



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ALZHEİMER HASTALIĞINA BAĞLI DEMANS
OLGULARINDA YARGILAMA BECERİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sevinç KIRICI

**DİSİPLİNLER ARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ**

**ANKARA
2017**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ALZHEİMER HASTALIĞINA BAĞLI DEMANS
OLGULARINDA YARGILAMA BECERİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sevinç KIRICI

**DİSİPLİNLER ARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ**

**ANKARA
2017**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans Olgularında Yargılama Becerilerinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir. Çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: *Sevina KIZICI*

Tarih: *01 102 2018*

İmza:




Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı
Adli Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında

Sevinç KIRICI tarafından hazırlanan

“Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans Olgularında Yargılama Becerilerinin
Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak
OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

16.01.2018



Prof. Dr. Erguvan Tuğba ÖZEL KIZIL
Ankara Ü. Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı



Doç. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ
Ankara Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Üye



Yrd. Doç. Dr. Pınar DURSUN
Afyon Kocatepe Ü. Fen Edebiyat Fak.
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Demans	1
1.2. Alzheimer Hastalığı'na Bağlı Demans	2
1.2.1. Epidemiyoloji	2
1.2.2. Etiyoloji ve Patogenez	3
1.2.3. Risk Faktörleri	4
1.2.4. Gidiş ve Sonlanış	5
1.2.5. Klinik	5
1.2.5.1. Bellek	6
1.2.5.2. Dikkat	7
1.2.5.3. Dil	8
1.2.5.4. Görsel-Uzaysal İşlevler	8
1.2.5.5. Praksi	9
1.2.5.6. Yürütücü İşlevler	10
1.2.6. Tanı	10
1.2.6.1. NIA-AA Kriterleri	11
1.2.6.2. DSM- 5 Tanı Kriterleri	14
1.2.7. Tedavi	14
1.3. Yargılama	16
1.3.1. Psikiyatrik Rahatsızlıklar ve Yargılama	17
1.3.2. Alzheimer Hastalığında Yargılama	18
1.3.3. Yargılamanın Değerlendirilmesi	19
1.4. Ölçek Uyarlama Çalışmaları	22
1.4.1. Güvenirlik	23
1.4.1.1. Eşdeğer (Paralel) Formlar Güvenirliği	24

1.4.1.2. Test-Tekrar Test Yöntemi	24
1.4.1.3. Yarıya Bölme Yöntemi	24
1.4.1.4. İç Tutarlılık Yöntemleri	25
1.4.1.4.1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	25
1.4.1.4.2. Kuder-Richardson KR-20 Güvenirlik Katsayısı	25
1.4.2. Geçerlik	26
1.4.2.1. Kapsam Geçerliği	26
1.4.2.2. Ölçüt Geçerliği	27
1.4.2.2.1. Eşzaman Geçerliği	27
1.4.2.2.2. Yordama Geçerliği	27
1.4.2.3. Yapı Geçerliği	27
1.5. Sınırlılıklar	28
1.6. Varsayımlar	28
1.7. Amaç ve Hipotez	28
2. GEREÇ VE YÖNTEM	30
2.1. Katılımcılar	30
2.1.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
2.1.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	31
2.2. Veri Toplama Araçları	31
2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	32
2.2.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT; Mini Mental State Examination, MMSE)	32
2.2.3. Saat Çizme Testi (SÇT)	33
2.2.4. Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST)	33
2.2.5. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD; Montreal Cognitive Assessment - MoCA)	34
2.2.6. Bilişsel Kayıp İçin Bilgilendiriciye Uygulanan Anket (BİLKAN; Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-IQCODE)	35
2.2.7. İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA)	35
2.2.8. Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ; Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised-WAIS-R) Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler Alt ölçekleri	36
2.2.9. Mutfak Resmi Testi (MRT; Kitchen Picture Test-KPT)	37
2.2.10. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 Maddelik Formu (HAM-D)	38

2.3. İşlem	38
2.4. İstatistiksel Analiz	39
3. BULGULAR	40
3.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve İlgili Değişkenler Açısından Grupların Karşılaştırılması	40
3.2. Mutfak Resim Testine İlişkin Grup Ortalamaları	42
3.3. MRT ile Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	43
3.5. MRT için İç Tutarlılık Analizi	45
4. TARTIŞMA	46
4.1. AH Tanısı Alan Hastalarla Sağlıklı Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	46
4.2. AH Tanısı Alan Hastalarla Sağlıklı Yaşlıların Klinik Ölçek Puanları Açısından Değerlendirilmesi	47
4.3. AH Tanısı Alan Hastalarla Sağlıklı Yaşlıların Yargılama Becerileri Açısından Değerlendirilmesi	49
4.4. MRT İle Eğitim ve Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki ilişkilerin Değerlendirilmesi	50
4.5. Mutfak Resim Testi'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi	51
4.6. Mutfak Resim Testi'nin İç Tutarlılık Analizinin Değerlendirilmesi	52
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
ÖZET	56
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	58
EKLER	68
EK-1: Etik Beyan	68
EK-2: Sosyodemografik Veri Formu	69
EK-3: Standardize Mini Mental Test (SMMT; Mini Mental State Examination, MMSE)	70
EK-4: Saat Çizme Testi (SÇT)	72
EK-5: Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST)	73
EK-6: Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD; Montreal Cognitive Assessment - MoCA)	75

EK-7: Bilişsel Kayıp İçin Bilgilendiriciye Uygulanan Anket (BİLKAN; Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-IQCODE)	76
EK-8: İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA)	79
EK-9: Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ; Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised-WAIS-R) Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler Alt ölçekleri	80
EK-10: Mutfak Resmi Testi (MRT; Kitchen Picture Test-KPT)	82
EK-11: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 Maddelik Formu (HDDÖ)	84
ÖZGEÇMİŞ	94



ÖNSÖZ

Hem yüksek lisans dönemi hem de tez sürecinde rehberliğini, desteğini ve samimiyetini derinden hissettiğim ve tez sürecinde kendileri ile çalışmaktan büyük keyif aldığım tez danışmanın Doç. Dr. Gülbahar BAŞTUĞ'a ve sevgili hocam Prof. Dr. Erguvan Tuğba ÖZEL KIZIL'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca tez jürimde yer alarak değerli önerileri ve eleştirilerini benimle paylaşarak tezime katkı sağlayan Yrd. Doç. Dr. Pınar DURSUN'a teşekkür ederim.

Başta tez sürecinde desteğini ve neşesini esirgemeyen Özlem ERGİN ve Burcu KAHVECİ ÖNCÜ olmak üzere yüksek lisans döneminin samimi ve keyifli bir ortamda tamamlanmasına katkıda bulunan tüm arkadaşlarıma içten teşekkür ederim.

Son olarak yaşamın her alanında olduğu gibi tez sürecinde de verdikleri güven ile motivasyonumu artıran, manevi destekleri ile hayatıma anlam katan ve kendimi çok şanslı hissettiren annem Dursune BULGUROĞLU, kardeşim Zekiye ARSLAN ve eşim Berat KIRICI'ya içten teşekkürlerimi sunuyorum, iyi ki varsınız.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATD	: Alzheimer tipi demans
VD	: Vasküler demans
LCD	: Lewy cisimcikli demans
FTD	: Frontotemporal demans
AH	: Alzheimer hastalığı
Ab	: Amiloid beta
APOE	: Apolipoprotein E
SMMT	: Standardize Mini Mental Test
MOBİD-MoCA	: Montreal Bilişsel Değerlendirme Aracı
ADAS-COG	: Alzheimer Hastalığı Değerlendirme Skalası
WMS- III	: Wechsler Bellek Ölçeği-III
SBST	: Sözel Bellek Süreçleri Testi
AIHT	: Artırılmış İpuçlu Hatırlama Testi
BİLKAN	: Bilişsel Kayıp için Bilgilendiriciye Uygulanan Anket
SÇT	: Saat Çizme Testi
FAB	: Frontal Değerlendirme Aracı
İST	: İz Sürme Testi
İFA	: İşlevsel Faaliyetler Anketi
ÖBYA	: Öznel Bellek Yakınmaları Anketi
WYZÖ- WAIS-R	: Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu
HAM- D	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17
SDT	: Sayı Dizisi Testi
NIA-AA	: National Institute on Aging-Alzheimer's Association
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition
HBB	: Hafif Bilişsel Bozukluk
NCSE JQ	: Nörodavranışsal Bilişsel Durum Testinin Yargılama Anketi Alt Testi
TOP-J	: Pratik Yargılama Testi (Test of Practical Judgment)

ILS	: Bağımsız Yaşam Ölçeği'nin Problem Çözme Alt Ölçeği
NAB-JDG	: Nöropsikolojik Değerlendirme Aracı Yargılama Alt Ölçeği
WCST	: Wisconsin Kart Sıralama Testi
MRT	: Mutfak Resmi Testi
KPT	: Kitchen Picture Test
KR-20	: Kuder-Richardson 20
KR-21	: Kuder-Richardson 21
α	: Cronbach Alfa
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences for Windows
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
ICC	: Intraclass Correlation Coefficient

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Klinik Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması	41
Çizelge 3.2. Grupların MRT Puanları Açısından Karşılaştırılması	42
Çizelge 3.3. MRT Yargılama Alt Ölçeği ve MRT Toplam Puanı ile Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	43
Çizelge 3.4. MRT Dil ve Görsel Bellek Alt Ölçekleri ile Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	44



1. GİRİŞ

1.1. Demans

Demans (Bunama) bilişsel ve entellektüel işlevlerde azalma sonucu bellek, soyut düşünme, dil yetileri, yargılama, problem çözme gibi zihinsel işlevlerden en az ikisinde bozulmayla seyreden klinik bir tablodur. Demans çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilir, süregelen ve ilerleyicidir. 65 yaş sonrası görülme sıklığı giderek artar (Ganguli, 2011; Jacopy, 2008). İnsan ömrünün uzaması ile birlikte demans ve ilişkili hastalıklar önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmektedir.

Demans tanımı ve sınıflandırmasına göre, hastanın önceki durumu ile karşılaştırıldığında, bilişsel işlevlerde mutlak bir düşüş, günlük yaşamında etkilenme ve bellek bozukluğu ile birlikte birçok bilişsel alanda bozulma söz konusudur (Yavuz ve Arnoğul, 2008). Tekrarlayan hareketler (sürekli aynı şeyleri söyleme, evin içinde dolanma vb.), toplumsal kurallara uygun olmayan davranışlar (başkasının özel alanına girme, gelişigüzel soyunma vb.), hastanın kendine veya başkalarına zarar veren davranışlarda bulunması gibi durumlar gözlenebilir (Cohen-Mansfield, 2003). Hastada afazi, dizartri, ses kısıklığı görülebildiği gibi, bilişsel bozukluklar nedeniyle kişilerarası ilişki kurmada da güçlük yaşanabilir. Ayrıca hastaların duygulanımında da kötüleşme görülmesi muhtemeldir. Bunaltı, çökkünlük, patolojik gülme ve ağlama, apati ve ilgisizlik ya da coşku ve taşkınlık gözlenebilir. Hastanın düşünce içeriği fakirleşmiş, bellek bozukluğu nedeniyle çağrışımlar kopuk ve dağınık olabilir. Sık sık perseverasyon hatası yapabilir. Aşırı yeme ya da yeme davranışında değişiklikler gözlenebilir. Düşünceler genellikle karamsar ve saplantılıdır (Ames ve ark., 2010; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Demans etiyolojik, klinik ve nöropatolojik özelliklerine göre sınıflandırılabilir. Alzheimer tipi demans (ATD), vasküler demans (VD), Lewy cisimcikli demans (LCD), frontotemporal demans (FTD) en sık görülen ve en yaygın demans türlerindedir (Ames ve ark., 2010). Parkinson Hastalığı'na bağlı demans,

Huntington Demansı, normal basınçlı hidrosefali, alkole bağı demans, travmatik beyin hasarına bağı demans, HIV, sifiliz gibi enfeksiyon hastalıkları gibi hastalıklar ise diğer demans sebeplerini oluşturmaktadır (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2014).

1.2. Alzheimer Hastalığı'na Bağı Demans

Alzheimer hastalığı (AH) başta bellek olmak üzere bilişsel işlevleri bozan, duygulanımı etkileyen, serebral korteks, hipokampus ve subkortikal bölgelerde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalmayla birlikte seyreden ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır (Arioğul, 2009; Salami ve Lyketsos, 2011).

İlk kez 1907 yılında nörolog ve patolog Alois Alzheimer tarafından orta yaşı bir kadında (Aguste D) bilişsel bozukluk, işlevsellikte azalma, sanrı ve varsanların gözlemlendiği psikotik yaşantılar şeklinde tanımlanmış ve hastalığa yol ačan beyin patolojileri gösterilmiştir (Ariođul, 2009; Ferri, Prince, Brayne ve ark., 2005; Tiryaki, 2013). Yirminci yüzyılın ilk yarısına kadar Agust D'nin genç olmasından dolayı AH'ye presenil demansın nadir bir formu olarak bakılmıştır. 1968 yılında Blessed, Tomlinson ve Roth patolojik olarak senil ve presenil demans hastalarında bir ayırım olmadığını yayımlamış ve böylece fark ortadan kalkmıştır (Selekler, 2012).

1.2.1. Epidemiyoloji

AH hem 65 yaş altı hem de 65 yaş üstünde en sık görülen demans türüdür (Sparand La Rue, 2006). Demans nedenleri arasında en yaygın olanıdır ve bütün demansların %60'ını oluşturur (Akdemir ve ark., 2007).

Yıllık insidans ve prevelansı yaş ile birlikte artma göstermektedir. 65-69 yaş arası için yıllık insidans oranı %0,4 iken, 90 yaş civarında bu oran %10'lara çıkabilmektedir (Ferri, Prince, Brayne ve ark., 2005; Qiu, Kivipelto ve Von Strauss, 2009). AH prevelansı ise 65 yaşından sonra giderek artmakta her on yılda dört katına

çıkılmaktadır (Qiu, Kivipelto ve Von Strauss, 2009). 65 yaşında erkeklerde %0,6, kadınlarda %0,8 olan prevalans oranları 85 yaşında %11 ve %14'e, 90 yaşında ise %21 ve %25'e ulaşmaktadır (Sadock ve ark., 2014).

Dünyada yirmi beş milyonun üzerinde Alzheimer hastasının bulunduğu ve her yıl bu sayıya beş milyon kişinin eklendiği düşünülmektedir (Brookmeyer ve ark., 2007; Corrada ve ark., 2010). AH prevalansının 2050 yılında yaklaşık dört katına çıkacağı, her 85 kişiden birinin hastalıktan etkileneceği ve hasta sayısının 106,8 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Brookmeyer ve ark., 2007). Türkiye'de ise 2008 yılında İstanbul'da 1019 kişi ile yapılmış kesitsel bir çalışmada 70 yaş ve üzeri popülasyonda demans görülme sıklığı %20 ve AH görülme sıklığı ise %11 olarak bulunmuştur (Gurvit, Emre, Tinaz ve ark., 2008).

1.2.2. Etiyoloji ve Patogenez

AH kortikal nöronlar ve bunların içindeki nörofibriller yumrular arasında amiloid plakların varlığı ile karakterize olan progresif nörodejeneratif bir hastalıktır (Ames ve ark., 2010). AH tanısı alan bireylerin beyinlerinde yaygın olarak görülen iki nöropatolojik özellik vardır: amiloid beta (Ab) peptidlerden oluşan hücre dışı senil plaklar ve hiperfosforile Tau proteinleri içeren intraselüler nörofizyolojik bulgular (Lazarov, 2011). Nörofibriler yumaklar hücre iskeletinin bütünlüğünü ve aksonal transportu bozarak hücre ölümüne; amiloid birikimi ise oksidatif gerilim ve serbest radikallerin oluşumuna neden olmaktadır. AH tanısı almış bireylerdeki bilişsel kötüleşmenin ciddiyeti nörofibriler yumak miktarı ile ilişkilidir (Öztürk ve Karan, 2009). Nörofibriler yumaklar sıklıkla korteks, hipokampus, substantianigra, raphenukleusu ve locusceruleusta görülmektedir (Ballard ve ark., 2011).

AH'nda rol oynadığı düşünülen diğer süreçler; eksitotoksisite (glutamat aracılı), oksidatif stres, nöroinflamasyon, mitokondriyal hasarlanma, kalsiyum homeostazındaki bozukluklardır (Bagyinszky, Youn, An ve Kim, 2014). Ayrıca Ab ve Tau dışında kolinerjik, glutamaterjik, serotonerjik, histaminerjik, dopaminerjik ve

noradrenerjik nörotransmitter yollarında da bozuklukların ortaya çıktığı görülmüştür (Godyn, Jonczyk, Panek ve Malawska, 2016).

1.2.3. Risk Faktörleri

AH'nın oluş nedenleri hakkında kesin bir bilgi yoktur, fakat en önemli risk etmeni yaştır (Alzheimer's Association, 2017; Sparand La Rue, 2006). 65 yaşından sonra AH prevalansının ve insidansının arttığı görülmekte, 90 yaşına kadar giderek artmaktadır (Ferri, Prince, Brayne ve ark., 2005; Tschanz ve Breitner, 2011).

AH'nın geç başlangıçlı formunda bilinen en önemli risk faktörü apolipoprotein E (APOE)'dir (Roses, 1996; Ayçiçek 2017). Erken başlangıçlı formunda ise Kromozom 14'teki presenilin 1(PS-1), kromozom 1'deki presenilin 2 (PS-2) ve kromozom 21'deki amiloid prekursor protein (APP) defekti söz konusudur (Arioğul, 2009). 21. kromozomda fazladan bir APP geni kopyasının bulunmasına bağlı olarak, Down sendromu da AH için risk faktörleri arasında yer almaktadır (Thomas, 2008).

Diğer risk etmenleri ise aile öyküsü, kadın cinsiyeti, düşük eğitim düzeyi, yaşlılık çağı depresyonu ve geçirilmiş kafa travmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Tyas ve ark., 2001). Özellikle erken başlangıçlı olan hastalarda ailesel risk üzerinde durulmakta, birinci dereceden akrabalarında AH olan hastalarda risk 3,5 kat artmaktadır (Thomas, 2008). Çalışmaların çoğunda düşük eğitim düzeyi de AH için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir. Kadınlarda AH'nın daha sık görüldüğü rapor edilse de, bunun tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Arioğul, 2009; Thomas, 2008). Yapılan çalışmalar travmatik beyin kanaması sonucu yaşanan bilinç kaybının ardından AH görülme olasılığında 1,8 kat artış olduğunu bildirmektedir (Saunders, Strittmatter ve Schmechel, 1993).

Vasküler hastalıklar, sigara kullanımı, yüksek kolesterol, hiperhomosisteinemi'nin de AH için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

1.2.4. Gidiş ve Sonlanış

AH üç evreye ayrılabilir (hafif evre, orta evre ve ileri evre). İlk evrede giderek artan bir şekilde bellek bozukluğu, yönelim bozukluğu ve diğer bilişsel işlevlerde gerileme görülmeye başlar. AH olan birey günlük hayattaki alışveriş yapma, parayı kullanma, ailesi ya da arkadaşları ile sosyal ortamlarda bulunma, ulaşım araçlarını kullanma gibi birçok etkinliğini devam ettirebilir. Fakat konuşurken söyleyeceklerini unutma, eskisine nazaran daha az konuşma gibi dil sorunları ve paranoid bir şekilde kuşkuculuk, ajitasyon ve apati görülebilir (Can ve ark., 2004; Eker, 2005; Özel-Kızıl ve Turan, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bir sonraki aşamada zihinsel işlevlerdeki bozuklukların günlük yaşama yansımaları görülmektedir. Ayrıca sanrı ve varsanların bulunduğu psikotik belirtiler de ortaya çıkabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Fakat iyi eğitim almış ve yüksek bilişsel rezerve sahip olan hastalarda günlük işlevleri yerine getirmede uzun süre bozulma görülmeyebilir (Salami ve Lyketsos, 2011; Selekler, 2012). Hastalığın son evresinde ise hasta yatalak hale gelir, aile bireyleri dahil, kimseyi hatırlayamaz, epileptik nöbetler görülür ve ölümle sonlanır (Selekler, 2012).

1.2.5. Klinik

AH'nın temel özelliği bilişsel işlevlerdeki bozulmadır. Bilişsel işlevler bellek, dikkat, dil, görsel-uzaysal işlevler, praksi ve yürütücü işlevlerden oluşur. Bu alanlardan bir ya da birkaçı etkilenebilir ve bozukluk derecesi hastalık şiddetine göre değişir.

1.2.5.1. Bellek

Bellek öğrenilmiş veya baştan geçmiş bir olay ya da durumu zihinde tutma yetisidir (Selekler, 2012). İnsanlar hayatları boyunca sürekli öğrenirler. Bu devasa büyüklükteki bilgilerin sadece bazıları seçilir, beyinde saklanır ve gerektiğinde geri çağırılmak için depolanırlar (Carter, 2005). Duyusal bilgi alındığında geçici olarak bellek kaydında depolanır, duyusal kayıta malzeme çok kısa bir süre tutulur, ardından da bir dakika süre ile kalabileceği kısa süreli belleğe, sonra da aylarca, yıllarca kalabileceği uzun süreli belleğe aktarılır (Onur, 1995). Yanı sıra bellek becerileri bildirimsel ve bildirimsel olmayan bellek, sözel ve sözel olmayan bellek, bellek izlerinin korunurken başka bilişsel işlemlerin yapıldığı çalışma belleği, genel bilgi, semantik bellek, epizodik bellek, hatırlama ve tanıma, motor belleği ve uzak bellek şeklinde çeşitli boyutlara ayrılabilir (Terry, 2011). Belleğin çeşitli alanlarda ortaya çıkan performans farklı tanıları ayırt etmeye yardımcı olabilir (Getz ve Lovell, 2004; Karakaş, 2006).

AH'nda ilk evrede etkilenen bilişsel süreç bellek olup, bireyin kendi hatıra ve anılarını içeren epizodik bellek bozukluğu ön plandadır (Kudiaki, 2010; Selekler 2012). Fakat bellek zayıflığı her zaman başlangıç belirtisi değildir, anksiyete, depresyon ve apati gibi bazı affektif belirtiler bellek bozukluğundan önce gelebilir (Özel-Kızıl, 2013; Patterson ve ark., 1990). Çoğu hastada bellekteki bozulmanın farkına varan kişi hastanın kendisi değil, eşi ya da başka bir yakınıdır. Hastalar öncelikle yeni bilgi edinme ve bunu kaydetme ile ilgili güçlükler yaşarlar. Yakın zamanda edinilen bilginin gecikmeli olarak geri çağırılması erken evrelerde bozulmuştur, fakat geçmiş yaşantılar ile ilgili bilgileri ve duygusal yükü fazla olan yakın zaman bilgilerini hatırlayabilirler (Can ve Karakaş, 2005; Eker, 2008; Salami ve Lyketsos, 2011). Bu evrede hastalar yakın geçmişi, isimleri, eşyaları koydukları yerleri, randevularını unuttur; hesaplama, planlama gibi yüksek kortikal işlevlerde güçlük yaşarlar (Özel-Kızıl ve Turan, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Salami ve Lyketsos, 2011). Hastalığın ilerlemesi ile kaydetme, anlık bellek ve tanıma alanlarında da bozulmalar başlar. Bu belirtiler kötüleştikçe, bellekteki bozulma günlük hayat aktivitelerini de etkiler.

Belleğin değerlendirilmesi sırasında bilginin edinimi, kodlama, saklama, geri çağırma ve kaybolma oranı ile belleğin kendiliğinden hatırlama ve tanıma işlevleri ele alınır (Hebben ve Milberg, 2009). Standardize Mini Mental Test (SMMT), Montreal Bilişsel Değerlendirme Aracı (MOBİD), Alzheimer Hastalığı Değerlendirme Skalası (ADAS-COG) gibi tarama testlerinde AH'na ilişkin bellek değerlendirmeleri yer almaktadır. Bunların yanında Wechsler Bellek Ölçeği (WMS III), Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST), Bilişsel Kayıp İçin Bilgilendiriciye Uygulanan Anket (BİLKAN), Artırılmış İpuçlu Hatırlama Testi (AİHT), 3 Kelime 3 Şekil Testi, Benton Görsel Bellek Testi ve Öznel Bellek Yakınmaları Anketi (ÖBYA) gibi testler ve ölçeklerle de bellek değerlendirmesi kapsamlı bir şekilde yapılabilmektedir.

1.2.5.2. Dikkat

Dikkat anlamlı uyaranları işleyen, karmaşık bilişsel bir etkinliktir. Diğer bilişsel alanlarda başarılı olmak için ön koşul olduğundan dolayı önemli bir bilişsel beceridir (Albert, 1981, akt., Getz ve Lovell, 2004). Dikkat seçici, bölünmüş ve sürekli olarak değerlendirilebilir. Seçici dikkat diğer uyarıcıları göz ardı ederek tek bir uyarana yönelme durumudur. Sürekli dikkat uyarılmışlık durumunun sürdürülmesidir ve bir görev üzerinde odaklanabilme becerisi olarak da değerlendirilebilir. Bölünmüş dikkat ise uyarıcının birden fazla özelliğine aynı anda dikkat edebilme becerisidir (Can ve Karakaş, 2005).

Alzheimer hastaları dikkati sürdürmekte güçlük yaşarlar, dikkatleri kolaylıkla başka taraflara kayar, yapılması istenen bir görev söz konusu olduğunda dikkati hedeflenen görev üzerinde tutmakta güçlük çekerler. Özellikle bölünmüş dikkat ve seçici dikkat AH'nın ilk evrelerinde bellek dışındaki diğer alanlardan önce bozulan bilişsel işlevlerdir (Can ve Karakaş, 2005). İlk iki evrede basit dikkat (odaklanma) korunur, fakat karmaşık dikkat bozulabilir. Hastalık ilerledikçe de dikkatteki bozulma giderek artar (Selekler, 2012).

İz Sürme Testi (İST) ve Stroop Testi dikkati değerlendirmede yaygın olarak kullanılan iki ölçme aracıdır. Bunların yanı sıra SMMT ve MOBİD gibi tarama testlerinde de dikkati değerlendiren alt bölümler bulunmaktadır.

1.2.5.3. Dil

Yaşlılarda dil işlevlerinde bozulma birçok hastalıkla birlikte ortaya çıkabilir. Konuşma, anlama, tekrarlama, isimlendirme, sözel akıcılık, okuma ve yazma değerlendirilmesi gereken başlıca dil işlevleridir. Testlerin uygulanması sırasında bireylerin kendiliğinden konuşma ve yönergeleri anlama becerileri üzerinden dil işlevleri değerlendirilebilir (Hebben ve Milberg, 2009).

AH'nda hem sözlü hem yazılı dil bozuklukları bulunur. Erken dönemlerde akıcı disfazi, transkortikal duyu afazisine benzer bir şekilde ortaya çıkabilir. Hastanın sözcük dağarcığı daralmış olup anlama ve kelime bulmada güçlük çeker. Hastalığın ilerlemesi ile sözcük dağarcığındaki daralma belirginleşir, sözel akıcılık bozulur ve daha basit kelimelerle konuşmaya başlar, etkili iletişim yeteneği kaybolur. Bazen hastanın sözel ifade yeteneğinin tamamen bozulması nedeniyle ekolali ya da palilali görülebilir. Hastalığın son evresinde ise hasta tamamen konuşamaz hale gelebilir. Bazen de hastanın sözsüz ve duygusal ipuçlarını anlama ve bunlara cevap verme becerileri korunabilir (Can ve ark., 2004; Özel-Kızıllı, 2013; Salami ve Lyketsos, 2011; Selekler, 2012).

Sözel Akıcılık Testi ve Boston Adlandırma Testi bellek sorunu olan kişilerde kullanılan dil değerlendirme araçlarıdır.

1.2.5.4. Görsel-Uzaysal İşlevler

AH'da görülen bir diğer bilişsel belirti de görsel-uzaysal işlevlerdeki bozukluktur. Hastalığın erken evrelerinde görülebildiği gibi, hastalığın orta ya da

şiddetli evrelerinde daha sık ortaya çıkar ve genellikle ilerleyicidir. Görsel duyuşsal uyarılar veya diğer çevresel bilgileri sentezleme, entegre etme ve düzenleme yeteneğinde bozulma olabilir. Hasta yönünü tayin edemez ve evinin yolunu bulamaz. Daha ileri evrelerde ise evin içinde tuvaleti ya da kendi odasını bulamaz hale gelebilir. Bazı hastalar nesnelere kopyalarken veya çizerken zorluk çekebilir, hastalığın ilerlemesiyle birlikte karmaşık figürler veya şema oluşturma yeteneğini kaybedebilir. Sağ sol yönelimi bozulabilir, agnozi ortaya çıkabilir (Özel-Kızıl, 2013; Salami ve Lyketsos, 2011; Selekler, 2012).

Görsel algıyı değerlendirme araçları görsel yapı ve görsel entegrasyon gibi görsel-uzaysal yetenekleri değerlendirmek için tasarlanmış bataryaları içerir (Hebben ve Milberg, 2009). Görsel-uzaysal işlevleri değerlendirmek için geliştirilmiş testler arasında Üç Kelime Üç Şekil Testi ve Saat Çizme Testi (SÇT) yer almaktadır.

1.2.5.5. Praksi

Praksi bir amaca yönelik olarak yapılan ve önceden öğrenilmiş hareketleri içerir. Veda etmek için el sallamak, mektup kağıdını dörde katlayıp zarfa koymak, yürümek, giyinmek, dans etmek, yemek yemek gibi günlük hayatta yer etmiş hareketler praksi kapsamındadır. Ayrıca alet kullanma, çivi çakma, çekiç tutma gibi eylemler de praksinin içine girer (Selekler, 2012).

Praksi bozuklukları genellikle AH'nın ileri aşamalarında görülür. Yalnız ideomotor ve ideasyonel apraksiler daha önce görülebilir. Hasta bir eylemi gerçekleştirirken hareketlerin organizasyonu ve sıralaması konusunda zorluk çekebilir. Ayakkabı bağlama, düğme ilikleme, diş fırçalama gibi önceden iyi bilinen ve pratik uygulanabilen becerilerde bozulma görülebilir. Hastada öncelikle cep telefonu, televizyonun kumandası gibi karmaşık alet kullanma konusunda problemler ortaya çıkar. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte makas, çekiç, tarak gibi daha basit aletleri kullanmak zorlaşır. Hastalığın son evresinde ise hasta hiçbir alet kullanamaz, hatta yatalak hale gelir, yutma güçlüğü yaşayabilir, tuvaletini tutamaz, epileptik

nöbetler görülebilir (Özel-Kızıl ve Turan, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Salami ve Lyketsos, 2011; Selekler, 2012).

1.2.5.6. Yürütücü İşlevler

Yürütücü işlevler üst düzey bilişsel işlemlemeyi içeren geniş bir nöropsikolojik terimdir (Hebben ve Milberg, 2009). Planlama, organizasyon, problem çözme, bilişsel esneklik, motivasyon, yargılama ve inhibisyon gibi bilişsel süreçlerin oluşması, incelenmesi ve değerlendirilmesini kapsar (Baddeley, Bressi, Della Sala, Logie ve Spinnler, 1991; Getz ve Lovell, 2004).

Alzheimer hastalarında yürütücü işlevlerdeki bozulma bellek bozukluğundan sonra, fakat diğer alanlardaki bozukluklardan daha önce ortaya çıkar ve hastalığın erken dönemlerinde soyutlama yeteneğinde yetersizlik olarak dikkati çeker. Planlama ve sıralama becerilerinde bozulmalar görülür, bu durum günlük işlevsel faaliyetlerde aksamalara yol açar. Zihinsel olarak sorunları çözme yeteneği etkilenir. Buna ek olarak, sembolik ve soyut düşüncede bozulma olabilir. Düşünceler daha somutlaşır ve hastalar atasözlerini doğru bir şekilde yorumlamakta güçlük çekebilirler (Can ve Karakaş, 2005; Cumming ve Cole, 2002; Salami ve Lyketsos, 2011).

Yürütücü işlevleri değerlendirmek için SMMT ve MOBİD gibi tarama testlerinin yanında Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) ve Frontal Değerlendirme Aracı (FAB) da yaygın olarak kullanılmaktadır.

1.2.6. Tanı

AH kesin tanısı nöropatolojik incelemelerle konmaktadır, fakat bunun uygulanma zorluğu nedeniyle hasta ve yakınından alınan öykü ile birlikte klinik, nörolojik ve psikiyatrik değerlendirme tanının temelini oluşturmaktadır. Öncelikle hastanın aldığı eğitim ve sosyokültürel düzeyi sorgulanır, ardından mental durum

muayenesi yapılır. Nöropsikiyatrik değerlendirme araçları tanı koymada oldukça yardımcıdır (Ayçiçek, 2017; Özel-Kızıl, 2013; Özel-Kızıl ve Turan, 2014).

AH'nın tanısında en sık NIA-AA (National Institute on Aging–Alzheimer's Association) ve DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) tanı kriterleri kullanılmaktadır (American Psychiatric Association, 2013; McKhann ve ark., 2011). Son yıllarda alan yazında sözü edilen bu kriterlere ilişkin bilgi aşağıda verilmektedir.

1.2.6.1. NIA-AA Kriterleri

Demans Tanısı Ana Kriterleri

Bilişsel veya davranışsal semptomlar

1. İş yaşamında veya olağan aktivitelerde bozulma
2. Önceki fonksiyonellik ve beceri kapasitesinde düşme
3. Durumun deliryum veya majör psikiyatrik hastalıkla açıklanamaması
4. Aşağıdakilerin kombinasyonu ile aranan ve tanısı konulan bilişsel bozukluk:
 - a) Hastadan ve yakınından alınan anamnez
 - b) Objektif bir bilişsel değerlendirme: Yatak başı mental durum muayenesi veya nöropsikiyatrik testler ile bilişsel bozukluğun tespiti
5. Bilişsel ya da davranışsal bozulma alanlarından **en az iki** alanda görülen bilişsel bozukluk
 - a) Yeni bilgileri öğrenme ve hatırlama becerisinde bozulma

- b) Karmaşık görevleri yerine getirme, değerlendirme yetisinde bozulma
- c) Görsel – uzaysal becerilerde bozulma
- d) Dil işlevinde bozulma
- e) Kişilik değişikliği, davranış problemleri

Olası (Probable) AH Ana Kriterleri

1. Demans kriterlerinin karşılanmasına ek olarak aşağıdaki özellikler:

- A. Sinsi başlangıç
- B. Açıkça belirtilen bilişsel kötüleşme
- C. Başlangıç ve en belirgin bilişsel bozukluğun aşağıdakilerden biri olması
 - a) Amnestik prezentasyon: öğrenmede ve yeni öğrenilen bilgiyi geri çağırma bozulma
 - b) Nonamnestik prezentasyon: dil; görsel-uzaysal; yürütücü işlev bozukluğu
- D. Serebrovasküler hastalık kanıtı, Lewy cisimcikli demans kriterleri, frontotemporal demansın davranışsal varyantının veya primer progresif afazinin semantik-akıcı olmayan/agramatik varyantlarının belirgin bulguları veya bilişsel işleve etki edebilecek diğer nörolojik ve nörolojik olmayan hastalık veya ilaç kullanımının olmaması

Kesinliği arttıran kriterler

1. Bilişsel bozulmanın kanıtlanması
2. AH'a yol açan genetik mutasyon varlığı (APP, PSEN1, PSEN2)

Mümkün (Possible) AH Ana Kriterleri

1. Atipik seyir:

Bilişsel bozukluklar ile ilgili ana kriterler karşılanmış

Ancak, bilişsel bozuklukta ani bir kötüleşme veya yetersiz hikaye veya ilerleyici düşünün nesnel kanıtının olmaması

veya

2. Etiyolojik olarak karma prezentasyon:

Ana kriterlerin tamamı karşılanmış

Ancak, ek olarak eşlik eden Serebrovasküler hastalık, Lewy cisimcikli demans özellikleri veya bilişsel işlevi etkileyebilecek nörolojik-medikal komorbidite veya ilaç kullanımı olması

AH patofizyolojik süreci kanıtı olan Olası AH

Olası AH ana tanı kriterlerinin karşılanmasına ek olarak biyobelirteçlerin pozitifliği (uygulamada sık kullanılmamaktadır)

AH patofizyolojik süreci kanıtı olan Mümkün AH

Klinik olarak AH dışı demansın kriterlerinin karşılanmasına karşın AH ilişkili biyobelirteç veya patoloji pozitifliği olması

Aşağıdaki bölümde ise AH'na ilişkin DSM- 5 tanı kriterleri açıklanmaktadır.

1.2.6.2. DSM- 5 Tanı Kriterleri

- A. Yeğin (ağır) ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
- B. Birden çok alanda gizlice ve sessizce başlayan, yavaş yavaş ilerleyen bir bozulma vardır.
- C. Olası ya da olabilir AH için tanı ölçütleri şöyle karşılanmaktadır.

Aşağıdakilerden biri varsa olası AH tanısı konur yoksa olası AH tanısı konmazdır.

- Bellek ve öğrenmede ve en az diğer bir bilişsel alanda gerileme olduğunun açık kanıtı (ayrıntılı öyküye ya da bir dizi nöropsikolojik ölçümlere göre)
 - Bilişte uzun süreli duraksama olmaksızın, sürekli ilerleyen aşamalı gerileme
 - Neden olucu karışık etkenler olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur (Başka nörodejeneratif hastalık ya da beyin-damar hastalığı ya da başka sinirsel, ruhsal ya da genel hastalık ya da bilişsel gerilemeye katkıda bulunabilecek bir durum).
- D. Bu bozukluk başka nörodejeneratif hastalık, beyin-damar hastalığı ya da başka sinirsel, ruhsal ya da genel bozukluğun etkileriyle daha iyi açıklanamaz.

1.2.7. Tedavi

AH'nın bilinen kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastanın bilişsel işlevlerini iyileştirmek, duygusal ve psikotik değişimlerini kontrol altına almak ve hayat standartlarını artırmaya yönelik bazı palyatif tedavi yöntemleri

uygulanmaktadır (Gao, Hendrie, Hall ve Hui, 1998). Asetilkolinesteraz inhibitörü ilaçlar (Donepezil 5-10mg/gün, Rivastigmin 9-12mg/gün ve Galantamin 18-24mg/gün) ve Glutamat NMDA reseptör antagonisti olan Memantin'in (20mg/gün) hastalarda plaseboya göre daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla beraber AH'nda görülen davranış bozuklukları için antidepresan ilaçlar ve düşük doz antipsikotik ilaçlar da kullanılmaktadır (Özel-Kızıl ve Turan, 2014).

Günümüzde demans hastalarında kaybolan ya da bozulan işlevleri yerine getirmeye yönelik tedaviler bulunmamakla birlikte, eşlik eden ajitasyonu azaltarak hastaya ve hasta yakınına yardımcı olunmaya çalışılmaktadır (Butcher, Mineka, Hooley; 2013). Demans hastalarında sıkça ortaya çıkan başıboş dolaşma, idrar kaçırma, uygunsuz cinsel davranış ve yetersiz öz bakım becerileri ise davranışçı yaklaşımlarla azaltılmaktadır (Butcher, Mineka ve Hooley; 2013). Yanı sıra depresyon gibi eşlik eden hastalıkların tedavisi için psikodinamik terapi, davranışçı terapi ve aile terapisi gibi teknikler de kullanılmaktadır (Wilkinson, 1997; 2008). Yaşlılarda uygulanan terapi yöntemleri belirli zorlukların yanında belli başlı avantajlar da barındırmaktadır. Başlıca zorluk yaşlı hastada hangi psikoterapinin uygulanabileceği ve etkili olup olmadığıdır (Davison, Neale, çev., 2004; Wilkinson, 2008). Genç yetişkinlerden farklı olarak yaşlı erişkinler için ayrıca tasarlanmış terapi yöntemleri de bulunmaktadır. Özellikle demans hastaları için kullanılan bu yöntemler hatırlama terapisi (reminiscence therapy), doğrulama terapileri (validation therapy) ve gerçeklik yönelimi (reality orientation) gibi terapilerdir (Wilkinson, 1997; 2008). Örneğin, yaşlılık çağında faydalı olduğu gösterilen hatırlama terapisi yaşlıların eski anılarını içeren kayıtlar, fotoğraflar, günlükler ile bireysel ya da grup ortamında anıların konuşulmasını, geçmiş yaşantıların onarılmasını ve Erikson'un son evresindeki bütünlük hissini hedef alır (Bohlmeijer ve ark. 2003). Yöntemsel açıdan önemli eksikleri olsa da, bu tedavi yöntemleri yaşlılık psikiyatrisinde farmakolojik olmayan müdahalelerde önemli role sahiptir.

Bundan sonraki bölümde bu tezin diğer bir önemli konusu olan yaşlı bireylerde yargılama becerisi üzerinde durulacaktır.

1.3. Yargılama

Yargılama bir sorundan kurtulmak için uygun stratejiler üretmek, uygun hedefleri belirlemek, bir fikirden diğerine geçmek, farklı eylem yollarının olası sonuçlarını değerlendirmek, uygunsuz yanıtları engellemek, amaca yönelik davranışı başlatmak ve yürütmek gibi pek çok çözüm yolunu içermektedir (Duke ve Kaszniak, 2000; Karlawish ve ark., 2005; Knopman ve ark., 2001; Rabin ve ark., 2007). Yargılama ilgili koşulları dikkatle inceledikten sonra mevcut durumları değerlendirme ve buna göre bir yol çizme kapasitesi olarak da tanımlanabilir. Yargılama değişik hasta gruplarında nöropsikolojik değerlendirmeler yapılarak değerlendirilir ve yürütücü işlevlerin çalışma alanında yer almaktadır. Hem bilişsel değerlendirme sürecini hem de davranışı gerçekleştirmeyi içerir (Capucho ve Brucki, 2011; Duke ve Kaszniak, 2000; LaFleche ve Albert, 1995; Rabin ve ark., 2007).

Yürütücü işlevler kavramı frontal lob hasarı olan hastalarla çalışılmasının ardından ortaya çıkmıştır (Öner, Över ve Aysev,2007). Yargılama, organizasyon, plan yapma, sıralama, problem olayların sonucunu tahmin etme ve ona göre strateji geliştirme gibi bilişsel işlevleri de içeren yürütücü işlevler frontal lobun etkisi altındadır (Mesulam, 2000). Yürütücü işlevlerinde bozulma olan kişiler dürtüsel kararlar alma, zihinsel esnekliğin azalması, uzun vadeli sonuçları dikkate almama ya da tek bir çözüme odaklanma gibi nedenlerle kötü kararlar verebilirler (Channon, 2004; Woods ve ark., 2000).

Yargılama bellek ve dilin dahil olduğu diğer bilişsel süreçlere de dayanır. Buna ek olarak, başarılı bir problem çözme ve iyi bir yargılama yapabilme, sözel ve sözel olmayan dilin karmaşık yönlerini kavrama ve kararını bir başkasına etkin bir şekilde iletme becerisini de içine alır (Allaire ve Marsiske, 1999). Empati kurma, başkaları açısından bir durumun sonuçlarını anlama, olayların meydana geldiği toplumsal bağlamın inceliklerini değerlendirebilme, toplumsal öncelikleri ve yükümlülükleri dengeleme ve çevresel veya toplumsal geri bildirimine uygun bir şekilde tepki verme gibi sosyal ve duygusal beceriler de yargılama becerisinde rol oynar (Blanchard ve ark., 2004; Channon, 2004).

1.3.1. Psikiyatrik Rahatsızlıklar ve Yargılama

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin yargılama becerilerinde bozulmaların görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Bearden, Hoffman ve Cannon, 2001; Rempfer ve ark., 2003; Semkovska ve ark., 2004). Semkovska ve ark. (2004) şizofreni hastalarında menü seçimi, alışveriş ve yemek yapma gibi üç günlük yaşam aktivitesini dikkate alarak yürütücü işlev bozukluğunu değerlendirmeyi amaçlamışlardır. 27 şizofreni hastası ile 27 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı çalışmada şizofreni hastaları menü seçimi sırasında daha fazla zorlanmış ve ihmalleri olmuş; alışveriş görevinde daha fazla sıralama ve tekrarlama hataları ve pişirme görevi sırasında daha fazla planlama, sıralama, tekrarlama ve atlama hataları yapmışlardır. Revheim ve ark. (2006) ise ciddi hastalığı olanlarda nörobilişsel işlevsellik, klinik belirtiler ve günlük problem çözme becerileri arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve günlük problem çözme becerilerinin negatif belirtiler, işlem hızı, sözel bellek ve çalışma belleği ile anlamlı ilişki gösterdiğini bulmuşlardır. Kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerde bir sorundan kurtulmak için uygun stratejiler seçme, bir görevi başlatma ve sürdürme, problem çözme davranışları gibi yargılama becerilerinde bozulmaların görüldüğü çalışmalarla saptanmıştır.

Yargılama alanındaki eksikliklerin ya da problemlerin belirlenmesi hastalığın tanı, tedavi, bilişsel ve işlevsel yeterliliği hakkında bilgi sahibi olma konusunda yardımcı olabilir (Bertrand ve Willis, 1999; Kim, Karlawish ve Caine, 2002). Örneğin, şizofreni hastalarında yargılama ve problem çözme konusunda yetersiz olan kişilerin mesleki, toplumsal ya da bağımsız yaşama ortamlarında zorluk çektiği bilinmektedir (Revheim ve ark., 2006). Bu grup hastalarla yapılan değerlendirme ve iyileştirme sürecinin ardından yargılama ve problem çözme becerilerinde düzelmelerin gözlendiği çalışmalar mevcuttur (Medalia, Revheim ve Casey, 2001).

1.3.2. Alzheimer Hastalığında Yargılama

Sağlıklı ya da herhangi bir hastalığı olan yaşlılar mal alım satımı, mallarının işletilmesi gibi çeşitli nedenlerle hukuki eylemlerde bulunmaktadır. Kişinin hukuki ehliyetinin yeterli olup olmadığı sorusu kendine bakabilme, sosyal ya da mali kararlar alabilme konusunda bir sorun yaşandığında ortaya çıkar, bu sorun genellikle ailenin diğer bireyleri tarafından gündeme getirilir ve kişi için mahkeme kararı ile vasi tayini istenebilir (Can ve ark., 2006; Lieff ve ark. 1984;). Kişinin zihinsel yetersizliği, demansı, alkol bağımlılığı ya da psikotik bir hastalığı söz konusu ise vesayet işlemleri başlatılabilir. Bu gibi durumlarda önemli olan sorun bu kişilerin kendi işlerini yürütme kapasitesine sahip olup olmadıklarıdır. Hukuken yeterli olma kişinin sağlam bir biçimde yargılama yapabilmesine dayanır ve bu da bireyin söz konusu davranışının mantığını kavrayabilmesi, niteliğini ve sonuçlarını anlayabilmesi ile mümkün olabilir (Can ve ark., 2006). Bu nedenle de soyutlama ve yargılama işlevlerinin sağlam olup olmadığının değerlendirilmesi klinik uygulamalarda önem taşımaktadır.

Demans gibi nörodejeneratif hastalıklar, karar verme, yargılama, yürütücü işlevler, duygusal işleme ve farkındalık gibi alanlarda işlev bozukluklarına sebep olabilir (Bayard ve ark., 2015). Demans şüphesi olan yaşlı erişkinlerin değerlendirmelerinde yargılama becerileri de diğer alanlar da olduğu gibi detaylı bir şekilde değerlendirilir ve bu bilgi, tanı, tedavi, işlevsel ve bilişsel yetkinlik ile ilgili kararlar konusunda yardımcı olur (Bertrand ve Willis, 1999; Kim, Karlawish ve Caine, 2002; Willis ve ark., 1998). Örneğin, yargılama kusuru olan demans hastaları araba ya da ocak kullanımı, ilaçların yanlış kullanılması, yetersiz beslenme, gereksiz veya yanlış harcamalar yapma konusunda risk altında olabilirler (Lai ve Karlawish, 2007). Bu gibi durumlarda, hastalar ve hasta yakınları bozuk yargılama becerilerinin doğası ve sonuçları ile gözlenen belirtilerin hastalık süreci ile olan ilişkisi hakkında eğitilebilir. Böylelikle de bakıcılar, aile sistemi içerisinde yeni sorumlulukları üstlenmeye ya da tehlikeli olayların olasılığını azaltmak için gerekli yapıyı ve denetimi sağlamaya daha iyi hazır olabilirler (Duke ve Kaszniak, 2000).

AH tanısı almış hastalarla yapılan bazı çalışmalarda, yargılama becerilerinin bozulmuş olduğu gösterilmiştir. Bu alandaki kayıpların yürütücü işlevlerdeki bozulmalarla ilişkilendirildiği görülmüştür. Rabin ve ark., (2007) yaptıkları çalışmada 26 AH, 34 Hafif Bilişsel Bozukluk (HBB) ve 39 sağlıklı kontrolü Nörodavranışsal Bilişsel Durum Testinin Yargılama Anketi Alt Testi (Judgment Questionnaire subtest of the Neurobehavioral Cognitive Status Exam -NCSE JQ) ve Pratik Yargılama Testi (Test of Practical Judgment-TOP-J) kullanarak karşılaştırmışlardır. NCSE JQ'da, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olup sağlıklı kontroller ve HBB olan hastalar arasında TOP-J'de açısından da fark bulunmamıştır. AH olan hastaların yargılama puanlarının diğer iki gruba göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Woods ve ark., (2000) da 95 AH ile 40 sağlıklı kontrolü NCSE JQ kullanarak karşılaştırmışlar ve benzer şekilde AH hastaları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulmuşlardır. Baird (2006) de sağlıklı, sınır, hafif ve orta şiddetli demansı olan 83 hastayı Bağımsız Yaşam Ölçeği'nin Problem Çözme Alt Ölçeği'ni (Solving Subscale of the Independent Living Scales-ILS) kullanarak karşılaştırmıştır. Sınır düzeyde bilişsel işleve sahip kişiler ile hafif evre demans hastaları arasında fark bulunmadığı, orta evre demans hastalarının ise problem çözme testinden diğer gruplara göre düşük puanlar aldığı sonucuna varılmıştır.

1.3.3. Yargılamanın Değerlendirilmesi

Alan yazın incelendiğinde yargılama becerisinin değerlendirilmesi için kullanılan dört temel araç göze çarpmaktadır. Bunlar Pratik Yargılama Testi (Test of Practical Judgment -TOP-J) (Rabin ve ark., 2007), Nörodavranışsal Bilişsel Durum Testinin Yargılama Anketi Alt Testi (NCSE JQ) (Northern California Neurobehavioral Group, 1988), Nöropsikolojik Değerlendirme Aracı Yargılama Alt Testi (NAB-JDG) (Stern ve White, 2003), Bağımsız Yaşam Ölçeği Problem Çözme Alt Ölçeği (Loeb, 1996) dir. TOP-J dışındaki diğer araçlar kapsamlı test bataryalarının bir parçasıdır. Bu nedenle uygulanması için eğitime ve zamana ihtiyaç duyulmaktadır, bu durum araçların kullanımını sınırlandırmaktadır. Araçların

uygulanmasının uzun zaman alması dışında başka sınırlılıkları da vardır. Örneğin, Woods ve ark. (2000) NCSE JQ'nun AH olan hastalarda yargılama becerisinin bozulmasına duyarsız olduğunu bulmuşlardır. NAB-JDG ise öncelikli olarak, üst düzeyde yargılamadan ziyade temel güvenlik ve hijyen konularına değinmektedir (Mansbach, 2013).

Borgos ve ark. (2006) tarafından yapılan yakın tarihli bir çalışmada nöropsikologlara yönelik bir anket düzenlenmiş ve anket sonuçları standardize edilmiş yargılama becerisini ölçen yeni araçlara ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir. Yine aynı anket sonucunda yargılama becerisini değerlendirmek için en sık kullanılan araçlar arasında ilk sıralarda Wisconsin Kart Sıralama Testi (WCST; Heaton ve ark., 1993) ve Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-III (WAIS-III) Yargılama Alt Ölçeği'nin (Wechsler, 1997) yer aldığı görülmüştür. Bunları Nörodavranışsal Bilişsel Durum Testinin Yargılama Anketi Alt Testi (NCSE JQ) (Northern California Neurobehavioral Group, 1988) ve Nöropsikolojik Değerlendirme Aracı Yargılama Alt Testi (NAB-JDG) (Stern ve White, 2003) izlemiştir. Bu testlerin yürütücü işlevleri değerlendirmede yeterli ve yararlı bilgi sunduğu görülmüştür. Fakat özellikle WCST ve WAIS-III Yargılama Alt Ölçeği yargılama becerilerini değerlendirmek için tasarlanmış testler değildir ve yargılama becerisi ile ilgili bilişsel süreçlerdeki bozuklukları yakalama konusunda yetersizlerdir. Örneğin, WAIS-III Yargılama Alt Ölçeği tıbbi ve finansal konularda karmaşık durumlar ve gerçek dünya sorunlarına çözüm üretmek yerine, toplumsal kurallar ve sözleşmeler hakkında sahip olunan genel bilgiyi ve atasözü anlamlarını soyutlamayı gerektirir (Rabin ve ark., 2007).

Bunların yanı sıra yargılama becerisi ile çakışan bilişsel yapılar günlük problem çözme, günlük karar verme, sosyal problem çözme ve pratik zekayı içerir (Thornton ve Dumke, 2005; Willis, 1996), bu yapıların nesnel ölçümlerini değerlendiren bazı ölçekler mevcuttur. Bu ölçekler Bilişsel Yetersizliği Olan Yaşlılar için Gündelik Sorun Çözme Testi (*Everyday Problems Test for Cognitively Challenged Elderly*) (EPCCE; Willis ve ark., 1998), Reflektif Yargılama İkilemleri (*Reflective Judgment Dilemmas*) (Kajanne, 2003), Pratik Sorunlar Testi (*Practical*

Problems Test) (Denney ve Pearce, 1989), Gündelik Bilişsel Batarya (*Everyday Cognition Battery*) (Allaire ve Marsiske, 1999), Kötü Durum Görevi (*Predicaments Task*) (Channonv Crawford, 1999), Gündelik Sorun Çözme Envanteri (*Everyday Problem Solving Inventory*) (Cornelius ve Caspi, 1987) ve Fonksiyonel Statünün Doğrudan Değerlendirilmesi (*The Direct Assessment of Functional Status*) (Lowenstein ve ark., 1989). Bu ölçekler birlikte ele alındığında günlük problem çözme ve kişinin tıbbi bakımına karar verme sürecine katkıda bulunan faktörler hakkında yararlı bilgiler verdiği görülmektedir. Fakat bu ölçekler öncelikle araştırma amacı ile geliştirilmiştir ve yargılama becerisinin değerlendirilmesinde rutin olarak kullanılmamaktadır. Ayrıca çoğunun psikometrik özellikleri (normlar, kesme skorları ve güvenilirlik ve geçerlilik değerleri) ve klinik yararlılıkları hakkında ayrıntılı bilgi bulunmamaktadır. Buna ek olarak, bazı araçlar (örn. EPCCE) bilişsel işlev bozukluğu olduğu bilinen yaşlı bireyler için tasarlanmıştır ve bu nedenle demansın klinik öncesi aşamasında kullanım için uygun olmayabilir (Rabin ve ark.,2007).

Görüldüğü üzere yargılama becerisini değerlendiren özgül nöropsikolojik ölçüm araçlarının klinikte kullanımının yetersiz olduğu dikkat çekmektedir. Demans hastalarında ve yaşlılarda yargılama becerisini değerlendirmeyi amaçlayan pratik ve nitelikli bir araca ihtiyaç duyulmaktadır. Mansbach, Macdougall, Clark ve Mace (2013) özellikle kısa, birçok disiplinden bireyler tarafından kolaylıkla uygulanabilen, güçlü psikometrik özellikleri olan ve hastayı motive edebilecek görsel uyaranlara sahip bir teste ihtiyaç olduğunu bildirmiş ve Mutfak Resmi Testi'ni (MRT- Kitchen Picture Test-KPT) geliştirmişlerdir. MRT mutfak sahnesinin görsel olarak sunulduğu bir illüstrasyondur. Testte üç önemli sorun durum vardır. Katılımcılardan kilit sorunları tanımlamaları, sorun durumları tehlikeli olmaları açısından sıralamaları ve her bir sorun için çare üretmeleri istenmektedir. Testin 99 ve 163 kişi ile yapılan iki çalışması mevcuttur. İlk çalışmada (Mansbach, Macdougall, Clark ve Mace, 2014) Maryland'de uzun süreli bakım tesislerinde ikamet eden 121 kişi geriye dönük olarak çalışmaya alınmıştır. Bu kişilerden 22'sinin kullanılan testlerinin tam olmaması nedeniyle çalışmaya 99 kişi ile devam edilmiştir. Çalışma sonucunda MRT puanları yaşla ($r = -.22$, $p = .03$) negatif yönde anlamlı olarak ilişkili çıkmıştır. MRT puanlarının iç tutarlılık açısından cronbachalphadeğeri .88'dir. İkinci çalışmada

(Mansbach, Macdougall, Clark ve Mace, 2014) yardımcı bir yaşam tesisinde ya da nitelikli bir hemşirelik tesisinde ikamet eden 191 kişi çalışmaya alınmak istenmiş, fakat yine testlerin tam olmaması nedeniyle 163 kişi ile çalışmaya devam edilmiştir. Çalışma sonucunda ilk çalışmada olduğu gibi MRT puanlarının yaşla ($r = -.27$, $p < .001$) negatif yönde anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. MRT puanlarının iç tutarlılık açısından cronbach alfa değeri.93'dür.

MRT çeşitli klinik ortamlarda, 5 dakikadan daha kısa sürede uygulanabilen, standart ve ekonomik bir test olması açısından oldukça yararlıdır. Ayrıca ileriki çalışmalarda, yaşlılarda hukuki yetilerin değerlendirilmesi konusunda klinisyenlere yol gösterici bir araç olabileceği de düşünülmektedir. Ülkemizde yargılama becerilerini değerlendirmeye yarayan tek nöropsikolojik test WAIS-R'in Yargılama alt ölçeğidir. Alan yazının incelenmesinde ülkemizde bu alt ölçeğin yaşlılarda ya da demans hastalarında yapılmış herhangi bir çalışmasına rastlanmamıştır. Bununla birlikte yukarıda da belirtildiği gibi WAIS-R'in Yargılama alt ölçeği gerçek dünya sorunlarına çözüm üretmek yerine, toplumsal kurallar ve sözleşmeler hakkında sahip olunan genel bilgiyi ve atasözü anlamlarını soyutlamayı gerektiren bir ölçektir. Ayrıca WAIS-R'in Yargılama alt ölçeği ile MRT karşılaştırıldığında MRT'nin daha kolay uygulanabilir, gündelik yaşama daha uygun, pratik ve kısa bir ölçme aracı olduğu dikkat çekmekte ve daha fazla tercih edilebileceği düşünülmektedir. Özellikle testin görsel uyarıcı içermesi ve basit olması, yargılama ve muhakeme becerileri bozulmuş AH olan hastalarda kullanımını daha avantajlı hale getirmektedir.

Bundan sonraki bölümde ölçek uyarlama çalışmaları hakkında bilgi verilecektir.

1.4. Ölçek Uyarlama Çalışmaları

Ölçme uygun yöntemler kullanılarak kişi ya da nesnelere değerlendirilmesidir. Test ya da ölçek geliştirirken öncelikle testin amacının ve ölçülecek kriterlerin ayarlanması ve ölçülecek kritere uygun öğelerin seçilmesi

gerekmektedir. Daha sonra ölçülecek özellik ölçmedeki yeterliliğine yönelik teknik denetimden geçirilir ve uzman görüşü alınarak test maddeleri düzeltilir. Ardından da ön uygulama yapılarak bu doğrultuda kullanılacak istatistiksel yöntemler saptanır ve madde analizi yapılarak teste son şekli verilir (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2015).

Test ya da ölçek uyarlama süreci test geliştirme sürecine göre bazı farklılıklar içerir. Bir kültür ya da dile göre geliştirilmiş olan bir ölçeğin farklı kültürlerde uygulanabilmesi için yapılan sistemli çalışmalar “ölçek uyarlaması” olarak isimlendirilir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Uyarlama sadece ölçme aracının öğelerinin değil aynı zamanda uygulama yönergesinin ve cevapların da uyarlanmasını içerir. Uyarlama çalışmalarında öncelikle değerlendirilmesi istenen kavramın geliştirildiği kültür ile uygulanması düşünülen kültürde benzeşip benzeşmediği araştırılmalıdır. Her iki dile ve kültüre hakim bir grup çevirmen tarafından ölçme aracının uygulama ve puanlama yönergesi ile madde ve yanıt seçenekleri orijinal dilden aracın uyarlanacağı ülkenin diline çevrilir, daha sonra tekrar kendi diline çevrilerek karşılaştırılır. Daha sonra araç uygulanması istenen gruba benzer bir örnekleme uygulanır. Ve ulaşılan sonuçlara faktör analizi uygulanarak ölçeğin yapı geçerliliği saptanır. Son olarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılır (Büyüköztürk ve ark., 2015). İstatistikte güvenirlik, değerlendirme aracının tutarlı olup, az standart hataya sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Geçerlik ise bir ölçme aracının değerlendirmek istediği kavramı değerlendirip değerlendiremediği, değerlendiriorsa diğer değişkenlerden ne ölçüde ayırabilerek ölçtüğüdür (Aktürk ve Acemoğlu 2012).

1.4.1. Güvenirlik

Bir ölçme aracının istikrarlı ve kararlı ölçme sonuçlar verebilmesi aracın güvenilir olduğunu göstermektedir (Tezbaşaran, 2008). Güvenirlik ölçme amaçlı veri toplama araçları için vazgeçilmez olan bir niteliktir. Güvenirlik testin değerlendirmek istediği özelliği ne düzeyde doğru ölçebildiği ile ilgilidir. Bireyin test

maddelerine verdikleri yanıtlar arasındaki tutarlılık olarak da tanımlanabilen güvenilirlik, çeşitli şekillerde değerlendirilebilir ve çeşitli şekilde incelenebilir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

1.4.1.1. Eşdeğer (Paralel) Formlar Güvenirliği

Aynı özelliği ölçmek amacıyla hazırlanan iki teste eşdeğer (paralel) formlar denir. Eşdeğer form güvenirlğine bakmak için aynı kişilere iki farklı ölçek uygulanır ve bu iki testten alınan puanlar arasında Pearson korelasyon katsayısı hesaplanır. Hesaplanan katsayı eşdeğer form güvenirlğini verir ve eşdeğerlik katsayısı olarak tanımlanır. Korelasyonun yüksek olması ölçeklerin eşdeğer olduğunu ve aynı tutum, davranış ya da bilgiyi ölçtüğünü ifade etmektedir. Eşdeğer formlar aynı örnekleme aynı anda verilebileceği gibi farklı zamanlarda da verilebilir (Aktürk ve Acemoğlu 2012; Büyüköztürk ve ark., 2015).

1.4.1.2. Test-Tekrar Test Yöntemi

Bir testin farklı zaman aralıklarıyla iki kez uygulanması ile değerlendirilen puanlar arasındaki korelasyon test-tekrar test güvenirlğini sağlar. Böylelikle iki değerlendirme sonucu ulaşılan puanların ne düzeyde tutarlı olduğu saptanmış olur. (Büyüköztürk ve ark., 2015). İki uygulama arasındaki zaman ciddi hatırlamalarla karşılaşılmayacak kadar uzun, fakat değerlendirilecek öğede meydana gelebilecek önemli değişikliklerin olmasını engelleyecek kadar kısa olmalıdır (Ercan ve Kan, 2004).

1.4.1.3. Yarıya Bölme Yöntemi

Bu yöntemde test iki eş yarıya ayrılır, bir gruba uygulanır ve her yarının puanları hesaplanır. Daha sonra bu iki yarıdan ulaşılan puanlar arasındaki korelasyon katsayısı Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanır. Daha sonra

Spearman-Brown ya da Rulon yöntemi kullanılarak testin tamamına ait güvenilirlik katsayısı hesaplanır (Aktürk ve Acemoğlu 2012; Büyüköztürk ve ark., 2015).

1.4.1.4. İç Tutarlılık Yöntemleri

Güvenirlik analizlerinin önemli bir diğer adımı da iç tutarlılık ya da homojenitedir. İç tutarlılık bir değerlendirme aracının birbirinden farklı ve bağımsız bölümlerden oluştuğu ve bu bölümlerin kendi içinde birbirine eşit özellik ve ağırlığa dayandığını göstermektedir. İç tutarlılığı değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan iki yöntem alfa katsayısı ya da Cronbach Alfa (Coefficient Alpha/Cronbach's Alpha), Kuder-Richardson 20 (KR-20) ve Kuder-Richardson 21 (KR-21) formülüdür (Aksayan ve Gözüm, 2002).

1.4.1.4.1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach Alfa katsayısı maddeler evet-hayır ya da doğru-yanlış olarak puanlanmayıp 1-3, 1-6, 1-7 gibi puanlandığında kullanılan bir iç tutarlılık yöntemidir (Öncü, 1994). Alfa katsayısı öğelere ait puanların toplam test puanıyla tutarlılığını göstermektedir (Büyüköztürk ve ark., 2015). Korelasyon katsayısı 0 ve +1 arasında değişir. Ölçekten elde edilen katsayının 1'e yakın olması ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu gösterir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Alfa katsayısı $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir (Tavşancıl, 2010).

1.4.1.4.2. Kuder-Richardson KR-20 Güvenirlik Katsayısı

İç tutarlılığın güvenilirliğini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan diğer yöntem Kuder-Richardson yaklaşımıdır. KR-20 formülü test maddelerine verilen yanıtlar 1 (evet) ve 0 (hayır) olarak puanlandığında kullanılan bir yöntemdir. Test

maddelerinin güçlük katsayılarının eşit olması durumunda ise KR-20 yerine KR-21 formülü kullanılabilir (Büyüköztürk ve ark., 2015).

1.4.2. Geçerlik

Geçerlik bir testin ölçmek istediği özellikleri diğer özelliklerle karıştırmadan ne derece doğru ölçebildiğidir (Büyüköztürk ve ark., 2015). Bir ölçeğin geçerliği ölçeğin kullanıldığı amaca, uygulandığı örnekleme, uygulama ve değerlendirme yöntemine bağlıdır. Geçerliğin yüksek olması, değerlendirilmek istenen kavramın ne derece iyi değerlendirilebildiğine bağlıdır. Geçerlik katsayısının düşük olması değerlendirme sonucu ulaşılan puanlarla istenilen kriter arasındaki ilişkinin zayıflığını gösterebileceği gibi, ulaşılan sonuçların doğru olmamasından da kaynaklanabilir. Bu nedenle geçerlik katsayıları güvenirlik katsayılarıyla birlikte yorumlanır (Öncü, 1994). Alan yazında değişik geçerlik sınıflandırmalarına rastlanmakla birlikte geçerlik türleri genel olarak kapsam, ölçüt ve yapı geçerliği olarak üç grupta incelenmektedir.

1.4.2.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği ölçeği oluşturan öğelerin değerlendirilmek istenen tanımlanmış davranışların ölçmede ne kadar başarılı olup olmadığını değerlendirir. Burada her öğenin istenilen davranışları değerlendirmeye uygun ve yeterli olup olmadığına bakılır (Büyüköztürk ve ark., 2015). Ölçeğin kapsayıcılığını değerlendirmek için genellikle ölçeğin konusu hakkında çalışan uzmanlar ile daha önce konu ile ilgili yapılmış akademik çalışmalardan faydalanılabilir (Tezbaşaran, 2008).

1.4.2.2. Ölçüt Geçerliği

Testin ölçtüğü özellik ile ilişkili olduğu varsayılan başka bir değerlendirme sonuçlarıyla korelasyon puanları ölçüt geçerliğini verir. Ölçüte bağlı geçerlik eşzaman geçerliği ve yordama geçerliği olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2015).

1.4.2.2.1. Eşzaman Geçerliği

Eşzaman geçerliğinde üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanlar daha önce geliştirilmiş ve geçerlik güvenirliği test edilmiş olan aynı özelliği değerlendiren farklı bir değerlendirme aracının puanları ile arasındaki korelasyon katsayısı karşılaştırılır (Tavşancıl 2015).

1.4.2.2.2. Yordama Geçerliği

Yordama geçerliğinde ölçek puanı ile gelecekte ölçülmesi düşünölen davranış arasındaki ilişki değerlendirilerek ölçek puanlarının gelecekteki davranışı ne kadar yordadığı araştırılır. Yordama geçerliğinde ölçüt gelecekte ölçölecek davranıştır (Büyüköztürk ve ark., 2015).

1.4.2.3. Yapı Geçerliği

Ölçme aracının yapı geçerliliği değerlendirme aracının istenen davranış bağlamında bir faktörü doğru olarak değerlendirebilme düzeyini göstermektedir (Tavşancıl 2015). Faktör analizi ve hipotez testi yapı geçerliğini göstermek için yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir (Büyüköztürk ve ark., 2015).

1.5. Sınırlılıklar

- Bu araştırma 2017 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Geriyatrik Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre AH'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk (demans) tanısı alan bireyler ile sınırlıdır.
- Araştırma bulgularının sonuçları örnekleme sınırlıdır.
- Değerlendirme ölçekleri çalışmacının belirlediği testler ile sınırlıdır.

1.6. Varsayımlar

- Veri toplamada kullanılan test ve ölçekler amaca uygun ve bu örneklem için geçerlidir.
- Araştırmanın örnekleme evreni temsil edebilecek büyüklüktedir.
- Araştırmada kullanılan istatistiksel çözümleme yöntemleri, verilere ve araştırmanın amaçlarına uygundur.

1.7. Amaç ve Hipotez

Ülkemizde yaşlı nüfusun artmasıyla beraber yaşlılarda yargılama yeteneğinin daha önce kapsamlı bir şekilde araştırılmamış olması ve bu konuda kullanılacak ölçme araçlarına ihtiyaç duyulması çalışmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır. Önemli bir ihtiyaç olan yaşlılarda yargılama becerileri ile ilişkili olabilecek faktörler bu araştırma kapsamı içinde incelenmiştir.

Araştırmada “Alzheimer Hastalığı” ve “Yargılama becerisi” değişkenleri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Geriyatrik Psikiyatri Polikliniği'nde evreni temsil edecek bir örneklem üzerinden

incelenmiş, AH'na bağılı majör nörobilişsel bozukluk (demans) tanısı alan hastalarda yargılama becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Giriş bölümünde üzerinde durulduğu gibi, alan yazında yargılama becerisinin değerlendirilmesi için kullanılan testler oldukça sınırlı olup genellikle kapsamlı test bataryalarının bir parçasıdır. Bu nedenle uygulanmaları için hem zamana hem de eğitime ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde ise yargılama becerilerini değerlendirmeye yarayan tek nöropsikolojik test WAIS-R'ın Yargılama altölçeği olup, yaşlılarda ya da demans hastalarında bu alt ölçek ile yapılmış yargılama becerisinin değerlendirilmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buradan yola çıkılarak Mansbach ve ark. (2014) tarafından geliştirilen MRT'nin Türk AH tanısı almış hasta örnekleminde testin geçerlik ve güvenirliliğini incelemek amaçlanmıştır.

Ülkemizde AH olan hastaların yargılama becerilerini değerlendirmede kullanılacak standardize bir ölçüm aracı bulunmaması nedeniyle bu çalışma sayesinde MRT'nin psikometrik özelliklerinin araştırılması ve testin ülkemizde kullanılması mümkün olacaktır.

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

- AH olan hastaların benzer yaş ve eğitime sahip sağlıklı yaşlılarla kıyaslandığında genel bilişsel işlevlerine paralel olarak yargılama becerileri de bozulmuştur.
- AH olan hastaların MRT'den elde edilen yargılama becerisine ilişkin puan sağlıklı yaşlı bireylerinkinden daha düşüktür.
- MRT Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Bu çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Geriyatrik Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre AH'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk (demans) tanısı alan, dahil edilme ölçütlerini karşılayan, onam veren ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 30 hasta alınmıştır. Kontrol grubu olarak başka herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 25 sağlıklı birey dahil edilmiştir.

2.1.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Hasta grubu için:

- 60 yaş ve üzerinde olmak
- Kendisi ve yakınının çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- En az beş yıl eğitim almış olması
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre Alzheimer Hastalığı'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk tanısı almış olması
- Majör nörobilişsel bozukluk dışında başka bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalığı bulunmaması
- Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği toplam puanının 7'nin altında olması

Kontrol Grubu için:

- 60 yaş ve üzerinde olmak
- Kendisinin çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- En az beş yıl eğitim almış olması
- Herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalığı bulunmaması
- Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği toplam puanının 7'nin altında olması

2.1.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Katılımcı ya da yakınının çalışmaya katılmak için onam vermemesi
- Psikiyatrik ölçekler ve bilişsel testlerin uygulanmasına engel olacak herhangi bir fiziksel engel (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.) ya da ağır bilişsel bozukluğun varlığı
- Majör nörobilişsel bozukluk dışında başka bir psikiyatrik ya da nörolojik bir hastalığın bulunması

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcıların genel bilişsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla Standardize Mini Mental Test (SMMT), Saat Çizme Testi (SÇT), Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST), Montreal Bilişsel Değerlendirme Aracı (MOBİD), Bilgilendiriciye Uygulanan Bilişsel Kayıp Anketi (BİLKAN), işlevsellik düzeylerini değerlendirmek için İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA), çalışma belleği ve soyutlama becerilerini değerlendirmek için Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ- WAIS-R) nun Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçekleri, yargılamayı değerlendirmek için Mutfak Resmi Testi (MRT)

uygulanmıştır. MRT karttan gösterilerek diğer testler ise kağıt kalem kullanılarak uygulanmıştır. Ek olarak, katılımcıların depresyon belirtilerini değerlendirmek ve depresyonu olan hastaları çalışma dışında tutmak amacıyla da Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 maddelik formu kullanılmıştır. Ayrıca araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu da her katılımcı için doldurulmuştur.

2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların çeşitli sosyodemografik özelliklerini belirlemek için kullanılan form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, mevcut hastalıkları ve ilaç kullanım durumu hakkında bilgilerin elde edildiği maddeler yer almıştır (bkz. Ek 2).

2.2.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT; Mini Mental State Examination, MMSE)

Folstein, Folstein ve McHugh (1975) tarafından geliştirilen SMMT bilişsel yetenekleri geniş bir yelpazede kapsayan 30 maddelik bir değerlendirme aracıdır. Pratik ve uygulama süresinin kısa olması nedeniyle demans için tarama amaçlı olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır. Testten elde edilen puanlar 24-30 puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demans tablosu olarak değerlendirilmektedir. Test oryantasyon, kayıt belleği, dikkat ve hesap yapma, dil ve hatırlama gibi alt ölçeklerden oluşmuştur (Folstein ve ark., 2011). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve ark. (2002) tarafından yapılmıştır. 71'i demanslı, 141'i kontrol olmak üzere toplam 212 kişi ile yapılan çalışmada hafif demansı olan bireyleri sağlıklı bireylerden ayırmada kesme puanı 23/24 olarak saptanmıştır. Kesme puanı olarak bu değer alındığında 0,91 düzeyinde duyarlık, 0,95 düzeyinde özgüllük elde edilmiştir. SMMT bilişsel yetilerinde yitim olan hastalar başta olmak üzere tüm psikiyatrik hasta grupları ve risk altında olan yaşlı gruba uygulanabilir

(Aydemir ve Köroğlu, 2012). Testten alınabilecek en yüksek puan 30 olup 24 puan ve altı sonuçlar bilişsel kayba işaret eder (bkz. Ek 3).

2.2.3. Saat izme Testi (ST)

ST yürütücü işlevler, görsel-uzaysal işlevler, bellek ve dikkat gibi birçok farklı bilişsel işlevi değerlendirmeye yarayan basit bir komut ve kopya görevidir (Baity, 2010). Hastadan rakamların doğru yerlerinde olduğu bir saat çizmesi ya da önceden çizilmiŐ bir dairenin iini doldurmasının ardından belirli bir zamanı göstermesi istenir. Dört farklı ST'nin (CAMCOG ST'i, Schulman ST'i ve Freedman ST, Mendez ST gibi) Türkçe versiyonlarının uyarlama çalışmaları yapılmıştır (Can ve ark., 2010; Cangöz ve ark., 2006). Can ve ark. (2010)   testi karŐılaŐtırdıkları çalışmalarında Shulman'a göre puanlanan SÜT ve SMMT iinduyarlılığı %100, özgüllüğü %83; Sunderland'a göre puanlanan SÜT ve SMMT için duyarlılığı %100, özgüllüğü %73; Watson'a göre puanlanan SÜT ve SMMT için ise duyarlılığı %95, özgüllüğü ise %62 olarak saptamıŐlardır. Çalışmada kesme puanı Shulman yöntemine göre 3, Watson yöntemine göre 4 ve Sunderland yöntemine göre 8/9 olarak bulunmuştur. Shulman ve arkadaşlarının geliŐtirdiđi puanlama yönteminin yüksek duyarlık ve özgüllüğe sahip olduğunu gösterilmiştir (Can ve ark., 2010). Bu nedenle bu çalışmada Shulman ve arkadaşlarının geliŐtirdiđi puanlama yöntemi kullanılmıştır. ST basit olmasına rağmen, SMMT ile birlikte verildiğinde, hafif bozulmalara karşı bile duyarlı olduğu gösterilmiştir (Baity, 2010) (bkz. Ek 4).

2.2.4. Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST)

Sözel  ğrenme ve belleğin çok faktörlü araştırılması için geliştirilmiş olan testte 15 kelimelik bir liste hastaya 10 deneme Şeklinde sunulur, her denemenin ardından hastanın hatırladığı kelime sayısı kaydedilir ve 30-40 dakikalık bir gecikmenin ardından kendiliğinden hatırlama ve tanıma değerlendirilir. Testte   liste (A, B ve C listeleri) mevcuttur, A listesinin verildiği bir hasta tekrar

değerlendirildiğinde öğrenme etkisini ortadan kaldırmak için başka bir listenin kullanılması önerilmektedir. SBST geri çağırma sürecine etki eden çeşitli patolojilerden etkilenen bellek sürecinin ne olduğu ve ne derece bozulduğunun saptanmasının yanı sıra, tanı konmasının ardından tedavi sürecinde hastanın izlenmesi açısından da önemlidir (Öktem, 2011). Testte puanlama ve değerlendirme Öğrenme Süreçlerine İlişkin Boyutlar ve Uzun Süreli Bellek (USB)boyutları olarak iki grupta toplanmıştır. Öğrenme Süreçleri boyutunda anlık bellek, toplam öğrenme, öğrenme yanlışı, perseverasyon, tutarsızlık, en yüksek öğrenme ve kritere ulaşma alt boyutları değerlendirilir. USB bölümü boyutunda ise USB kendiliğinden hatırlama, USB hatırlama yanlışı, USB tanıma, USB yanlışı tanıma ve USB toplam hatırlama alt boyutları değerlendirilir. Öktem (2011) tarafından SBST'nin yaş ve eğitime göre Türk norm değerleri belirlenmiştir. Görme sorunu olan ya da düşük eğitilmiş hastalarda kullanılabilen bir test olması en önemli avantajıdır (bkz. Ek 5).

2.2.5. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD; Montreal Cognitive Assessment - MoCA)

MOBİD bilişsel bozukluk için hızlı bir değerlendirme yapmak ve özellikle sağlıklı bireyleri HBB'tan ayırt etmek amacıyla Nasreddine ve ark.(2005) tarafından geliştirilmiş olup çeşitli bilişsel işlevleri değerlendirmektedir. Bu işlevler konsantrasyon, yürütücü işlevler, bellek, dil, görsel yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama ve yönelimdir. Test yürütücü işlevler, adlandırma, bellek, dikkat, dil, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama ve yönelim gibi alt ölçeklerden oluşmuştur. Testten alınabilecek en yüksek puan 30 olup 21 ve üstündeki puanlar normal olarak değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Selekler ve ark. (2010) tarafından 20 Alzheimer hastası, 20 HBB tanısı almış hasta ve 165 sağlıklı yaşlı olmak üzere toplam 205 gönüllü katılımcı üzerinde yürütülmüştür. ROC analizi sonucuna göre MOBİD toplam puanı için kesme değeri 21 puan olarak belirlenmiştir. Bu kesme değeri 81,08 duyarlılık (sensitivity) ve 77,78 özgüllük (specificity) değerine sahip olup, pozitif yordayıcı değeri 45,5 ve negatif yordayıcı

değeri 94,7'dir. MOBİD ölçeğinin AH, HBB ve sağlıklı grupları birbirinden anlamlı olarak ayırt edebildiği gösterilmiştir.

Ayrıca Kaya ve ark. (2014) tarafından yapılan bir diğer çalışmada 114 Alzheimer hastası, 114 HBB tanısı almış hasta ve 246 sağlıklı yaşlı alınmış ve farklı eğitim düzeylerine göre AH, HBB ve sağlıklı yaşlılar için ortalama MOBİD puanları ve standart sapmaları saptanmıştır (bkz. Ek 6).

2.2.6. Bilişsel Kayıp İçin Bilgilendiriciye Uygulanan Anket (BİLKAN; Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-IQCODE)

Jorm ve Jacomb (1989) tarafından geliştirilmiş olan BİLKAN demansta ortaya çıkan bilişsel işlevlerdeki ve günlük yaşam aktivitelerindeki bozuklukları değerlendirmeye yarayan, hasta yakını (bakım veren) tarafından doldurulan ve 26 maddeden oluşan bir ankettir. Hasta yakınından hastanın şimdiki durumunu 10 yıl önceki durumu ile karşılaştırması istenmektedir, bu nedenle hasta yakınının en az 10 yıldır hastayı tanıyor olması gerekir. Maddeler son 10 yıl ve şimdiki durumun karşılaştırılması istenerek 1(daha iyi) ve 5 (daha kötü) arasında puanlanır. BİLKAN'ın Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özel-Kızıl ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık açısından cronbach alfa değeri 0,95, test-tekrar test güvenilirliği 0,68 olarak saptanmıştır. Kesme puanı 3,4 alındığında demans tanısı için duyarlılığı %82, özgüllüğü ise %70 olarak bulunmuştur (Özel-Kızıl ve ark., 2010) (bkz. Ek 7).

2.2.7. İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA)

İFA kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını değerlendiren ve demans taramasında yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Pfeffer ve ark. (1982) tarafından geliştirilen ölçek uygulayıcının hasta yakını ile yüz yüze yaptığı görüşme ile doldurulur. Bilgi veren kişiler karmaşık faaliyetler (örn: hesap açmak, alışveriş

yapmak, gündelik olayları takip etmek gb.) konusunda değerlendirilmesi istenen bireyin performansını değerlendirir. Belirlenen performans düzeyleri bağımsızlık ve bağımlılık arasında şu şekilde değerlendirilir: Bağımlı:3, Yardım gerektirir:2, Güçlükleri var, ama kendi başına becerir:1, Normal: 0. Ölçekten hasta 0 (normal) ve 30 (tam bağımlı) arasında puan alır. 50-69 yaş grubunda iki ya da daha fazla maddeden “toplam 5 ya da daha fazla puan”; 70 yaş ve üzeri grupta ise üç ya da daha fazla maddeden “toplam 9 ya da daha fazla puan” almış olmak günlük işlevsel faaliyetlerde bozukluk olduğuna ve bir başkasına bağımlılığa işaret etmektedir (Selekler ve ark., 2004). İşlevsel Faaliyetler Anketi'nin Türk toplumu için uyarılama ve norm belirleme çalışması Selekler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır (bkz. Ek 8).

2.2.8. Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ; Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised-WAIS-R) Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler Alt ölçekleri

Yetişkinlerin zekasını değerlendirmek için Wechsler tarafından 1955 yılında geliştirilen Wechsler-Bellevue ölçeği 1981'de gözden geçirilmiş ve WAIS-R olarak düzenlenmiştir (Wechsler, 1981). WAIS-R Sözel ve Performans olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Genel Bilgi, Sayı Dizisi, Sözcük Dağarcığı, Aritmetik, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçekleri Sözel Bölümü; Resim Tamamlama, Resim Düzenleme, Küplerle Desen, Parça Birleştirme ve Şifre alt ölçekleri ise Performans Bölümünü oluşturmaktadır. Kolaydan zora doğru sıralanan maddelerden oluşan ölçek bir sözel, ardından da bir performans alt ölçeğinin sıra ile verilmesi şeklinde yüz yüze olarak uygulanmakta ve yaklaşık 60-90 dakika kadar sürmektedir. WAIS-R'ın Türk kültürüne uygun olarak yeniden düzenlenmesi ve uyarlanması çalışması Sezgin ve ark. (2002) tarafından tamamlanmış, ancak 2014 yılında yayınlanmıştır (Sezgin ve ark., 2014). Bu çalışmada soyut düşünebilme ve bu düşüncüyü doğru ve açık bir biçimde ifade edebilmeyi değerlendirmek amacıyla Benzerlikler alt ölçeği; işitsel-kısa süreli bellek ile çalışma belleğini ölçmek amacıyla Sayı Dizisi alt ölçeği

ve muhakeme ile mantık yürütme seviyesini değerlendirmek amacıyla Yargılama alt ölçeği uygulanmıştır (bkz. Ek 9).

2.2.9. Mutfak Resmi Testi (MRT; Kitchen Picture Test-KPT)

Mansbach, Macdougall, Clark ve Mace (2014) tarafından geliştirilen MRT bireylerin yargılama becerisini değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçme aracıdır. Test ifade edici dil, yargılama ve görsel bellek gibi alt ölçeklerden oluşmuştur. Testte etrafındaki tehlikeli olayların farkında olmayan genç bir kadının telefonda konuştuğu sahnenin tasvir edildiği bir resim vardır. Resimde üç tane tehlikeli olay söz konusudur. Bunlar: 1) ocakta yanmakta olan tencereye uzanmaya çalışan bir çocuk, 2) yerde keskin bir bıçak ve kırık bir tabak, 3) açık bir buzdolabından dökülen süt akıntısı. Katılımcılardan önce resimde gördüklerini isimlendirmeleri, daha sonra bu üç problem durumu tanımlamaları (0-3 puan), daha sonra tehlike açısından sıralamaları (0-2 puan) ve problemleri çözüme ulaştırmaları (0-3 puan) istenir. Testin son aşamasında ise daha önce gördükleri problem durumları hatırlamaları beklenir. Toplam puan 0 ile 21 arasında, toplam yargılama puanı ise 0 ile 8 arasında değişir. Bu çalışmada MRT yargılama becerisini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu amaçla orjinal ölçeği geliştiren William Mansbach ile iletişime geçilmiş ve kendisinden testin kullanılması için izin alınmıştır. Ölçeğin uygulama ve puanlama yönergesi araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Mansbach ve ark tarafından yapılmış iki çalışması mevcuttur. 99 katılımcıyla yapılan ilk çalışma sonucunda MRT puanları yaşla ($r_s = -.22$, $p = .03$) negatif yönde anlamlı olarak ilişkili çıkmıştır (Mansbach ve ark.,2013). MRT puanlarının iç tutarlılık açısından Cronbach alfadeğeri 0,88'dir. Mansbach ve ark. (2013) tarafından yapılan ikinci çalışmada ise 163 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. İkinci çalışma sonucunda da ilk çalışmada olduğu gibi MRT puanları yaşla ($r = -.27$, $p < .001$) negatif yönde anlamlı olarak ilişkili çıkmıştır. MRT puanlarının Cronbach alfa değeri 0,93'tür(bkz. Ek 10).

2.2.10. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 Maddelik Formu (HAM-D)

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği Hamilton (1960) tarafından hastada depresyonun varlığını ve düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Depresif duygu durum, iş ve etkinlikler, genital belirtiler, somatik belirtiler, erken uykusuzluk (uykuya dalma güçlüğü), orta uykusuzluk (uykuyu sürdürme güçlüğü), gece uykusuzluğu (erken uyanma), genel bedensel belirtiler, suçluluk duyguları, intihar, ruhsal anksiyete, bedensel anksiyete, hipokondriyazis, içgörü (içgörü kaybı), retardasyon, ajitasyon ve kilo kaybını değerlendirmek üzere toplam 17 maddeden oluşur. Testten alınabilecek en yüksek puan 53'tür. 14 puan ve üzeri depresyona işaret eder. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır. Çalışmaya DSM III-R tanı ölçütlerine göre depresif duygudurum bozukluğu tanısı konulan 94 hasta dahil edilmiştir. HAM-D'nin 17 madde üzerinden Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,75 ve Sprearman-Brown formülüne göre iki yarım güvenilirlik katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur (bkz. Ek 11).

2.3. İşlem

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Geriyatrik Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre AH'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk tanısı alan, dahil edilme ölçütlerini karşılayan, onam veren ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 30 hasta alınmıştır. Onam veremeyecek durumda olan hastalar için yakınlarından onam alınmıştır. Kontrol grubu olarak başka herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 25 sağlıklı birey dahil edilmiş, kendilerinden onam alınmıştır. Tanıdik vesilesiyle çalışmaya katılmaya gönüllü kişiler kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Katılımcıların tanısai değerlendirmeleri araştırmada yer alan psikiyatri uzmanı (ETÖK) tarafından yapılmış, nöropsikolojik testler ise psikolog (SK) tarafından uygulanmıştır. Ölçekler iki seansta yüz yüze uygulanmış, yaklaşık bir saat on beş dakika kadar sürmüştür.

Çalışmaya katılımcılar Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu onayının alınmasından hemen sonra (şubat 2017) alınmaya başlanmış ve belirlenen sayıda katılımcıya ulaşılmasının ardından (Ekim 2017) çalışmanın analiz ve yazım aşamasına geçilmiştir.

2.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciencesfor Windows 20.0) programı kullanılmıştır. Hasta ve kontrol grubu kategorik değişkenler açasından ki kare testi kullanılarak, sürekli değişkenler açasından ise dağılıma göre bağımsız örneklem t testi, ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ya da Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Korelasyon analizi için dağılıma uygun olarak Pearson ya da Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Hasta ve kontrol grubu soyutlama (Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu [WYZÖ- WAIS-R] Benzerlikler alt ölçeği puanı), yargılama becerileri (MRT puanı) ile genel bilişsel işlevler (MOBİD puanı) ve çalışma belleği (Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu [WYZÖ- WAIS-R] Sayı Dizisi alt ölçeği puanı) açasından karşılaştırılmıştır. HDDÖ ile ölçülen depresyon şiddeti istatistiksel olarak kontrol edilmiştir. MRT'nin geçerlik analizi için ayırt edici geçerlilik değerlendirilmiş; hasta ve kontrol grubu arasında MRT puanları açasından fark olup olmadığı test edilmiştir. MRT ölçeğinin güvenirlilik analizi için iç tutarlılık araştırılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde AH tanısı konmuş hastalar ile sağlıklı yaşlılar arasında yargılama becerileri açısından farklılıkları anlamak amacıyla elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analiz bulgularına yer verilmektedir. Analizlere başlanmadan önce, veriler istatistiksel analize uygun hale getirilmiştir. Bu amaçla kayıp veri olup olmadığı kontrol edilmiş, kayıp verilerin %10'dan az olması nedeniyle bunların yerine söz konusu maddelerin ortalama değerleri yerleştirilmiştir.

Bu bölümde ilk olarak, yaş, eğitim gibi sosyo-demografik özellikler ile araştırmada ele alınan değişkenler açısından AH tanısı konmuş hastalar ve sağlıklı yaşlı grup arasındaki farklara ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Daha sonra araştırmada ele alınan değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerine dair bulgular aktarılmaktadır.

3.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve İlgili Değişkenler Açısından Grupların Karşılaştırılması

Çalışmaya toplam 55 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların 30'u AH tanısı almış hastadan, 25'i ise sağlıklı yaşlıdan oluşmaktadır. AH olan ve sağlıklı yaşlı bireylerin yaş, eğitim, cinsiyet gibi sosyo-demografik özellikler ve SMMT, MOBİD, WAIS-R Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçekleri, SÇT, İFA, HAM-D ölçeklerinden elde ettikleri puanlara ilişkin karşılaştırmaları Çizelge 3.1'de verilmektedir. AH tanısı konmuş olan hasta ve sağlıklı yaşlıları bahsi geçen değişkenler açısından karşılaştırmak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Sağlıklı yaşlı bireyler yaş, İFA, SÇT, HAM-D, SMMT Oryantasyon alt ölçeği; AH tanısı konmuş olan hastalar ise HAM-D, SMMT Hatırlama alt ölçeği ve MOBİD Gecikmiş Bellek alt ölçeği açısından normal dağılım göstermemişlerdir. Bu nedenle bu değişkenlerin analizinde ortalama yerine ortanca değer kullanılmış, Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

AH grubunun sağlıklı yaşlı grubuna göre yaşça daha büyük olduğu, eğitim sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür. Cinsiyet açısından iki grup arasında fark saptanmamış olup, her iki grupta da kadınlar çoğunluktadır.

Çizelge 3.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Klinik Ölçek Puanları Açısından Grupların Karşılaştırılması

	AH tanısı konmuş hastalar(n=30)	Sağlıklı Yaşlılar (n=25)	İstatistiksel Analiz
Yaş	72,10	67,00	$z=-2,44, p=0,015^*$
Eğitim	9,97 ± 3,60	12,04 ± 3,92	$t=-2,04, p=0,046^{*1}$
Cinsiyet (K/E)	19/11	14/11	$X^2=.306, p=.580$
İFA	12,30	0,00	$z=-5,82, p=0,00^{**}$
SÇT	2,13	5,00	$z=-5,39, p=0,00^{**}$
SMMT oryantasyon	6,80	10,00	$z=-5,29, p=0,00^{**}$
SMMT Anlık Bellek	3,00 ± 0,00	3,00 ± 0,00	
SMMT Dikkat	2,77 ± 2,05	5,00 ± 0,00	$t=-5,45, p=0,00^{**}$
SMMT Hatırlama	0,00	2,08	$z=-5,41, p=0,00^{**}$
SMMT Dil	6,73 ± 1,51	8,44 ± 0,71	$t=-5,19, p=0,00^{**}$
SMMT Toplam	19,70 ± 5,83	28,44 ± 1,12	$t=-7,37, p=0,00^{**}$
SBST Anlık Bellek	2,60 ± 1,48	5,76 ± 1,79	$t=-7,19, p=0,00^{**}$
SBST Öğrenme	45,20 ± 17,14	102,52 ± 21,54	$t=-10,99, p=0,00^{**}$
SBST USB	2,27 ± 2,63	10,24 ± 2,99	$t=-10,52, p=0,00^{**}$
MOBİD Yürütücü İşlevler	2,17 ± 1,21	4,32 ± 0,85	$t=-7,50, p=0,00^{**}$
MOBİD Adlandırma	2,07 ± 0,58	2,84 ± 0,37	$t=-5,72, p=0,00^{**}$
MOBİD Bellek	3,30 ± 1,66	4,52 ± 0,71	$t=-3,41, p=0,01^{**}$
MOBİD Dikkat	3,13 ± 1,85	5,48 ± 0,82	$t=-5,87, p=0,00^{**}$
MOBİD Dil	1,06 ± 1,05	2,40 ± 1,00	$t=-4,80, p=0,00^{**}$
MOBİD Soyut Düşünme	0,40 ± 0,50	1,76 ± 0,44	$t=-10,66, p=0,00^{**}$
MOBİD Gecikmeli Bellek	0,00	1,88	$z=-7,74, p=0,00^{**}$
MOBİD Yönelim	4,30 ± 1,60	6,00 ± 0,00	$t=-5,30, p=0,00^{**}$
MOBİD Toplam	13,40 ± 5,25	24,68 ± 2,48	$t=-9,86, p=0,00^{**}$
WAIS-R Düz SDT	4,10 ± 1,77	5,64 ± 2,04	$t=-3,00, p=0,00^{**}$
WAIS-R Ters SDT	2,67 ± 1,69	4,60 ± 1,58	$t=-4,35, p=0,00^{**}$
WAIS-R SDT Toplam	6,77 ± 2,79	10,24 ± 3,31	$t=-4,23, p=0,00^{**}$
WAIS-R Benzerlikler	8,03 ± 4,82	20,96 ± 3,85	$t=-10,82, p=0,00^{**}$
WAIS-R Yargılama	5,97 ± 4,26	25,16 ± 3,06	$t=-18,00, p=0,00^{**}$
HAM-D	0,00	0,00	$z=-1,48, p=0,14$

t= Bağımsız örneklem t testi, z= Mann-Whitney U testi, X^2 =Ki Kare Testi

*p<0,05; **p<0,001

İFA= İşlevsel Faaliyetler Anketi, SÇT= Saat Çizme Testi, SMMT= Standardize Mini Mental Test, SBST= Sözel Bellek Süreçleri Testi, SBST USB= Sözel Bellek Süreçleri Testi, Uzun Süreli Bellek, MOBİD= Montreal Bilişsel Değerlendirme Aracı, WAIS-RSDT = Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu, Sayı Dizisi Testi

Yapılan analizler sonucu iki grubun SMMT, MOBİD, WAIS-R Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçekleri, SÇT, İFA, HAM-D klinik alt ölçekleri toplam puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Buna göre AH grubunun tüm klinik ölçeklerde sağlıklı yaşlı grubuna kıyasla düşük performans gösterdiği saptanmıştır. Sağlıklı yaşlılarda SMMT Dikkat alt ölçeği ile MOBİD Dikkat alt ölçeğinde ve hem sağlıklı yaşlılar hem AH tanısı konmuş hastalarda SMMT Anlık Bellek alt ölçeğinde tavan etkisi görülmüş, en yüksek puanlar test puanı olarak kaydedilmiştir.

3.2. Mutfak Resim Testine İlişkin Grup Ortalamaları

AH tanısı konmuş hastalar ve sağlıklı yaşlı bireylerin MRT Dil, MRT Yargılama, MRT Görsel Bellek alt ölçeklerinden ve MRT toplam puanı açısından elde ettikleri puanlara ilişkin karşılaştırmaları Çizelge 3.2’de verilmektedir. AH tanısı konmuş hastalar MRT Dil puanı ve MRT Görsel Bellek puanı açısından normal dağılım göstermediklerinden bu değişkenlerde ortalama yerine ortanca değer kullanılmış ve Mann-Whitney U testi yapılmıştır, diğer değişkenler için ise bağımsız örneklem t testi kullanılarak gruplar karşılaştırılmıştır.

Çizelge 3.2. Grupların MRT Puanları Açısından Karşılaştırılması

	AH Tanısı Alan Hastalar (n=30)	Sağlıklı Yaşlılar (n=25)	İstatistiksel Analiz
MRT Dil	8,00	10,00	$z=-5,27, p=0,00^{**}$
MRT Yargılama	$3,20 \pm 2,71$	$8,00 \pm 0,00$	$t=-8,85, p=0,00^*$
MRT Görsel Bellek	1,00	3,00	$z=-5,72, p=0,00^{**}$
MRT Toplam Puan	$12,47 \pm 5,02$	$21,00 \pm 0,00$	$t=-8,49, p=0,00^*$

t= Bağımsız örneklem t testi, z= Mann-Whitney U testi

*p<0,05; **p<0,001

MRT= Mutfak Resim Testi

Tablo 3.2’de de görüldüğü gibi, AH tanısı alan hastalar ve sağlıklı yaşlıların MRT toplam puanları arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur. Sağlıklı yaşlılarda MRT tüm alt ölçekleri ve toplam puanlarında tavan etkisi görülmüş, en yüksek puanlar test puanı olarak elde edilmiştir. AH grubunun tüm alt ölçekler ve toplam puanlarının sağlıklı yaşlı grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür.

İki grup arasında toplam eğitim süresi açısından sınırda da olsa anlamlı farklılık bulunduğu için eğitim kovaryant alınarak iki grup MRT toplam puanları açısından tekrar karşılaştırılmış ve aradaki farkın devam ettiği görülmüştür (F=62.03, p=0.00). Eğitim ve MRT toplam puanı arasındaki etkileşimin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (F=1.82, p=0,18)

3.3. MRT ile Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar

Bu çalışmada ele alınan ve MRT ile ölçülen yargılama becerisi ile normal dağılım gösteren diğer değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak üzere Pearson korelasyon testi yapılmıştır. Bu korelasyonlar Çizelge 3.3’te verilmektedir.

Çizelge 3.3. MRT Yargılama Alt Ölçeği ve MRT Toplam Puanı ile Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar

	MRT Toplam	SMMT Toplam	MOBİD Toplam	WAIS-R SDT Toplam	WAIS-R Benzerlikler	WAIS-R Yargılama
MRT Yargılama	r=,97** p=0,00	r=,72** p=0,00	r=,79** p=0,00	r=,69** p=0,00	r=,76** p=0,00	r=,83** p=0,00
MRT Toplam		r=,78** p=0,00	r=,83** p=0,00	r=,63** p=0,00	r=,78** p=0,00	r=,82** p=0,00

*p<0,05; **p<0,001
r= Pearson Korelasyon Testi

Çizelge 3.3’teki korelasyon katsayıları MRT yargılama puanı açısından incelendiğinde; bu değişkenin MRT toplam puan SMMT toplam, MOBİD toplam, WAIS-R SDT toplam, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği ve WAIS-R Yargılama alt

ölçeği puanları ile pozitif yönde ve anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre MRT toplam puan, SMMT toplam, MOBİD toplam, WAIS-R SDT toplam, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği ve WAIS-R Yargılama alt ölçeğinden elde edilen puanlar arttıkça MRT yargılama alt ölçeğinden alınan puanlar da artmaktadır.

Çizelge 3.3'teki korelasyon katsayıları MRT toplam puanı açısından gözden geçirildiğinde; MRT toplam puanın MRT yargılama, SMMT toplam, MOBİD toplam, WAIS-R SDT toplam, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği ve WAIS-R Yargılama alt ölçeği puanları ile pozitif yönde ve anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir. MRT yargılama puanında olduğu gibi MRT Yargılama alt ölçeği, SMMT, MOBİD, WAIS-R SDT, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği ve WAIS-R Yargılama alt ölçeğinden elde edilen puanlar arttıkça MRT'den alınan toplam puan da artmaktadır.

Çizelge 3.4. MRT Dil ve Görsel Bellek Alt Ölçekleri ile Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar

	MRT Görsel Bellek	SMMT Toplam	MOBİD Toplam	WAIS-RSDT Toplam	WAIS-R Benzerlikler	WAIS-R Yargılama
MRT Dil	R=,81 p=0,00**	R=,77 p=0,00**	R=,77 p=0,00**	R=,59 p=0,00**	R=,75 p=0,00**	R=,73 p=0,00**
MRT Görsel Bellek		R=,79 p=0,00**	R=,77 p=0,00**	R=,59 p=0,00**	R=,80 p=0,00**	R=,77 p=0,00**

**p<0,001

R= Spearman Korelasyon Testi

Normal dağılım göstermeyen MRT Dil ve MRT Görsel Bellek alt ölçekleri puanlarının diğer klinik ölçek puanları ile arasındaki ilişkiyi saptamak üzere Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucuna göre MRT Dil puanı, SMMT toplam puanı, MOBİD toplam puanı, WAIS-R SDT toplam puanı, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği puanı ve WAIS-R Yargılama alt ölçeği puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermektedir.

MRT Görsel Bellek puanı da SMMT toplam puanı, MOBİD toplam puanı, WAIS-R SDT toplam puanı, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği puanı ve WAIS-R Yargılama alt ölçeği puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermektedir. Buna göre eğitim süresi, SMMT toplam, MOBİD toplam, WAIS-R SDT toplam, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği ve WAIS-R Yargılama alt ölçeğinden elde edilen puanlar arttıkça MRT Dil ve MRT Görsel Bellek alt ölçeğinden alınan puanlar da artmaktadır.

3.5. MRT için İç Tutarlılık Analizi

MRT için Cronbach alfa değeri 0,79 ve ICC değeri 0,55 olarak saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

4. TARTIŞMA

Giriş bölümünde belirtildiği gibi, bu araştırmada AH'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk (demans) tanısı alan hastaların yargılama becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca yaş, eğitim gibi sosyo-demografik özellikler ile araştırmada ele alınan değişkenlerin yargılama becerileri ile ilişkilerinin araştırılması planlanmaktadır. Bu sayede MRT'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği de değerlendirilebilecektir. Bu amaçlar doğrultusunda, AH tanısı konmuş hastalar ve sağlıklı yaşlı gruptan demografik bilgiler alınmış, nöropsikolojik değerlendirme yapılmış, yargılama becerileri değerlendirilmiş ve ilgili analizler uygulanarak çeşitli bulgular elde edilmiştir.

Araştırmanın bu bölümünde, verilerin analizleri sonucunda elde edilen bulgular araştırmanın amacı kapsamında belirtilenler doğrultusunda kuramsal açıdan tartışılacaktır. Son olarak da, çalışmada kullanılan MRT için yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri üzerinde durularak gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulacaktır.

4.1. AH Tanısı Alan Hastalarla Sağlıklı Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında AH'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk (demans) tanısı alan hastalarla sağlıklı yaşlılar yaş ve eğitim açısından karşılaştırılmışlardır.

Çalışmada AH tanısı almış bireylerin yaş ortalaması 72.10, sağlıklı yaşlıların yaş ortalaması ise 67 olarak bulunmuştur. AH tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşlılara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yaşlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri AH tanısı almış bireylerde $9,97 \pm 3,60$ yılı; sağlıklı yaşlılarda $12,04 \pm 3,92$ yıldır. AH tanısı almış bireylerin eğitim düzeylerinin kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan çalışmalar düşük eğitim düzeyi ve ilerleyen

yaşın demansla ilişkili olduğunu göstermektedir (Ferri, Prince, Brayne ve ark., 2005; Tschanz ve Breitner, 2011; Tyas ve ark., 2001). Çalışma sonucunda elde edilen bu bulgular ilgili alan yazın ile tutarlıdır. AH doğası gereği ileri yaşta ve düşük eğitim düzeyi olan bireylerde daha sık görülen bir hastalıktır. Dolayısıyla bu çalışmada alınan örneklemin AH için genel hasta popülasyonunu yansıtan bir örneklem olduğu söylenebilir.

Çalışma örneklemini oluşturan AH tanısı alan hastaların 19'u (%63,3) kadın, 11'i(%36,7) ise erkektir. Sağlıklı yaşlıların ise 14'ü (%56) kadın olup 11'i (%44) de erkektir. Cinsiyet açısından iki grup arasında fark saptanmamış olup, her iki grupta kadınlar çoğunluğu oluşturmaktadır. AH'nda kadın cinsiyetinin bir risk faktörü olup olmadığı tartışmalı bir konudur. Kadınlarda AH'nın daha sık görüldüğü rapor edilse de, bunun tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Arioğul, 2009; Thomas, 2008). Ayrıca kadınların erkeklere göre daha uzun yaşamaları ve daha düşük eğitim düzeylerine sahip olmaları nedeniyle AH'na daha fazla yakalandıkları üzerinde de durulmaktadır (Arioğul, 2009). Bu çalışma AH tanısı almış bireylerin çoğunluğunun kadın olduğu alan yazın bulgularını destekler niteliktedir. Cinsiyet açısından yeni araştırma bulgularına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

4.2. AH Tanısı Alan Hastalarla Sağlıklı Yaşlıların Klinik Ölçek Puanları Açısından Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında AH'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk (demans) tanısı alan hastalarla sağlıklı yaşlılar genel bilişsel işlevler [Standardize Mini Mental Test (SMMT), Saat Çizme Testi (SÇT), Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST), Montreal Bilişsel Değerlendirme Aracı (MOBİD), Bilgilendiriciye Uygulanan Bilişsel Kayıp Anketi (BİLKAN)], işlevsellik [İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA)], yargılama ve soyutlama becerileri [Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ- WAIS-R)nun Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçekleri], depresyon [Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17] açısından karşılaştırılmışlardır.

AH'nın temel özelliği bilişsel işlevlerdeki bozulmadır. Bilişsel fonksiyonlar bellek, dikkat, dil, görsel-uzaysal fonksiyonlar, praksi ve yürütücü işlevlerden oluşur. Bu alanlardan bir ya da birkaçı etkilenebilir ve bozukluk derecesi hastalık şiddetine göre değişir. Bu çalışmada alan yazındaki çalışmalara benzer bir amaçla bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bu bilişsel işlevlerin somut bir şekilde ölçülmesine olanak sağlayan, AH gibi hastalıkların klinik seyrinde sıklıkla kullanılan nöropsikolojik testler kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda AH tanısı almış bireylerin genel bilişsel işlevlerinin sağlıklı yaşlılara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmada günlük yaşam aktiviteleri İFA kullanılarak değerlendirilmiştir. İFA kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını değerlendiren ve demans taramasında yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Günlük yaşam işlevselliğinin sağlıklı yaşlılarda AH tanısı almış bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Yapılan çalışmalar AH'da günlük yaşamdaki işlevselliğin düştüğünü göstermektedir (Salami ve Lyketsos, 2011; Selekler, 2012). Bu çalışmada elde edilen bulgular alan yazın bulgularını desteklemektedir.

Yargılama ve soyutlama becerileri Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ- WAIS-R)nun Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçekleri uygulanarak değerlendirilmiştir. Yargılama ve soyutlama becerilerinin sağlıklı yaşlılarda AH tanısı almış bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi olduğu saptanmıştır. Yürütücü işlevler planlama, organizasyon, problem çözme, bilişsel esneklik, motivasyon, yargılama, soyutlama ve inhibisyon gibi bilişsel süreçlerin oluşması, incelenmesi ve değerlendirilmesi gibi işlevleri kapsar ve AH'nın erken dönemlerinde soyutlama yeteneğinde yetersizlik bulunduğu bildirilmektedir (Baddeley, Bressi, DellaSala, Logie, ve Spinnler, 1991; Getz ve Lovell, 2004). Çalışmanın bulgularının AH tanısı almış bireylerde yargılama ve soyutlama becerilerinin bozulmuş olduğu alan yazın bilgileri ile tutarlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Katılımcıların depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 kullanılmıştır. Her iki grup için de araştırmaya dahil edilme kriterleri arasında “Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği toplam puanının 7'nin altında olması” koşulu aranmıştır, bu nedenle depresyon puanları açısından AH tanısı almış bireyler ve sağlıklı yaşlılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışmada yürütücü işlevlerde bozulmaya neden olabilen depresyon etkisinin kontrol edilmiş olması çalışmanın önemli bir özelliğidir.

4.3. AH Tanısı Alan Hastalarla Sağlıklı Yaşlıların Yargılama Becerileri Açısından Değerlendirilmesi

Yargılama becerisi bir sorundan kurtulmak için uygun stratejiler üretmek, uygun hedefleri belirlemek, bir fikirden diğerine geçmek, farklı eylem yollarının olası sonuçlarını değerlendirmek, uygunsuz yanıtları engellemek, amaca yönelik davranışı başlatmak ve yürütmek gibi pek çok çözüm yolunu içermektedir. Yargılama becerileri değişik hasta gruplarında nöropsikolojik değerlendirmeler yapılarak değerlendirilir ve yürütücü işlevlerin çalışma alanında yer almaktadır. (Capucho ve Brucki, 2011; Duke ve Kaszniak, 2000; Karlawish ve ark., 2005; Knopman ve ark., 2001; LaFleche ve Albert, 1995; Rabin ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda AH tanısı almış bireylerde yargılama becerilerinin bozulmuş olduğu gösterilmiştir (Baird, 2006; Rabin ve ark., 2007; Woods ve ark., 2000). Bu çalışmaya katılan AH tanısı alan hastalar ve sağlıklı bireylere MRT uygulanarak yargılama becerileri değerlendirilmiştir. AH tanısı almış bireylerin yargılama puanlarının sağlıklı yaşlılara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Alan yazın incelendiğinde AH ve yargılama becerileri üzerine yapılmış pek fazla çalışma olmadığı dikkati çekmektedir. Rabin ve ark.(2007) yaptıkları çalışmada 26 AH, 34 Hafif Bilişsel Bozukluk (HBB) ve 39 sağlıklı kontrolü Nörodavranışsal Bilişsel Durum Testinin Yargılama Anketi Alt Testi (NCSE JQ) ve Pratik Yargılama Testi (TOP-J) kullanarak karşılaştırmışlardır. NCSE JQ'da, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Sağlıklı kontroller ve HBB olan hastalar arasında TOP-J açısından da fark

bulunmamıştır. TOP-J kullanılarak yalpan değerlendirme sonucunda AH olan hastaların yargılama puanlarının diğer iki gruba göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Woods ve ark. (2000) da 95 AH ile 40 sağlıklı kontrolü NCSE JQ kullanarak karşılaştırmışlar ve benzer şekilde AH hastaları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulmuşlardır. Baird (2006) de sağlıklı, sınır, hafif ve orta şiddetli demansı olan 83 hastayı Bağımsız Yaşam Ölçeği'nin Problem Çözme Alt Ölçeği'ni (ILS) kullanarak karşılaştırmıştır. Sınır düzeyde bilişsel işleve sahip kişiler ile hafif evre demans hastaları arasında fark bulunmadığı, orta evre demans hastalarının ise problem çözme testinden diğer gruplara göre düşük puanlar aldığı sonucuna varılmıştır. Yapılan sınırlı sayıdaki çalışma sonuçları ile bu çalışmada elde edilen bulgular tutarlılık göstermektedir. Yapılan analiz sonucu ulaşılan bulgular doğrultusunda, AH tanısı almış bireylerde yargılama becerilerinin bozulmuş olduğu sonucuna varılabilir.

4.4. MRT İle Eğitim ve Diğer Klinik Ölçekler Arasındaki ilişkilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada AH tanısı alan hastalar ve sağlıklı yaşlılar arasında toplam eğitim süresi açısından sınırlı da olsa anlamlı farklılık bulunduğu için eğitim kovaryant alınarak iki grup MRT toplam puanları açısından tekrar karşılaştırılmış ve aradaki farkın devam ettiği görülmüştür ($F=62.03$, $p=0.00$). Alan yazın incelendiğinde MMSE, MOBİD ve SÇT gibi yaygın olarak kullanılan birçok nöropsikolojik testin eğitimden etkilendiği görülmüştür (Can, İrkeç ve Karakaş, 2009; Cangöz, Karakoç ve Selekler, 2006; Keskinoglu, Uçku ve Yener, 2008). Bu açıdan ele alındığında diğer birçok nöropsikolojik testten farklı olarak MRT'nin eğitimden etkilenmemesi testin önemli bir avantajı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada yargılama becerileri ile klinik ölçekler arasındaki ilişki de incelenmiştir. Alan yazında demansı olan bireylerde nöropsikiyatrik bulgular ile ilgili yapılan çalışmalarda nöropsikolojik test puanlarının yargılama becerileri ile ilişkili olabileceğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Mansbach, Macdougall, Clark ve Mace, 2014; Rabin ve ark., 2007; Stern ve White, 2003; Woods ve ark., 2000). MRT'den elde edilen yargılama puan ortalaması ile SMMT, MOBİD, WAIS-R SDT Toplam, WAIS-R Yargılama ve WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).

4.5. Mutfak Resim Testi'nin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Test puanlarının testin ölçtüğü özellik ile ilişkili olduğu düşünülen başka bir ölçme sonuçları ile korelasyon puanları ölçüt geçerliliğini gösterir. Ölçüte bağlı geçerlik eşzaman geçerliği ve yordama geçerliği olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2015). Eşzaman geçerliğinde üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanlar daha önce geliştirilmiş ve geçerlik güvenilirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon katsayısı karşılaştırılır (Tavşancıl 2015). Bu çalışmada eş zaman geçerliliğini değerlendirmek üzere katılımcılara eş zamanlı uygulanan MRT toplam puan ortalamaları ile daha önce geliştirilmiş (aynı özelliği ölçen) ve Türkiye'de yargılama becerilerinin değerlendirilmesi için kullanılan tek test olan "Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formunun (WYZÖ-WAIS-R) Yargılama alt ölçeği" toplam puan ortalamalarına ait korelasyon katsayıları karşılaştırılmıştır. İki ölçek arasında saptanan pozitif yönlü doğrusal ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). MRT'den elde edilen yargılama becerisi puanları arttıkça WAIS-R Yargılama alt ölçeğinden elde edilen puanlar da artmaktadır. Bu sonuç MRT'nin Türkçe formunun ölçülmesi planlanan yargılama işlevini değerlendirdiğine, diğer bir deyişle eşzaman geçerliliğinin bulunduğu işaret etmektedir.

4.6. Mutfak Resim Testi'nin İç Tutarlılık Analizinin Değerlendirilmesi

Mansbach ve ark. (2013) tarafından geliştirilen MRT'nin orijinal formunun Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı $\alpha=0,93$ olarak bildirilmiştir. Puanlarının iç tutarlılık açısından cronbach alfa değeri 0,93'tür. Bu çalışmada Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı $\alpha=0.79$ olarak saptanmıştır. İç tutarlılığın oldukça güvenilir ($0.60 \leq \alpha < 0.80$) olduğunu gösteren bu sonuç, aynı zamanda, MRT Türkçe formunun da güvenilir olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk ve ark., 2015; Tavşancıl, 2010).

ICC sürekli ölçümler için en uygun ve en sık kullanılan güvenilirlik parametresidir. ICC değeri 0,00 ile 1,00 arasında değişmektedir. 0,60 ile 0,80 arasındaki değerler güvenirliliğin iyi olduğunu, 0,80'in üzerindeki değerler güvenirliliğin yüksek olduğunu göstermektedir (Shrout ve Fleiss, 1979; Terwee ve ark., 2007). Bu çalışmada ICC değeri 0,55 olarak saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç MRT'nin organik bozukluğu olan hastaların değerlendirilmesi için rahatlıkla tercih edilebileceğini, fakat sağlıklı bireylerin değerlendirilmesinde tavan etkisi gösterebileceğine, diğer bir deyişle ufak kusurları saptamada etkili olmayabileceğine işaret etmektedir. Bu çalışmada HBB olan hastalar dahil edilmemiştir, ileride yapılacak çalışmalarda MRT'nin HBB olan hastalarda ayırt edici geçerliliğinin değerlendirilmesi gereklidir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçlarına göre AH tanısı almış bireylerin benzer yaş ve eğitime sahip sağlıklı yaşlılarla kıyaslandığında genel bilişsel işlevlerine paralel olarak yargılama becerilerindeki bozulma daha belirgindir. Bu sonuç çalışmanın temel hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

MRT ile elde edilen yargılama becerisine ilişkin AH tanısı almış bireylerin puanları sağlıklı yaşlı bireylerinkinden daha düşüktür. Çalışmanın bir diğer hipotezi de bu sonuç doğrultusunda doğrulanmaktadır.

Bununla birlikte çalışmanın diğer sonuçları şunlardır;

- Nöropsikolojik test sonuçları bozuldukça yargılama becerilerindeki bozulmanın şiddeti de artmaktadır.
- WAIS-R Yargılama alt ölçeği ve WAIS-R Benzerlikler alt ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça MRT'den elde edilen puanlar da azalmaktadır.
- Çalışmada iki grubun yaş ve eğitim açısından benzeşmemesi önemli bir kısıtlılıktır. Özellikle eğitimin bilişsel işlevleri etkileyebileceği düşünülerek iki grup arasındaki eğitim farkı istatistiksel olarak kontrol edilmiştir. Eğitimin MRT ile etkileşimi olmadığı ve eğitim kontrol edildiğinde de MRT'nin AH tanısı almış bireyler ile sağlıklı yaşlıları ayırt etmeye devam ettiği gözlenmiştir. Bu açıdan ele alındığında diğer birçok nöropsikolojik testten farklı olarak MRT'nin eğitimden etkilenmemesi önemli bir avantaj olarak değerlendirilebilir

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı değerlendirildiğinde Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı $\alpha=0,79$ olarak saptanmıştır. İç tutarlılığın oldukça yüksek olduğunu gösteren bu sonuç, aynı zamanda, MRT'nin Türkçe formunun güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

- Çalışmada ICC değeri 0,55 olarak saptanan MRT'nin özellikle sağlıklı bireylerin değerlendirilmesinde ufak hatalar gösterebileceğini düşündürmüştür.

MRT toplam puan ortalamaları ile daha önce geliştirilmiş “Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formunun (WYZÖ- WAIS-R)Yargılama alt ölçeği” toplam puan ortalamalarına ait korelasyon katsayıları karşılaştırılmıştır. İki ölçek arasında saptanan pozitif yönlü doğrusal ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç MRT'nin Türkçe formunun geçerli bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar çerçevesinde bulunulabilecek öneriler şu şekildedir:

Hukuken yeterli olma kişinin sağlam bir yargılama yapabilmesine dayanır ve bu da bireyin söz konusu davranışının mantığını kavrayabilmesi, niteliğini ve sonuçlarını anlayabilmesi ile mümkün olabilir (Can ve ark., 2006). Bu nedenle de soyutlama ve yargılama işlevlerinin sağlam olup olmadığının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Çalışmamızda geçerlik ve güvenilirliği test edilen MRT ile yaşlılarda ve demans tanısı alan hastalarda yargılama becerilerinin değerlendirilmesi mümkün olacaktır. Türk Ceza Kanunu'nun 32. Maddesinde “Akıl hastalığı ya da zayıflığı olması halinde ceza sorumluluğu etkilenmektedir” denmektedir. Yapılan çalışma sayesinde özellikle AH'nda bilişsel değerlendirmenin yanı sıra yargılama becerilerinin de değerlendirilmesine olanak sağlanacak ceza sorumluluğunun etkilenmesi konusunda daha detaylı bilgi elde edilmiş olacaktır.

Yargılama kusuru olan demans hastaları araba ya da ocak kullanımı, ilaçların yanlış kullanılması, yetersiz beslenme, gereksiz veya yanlış harcamalar yapma konusunda risk altında olabilirler (Lai ve Karlawish, 2007). Bu gibi durumlarda, MRT ile yargılama becerileri kolaylıkla değerlendirilebilecek, hastalar ve hasta yakınları, bozuk yargılama becerilerinin doğası ve sonuçları ile gözlemlenen semptomların hastalık süreci ile olan ilişkisi hakkında eğitilebilecektir. Böylelikle de

bakıcılar, aile sistemi içerisinde yeni sorumlulukları üstlenmeye ya da tehlikeli olayların olasılığını azaltmak için gerekli yapıyı ve denetimi sağlamaya daha fazla hazır olabileceklerdir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan MRT AH tanısı almış bireylerde ruh sağlığı çalışanları tarafından yargılama becerilerinin değerlendirilmesi ile ilgili gereksinim duydukları desteğin belirlenmesinde kullanılabilir. Bununla birlikte;

- Ölçeğin puanı azaldıkça yargılama becerileri azalıyor olarak değerlendirilmesi, hem klinik personel hem de araştırmacılar açısından kolay puanlanması ve karmaşık puanlama algoritmalarının olmaması uygulanmasını kolaylaştıracaktır.
- Yargılama becerisini değerlendirmeyi amaçlayan diğer ölçüm araçlarına (Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-R Yargılama Alt testi, Nörodavranışsal Bilişsel Durum Testinin Yargılama Anketi Alt Testi, Nöropsikolojik Değerlendirme Aracı Yargılama Alt Testi, Bağımsız Yaşam Ölçeği Problem Çözme Alt Ölçeği) nazaran MRT'nin kısa ve pratik olması ileride yapılacak araştırmalara katılanların ve araştırmacıların yükünü azaltacaktır.
- Çalışmaya alınma kriterlerinin, ölçeğin oluşturulmasında kullanılan kriterler ile aynı olmasına özen gösterilmiştir. Yazarın onayı dahilinde, bu araştırmaya alınma kriterlerinin dışında kalan hastalar ile de, MRT ölçeğini kullanarak gelecekte yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ÖZET

Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans Olgularında Yargılama Becerilerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada Alzheimer Hastalığı'na bağlı demans (bunama) tanısı alan hastalarda yargılama becerilerinin değerlendirilmesi ve sağlıklı yaşlılarla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini DSM-5 tanı ölçütlerine göre AH'na bağlı majör nörobilişsel bozukluk tanısı alan 30 hasta ile başka herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalığı bulunmayan gönüllü 25 sağlıklı birey olmak üzere toplam 55 birey oluşmaktadır. Katılımcıların genel bilişsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla Montreal Bilişsel Değerlendirme Aracı (MOBİD), Standardize Mini Mental Test (SMMT), Saat Çizme Testi (SÇT), Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST), Bilgilendiriciye Uygulanan Bilişsel Kayıp Anketi (BİLKAN); işlevsellik düzeylerini değerlendirmek için İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA), çalışma belleği ve soyutlama becerilerini değerlendirmek için Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ- WAIS-R)nun Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçekleri, yargılamayı değerlendirmek için Mutfak Resmi Testi (MRT) uygulanmıştır. Ek olarak katılımcıların depresyon belirtilerini değerlendirmek ve depresyonu olan hastaları çalışma dışında tutmak amacıyla da Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 maddelik formu kullanılmıştır. Ayrıca hazırlanan sosyo-demografik form ile “yaş, cinsiyet ve eğitim durumu” gibi konularda bilgi alınmıştır.

AH olan ve sağlıklı yaşlı bireylerin eğitim, cinsiyet gibi sosyo-demografik özellikleri ve SMMT, MOBİD, WAIS-R Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler alt ölçeklerinden elde edilen puanları karşılaştırmak için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Sağlıklı yaşlı bireyler yaş, İFA, SÇT, HAM-D ölçeklerinde normal dağılım göstermediği için bu değişkenler Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. AH grubunun sağlıklı yaşlı grubuna göre yaşça daha büyük olduğu, eğitim sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür. Cinsiyet açısından iki grup arasında fark saptanmamış olup, her iki grupta kadınlar çoğunluktadır. İki grubun klinik alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

AH tanısı konmuş hastalar ve sağlıklı yaşlı bireylerin MRT Yargılama ve MRT toplam puanı açısından elde ettikleri puanlara ilişkin karşılaştırılmaları bağımsız örneklem t testi uygulanarak yapılmıştır. AH tanısı konmuş hastalar MRT Dil puanı ve MRT Görsel Bellek puanı açısından normal dağılım göstermediklerinden bu değişkenlerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. AH grubunun tüm alt testler ve toplam puanlarının sağlıklı yaşlı grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Araştırmada MRT ile ölçülen yargılama becerisi ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilere Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Analiz sonucuna göre MRT Yargılama ve MRT toplam puan SMMT toplam, MOBİD toplam, WAIS-R SDT toplam, WAIS-R Benzerlikler alt ölçeği ve WAIS-R Yargılama alt ölçeği puanları ile pozitif yönde ve anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir.

Son olarak Mansbach ve ark. (2013) tarafından geliştirilen MRT'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve testin Türk toplumunda da geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer Hastalığı, Mutfak Resim Testi, Yargılama

SUMMARY

Assessment of the Judgment Skills of Patients with Dementia Related to Alzheimer's Disease

In this study, it is aimed to evaluate the judgment skills of dementia related to Alzheimer's disease (AD) and to compare with healthy old age people. The sample of the study consisted of 55 individuals, 30 of whom were diagnosed with major neuropsychiatric disorder due to AD according to the DSM-5 diagnostic criteria, and 25 healthy volunteers without any other neurological or psychiatric disease. The Montreal Cognitive Assessment Tool (MoCA), the Mini Mental State Examination (MMSE), the Clock Drawing Test (CDT), the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) and the Verbal Memory Processes Test to assess participants' general cognitive functions, the Functional Activities Scale (FAS) to assess daily functional levels, the Similarities, Comprehension and Digit Span subscales of the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised Form (WAIS-R) to assess working memory and abstraction skills, and the Kitchen Picture Test (KPT) to evaluate the judgment were applied. The Hamilton Depression Rating Scale-17-item form was used to assess the participants' depression symptoms and to keep the depressed patients out of the study. In addition, information such as "age, gender and educational status" was obtained using a socio-demographic form.

Independent sample t-tests were conducted to compare the scores of subscales of the MMSE, the MoCA, the WAIS-R Digit Span, Comprehension and Similarities and socio-demographic characteristics such as education, gender and age of healthy old age individuals with AD. Mann-Whitney U test was used for the analysis of these variables since healthy old age individuals did not show normal distribution at age, FAS, CDT, HAM-D scales. It was seen that the AD group was older than the healthy old age group and the training periods were shorter. There was no difference between two groups in terms of gender, and in both groups, the majority were women. Clinical subscales of two groups were found to be significantly different between the mean of the total scores.

Comparisons of the scores of patients with AD diagnosed and healthy old age individuals in terms of the KPT judgment and the KPT total scores were made by applying independent sample t test. Mann-Whitney U test was used for these variables since patients with AD were not normally distributed in terms of the KPT Language score and the KPT Visual Memory score. All of the subscales and total scores of the AD group were found to be lower than the healthy old age group.

Pearson correlation coefficient was used to examine the relationship between judgment ability measured by the KPT and other variables in the study. According to the results of the analysis, it was determined that the KPT judgment and the KPT total score showed positive and significant correlation with the MMSE total, the MoCA total, the WAIS-R Digit Span total, the WAIS-R Similarities subscale and the WAIS-R Comprehension subscale scores.

Finally, validity and reliability analyzes of the Turkish version of KPT were conducted and it was shown that the test is valid and reliable in Turkish society. Obtained findings are discussed in the literature.

Keywords: Alzheimer's Disease, Judgment, Kitchen Picture Test

KAYNAKLAR

- AKDEMİR, A., CANGÖZ, B., ÖRSEL, S ve SELEKLER, K. (2007). Hafif Kognitif Bozukluğu Olan Hastalarla Alzheimer Tipi Demans Hastalarının Örtük Bellek Performansı Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 118-128.
- AKDEMİR, A., ÖRSEL, S., DAĞ, İ. ve ark. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4, 251-9.
- AKSAYAN, S. ve GÖZÜM, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-14.
- AKTÜRK, Z. ve ACEMOĞLU, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2013) DSM-5 Tanı Ölçütleri. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 291-311
- AMES, D., CHIU, E., LINDESAY, J. ve SHULMAN, K. I. (2010). *Guide to the Psychiatry of Old Age*. New York: Cambridge University Press.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2017 Risk Factors. https://www.alz.org/alzheimers_disease/causes_risk_factors.asp Erişim Tarihi: 05.06.2017
- ALLAIRE, J.C. ve MARSISKE, M. (1999). Everyday cognition: Age and intellectual ability correlates. *Psychology and Aging*, 14, 627-644.
- ARIOĞUL, S. Alzheimer hastalığı. Geriatri ve gerontoloji, 1. Baskı, İstanbul, MN Medikal & Nobel, 2009, 969-980.
- AYÇİÇEK, G.Ş. (2017). Alzheimer Hastalığı. *Türkiye Klinikleri*, 3(1), 16-24.
- AYDEMİR Ö. ve KÖROĞLU E. (2012). Standardize Mini Mental Test. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara: 348-352.
- BADDELEY, A., BRESSI, S., DELLA SALA, S., LOGIE, R. ve SPINLER, H. (1991). The decline of working memory in Alzheimer's disease: A longitudinal study. *Brain*, 114, 2521-2542.
- BAIRD, A. (2006). Fine Tuning Recommendations for Older Adults with Memory Complaints: Using the Independent Living Scales with the Dementia Rating Scale. *The Clinical Neuropsychologist*, 20(4), 649-661, DOI: 10.1080/13854040590967072

- BAITY, M.R. (2010). Brief rating scales for the assessment of cognitive and neuropsychological Status. Bear, L. ve Blais, M. A. (Ed.), *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health* içinde (239–257). New York: Humana Pres.
- BAGYINSZKY, E., YOUN, Y.C., AN, S.S. ve KİM, S. (2014). The genetics of Alzheimer's disease. *Clin Inter v Aging*, 9, 535-51.
- BAYARD, S., JACUS, J.R., RAFFARD, S. ve GE'LY-NARGEOT, M.R. (2015). Conscious Knowledge and Decision Making Under Ambiguity in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 29, 357–359.
- BEARDEN, C. E., HOFFMAN, K. M., ve CANNON, T. D. (2001). The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: A critical review. *Bipolar Disorders*, 3, 106–150.
- BERTRAND, R. M. ve WILLIS, S. L. (1999). Everyday problem solving in Alzheimer's patients: A comparison of subjective and objective assessments. *Aging & Mental Health*, 3, 281–293.
- BLANCHARD-FIELDS, F., STEIN, R. ve WATSON, T.L. (2004). Age differences in emotion-regulation strategies in handling everyday problems. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59, 261–269.
- BOHLMMEIJER E., SMIT F. ve CUIJPERS P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18, 1088–94.
- BONELLI, S. B., POWELL, R. H., YOGARAJAH, M., SAMSON, R. S., SYMMS, M. R., THOMPSON, P. J., KOEPP, M. J. ve DUNCAN, J. S. (2010). Imaging memory in temporal lobe epilepsy: predicting the effects of temporal lobe resection. *Brain*, 006.
- BORGOS, M.J., RABIN, L.A., PIXLEY, H.S., ve SAYKIN, A.J. (2006). Practices and perspectives regarding the assessment of judgment skills: A survey of clinica lneuropsychologists [Özet]. *Proceedings of the34th Annual Meeting of the International Neuropsychological Society*, 24.
- BROOKMEYER, R., JOHNSON, E., ZIEGLER-GRAHAM, K., ARRIGHI, H.M. (2007). Fore casting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 3 (3), 186-191.
- BUTCHER, J. M., MINEKA, S. ve HOOLEY, J.M. (2013). *Anormal Psikoloji* (G. Okhan., Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2011).
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş., ÇAKMAK, E. K., AKGÜN, Ö. E., KARADENİZ, Ş. ve DEMİREL, F. (2015). Bilimsel araştırma yöntemleri. *Pegem Atıf İndeksi*, 1-360.

- CAN, H., İRKEÇ, C., KARAKAŞ, S. (2004). Bellek türlerindeki bozukluk Alzheimer hastalığının (AH) evrelerine göre değişmektedir. *XIII. Ulusal Psikoloji Kongresi*, İstanbul.
- CAN, H., İRKEÇ, C. ve KARAKAŞ, S. (2009). Demans Şiddeti Derecelendirme Ölçeğine Bağlıdır: Kısa Durum Muayene Testi ile Reisberg Global Bozulma Ölçeğinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(1).
- CAN, H. ve KARAKAŞ, S. (2005). Alzheimer Tipi Demans ve Birinci Basamakta Nöropsikolojik Değerlendirme. *Sted*, 14 (2), 22-25.
- CAN, Y., SERCAN, M., SAATÇIOĞLU, Ö. SOYSAL, H. ve UYGUR, N. (2006). Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF) Geçerlilik, Güvenilirlik ve Duyarlılığı. *Klinik Psikiyatri*, 9, 5-16.
- CAN, S.S., ÖZEL KIZIL, E.T., VARLI, M., TURAN, E. ve ATLI, T. (2010). Psychometric properties of the Turkish versions of three different clock drawing tests in patients with dementia. *Archives of Neuropsychiatry*, 47(2), 91-95,
- CANGÖZ, B., KARAKOÇ, K. ve SELEKLER, K. (2006). Saat çizme testinin 50 yaş ve üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemleri üzerindeki norm belirleme ve geçerlik-güvenilirlik çalışmaları. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3), 136-142.
- CAPUCHO, P.H.F.V. ve BRUCKI, S.M.D. (2011). Judgment in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Dement Neuropsych*, 5(4), 297-302.
- CARTER, P. (2005). *The complete book of intelligence tests*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- CHANNON, S. (2004). Frontal lobe dysfunction and everyday problem-solving: Social and non-social contributions. *Acta Psychologica*, 115, 235-254.
- CHANNON, S., ve CRAWFORD, S. (1999). Problem-solving in real-life situations: The effects of anterior and posterior lesions on performance. *Neuropsychologia*, 37, 757-770.
- COHEN-MASFIELD, J. (2003) *Agitation in Elderly: Definitional and Theoretical Conceptualizations. Agitation in Patients With dementia*, 1. Baskı, DP Hay, DT Klein, LK Hay, GT Grossberg, JS Kennedy (Ed), American Psychiatric Publishing s. 1-21
- CORNELIUS, S.W., ve CASPI, A. (1987). Everyday problem solving in adulthood and old age. *Psychology and Aging*, 2, 144-153.
- CORRADA, M.M., BROOKMEYER, R., PAGANINI-HILL, A., BERLAU, D., KAWAS, C.H. (2010). Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: the 90+ study. *Ann Neurol*, 67 (1), 114-121.

- CUMMING, J.L., COLE, G. (2002). Alzheimer Disease. *American Medical Association*. 208 (18), 2335-2338.
- DAVISON, G. C.ve NEALE, J.M. (2004). *Yaşlanma ve Psikolojik Bozukluklar* (7. Baskı). (İ. Dağ. Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 1998).
- DENNEY, N.W., ve PEARCE, K.A. (1989). A developmental study of practical problem solving in adults. *PsychologyandAging*, 4, 438-442.
- DUKE, L.M. ve KASZNIAK, A.W. (2000). Executive control functions in degenerative dementias: A comparative review. *Neuropsychology Review*, 10, 75-99.
- EKER, E. (2005). Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar. *Türkiye Klinikleri Dahili tıp bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(29), 3-16.
- EKER, E. (2008). Alzheimer Hastalığı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Tıp etkinlikleri*, 62, 85-110.
- ERCAN, İ. ve KAN, İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3), 211-216.
- FERRI, C.P., PRINCE, M., BRAYNE, C., ve ark. (2005). Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366 (9503), 2112-2117.
- FOLSTEIN M., FOLSTEIN, S. ve FOLSTEIN, J. (2011). Chapter 27, The Mini-Mental State Examination: A Brief Cognitive Assessment. Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A (eds) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry'de*, 3. Baskı, John Wiley&Sons,. 145-146.
- GANGULI, M. (2011). Epidemiology of Dementia. M. T. Abou-Saleh, C. Katona and A. Kumar, (3. Ed.). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* içinde (207-212). UK: John Wiley&Sons, Ltd.
- GETZ, G. E. ve LOVELL, M. R. (2004). Neuropsychological examination of the psychiatric patient. Yudofsky, S. C. ve Kim, H. F. (Ed.), *Neuropsychiatric Assesment* içinde (39-68). Washington: American Psychiatric Publishing.
- GODYŃ J, JOŃCZYK J, PANEK D, MALAWSKA B. (2016). Therapeutic strategies for Alzheimer's disease in clinicaltrials. *Pharmacol Rep*, 68(1), 127-38
- GURVIT, H., EMRE, M., TINAZ, S. ve ark. (2008). The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(1), 67-76.

- GÜNGEN, C., ERTAN, T., EKER, E., YAŞAR, R. ve ENGİN, F. (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.
- HEATON, R.K., CHELUNE, G.J., TALLEY, J.L., KAY, G.G., ve CURTISS, G. (1993). *Wisconsin CardSorting Test manual: Revised and expanded*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- HEBBEN, N. ve MILBERG, W. (2009). Essentials of test selection, administration, and scoring. Kaufman, S.A. ve Kaufman, N.L., (Ed.), *Essentials of Neuropsychological assessment* (2) içinde (69-143). Hoboken, New Jersey: John Wiley&Sons, Inc.
- JACOPY R. (ed.) Oxford Textbook of Old Age Psychiatry, Fourth Edition (2008).
- JORM, A.F. ve JACOMB, P.A. (1989). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19 (04), 1015-1022.
- KAJANNE, A. (2003). Structure and content: The relationship between reflective judgment and laypeople's viewpoints. *Journal of Adult Development*, 10, 173–189.
- KARAKAŞ, S. (2006). *Bilnot Bataryası el kitabı: Nöropsikolojik testler için araştırma ve geliştirme çalışmaları*. Ankara: Eryılmaz Ofset Matbacılık Gazetecilik Ltd. Şti.
- KARLAWISH, J.H.T., CASARETT, D.J., JAMES, B.D., XIE, S.X., ve KİM, S.Y.H. (2005). The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology*, 64, 1514–1519.
- KAYA, Y., ERDEN AKİ, Ö., ANİK CAN, U., DERLE, E., KİBAROĞLU, S. ve BARAK, A. (2014). Validation of Montreal Cognitive Assessment and Discriminant Power of Montreal Cognitive Assessment Subtests in Patients With Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Dementia in Turkish Population. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 27(2), 103-109
- KESKİNOĞLU, P., UÇKU, R. ve YENER. G., (2008) Pretest Results of the Revised Standardized Mini Mental Examination Test In Community Dwelling Elderly. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 25 (1), 18-24.
- KIM, S. Y. H., KARLAWISH, J. H. T., ve CAINE, E. D. (2002). Currentstate of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 151–165.
- KNOPMAN, D. S., DEKOSKY, S. T., CUMMINGS, J. L., CHUI, H., COREY-BLOOM, J. RELKIN, N., SMALL, G. W., MILLER, B., ve STEVENS, J. C.(2001). Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence based review): Report on the quality standards subcommittee of the American academy of neurology. *Neurology*, 56, 1143–1153.

- KUDİAKİ, Ç. (2010). Alzheimer Hastalığı, Vasküler Demans ve Lewy Cisimcikli Demans'ta Öne Çıkan Bilişsel Bozulmalar. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 13(3), 47-51.
- LAFLECHE, G., ve ALBERT, M.S. (1995). Executive function deficits in mild Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 9, 313-320.
- LAI, J. M.,ve KARLAWISH, J. (2007). Assessing the capacity to make everyday decisions: A guide for clinicians and an agenda for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 101-111.
- LAZAROV, O. (2011). Chapter 49, The Molecular Neuropathology of Alzheimer's Disease. Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A (eds) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry'de*, 3. Baskı, John Wiley&Sons,.287-294.
- LIEFF, S., MAINDONALD, K. ve SHULMAN, K. (1984). Issues in determining financial competence in the elderly. *Can Med Assoc J*. Vol. 130.
- LOEB, P. A. (1996). Independent living scales (ILS) manual. San Antonia, TX: Psychological Corporation.
- LOWENSTEIN, D., AMIGO, E., DUARA, R. GUTERMAN, A., HURWITZ, D., BERKOWITZ, N., ve ark. (1989). A newscale forthe assessment of functional status in Alzheimer's disease and related disorders. *Journal of Gerontology:Psychological Sciences*, 44, 114-121.
- MANSBACH, WILLIAM E., MACDOUGALL, E.E., CLARK, K.M. . ve MACE, R.A. (2014). Preliminary investigation of the Kitchen Picture Test (KPT): A new screening test of practical judgment for older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 21(6), 674-692.
- MCKHANN, G.M., KNOPMAN, D.S., CHERTKOW, H., HYMAN, B.T., JACK, C.R., KAWAS, C.H., ve ark. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association work groups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7(3), 263-9.
- MEDALIA, A., REVHEIM, N, ve CASEY, M. (2001). There mediation of problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 259-267.
- MESULAM, M.M. (2000) Behavioral Neuroanatomy: Large-Scale Networks, Association Cortex, Frontal Syndromes, the Limbic System, and hemispheric Specializations. Principles of Behavioral a Cognitive Neurology. Ed: Mesulam MM (2. basım). Oxford University Press.
- NASREDDİNE, Z.S.,PHILLIPS, N.A., BÉDIRIAN V., CHARBONNEAU, S., WHITEHEAD, V., COLLIN, I., CUMMINGS, J.L. ve CHERTKOW, H. (2005). The

Montreal Cognitive Assessment, MOCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 53, 695-9.

NORTHERN CALIFORNIA NEUROBEHAVIORAL GROUP, INC. (1988). Manual for the neurobehavioral cognitive status exam. Fairfax, CA: Northern California Neurobehavioral Group.

ONUR, B. (1995). *Gelişim Psikolojisi*. Ankara: İmge Kitabevi Yayıncılık paz. San. ve Tic. Ltd. Şti.

ÖKTEM TANÖR, Ö. (2011). *Öktem sözel bellek süreçleri testi, el kitabı*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

ÖNCÜ, H. (1994). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme, Matser Basım San. Ve Tic. Ltd. Şti., Ankara.

ÖNER, P., ÖNER, Ö., VE AYSEV, A. (2003). Dikkat Eksikliği Hiperaktif Bozukluğu. 12 (3) <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0303/dikkat.pdf> adresinden 28 Mayıs 2017 tarihinde indirilmiştir.

ÖZEL KIZIL, E.T., TURAN, E.D., YILMAZ, E., CANGOZ, B. ve ULUC, S. (2010). Discriminant validity and reliability of the Turkish version of Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE- T). *Archives Clinical Neuropsychology*, 25, 139- 45.

ÖZEL-KIZIL, E.T. (2013). Alzheimer Hastalığında Klinik Seyir ve Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 3(3), 207-215.

ÖZEL-KIZIL, E.T. ve TURAN, E. (2014). Demans ve Deliryum. Devrimci Özgüven, H. (ed.) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde* (275-289). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

ÖZTÜRK, G. B., KARAN, M. A. (2009). Alzheimer hastalığının fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim*, 36-45.

ÖZTÜRK, H., ULUŞAHİN, A. (2008). *Ruhsağlığı ve Bozuklukları* (11. Baskı). Ankara: Tuna Matbacılık San. ve Tic. A.Ş.

PATTERSON, M.B., SCHNELL, A.H., MARTIN, R.J., ve ark. (1990). Assessment of behavioral and affective symptoms in Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 3(1), 21-30.

PFEFFER, R.I., KUROSAKI, T.T., HARRAH, C.H. J.R, CHANCE, J.M. ve FILOS, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-9.

- QIU C, KIVIPELTO M, VON STRAUSS E. (2009). Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci*, 11 (2), 111-128.
- RABIN, L.A., BORGOS, M.J., SAYKIN, A.J., WISHART, H.A., CRANE, P.K., NUTTER-UPHAM, K.E., ve FLASHMAN, L.A. (2007). Judgment in older adults: Development and psychometric evaluation of the Test of Practical Judgment (TOP-J). *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 29 (7), 752-767.
- REMPFER, M. V., HAMERA, E. K., BROWN, C. E., ve CROMWELL, R. L. (2003). The relations between cognition and the independent living skill of shopping in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117, 103-112.
- ROSES, A.D. (1996). Apolipoprotein E alleles as Risk factors in Alzheimer's Disease. *Annu. Rev. Med.* 47, 387-400
- SADOCK, B.J., SADOCK, V.A., RUIZ, P. (2014). Kaplan ve Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 11th ed. WoltersKluwer: Philadelphia.
- SALAMI, O., ve LYKETSOS, C. G. (2011). Chapter 41, Clinical Features of Alzheimer's Disease: Cognitive and Non-cognitive Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A (eds) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry'de*, 3. Baskı, John Wiley & Sons, 226-231.
- SAUNDERS, A.M., STRITTMATTER, W.J., SCHMECHEL, D. ve ark. (1993). Association of apolipoprotein E allele epsilon 4 with late-onset familial and sporadic Alzheimer's disease. *Neurology*, 43(8), 1467-72.
- SELEKLER, K. (2012). *Alzheimer Orta Yaşta Başlar*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım San. Tic. Ltd. Şti.
- SELEKLER, K., CANGÖZ, B. ve KARAKOÇ, E. (2004). Norm determination and adaptation study of Functional Activities Questionnaire on 50+ Turkish elderlys. *Turkish Journal of Neurology*, 10, 102-7.
- SELEKLER, K., CANGÖZ, B. ve ULUÇ S. (2010). Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)'nin Hafif Bilişsel Bozukluk ve Alzheimer Hastalarını Ayırt Edebilme Gücünün İncelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 13 (3) 166-171.
- SEMKOVSKA, M., BEDARD, M.A., GODBOUT, L., LIMOGE, F., ve STİP, E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of Daily living in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 289-300.
- SEZGIN, N., BAŞTUĞ, G., YARGICI KARAAĞAÇ, S. ve YILMAZ, B. (2014). Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WAIS-R) Türkiye standardizasyonu: Ön çalışma, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 54(1), 451-480.

- SPAR, J.E. ve LARUE, A. (2006). *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- STERN, R. A. ve WHITE, T. (2003). *Neuropsychological assessment battery*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- TAVŞANCIL, E. (2002). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- TERRY, W.S. (2011). *Öğrenme ve Bellek*, Çev. Ed. Banu Cangöz, Anı Yayıncılık, Ankara,
- TEZBAŞARAN A. (2008). Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu. 3. Sürüm e-kitap. https://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu
- TİRYAKİ, A. (2013). Demansın Klinik Görünümleri. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 3(3), 181-193.
- THOMAS, A. (2008). Clinical aspects of dementia: Alzheimer's disease. In *Oxford textbook of old age psychiatry* (ed. R. Jacoby, C. Oppenheimer, T. Denning, A. Thomas) pp. 425-442. Oxford University Press: New York.
- THORNTON, W.J.L., ve DUMKE, H.A. (2005). Age differences in everyday problem-solving and decision making: A meta-analytic review. *Psychology & Aging*, 20, 85–99.
- TSCHANZ, J. T., ve BREITNER, J.C.S. (2011). Chapter 47, Alzheimer's Disease: Risk Factors and Preventive Strategies Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A (eds) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*'de, 3. Baskı, John Wiley & Sons, 271-280.
- WECHSLER, D. (1981). *WAIS-R Manual: Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised*. New York: The Psychological Corporation.
- WECHSLER, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale—Third Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- WILKINSON, P. (1997). Cognitive therapy with elderly people. *Age and Ageing*, 26, 53-58.
- WILKINSON, P. (2008). Psychological Treatments: introduction. *Old age psychiatry*. İçinde (241-247). New York: Oxford University Press Inc.
- WILLIS, S.L. (1996). Everyday cognitive competence in elderly persons: Conceptual issues and empirical findings. *The Gerontologist*, 36, 595–601
- WILLIS, S.L., ALLEN-BURGE, R., DOLAN, M.M., BERTRAND, R.M., YESAVAGE, J. ve TAYLOR, J.L. (1998). Everyday problem solving among individuals with Alzheimer's disease. *The Gerontologist*, 38, 569–577.

WOODS, C.D., PATTERSON, M.B. ve WHITEHOUSE, P.J. (2000). Utility of the Judgment Questionnaire Subtest of the Neurobehavioral Cognitive Status Examination in the Evaluation of Individuals with Alzheimer's Disease, *Clinical Gerontologist*, 21(4), 49-66, DOI: 10.1300/J018v21n04_05

YAVUZ, B.B., ve ARIÖGÜL, S. (2008). Yaşlıda Demans, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(1), 14-23.



EKLER

EK-1: Etik Beyan

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalığına Bağlı Demans Olgularında Yargılama Becerilerinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Gülbahar BAŞTUĞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Klinik Psikoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
Haç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Vaka-Kontrol Çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet MELLİ
İmza:

M. Mellî



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad, Soyad:

Yaş:

Cinsiyet: Erkek() Kadın ()

Meslek:

Eğitim: ilkokul Mezunu ()

Lise Mezunu ()

Üniversite Mezunu ()

Yüksek Lisans ve üstü ()

Herhangi bir hastalığınız var mı? Evet ()

Hayır ()

Cevabınız evet ise bunlar
neler?.....

Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? Evet ()

Hayır ()

Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç varsa bunlar neler?

.....

EK-3: Standardize Mini Mental Test (SMMT; Mini Mental State Examination, MMSE)

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

El tercihi:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz.....()
Hangi mevsimdeyiz..... ()
Hangi aydayız()
Bu gün ayın kaçını..... ()
Hangi gündeyiz..... ()
Hangi ülkede yaşıyoruz..... ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız.....()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFİZASI (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

..... ()

DİKKAT 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)

..... ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise).....()

LİSAN (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 lütfen" 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)

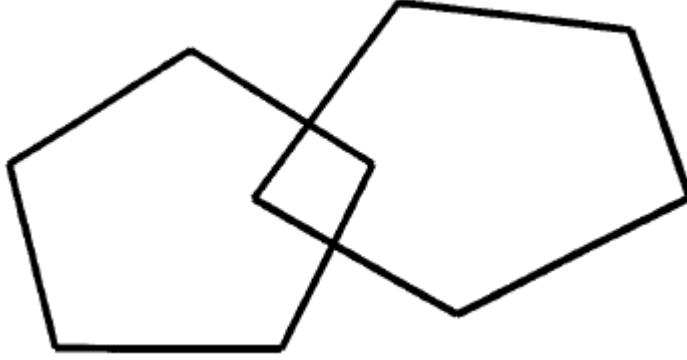
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"

..... ()

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın
(1puan)..... (.)

KOPYALAMA

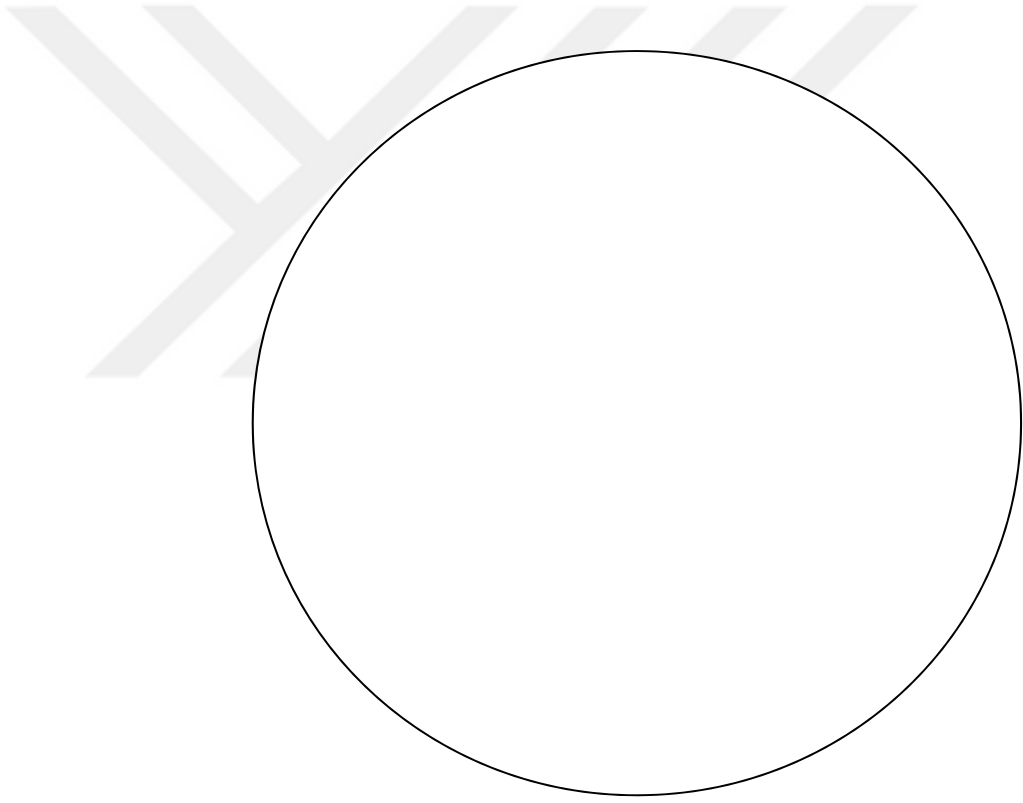
f) Size göstereceğim Őeklin aynısını çiziniz. (arka sayfada) (1 puan)
..... (.)



EK-4: Saat Çizme Testi (SÇT)

SAAT ÇİZME TESTİ

Bu dairenin içine tam bir saat olacak biçimde rakamları ve 11'i 10 geçe'yi gösterecek şekilde kolları yerleştiriniz.



EK-5: Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST)

SÖZEL BELLEK SÜREÇLERİ TESTİ (SBST)
(ALİSTESİ)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	SKOR
1	Davul	Perde	Zil	Kahve	Okul	Anne	Bahçe	Şapka	Ay	Çiçi	Burun	Hindi	Renk	Ev	Nehir	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
USB																
T																
																Top. Hat.

TEST

DUVAR
DAVUL
ZURNA
ZİL
KAPI
PENCERE
PERDE
ÇAY
KAHVE
KAHVALTI
ODUN
OKUL
ÖĞRETMEN
ABLA
ANNE
BABA
AĞAÇ
ÇİÇEK
BAHÇE
ŞARAP
ŞAPKA
KASKET

AY
AYVA
GÜNEŞ
TARLA
ÇİFTÇİ
ÇİFTLİK
BOĞAZ
BURUN
KULAK
HİNDİ
TAVUK
HENDEK
RESİM
RENK
REKLAM
ODA
EL
EV
DENİZ
NEHİR
DERE

EK-6: Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD; Montreal Cognitive Assessment - MoCA)

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ Montreal Cognitive Assessment (MOCA)		İsim: Eğitim: Cinsiyet:	Protokol: Test Tarihi: Doğum Tarihi:
GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)	
<p>Küp Kopyalama</p>		<p>Çevresi Rakamlar Kollar</p> <p>[] [] []</p>	
		___/5	
ADLANDIRMA			
[]		[]	
		___/3	
BELLEK			
Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın, 5 dakika sonra tekrar sorun		BURUN KADİFE CAMİ PAPATYA MOR	
1. deneme		[] [] [] [] []	
2. deneme		[] [] [] [] []	
		Puan yok	
DİKKAT			
Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı		[] 2 1 8 5 4	
Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı		[] 7 4 2	
		___/2	
Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin, [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB			
		___/1	
100 den başlayarak yedişer çıkarma [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65			
4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.		___/3	
LİSAN			
Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur. Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı.		[] []	
Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydın.		[] _____ N ≥ 11 kelime	
		___/1	
SOYUT DÜŞÜNME			
Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve, [] tren - bisiklet [] saat - cetvel		[] []	
		___/2	
GEÇİKMELİ HATIRLAMA			
Kelimleri İPUCU OLMADAN hatırlama		BURUN KADİFE CAMİ PAPATYA MOR	
[] [] [] [] []		[] [] [] []	
SEÇMELİ		Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin	
Kategori ipucu		[] [] [] []	
Çoklu seçmeli ipucu		[] [] [] []	
		___/5	
YÖNELİM			
[] Gün [] Ay [] Yıl [] Gün adı [] Yer [] Şehir		[] [] [] [] []	
		___/6	
© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004 www.mocatest.org Normal 21 / 30		TOPLAM ___/30	
Türkçe versiyon 2009. K. Selekler & B. Cangöz			

EK-7: Bilişsel Kayıp İçin Bilgilendiriciye Uygulanan Anket (BİLKAN; Informant
Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-IQCODE)

**Yaşlılarda Bilişsel Kayıp için Bilgilendiriciye Uygulanan Anket
(Uzun formu)**

Şimdi arkadaşınız ya da yakınınızın 10 yıl önce nasıl olduğunu hatırlamanızı ve şu andaki durumu ile karşılaştırmanızı istiyoruz. 10 yıl önce 19... idi. Aşağıda bu kişinin belleğini ya da zekasını kullanması gereken durumlar verilmiştir ve sizden son 10 yılda bunların düzeldiğini, aynı mı kaldığını, yoksa kötüye mi gittiğini belirtmenizi istiyoruz. Kişinin şu anki performansını 10 yıl önceki ile karşılaştırmanız önemli. Eğer bu kişi 10 yıl önce de eşyaları nereye koyduğunu sürekli unutuyorsa ve halen böyle ise bu “pek fazla değişmedi” olarak düşünülecektir. Lütfen gözlediğiniz değişiklikleri uygun yanıtı daire içine alarak belirtiniz.

Bu kişinin nasıl olduğunu 10 yıl öncesi ile karşılaştırınız:

1. Akraba ve arkadaşlarının yüzlerini tanıma

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

2. Akraba ve arkadaşlarının isimlerini hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

3. Akraba ve arkadaşlar hakkındaki bazı şeyleri hatırlama (örn. meslekler, doğum günleri, adresler)

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

4. Yakın zamanda olmuş olayları hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

5. Konuşulanları birkaç gün sonra hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

6. Konuşmanın ortasında söylemek istediklerini unutma

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

7. Kendi adresini ve telefon numarasını hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

8. Günü ve ayı hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

9. Eşyaların çoğunlukla nerede saklandığını hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

10. Her zamankinden farklı bir yere konulan eşyaları nerede bulacağını hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

11. Günlük yaşamındaki herhangi bir değişikliğe uyum gösterme

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

12. Evdeki tanıdık aletleri nasıl kullanacağını bilme

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

13. Evdeki yeni bir makine ya da aleti nasıl kullanacağını öğrenme

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

14. Genelde yeni şeyler öğrenme

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

15. Gençliğinde başına gelen şeyleri hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

16. Gençliğinde öğrendiği şeyleri hatırlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

17. Nadir kullanılan kelimelerin anlamını anlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

18. Gazete ya da dergilerdeki yazıları anlama

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

19. Kitap ya da televizyondaki bir hikayeyi takip etme

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

20. Arkadaşlarına ya da iş amacıyla mektup yazma

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

21. Geçmişteki önemli tarihi olayları bilme

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

22. Günlük olaylarla ilgili karar verme

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

23. Alışveriş için parayı kullanma

Oldukça düzeldi Biraz düzeldi Pek fazla değişmedi Biraz bozuldu Oldukça bozuldu
1 2 3 4 5

24. Finansal olayları ele alma(örn. emekli maaşını alma, banka işleri)

Oldukça düzeldi 1 Biraz düzeldi 2 Pek fazla değişmedi 3 Biraz bozuldu 4 Oldukça bozuldu 5

25. Başka gündelik aritmetik problemleri ele alma(örn. ne kadar yiyecek alacağını bilme, aile ya da arkadaş ziyaretleri arasında ne kadar süre geçtiğini bilme)

Oldukça düzeldi 1 Biraz düzeldi 2 Pek fazla değişmedi 3 Biraz bozuldu 4 Oldukça bozuldu 5

26. Neler olup bittiğini anlamak ve olaylardan sonuç çıkarmak için zekasını kullanma

Oldukça düzeldi 1 Biraz düzeldi 2 Pek fazla değişmedi 3



EK-8: İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA)

İŞLEVSEL FAALİYETLER ANKETİ*(İFA)

İFA 10 adet karmaşık günlük hayat faaliyetine ilişkin performansı değerlendiren kısa ve bilgi kaynağı kişiye ait dayalı bir ankettir. Bilgi kaynağı hastanın geçmişine ve bugününe ilişkin gerçek ve doğru (güvenilir) kişisel bilgilere sahip olmalıdır. Anket genellikle, hastaya bakmakla yükümlü aile fertlerinden birine uygulanmaktadır. Bu anket kurum personeli tarafından, doktor muayenesi öncesinde ya da muayene sırasında uygulanabilir.

Puanlama:

Puanlar	Hastanın her bir faaliyetteki performansı
3	Performans göstermekte tamamen başarısız
2	Yardım gerekiyor
1	Güçlük çekmesine rağmen görevi yapmayı başarıyor ya da görevi hiçbir zaman yapmadı ancak hakkında bilgi veren kişi hastanın bu görevi güçlükde olsa yapabileceğini düşünüyor.
0	Normal performans gösteriyor ya da görevini hiçbir zaman yapamadı ancak hakkında bilgi veren kişi hastanın şu anda bu görevi yapabileceğini düşünüyor.

Yorumlama: 50–60 yaş grubunda iki ya da daha fazla faaliyetten ‘ 5 ya da daha fazla’ puan; 70 yaş ve üstü grupta üç ya da daha fazla faaliyetten ‘9 ya da daha fazla’ puan almış olmak işlevsel faaliyetlerde bozukluk olduğuna ve bağımlılığa işaret etmektedir. Günlük hayat aktivitelerinde meydana gelen değişim hızı özellikle demans tanısı ile ilgili olabilecek işlevlerin değerlendirilmesinde klinisyen açısından kritiktir. Buna karşın, anketten alınan puan tek başına demansı belirleyici bir ölçüt değildir. Daha ileri kognitif değerlendirmelerin yapılması gerekir.

Madde No	Günlük Hayat Faaliyetleri	Puan
1	Fatura ödemek, gelir ve giderleri dengelemek, para hesabı yapmak.	
2	Vergi, aidat, elektrik, su-telefon makbuzlarını, KDV fişlerini işe ait evrakları tasnif etmek.	
3	Giyecek, ev ihtiyaçları ve ya yiyecek almak için tek başına alışverişe çıkmak.	
4	Beceri gerektiren oyun oynamak, bir hobiyle uğraşmak.	
5	Su kaynatmak, bir bardak hazır kahve ya da çay yapmak, ocağı söndürmek.	
6	Besin dengesi olan bir öğün(yemek) hazırlamak.	
7	Günlük olayları takip etmek.	
8	Bir TV programını, kitabı veya gazeteyi dikkatle izlemek ya da okumak, anlamak, tartışmak.	
9	Randevuları, ailenin özel günlerini, tatilleri, ilaç tedavilerini (İlaç dozlarını ve ne zaman alınacağını) düzenli olarak sürdürebilmek.	
10	Şehir içi ulaşım araçları(taksi, dolmuş, belediye otobüsü) ile bulunduğu semtin dışına seyahat etmek, şehirlerarası ulaşım araçlarından(otobüs, tren, uçak) yer ayırtmak ya da otomobil kullanmak.	
TOPLAM PUAN		

*Selekler,K. Cangöz, B., Karakoç, e.(2004). İşlevsel faaliyetler anketi'nin 50 yaş ve üzeri grupta Türk kültürü için uyarılma ve norm belirleme çalışması. Türk Nöroloji Dergisi, :10(2), 102-107.

EK-9: Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WYZÖ; Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised-WAIS-R) Sayı Dizisi, Yargılama ve Benzerlikler Alt ölçekleri

SAYI DİZİSİ ALT TESTİ

DÜZ SAYI DİZİSİ	PUAN (2,1,0)	TERS SAYI DİZİSİ	PUAN (2,1,0)
582 694		24 58	
6439 7286		629 415	
42731 75836		3279 4986	
619473 392487		15286 61843	
5917428 4179386		539418 724856	
58192647 38295174		8129365 4739128	
275862584 713942568		94376258 72819653	

YARGILAMA ALT TESTİ

YARGILAMA	PUAN (0,1,2)
Çamaşır	
Zarf	
Yiyecek	
Sinema	
Çocuk yasaları	
Borç	
Sağırlar	
Resmi nikah	
Vergi	
Orman	
Reçete	
Arazi	
Çocuk mahkemeleri	
Yılan	
Dere	
Özgür basın	

BENZERLİKLER ALT TESTİ

BENZERLİKLER	PUAN (0,1,2)
Portakal-Muz	
Köpek-Aslan	
Göz-Kulak	
Gemi-Otomobil	
Ceket-Takım elbise	
Düğme-Fermuar	
Balta-Testere	
Kuzey-Batı	
Hava-Su	
Masa-Sandalye	
Yumurta-Tohum	
Şiir-Heykel	
İş-Oyun	
Ödül-Ceza	

EK-10: Mutfak Resmi Testi (MRT; Kitchen Picture Test-KPT)

Mutfak Resmi Testi (MRT) Yönergeleri

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Eğitimi: _____

Medeni durumu: Bekar Evli Boşanmış Dul

Cinsiyeti: Kadın Erkek

ALT ÖLÇEK PUANI

BÖLÜM A: İFADE EDİCİ DİL

Yönergeler: “ Şimdi size bir resim göstereceğim. Lütfen ne gördüğünüzü bana anlatın.”

_____ / 10

Puanlama: 2 = Görünür hiç bir bozukluk yok, 1 = Orta düzeyde bozukluk, 0 = Ciddi bozukluk

- 1) Akıcılık (Spontan Sözel Çıktının Niteliği) 2 1 0
- 2) İsimlendirme (Nesnelere Doğru Olarak İsimlendirme Yeteneği) 2 1 0
- 3) Tekrarlama (Kelimeleri Tekrarlamaya da Perseverasyon / Takılma) 2 1 0
- 4) Yerine Kelime Koyma (Doğru Olmayan Kelimelerle Sürdürme) 2 1 0
- 5) Neolojizm-Yeni Kelimeler Kullanma (Kelime İcat Etme) 2 1 0

BÖLÜM B: PRATİK YARGILAMA

Yönergeler: “ Bu resimde güvenlikle ilgili sorunlar var. Bunların neler olduğunu bana lütfen söyleyin. Şimdi, bunları güvenlik açısından nasıl sıralayacağınızı bana söyleyin. Çözülmesi gereken en önemli sorunu, daha sonra ikinci en önemli sorunu ve ondan sonra da üçüncüyü bana söyleyin.”
[Daha sonra eğer açık değilse, hastadan sıralamasının mantığını açıklamasını isteyin.]

_____ / 8

“Tamam, şimdi bana her durumu nasıl çözeceğinizi ya da nasıl başedeceğinizi söyleyin.”

- 1) Hasta 3 sorun durumu belirlemede midir? 3 2 1 0
- 2) Bir bütün olarak, sıralamanın mantıklı bir önemi var mı? 2 (var) 1 (kısmen var) 0 (yok)
- 3) Her sorun durum için, sorun çözme yolu uygun mu? 3 2 1 0

BÖLÜM C: GÖRSEL BELLEK

Yönergeler: “Kısa bir süre önce, size güvenlik sorunlarının bulunduğu bir resim gösterdim. Şimdi bana bu sorunların neler olduğunu lütfen söyleyin.”

_____ / 3

Puanlama: 3 = 3'ü Yeniden hatırlanmışsa, 2 = 2'si Yeniden hatırlanmışsa, 1 = 1'i Yeniden hatırlanmışsa 0 = Hiçbiri Yeniden hatırlanmamışsa
Üç sorun durumunu doğru biçimde yeniden hatırlanması? 3 2 1 0

SONUÇLAR

TOPLAM PUAN

Görsel Gecikmenin Süresi : _____

_____ / 21

Toplam BCAT ve Diğer İlişkili Testlerin Puanı: _____

Klinisyenin İmzası: _____ Tarih: _____



EK-11: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği-17 Maddelik Formu (HDDÖ)

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

1. DEPRESE DUYGUDURUM
(Keder, umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik)

- Son 7 gün içerisinde moraliniz nasıldı?
- Kendinizi çöküntüde veya kötü hissediyor muydunuz?
- Kederlilik, umutsuzluğunuz var mıydı?
- Son 7 gün içinde ne kadar süreyle kendinizi böyle hissettiniz? Her gün? Bütün gün?
- Hiç ağlıyor muydunuz?

0= YOK
1= ŞÜPHELİ
Hastanın her zamankinden daha çökkün olduğuna tam olarak emin olunamıyor.

2= HAFİF
Hasta bu duygularını sözel olarak kendiliğinden ifade ediyor. Ağlama eğilimleri var.

3= ORTA
Hastanın bu hali yüz mimikleri, duruşu ve sesinden açıkça anlaşılıyor. Görüşmede ağlayabilir.

4= AĞIR
Hastanın bu duygularını sözlü veya sözsüz olarak ifade edişi görüşmeye hakim. Hastanın dikkati başka yöne çekilemiyor.

2. İŞ VE ETKİNLİKLER
(Hasta ilk görüşmede hastanede yatmaktaysa 4 puan işaretlenir. Takip görüşmelerinde hastanede olsa bile bulgularında düzelme varsa diğerleri gibi değerlendirilir)

- Son 7 gün içerisinde zamanınızı nasıl geçiriyordunuz (iş dışı zamanlarda)?
- Bunları ilgi duyarak mı, yapmak zorunda olduğunuz için mi yaptınız?
- Eskiden yapıp da şu anda yapmayı bıraktığınız şeyler var mı?
- Hevesle beklediğiniz herhangi bir şey var mı? (TAKİPTE: İlginiz eski normal haline döndü mü?)

0= Normal iş etkinlikleri.
1= Hasta işi ve/veya iş dışı ilgi alanlarıyla ilgili yetersizlik duygularını ifade eder, motivasyon eksikliğini belli eder. Bütün bunlara karşın işini belirgin bir aksama görülmeden yapabilmektedir.
2= İşine ve iş dışı alanlara karşı belirgin motivasyon eksikliği vardır. Çalışma kapasitesi azalmıştır. Eski çalışma hızına ulaşamaz. Bazı günler işe gitmez veya işten erken ayrılmaya çalışır. İş yerinde veya evde yapılması gereken işlerle veya başka işlere karşı kayıtsızlığı, aile ve iş arkadaşları tarafından belirtilir veya bunları kendisi ifade eder. Yatan hastalarda: Tüm gün hastası ise gündüz hastası konumuna geçebilir durumdadır. Evde veya hastanede günlük etkinliklere 3-4 saat katılmaktadır.
3= Hastanın işine ayırdığı zaman ileri derecede azalmış, verimi belirgin derecede düşmüştür. Çalışamayacağı için rapor verilmesi gerekmektedir. Yatan hastalar servis etkinliklerine 3. saatten az katılmaktadır.
4= Hastalığından dolayı kesinlikle çalışamaz durumdadır. Hastanede yatan hastalar servis işlerini yarımsız yapamaz ya da yapsa bile bunlar dışında etkinliği yoktur.

3. GENİTAL BELİRTİLER (CİNSEL İLGI)

(Bu konuda bilgi alınamazsa 0 işaretlenmelidir. Adet düzensizlikleri burada belirtilmelidir ve 2 işaretlenir.)
(Örneğin libido kaybı, menstrüel bozukluk gibi)

- Son 7 gün içerisinde cinsel isteğiniz nasıldı?
(Cinsel ilişkide bulunup bulunmadığınızı değil, cinsel isteğinizi soruyorum, bu konuyu ne kadar düşünüyorsunuz?)
- Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?
(Çökkün olmadığınız döneme göre)
- Cinsellik sıkça düşündüğünüz bir konu mu?
Hayır ise: Bu sizin için farklı bir durum mu?

0= Cinsel ilgi her zamanki gibi.

1= Şüpheli veya hafif azalmış cinsel ilgi ve zevk.

2= Cinsel ilgide açık azalma

Erkeklerde sıklıkla fonksiyonel impotans, kadınlarda uyarılma eksikliği veya açık iğrenme duyguları, adet düzensizlikleri.

5. ERKEN UYKUSUZLUK (UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ)

- Geçtiğimiz hafta boyunca uykunuz nasıldı?
- Geceleri uykuya dalmakta zorluk çektiniz mi?
(Yatağa yattıktan sonra, uykuya dalmanız ne kadar süre alıyordu?)
- Son 7 gün içinde kaç gece uykuya dalmakta güçlük çektiniz.

4. SOMATİK BELİRTİLER (GASTROİNTESİTNAL)

(Hasta ilk görüşmede hastanede yatmaktaysa 4 puan işaretlenir. Takip görüşmelerinde hastanede olsa bile bulgularında düzelme varsa diğerleri gibi değerlendirilir)

Anksiyetenin GIS belirtileri, örneğin midesinde kelekler pır pır etmektedir vb. hipokondriyaklık başlığı altında ele alınması gereken nihilistik sanrılardan, öm. barsaklarında haftalardır hareket yok - ayırt edilmelidir. Aşırı yemek yemek anksiyete bulgusudur.

- Son 7 gün içerisinde iştahınız nasıldı?
(Her zamanki iştahınızla karşılaştırdığınızda nasıl?)
- Yemek için kendinizi zorlamak zorunda kaldınız mı?
- Çevrenizdeki insanlar yemeniz için ısrar etmek zorunda kaldı mı?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

İştahsız, kendi kendine yemek yiyor, ama yediklerinde tat yok, bazen kabız.

2= VAR

Yemek alımı azalmış. Hastanın yemek yemesi için teşvik edilmesi gerekiyor. Kural olarak kabız. Laksatif gereksinimi duyuyor, ancak bundan fayda görmüyor.

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta, son üç geceden en az birinde uykuya dalmadan önceki yarım saat, yatakta uyanık kalmıştır.

2= VAR

Hasta son üç gece yatakta yarım saatten fazla uyanık kalmıştır.

6. ORTA UYKUSUZLUK (UYKUYU SÜRDÜRME GÜÇLÜĞÜ)

(Hasta gece yarısı ile saat 05:00 arasında bir veya birden fazla uyanıyor mu? Eğer idrar yapmak içinse ve ardından hemen uykuya dalıyorsa 0 işaretlenir.)

- Son 7 gün boyunca gece yarısı uyanıyor muydunuz?
EVET ise: Yataktan kalkıyor musunuz?
- Kalkınca ne yaparsınız?
(Sadece banyoya, tuvalete mi gidersiniz?)
Peki yatağa döndüğünüzde hemen uyuyabiliyor musunuz?
- Bazı geceler uykunuzun rahatsız ve huzursuz olduğunu hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta son 3 gecede 1 veya 2 kere gece boyu uykusuzluktan, huzursuzluktan yakınır.

2= VAR

Her gece en az bir kere uyanırsa veya son üç geceden herhangi birinde tuvalet gereksinimi dışında yataktan kalkarsa.

7. GECE UYKUSUZLUK (ERKEN UYANMA)

(Hasta planladığından ya da koşullarının gerektirdiğinden 1 saat önce veya daha erken uyanır.)

- Son 7 gün içerisinde sabahlan en geç olarak ne zaman uyanıyordunuz?
ERKEN ise: Saatin alarmıyla mı, yoksa kendi kendinize mi uyanıyordunuz?
- Genellikle ne zaman uyanırsınız (yani, bu çökkün durumunuz ortaya çıkmadan önce)?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Uyarı ama tekrar uykuya dalar.

2= VAR

Sürekli erken uyanır ve bir daha uyuyamaz.

8. GENEL BEDENSEL BELİRTİLER

(Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı gibi duygular. Genel kas ağrıları)

- Son 7 gün içerisinde gücünüz-kuvvetiniz nasıldı?
- Her zaman yorgun muydunuz?
- Bu hafta hiç sırt ağrınız, baş ağrısı ya da adale ağrınız oldu mu?
- Bu hafta kol ve bacaklarınızda, sırtınızda veya başınızda herhangi bir ağırlık hissettiniz mi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Çok hafif kas yorgunluğu ve diğer bedensel rahatsızlıklar.

2= VAR

Açıkça veya sürekli yorgunluk, bitkinlik, herhangi bir kesin yakınma.

9. SUÇLULUK DUYGULARI

- Son 7 gün içerisinde, özellikle, bazı şeyleri yanlış yaptığınız veya insanları hayal kırıklığına uğrattığınızı hissederek kendinizi eleştiriyor muydunuz? EVET ise: Bu düşünceleriniz nelerdi?
- Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey için suçluluk hissediyor muydunuz?
- Bu rahatsızlığı (çöküntüyü) bir şekilde kendi başınıza kendinizin getirdiğini düşündünüz mü?
- Hasta olmakla cezalandırılmış gibi hissediyor muydunuz?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastalığı sırasında ailesine yük olduğunu, ailesini ve arkadaşlarını hayal kırıklığına uğrattığını ve / veya onları ihmal ettiğini düşünüyor.

2= HAFİF

Hastalığı öncesinde olay ve durumlara ilgili suçluluk duyguları var. Örneğin geçmişteki küçük ihmalkarlıkları veya hataları, görevini yapmamış olma duygusu, başkalarına zarar verdiği düşüncesi.

3= ORTA

Hastalığı yüzünden çektikleri kendisine verilmiş bir cezadır. Hasta bu duygusunun temelsiz olduğunu farkedebileceği sürece 3 işaretlenmelidir.

4= AĞIR

Suçlulukla ilgili varsanılar. Suçluluk duyguları yerleşmiştir ve her türlü karşı görüşe direnir. Hatta suçlayan, tehdit eden sesler işitebilir veya benzeri temalarda görsel varsanılar tanımlayabilir.

10. İNTİHAR

(İlk puanlamada herhangi bir intihar girişimi 4 puan olarak değerlendirilmelidir. İzleme değerlendirmelerinde bu dikkate alınmaz.)

- Geçen hafta içerisinde hiç hayatın yaşamaya değer olmadığı şeklinde düşünceleriniz oldu mu?
- Geçen hafta içerisinde ölsem daha iyi diye düşündüğünüz oldu mu?
- Peki ya kendinize zarar verme veya hatta kendinizi öldürmeyle ilgili bir planınız oldu mu? EVET ise: Neler düşündünüz?
- Gerçekten kendinize zarar verecek bir şey yaptınız mı?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hayatın yaşamaya değmediğini düşünür ama ölsem isteğiyle ilgili bir düşüncesi yoktur.

2= HAFİF

Ölüm isteğinden söz eder, ancak kendisini öldürmekle ilgili planları yoktur.

3= ORTA

İntihar düşünceleri, planları, intihara yönelik hareketler. Hastanın intihar etme olasılığı vardır.

4= AĞIR

Hasta önceki günlerde intihar girişiminde bulunmuştur. Herhangi bir intihar girişimi, ani bir kararı takip etse de 4 işaretlenmelidir.

11. RUHSAL ANKSİYETE

(Gerginlik, tedirginlik, güvensizlik duygulan, nedensiz korku, kaygı, tasalanma, iritabilite)

- Son 7 gün içerisinde kendinizi özellikle gergin veya sinirli hissediyor muydunuz?
- Normalde kaygılanmayacağınız önemsiz küçük şeyler için çok fazla kaygılandınız mı? Bunlar günlük hayatınızı etkiledi mi? EVET ise: Örneğin ne gibi?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hastanın her zamanki halinden daha gergin, güvensiz olduğu şüpheli.

2= HAFİF

Hasta anksiyetesini açık bir şekilde anlatıyor ve bunu kontrol etmekteki güçlüğünü ifade ediyor. Ancak kaygıları önemsiz konulardadır ve günlük hayatı etkilemez.

3= ORTA

Hasta önemli konularda olabilecek kötü olaylar konusunda kaygı duymaktadır. Zaman zaman anksiyetesini kontrol edemez ve paniğe kapılır. Günlük hayatı etkilemektedir. Yüz ifadesinden endişesi gözlenir.

4= AĞIR

Hasta daha sorulmadan korkulannı anlatır. Bunlar sık sık gelmekte ve hastanın günlük hayatını belirgin biçimde etkilemektedir.

12. BEDENSEL ANKSİYETE

Anksiyetelerin fizyolojik eşlik edenleri, örneğin:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme.

Kardiyovasküler: Kalp çarpıntısı, baş ağrıları.

Solumum: Aşırı nefes alma, iç çekme, sık sık idrara çıkma, terleme.

- Son 7 gün içerisinde aşağıdaki bedensel belirtilerden herhangi biri var mıydı? (Listeyi oku, her birinden sonra cevap için durakla.)
 - Geçen hafta bu şeyler sizi ne kadar rahatsız ediyordu? (Ne kadar kötüydü, ne kadar zaman ve ne sıklıkta bunlar vardı?)
- NOT:** Açık bir şekilde ilaca bağlı ise -örneğin, imipramine bağlı ağız kuruluğu- derecelendirmeyiniz.

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Hasta ara ara sindirim sistemi ile ilgili yandaki belirtiler, terleme ve titreme gibi hafif belirtileri farketmektedir.

Ancak bunları çok açık şekilde tanımlanmaz.

2= HAFİF

Belirtiler hasta tarafından açık bir şekilde tanımlanmaktadır. Zaman zaman olmaktadır. Günlük yaşamı engellemez.

3= ORTA

Belirgin ve hastada ciddi endişe yaratır.

Zaman zaman günlük yaşamı etkiler.

4= AĞIR

Anksiyetenin birçok fizyolojik belirtisini birarada tarif eder. Bunlar kalıcıdır ve hastanın günlük yaşamını belirgin biçimde etkilemektedir.

13. HİPOKONDRIYAZİS

(Bedensel hastalık yokluğunda vücut belirtileriyle kuruntulanma. Hipokondriyak kişilik eğilimleri ayrı tutulmalıdır.)

- Son 7 gün içerisinde, düşünceleriniz ne kadar vücut sağlığınız veya vücudunuzun nasıl çalıştığı üzerinde toplanmıştı? (Normal düşüncenize kıyasla)
- Bedensel olarak kendinizi nasıl hissettiğiniz konusunda çok şikayet eder miydiniz?
- Aslında kendi başınıza yapabileceğiniz şeyler için başkalarından yardım istediniz mi? EVET ise: Örneğin ne gibi? Bu ne sıklıkta oldu?

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Vücut belirtileri ve işlevleri ile normalden biraz daha fazla ilgili.

2= HAFİF

Fizik sağlığı konusunda açık kaygıları var. Sürekli sağlığı ile ilgileniyor.

3= ORTA

Hasta bütün belirtilerini açıklayacak bir hastalığı olduğuna inanmaktadır (beyin tümörü, kanser vb.) Hasta böyle bir hastalığı olmadığına kısa bir süre için ikna edilebilir.

4= AĞIR

Kuruntulanması paranoid boyutlara ulaşmıştır. Hipokondriyak sanrıları nihilistik bir karakter taşır (içi çürümektedir, barsakları tıkanmıştır vb.). Hasta ikna edilemez.

14. İÇGÖRÜ (İÇGÖRÜ KAYBI) GÖZLEM ESASTIR

- Hastalığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Hastalığınızı neye bağlıyorsunuz?

0= Hasta depresif belirtilerinin varlığını veya bir sinir hastalığı olduğunu kabul eder.

1= Hasta olduğunu kabul eder ancak bunu ilgisiz şeylere (kötü hava, iklim, aşırı çalışma gibi) bağlar.

2= Hasta olduğunu kabul etmez. Sanrıları olan hastalar, tanım olarak içgörülerini kaybetmişlerdir.

15. RETARDASYON

(Düşünce ve konuşmada yavaşlama, hareketlerde azalma, dikkatini toplayamama, mimiklerinde konuşmaya eşlik eden el-kol hareketlerinde azalma.)

GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANARAK DERECELENDİRİN

- Konuşmanız her zamanki hızında mı?

0= Normal konuşma ve motor etkinlik. Buna eşlik eden yüz mimikleri.

1= Konuşma hızı hafif veya şüpheli olarak yavaşlamış. Hareketleri yavaşlamış olabilir.

2= Konuşma hızı belirgin olarak yavaşlamıştır. Duraklamalar vardır. Yüz mimikleri azalmıştır.

3= Görüşme kısa yanıtlar, uzun duraksamalar nedeniyle açık bir şekilde uzamakta, zor tamamlanmaktadır. Bütün hareketler ileri derecede yavaşlamıştır.

4= Görüşme tamamlanamaz. Stupor.

16. AJİTASYON (HUZURSUZLUK)
GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANARAK
DERECELENDİRİN

0= YOK

1= ŞÜPHELİ

Belli belirsiz bir huzursuzluk vardır. Konuşurken oturuş şeklini değiştirmek, başını kaşımak gibi

2= HAFİF

Elleriyle oynar, otururken sürekli pozisyon değiştirir. Yatan hastalarda huzursuzluk gözlenir, ara ara koridorda tur atarlar.

3= ORTA

Hasta görüşme süresince oturamaz. Yatan hastalar sürekli koridorda dolaşır.

4= AĞIR

Sürekli hareket halinde, elbisesini çekiştiriyor, saçlarını yoluyor vb. Görüşmeyi sürdürmek zor.

17. KİLO KAYBI (ZAYIFLAMA)

(Mümkün olduğunca nesnel bilgi almaya çalışmalı, bu yapılamazsa tahminde tutucu davranarak mümkün olan en düşük puan işaretlenmelidir. Hastanın giysilerinin bollaşması sorulabilir. Hasta zayıflama diyeti yapıyorsa, daha önce yaptığı diyetlerin sonuçları araştırılmalıdır. Bazı hastalar aşırı yemek yedikleri için kilo alırlar; 0 işaretlenmeli ve sonraki değerlendirmeler için not edilmelidir.)

- Bu çöküntü başladığından beri kilo kaybettiniz mi?
EVET ise: Ne kadar?
EMİN DEĞİL ise:
- Giyeceklerinizin size bol gelmeye başladığını düşündünüz mü?
TAKİPTE: Hiç geri kilo aldınız mı?

0= Kilo kaybı yok

1= İlk değerlendirmede 1-2.5 kg kayıp. Takip değerlendirmelerinde haftada 0.5 kg kayıp.

2= İlk değerlendirmede 3 kg'dan fazla kayıp.

Takip değerlendirmesinde haftada 1 kg veya daha fazla kayıp.

Hamilton Değerlendirme Ölçeği

1. Depresif ruh hali

(Keder, umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik)

0. Yok

1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).

4. Uykuya dalamamak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.

5. Geceyarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

8. Retardasyon

(Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.

9. Ajitasyon

0.Yok.

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tımak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10. Psikik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Sübjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzüliyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkulannı daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik anksiyete

0.Yok.

1. Hafif Anksiyeteyle eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
2. İlimli Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
3. Şiddetli Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme
4. Çok şiddetli Sık idrara çıkma
Terleme

12. Somatik semptomlar Gastrointestinal	0. Yok. 1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13. Somatik semptomlar Genel	0. Yok. 1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin şikâyet 2 puanla değerlendirilir.
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	0. Yok. 1. Hafif. 2. Şiddetli. 3. Anlaşılamadı.
15. Hipokondriyaklık	0. Yok. 1. Kuruntulu 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda. 3. Sık sık şikâyet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0. Kilo kaybı yok. 1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. B. Psikiyatrisi tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde 0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama. 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
17. Durumu hakkında görüşü	0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde. 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

ÖZGEÇMİŞ

SEVİNÇ KIRICI

Tel : 03124794567 Cep : 05434133850

E-Posta : topraksevinc@hotmail.com

Doğum Tarihi : 22/05/1984

Uyruğu : T. C.

Medeni Durum : Evli

EĞİTİM DURUMU

Yüksek Lisans : Ankara Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Adli Psikoloji Bölümü 2015 -

Lisans : Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü 2003 - 2007

İŞ DENEYİMİ

03/2010 - : A. Ü. T. F. Psikiyatri Ana Bilim Dalı

10/2009 - 03/2010 : Sistem Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

08/2007 - 10/2008 : Önal Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

03/2007 – 05/2007 : Adalet Bakanlığı Ankara Kapalı Çocuk ve Gençlik Ceza ve İnfaz

Kurumu (Stajyer)

07/2006 – 08/2006 : AMATEM (Stajyer)

07/2006 – 08/2006 : Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Stajyer)

BİLGİSAYAR :SPSS, Microsoft Office programları; Excel, Word, PowerPoint, Access

ÜYE OLDUĞU DERNEKLER

* Türk Psikologlar Derneği

* Ankara Kültür ve Araştırma Derneği

* Türkiye Alzheimer Derneği

TEKNİK BİLGİ, BECERİ VE YETENEKLER

- * Psikolojik Testler (WISC-R (uygulayıcı sertifikası), MMPI, Kağıt Kalem Testleri)
- * Gözlem ve Görüşme Teknikleri
- * Krize Müdahale Yöntemleri
- * Araştırma Yöntemleri
- * Çocuk Değerlendirme Testleri Uygulayıcı Sertifikası (Bender Gestalt Motor Algı Testi, AGTE, Peabody resim kelime testi, Harisson Fort Bir Adam Çiz Testi)
- * Nöropsikolojik Testler

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler :

A.1. Özel-Kızıl, E.T.,B. Duman, Ö. Altıntaş, S. Kırıcı, G. Baştuğ, Z. Baran, U. Altunöz, “Öznel Bellek Yakınmaları Anketi Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, *Türk Geriatri Dergisi*, 16, 150-154 (2013). (SCI-E’de endekslenmektedir)

A.2. Bastug, G., E. T.Ozel-Kizil, A. Sakarya, O. Altintas, S. Kirici, U. Altunoz,“Oral Trail Making Task as a Discriminative Tool for Different Levels of Cognitive Impairment and Normal Aging”, *Archives of Clinical Neuropsychology*,28, 411-7 (2013). (SCI-E ve SSCI’da endekslenmektedir)

A.3. Altunöz, U., E.T. Özel Kızıl, S.Kırıcı, G.Baştuğ, B. Biçer Kanat, A. Sakarya, O.Er, E. Turan, “Dimensions of Agitation Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in Patients with Dementia”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 116-22 (2015). (SSCI’da endekslenmektedir)

A.4. Duman, B., E.T. Özel-Kızıl, Z. Baran, S. Kırıcı, E.Turan, “Yaşlılık Çağı Depresyonu ve Hafif Bilişsel Bozukluğu Olan Hastalarda Öznel Bellek Yakınmaları ile Nesnel Bellek Bozukluklarının Karşılaştırılması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*,27,1-7 (2016). (SSCI’da endekslenmektedir)

A.5. Biçer Kanat, B., U. Altunöz, S. Kırıcı, G.Baştuğ,E.T. Özel-Kızıl,“Hoarding Behaviour in Three Different Types of Dementia Cases”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 138-142 (2016).(SSCI’da endekslenmektedir)

A.6. Özel-Kızıl, E.T.,A. Kokurcan, U.M. Aksoy, B. Bicer Kanat, D. Sakarya, G. Bastug, B. Colak, U. Altunoz, S. Kirici, H. Demirbas, B. Oncu, “Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder”, *Research in Developmental Disabilities*, 59, 351–358 (2016). (SSCI’da endekslenmektedir)

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler :

B.1. Duman, B., E.T. Ozel-Kizil, Z. Baran, S. Kirici ve E. Turan, “ Investigation of subjective memory complaints and objective memory deficit in elderly patients with major depression and mild cognitive impairment,”21st *Alzheimer Europe Conference, “European Solidarity Without Borders”*, Warsaw, Poland, 6-8 Ekim 2011. (Sözel bildiri olarak sunulmuştur)

B.2. Bastug, G., E.T. Ozel-Kizil, A. Sakarya, O. Altintas ve S. Kirici, “ Comparison of the Oral Trail Making Task performances of the patients with Alzheimer’s disease, MCI and healthy elderly”, *27th International Conference of Alzheimer’s Disease International*, London, UK, 7-10 March 2012.

B.3. Ozel-Kizil, E.,H. Demirbas, G. Bastug, S. Kirici, E. Tathan, N. Kasmer ve B. Baskak, “A scale for the assessment of hyperfocusing in attention deficit and hyperactivity disorder”,26th *ECNP Congress*, Barselona, İspanya, 5-9 Ekim 2013.

B.4. Kokurcan, A., E.T. Ozel-Kizilve S. Kirici, “Death anxiety in elderly patients with generalized anxiety disorder”, *26th ECNP Congress*, Barselona, İspanya, 5-9 Ekim 2013.

B.5. Altunoz,U., E.T. Ozel-Kizil, A. Kokurcan, S. Kirici, G. Bastug ve E. Ünal., “Psychometric properties of the Turkish version of generalised anxiety disorder severity scale (GADSS) in a sample of elderly patients”, *26th ECNP Congress*, Barselona, İspanya, 5-9 Ekim 2013.

B.6. Bicer Kanat, B., B. Colak, O. Er, A. Kokurcan, U. Altunoz, A. Sakarya, S. Kirici, G. Bastug ve E.T. Ozel-Kizil,“Sleep disturbance in patients with Alzheimer’s disease”, *26th ECNP Congress*, Barselona, İspanya, 5-9 Ekim 2013.

B.7. Ozel-Kizil,E.T., A. Kokurcan, U. M. Aksoy, B. Biçer Kanat, D. Sakarya, G. Bastug, B.Çolak, U. Altunöz, S. Kirici, H. Demirbas ve B. Öncü, “Hyperfocusing as a dimension of adult ADHD”, 27th ECNP Congress, Berlin, Almanya, 18-21 Ekim 2014.*European Neuropsychopharmacology*, 24, S707 (2014).

B.8. Baskak,B., E.T. Ozel-Kizil, E. Zıvralı , E. Ateş, B. Cihan, P. Uran, Y. Hoşgören Alıcı, S. Kırıcı ve G. Baştuğ, “Verbal fluency deficits in patients with schizophrenia, psychotic bipolar disorder and their unaffected relatives”,27th ECNP Congress, Berlin, Almanya, 18-21 Ekim 2014.*European Neuropsychopharmacology*, 24, S446 (2014).

B.9. Altunoz, U., A. Kokurcan, S. Kirici, G. Bastug ve E.T. Ozel-Kizil,“Comparison of the clinical characteristics of generalized anxiety disorder in young and elderly patients”, 27th ECNP Congress, Berlin, Almanya, 18-21 Ekim 2014.*European Neuropsychopharmacology*,24, S593 (2014).

B.10. Cobanoglu, E., E.T. Ozel-Kizil, S. Kirici, N. Bal, Y.H. Alici, O. Yucel ve E. Turan,“Clinical correlates of apathy in patients with Alzheimer's disease”,*European Neuropsychopharmacology*, 25, S582 (2015).

B.11. Ozel-Kizil E.T., S. Kirici , E. Cobanoglu, B. Senel, G. Bastuğ, B. Bilgin-Kapucu, F. Bashirov, N.B. Tepe-Bal ve W. E.Mansbach, “P8-101-Psychometric Properties of the Turkish Version of the Brief Cognitive Assessment Tool”, APA 2016 Annual Meeting, s.178, 14-18 Mayıs 2016, Atlanta, Georgia, ABD.

B.12. Cobanoglu, E., E.T. Ozel-Kizil, B. Bilgin-Kapucu, S. Kirici, D. Oztuna,” Is apathy in demented elderly correlated with vascular risk factors? “, 28th ECNP Congress Viyana, Avusturya, 17-21 Eylül 2016.

B.13. Bilgin-Kapucu, B.,G. Cetinkol, C. Aydemir, G. Bastug, E. Cobanoglu, S.Kirici, N.B. Tepe Bal, E.T.Ozel-Kizil ve W. E. Mansbach, ”The Brief Anxiety And Depression Scale (BADs) In Turkish Elderly Patients With Major Depression”, 28th ECNP Congress Viyana, Avusturya, 17-21 Eylül 2016.

B.14. Kirici, S., T. Cobanoglu-Tunali, S.Uluc ve E. T. Ozel-Kizil, “Psychometric Properties Of The Turkish Version Of The Benton Visual Retention Test In Patients With Alzheimer’s Type Of Dementia”,28th ECNP Congress Viyana, Avusturya, 17-21 Eylül 2016.

C. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

C.1. Baştuğ, G., E.T. Özel Kızılve Y. Hoşgören-Alıcı, S. Kırıcı, “Türk Edebiyatından Yas Teması Örnekleri”, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 15 (2), 39-46 (2016).

D. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

D.1. Özel-Kızıl, E.T., B. Duman, H. Ö. Altıntaş, S. Kırıcı, G. Baştuğ, Z. Baran ve U. Altunöz, “Yaşlı Hastalarda Subjektif Bellek Yakınmaları Anketi’nin Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri”, *47. Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Antalya, 26-30 Ekim 2011.

D.2. Altunöz, U., E.T. Özel Kızıl, S. Kırıcı, G. Baştuğ, B. Biçer Kanat, A. Sakarya, O. Er, E. Turan, “Demans Hastalarında Ajitasyonun Boyutlarının Değerlendirilmesi”, *48. Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Bursa, 9-13 Ekim 2012.

D.3. Sakarya, A., D. Sakarya, B. Biçer Kanat, U. Altunöz, O. Er, S. Kırıcı, E.T. Özel Kızıl, E. Turan “Alzheimer Hastalarının Bakımverenlerinde Marwit Meuser Bakımveren Yas Ölçeği’nin Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri”, *48. Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Bursa, 9-13 Ekim 2012.

D.4. Biçer Kanat, B., U. Altunöz, S. Kırıcı, G. Baştuğ, E.T. Özel Kızıl, “Üç Olgu ile Demansta Kompulsif Biriktiricilik”, *48. Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Bursa, 9-13 Ekim 2012.

D.5. Beğli, S, E.T. Özel Kızıl, G. Baştuğ, S. Kırıcı, T. Tuncal ve E. Turan, “Alzheimer Hastalığı’nda Bakımverenlere Yönelik Psikoeğitimde Kullanılabilecek

Sinema Filmlerinin Değerlendirilmesi”, 4. Ulusal Alzheimer Kongresi, Çeşme, İzmir, 20-23 Mart 2014.

D.6. Tuncal, T., D. Yücel, N.B. Bal, Y.H. Alıcı, S. Kırıcı, G. Baştuğ G. ve E.T. Özel Kızıl, “Karikatürlerde Yaşlılık Algısı”, 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 11-16 Kasım 2014, Antalya, Türkiye, PB126, 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özetleri, Türkiye Psikiyatri Dergisi, s.88.

D.7. Bilgin, B., D. Yücel, Y. Hoşgören-Alıcı, G. Baştuğ, S. Kırıcı ve E.T. Özel-Kızıl, “Yaşlılık çağı depresyonunda yas”. 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 11-16 Kasım 2014, Antalya, Türkiye, PB203, 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özetleri, Türkiye Psikiyatri Dergisi, s. 128.

AKTİVİTELER VE EK BİLGİLER

2012- Prof. Dr. Kaynak Selekler, Prof. Dr. Esen Saka Topçuoğlu, Prof. Dr. Banu Cangöz ve Yrd. Doç. Dr Zeynel Baran’ın eğitimliğinde gerçekleştirilen ‘Demansa Nöropsikolojik Değerlendirme Kursu’, Ankara.

2011 - 36. Uluslararası Grup Psikoterapileri Kongresi “Ötekinin Mokasenleri”

2007 - 12. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi “Risk Altında Yaşamlar” (KIBRIS)

2007 - Lisans Tezi “Lise Öğrencilerinde Aleksitimi, Bağlanma ve Benlik Algısı Arasındaki İlişkiler”

2006 - 11. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi “ Kurgudan Gerçeğe Korkularımız” (İZMİR)

2004 - 9. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi “Bireyden Topluma Duyarlılık” (BURSA)