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%1

6

istanbulsaglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%1

7

www.adanahurmanset.com

İnternet Kaynağı

<%1

8

BALEVİ, Ali, EREN, Abdulkadir, ÜSTÜNER,
Pelin and ÖZDEMİR, Mustafa. "Plak Morfeada

<%1

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Ayşe İNEL MANAV

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 15 Mayıs 1978, Mersin

Medeni Durumu: Evli

Tel: +90 322 3386538

Fax: +90 322 3386539

email: ainel@cu.edu.tr

Yazışma Adresi: Çukurova Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Programı Balcalı/ADANA

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2008
Lisans	ÇÜ Sağlık Yüksekokulu	2003
Lise	ÇÜ Sağlık Koleji, Adana	1996

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2009- Halen	ÇÜ SHMYO	Öğr. Gör.
1996–2009	ÇÜ Balcalı Hastanesi	Klinik Hemşiresi- Sorumlu Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR

- Gözüyeşil E., Taylan S., İnel Manav A., Akıl Y. , The evaluation of self-esteem and sexual satisfaction of patients with bowel stoma in Turkey. Sexuality and Disability 2017; 35(2): 157-169
- Bozdoğan Yeşilot S, Öztunç G, Yeşil Demirci P, İnel Manav A, Paydaş S. The evaluation of hopelessness and perceived social support level in patients with lung cancer. LIFE: International Journal of Health and Life-Sciences 2017; 3(2): 88-105