

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANIMSAMA TERAPİSİNİN ALZHEİMER HASTALARININ BİLİŞSEL
DURUMU, DEPRESYON VE GÜNLÜK YAŞAM FAALİYETLERİNE
ETKİSİ**

Güler DURU AŞİRET

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2014

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANIMSAMA TERAPİSİNİN ALZHEİMER HASTALARININ BİLİŞSEL
DURUMU, DEPRESYON VE GÜNLÜK YAŞAM FAALİYETLERİNE
ETKİSİ**

Güler DURU AŞİRET

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

ANKARA

2014

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği
 Program: İç Hastalıkları Hemşireliği
 Tez Başlığı: Anımsama Terapisinin Alzheimer Hastalarının Bilişsel Durumu, Depresyon ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisi
 Öğrenci Adı-Soyadı: Güler DURU AŞİRET
 Savunma Sınavı Tarihi: 27.05.2014

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (İmza)
 Hacettepe Üniversitesi
 Tez danışmanı: Doç. Dr. Sevgişun KAPUCU (İmza)
 Hacettepe Üniversitesi
 Üye: Doç. Dr. Nuran TOSUN (İmza)
 Gülhane Askeri Tıp Akademisi
 Üye: Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR (İmza)
 Hacettepe Üniversitesi
 Üye: Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ (İmza)
 Hacettepe Üniversitesi

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

(İmza)

(İmza)

Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Tez danışmanım, değerli hocam, Sayın Doç. Dr. Sevgisun Kapucu çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirmiş ve her aşamasında destek olmuştur.

Tez izleme komitesinde yer alan değerli hocalarım, Sayın Doç. Dr. Nuran Tosun ve Sayın Doç. Dr. Leyla Özdemir önerileri ile yol gösterici olmuşlardır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bölümü'nden Sayın Arş. Gör. Dr. Sevilay Karahan araştırmanın istatistiksel değerlendirme aşamasında katkı sağlamıştır.

Ankara 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Demetevler Fatma Üçer Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ndeki yöneticiler ve tüm çalışanları, araştırmanın yürütülmesinde her türlü yardım ve kolaylığı sağlamışlardır. Ayrıca Sayın Hemşire Funda Duman uygulamanın başarılı bir şekilde tamamlanabilmesi için kolaylık sağlamıştır.

Çalışmanın planlanması aşamasında değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar ve değerli arkadaşım Arş. Gör. Dr. Saliha Bozdoğan görüş ve önerilerde bulunmuştur.

Ailem ve özellikle de oğlum Toprak çalışma süresince sevgi ve sabırla destek olmuştur.

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Öğretim Elemanı Yetiştirme Programı (ÖYP) Kurum Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

ÖZET

Duru Aşiret, G. Anımsama Terapisinin Alzheimer Hastalarının Bilişsel Durumu, Depresyon ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2014. Araştırma, anımsama terapisinin, kurumda kalan hafif ve orta evre Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. Araştırma, Ankara 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Demetevler Fatma Üçer Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi olmak üzere dört kurumda, 31 müdahale, 31 kontrol grubunda olmak üzere toplam 62 birey ile tamamlanmıştır. Araştırma 1 Temmuz-20 Aralık 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Anımsama terapisi oturumları, 4-5 kişilik gruplarla, toplam 12 hafta, haftada bir gün ve 30-45 dakika süre ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklem seçiminde “Standardize Mini Mental Test” kullanılmış ve bu ölçekten uygun aralıkta puan alan bireyler listelenip, tek sayılara karşılık gelen bireyler kontrol, çift sayılara karşılık gelen bireyler müdahale grubunu oluşturacak şekilde randomize edilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu” ile birlikte “Standardize Mini Mental Test” ve “Geriatrik Depresyon Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, ki-kare, Mann-Witney U, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve Bonferroni testleri kullanılmıştır. Anımsama terapisi sonunda müdahale grubundaki bireylerin bilişsel durumundaki artışın ve depresyondaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anımsama terapisinin bireylerin, hareket, bireysel hijyen, beslenme, uyku ve giyinme gibi günlük yaşam aktiviteleri üzerine bir etkisinin olmadığı, ancak iletişim, işbirliği, sosyalleşme ve huzursuzlukları üzerine olumlu bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız sonucunda anımsama terapisinin hafif ve orta evre Alzheimer hastalarına yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer hastalığı, yaşlı, anımsama terapisi, bilişsel durum, depresyon, hemşire.

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Öğretim Elemanı Yetiştirme Programı Kurum Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

ABSTRACT

Duru Asiret, G. The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression and Activities of Daily Living of Alzheimer Patients. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ph.D. Thesis in Medical Nursing, Ankara, 2014.

Study was conducted with experimental design to investigate the effect of reminiscence therapy on cognition, depression, activities of daily living of institutionalized mild and moderate Alzheimer patients. The study was conducted with totally 62 patients (31 intervention group and 31 control group) in four institutions Ankara 75th Year Nursing Home, Elderly Care and Rehabilitation Center, Seyranbağları Nursing Home and Rehabilitation Center, Ümitköy Nursing Home and Rehabilitation Center, Demetevler Fatma Üçer Elderly Care and Rehabilitation Center. Study was done between the dates July 1st, 2013 and December 20th, 2014. Reminiscence therapy sessions were held with groups consists of 4-5 patients, once a week with 30-35 minute duration for 12 weeks. Standardized Mini Mental Test was used in sample selection. Patients were listed through their mini mental test scores, and randomized as odd numbers to control group and even numbers to intervention group. Data were collected with forms developed by researcher 'Data Sheet' and 'Activities of Daily Living Follow-up Form' as well as scales 'Standardized Mini Mental Test' and 'Geriatric Depression Scale'. Chi-square, Mann Whitney-U test, variance analyses in repeated measures and Bonferroni tests were used for analysis. At the end of reminiscence therapy sessions increase in cognition and decrease in depression were founded statistically significant in intervention group ($p < 0.05$). It is found that reminiscence therapy had positive effect on communication, coordination, socialization and agitation behaviours whereas it had no effect on activities of daily living such as mobility, personal hygiene, nutrition, sleep and dressing. At the end of the study it was suggested that reminiscence therapy can be used with mild to moderate Alzheimer patients.

Key Words: Alzheimer disease, elderly, reminiscence therapy, cognition, depression, nurse.

This thesis was supported by Hacettepe University Teaching Staff Training Program Coordination Unit.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
GRAFİKLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Demans Hastalığı	6
2.2. Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Epidemiyolojisi	6
2.3. Alzheimer Hastalığının Nöropatolojisi ve Etiyolojisi	8
2.4. Alzheimer Hastalığının Risk Faktörleri	9
2.5. Alzheimer Hastalığının Tanısı	12
2.6. Alzheimer Hastalığının Kliniği	13
2.7. Alzheimer Hastalığının Farmakolojik Tedavisi	15
2.8. Alzheimer Hastalığının Farmakolojik Olmayan Tedavisi	16
2.8.1. Anımsama Terapisi	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	28

3.6. Araştırmanın Uygulaması	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	38
4. BULGULAR	39
4.1. Bireylerin Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumları, Kurumda Yaşamalarına Yönelik ve Kurumda Yaptığı Egzersiz Ve Faaliyetlerle İlgili Tanıtıcı Bulguları	40
4.2. Anımsama Terapisi Uygulanan (Müdahale Grubu) ve Uygulanmayan (Kontrol Grubu) Bireylerin Bilişsel Durum, Depresyona ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine İlişkin Bulguları	51
5. TARTIŞMA	68
5.1. Anımsama Terapisinin Bireylerin Bilişsel Durumlarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.2. Anımsama Terapisinin Depresyon Düzeyine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	72
5.3. Anımsama Terapisinin Bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
6.1. SONUÇLAR	80
6.1.1. Bireylerin Tanıtıcı ve Kurumla İlgili Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	80
6.1.2. Anımsama Terapisinin Bireylerin Bilişsel Durumlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar	80
6.1.3. Anımsama Terapisinin Bireylerin Depresyon Düzeyine Etkisine İlişkin Sonuçlar	81
6.1.4. Anımsama Terapisinin Bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisine İlişkin Sonuçlar	82
6.2. ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR	85
EKLER	
EK 1: Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK 2: Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)	
EK 3: Standardize Mini Mental Test (Eğitimsizlerde)	

- EK 4: Geriatrik Depresyon Ölçeği
- EK 5: Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu
- EK 6: Haftalık İzlem Çizelgesi
- EK 7: Anımsama Terapisi Değerlendirme Formu
- EK 8: Aydınlatılmış Onam Formu
- EK 9: Ankara Valiliği Aile Ve Sosyal Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
İzin Yazısı
- EK 10: Aile Ve Sosyal Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim Ve Yayın Daire
İşleri Başkanlığı İzin Yazısı
- EK 11: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu İzin Yazısı
- EK 12: Anımsama Terapisi Oturumlarında Araştırmacı Tarafından Kullanılan
Resimler

SİMGELER VE KISALTMALAR

ApoE4	Apolipoprotein E4
BOS	Beyin-Omurilik Sıvısı
CERAD	Alzheimer Hastalığı için Kayıt Oluşturma Komisyonu
DSM-IV	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
ICD	Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması
MMSE	Mini Mental Durum Değerlendirmesi
MMT	Mini Mental Test
MR	Manyetik Rezonans
NIC	Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Sistemi
NINCDS-ADRA	Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme- Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği
PET	Pozitron Emisyon Tomografi

ŞEKİLLER

	Sayfa
3.1. Uygulama Akış Şeması	37

GRAFİKLER

	Sayfa
4.2.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki MMT Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
4.2.2. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60

TABLOLAR

	Sayfa
4.1.1. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	40
4.1.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı	42
4.1.3. Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumlarına Göre Dağılımı	45
4.1.4. Bireylerin Kurumla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	47
4.1.5. Bireylerin Kurumda Yaptığı Egzersiz ve Aktivitelere Göre Dağılımı	49
4.2.1. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki MMT Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
4.2.2. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları MMT Puan Farkı Ortancalarının Demografik ve Tıbbi Özellikleri ile Karşılaştırılması	53
4.2.3. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları MMT Puan Farkı Ortancalarının Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	55
4.2.4. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları MMT Puan Farkı Ortancasının Kurumda Kalış Süresi ve Kurumda Günlük Yapılan Faaliyetler ile Karşılaştırılması	57
4.2.5. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
4.2.6. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki GDÖ Puan Farkı Ortancasının Demografik ve Tıbbi Özelliklere Göre Karşılaştırılması	61
4.2.7. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları GDÖ Puan Farkı Ortancasının Günlük Yaşam Aktivitesi Bağımlılık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	62
4.2.8. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları GDÖ Puan Farkı Ortancasının Bireylerin Kurumda Kalış Süresi ve Kurumda Günlük Yaptığı Faaliyetleri ile Karşılaştırılması	64
4.2.9. Bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formundan Aldıkları Puan Ortancaları Farkının Karşılaştırılması	66

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Alzheimer, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde %13, 85 yaş ve üzeri bireylerde %45 oranında yüksek bir prevalansa sahiptir (5). Dünya Alzheimer raporuna (2011) göre, 2009 yılında dünyada 36 milyon kişi Alzheimer hastasıdır. Amerika Birleşik Devletlerinde her sekiz kişiden biri Alzheimer hastalığına sahiptir. Dünyada 65 yaş ve üzeri yaş grubunda ölüm nedenleri arasında Alzheimer, beşinci sırada yer almaktadır (5, 144). Ülkemizde Alzheimer hastalığının görülme sıklığına ilişkin net bir veri bulunmamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, ülkemizde 2013 yılında toplam ölüm sayısının 357 581 olduğu ve bu ölümlerin 289'unun demans nedeniyle olduğu bildirilmektedir (91).

Alzheimer, bilişsel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara neden olmakta ve sonuçta yaşlı bireyde fiziksel ve psikolojik yönde ciddi ölçüde yıkıma yol açmaktadır. Alzheimer hastalığında patolojik sürecin, klinik bulgular ortaya çıkmadan 15-20 yıl önce başladığı, hastalığın semptomları belirginleşmeden önce progresif yıkımın senelerce sürdüğü tahmin edilmektedir. Alzheimer hastalığı klinik olarak üç evreye ayrılırken, semptomlarının ortaya çıktığı uzun süreç göz önüne alındığında hastalık altı evreye ayrılmaktadır. Bu evreler; presemptomatik, preklinik, çok erken (olası) Alzheimer hastalığı, hafif, orta ve şiddetli dönem olarak adlandırılmaktadır (66, 109, 110).

Alzheimer'ın seyri boyunca görülen en yaygın belirti unutkanlıktır. Hastalık çoğunlukla kısa süreli bellek kaybıyla başlamakta ve bu dönemde uzun süreli bellek korunmaktadır. Hastalar tarafından yüksek duygusal etkisi olan yeni olaylar nispeten iyi hatırlanabilmektedir. Hafif evrede belirgin bozukluk, istemli hatırlamaya özgüdür (66, 109, 110). Hastalığın herhangi bir döneminde depresyon, ajitasyon, hezeyan ve halüsinasyon gibi davranışsal değişikliklerin görülme oranı %80 olarak bildirilmekte ve depresyon Alzheimer hastalığının ilk belirtisi olabilmektedir (21). Hastalık ilerledikçe bireyler, yeni hafıza oluşturmadaki zorluk nedeni ile aynı soruları tekrar tekrar sorabilir ve yakın geçmişte olan olayları ve konuşulanları hatırlayamaz

duruma gelebilirler. Hastalar alış veriş, para işlemleri, hesaplama ve alet kullanımı gerektiren kompleks günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanır, eşyaların yerlerini unutma ve sık sık eşya kaybetme gibi sorunlar yaşayabilirler. Hastalığın orta evresinde unutkanlığın şiddeti artar ve sonuçta hasta yeni bilgiyi birkaç dakikadan fazla belleğinde depolayamaz hale gelir. Bu evrede hastalar, günlük yaşam faaliyetlerini yapabilmek için başkasının yardımına gereksinim duymakta, mevsime uygun giyinmeme ya da günlerce aynı giysilerin giyilmesi gibi davranışlar gösterebilmekte ve ayrıca hastaların kişi, zaman ve yer oryantasyonu da bozulabilmektedir. Hastalığın orta-ağır evresinde; unutkanlık sorunu ilerler ve yavaş yavaş uzak bellek de etkilenmeye başlar, bireye ipucu verilse dahi son olaylar hakkında bilgi ya yok ya da çok azdır. Hasta okuduğu okulları, eski işini, oturduğu evleri, ebeveynlerinin isimlerinin hatırlayamaz duruma gelmektedir. Hastalığın son döneminde, hastalar sürekli bakıma ihtiyaç duymakta ve kendilerini, yakın aile üyelerini ve bakıcılarını tanıyamaz, kendilerini besleyemez, yardımsız yürüyemez ve yatağa tamamen bağımlı hale gelirler (20, 21, 66, 109, 110).

Alzheimer hastalığında en önemli sorunlardan biri erken evrede tanının konulmasındaki gecikmedir. Hastalığın tanılanmasındaki gecikme nedenleri arasında, hastalığın sinsi başlaması, seyrin yavaş olması, belirtilerin başlangıçta silik kalması, kullanılan standardize kısa mental testlerin erken evrede normal olması, hastalık için tanıya götürecek biyolojik bir gösterge olmaması, erken semptomların hekimler tarafından yaşlılığa, yorgunluğa, fiziksel sağlığın bozuk olmasına veya depresyona bağlanması yer almaktadır (20, 21, 66, 109, 110).

Alzheimer hastalığı günümüzde etiyojisi kesin olarak bilinmeyen tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi, ancak semptomatik tedavisi mümkün olan demans grubunda yer almaktadır (5, 66, 109, 110). Alzheimer hastalığında farmakolojik tedaviler, hastalığın ilerlemesini durduraktan ya da geciktirmekten ziyade semptomatik tedavide daha çok yer almaktadır. Bu nedenle, demans hastaları için farmakolojik olmayan müdahaleler giderek önem kazanmaktadır. Farmakolojik olmayan uygulamalar, hasta merkezli müdahaleler olduğu için hasta bireyleri zorlamaktan ve eksikliklerine odaklanmaktan ziyade onların kendilerini iyi hissetmeleri için nasıl yardım edilebilir sorusunun cevabına ulaşmaya çalışmaktadır.

Farmakolojik olmayan uygulamaların, farmakolojik tedavilere göre maliyetinin düşük olduğu bildirilmektedir (87). Farmakolojik olmayan uygulamaların demans hastalarının yaşam kalitesini artırma, sosyal izolasyon ve mental sorunları azaltma potansiyeline sahip olduğu bildirilmektedir (108). Farmakolojik olmayan uygulamalar arasında; bilişsel eğitim (bireysel, grup veya bilgisayar tabanlı oturumlar), bilişsel uyarı verme (grup veya bireysel oturumlar), gerçeğe oryantasyon terapisi, anımsama terapisi (grup veya bireysel oturumlar), geçerleştirme terapisi, azaltılmış stres eşiği modeli, aromaterapi, akupunktur, müzik kullanımı, transkutanöz elektriksel stimülasyon (kranial veya dorsal stimülasyon), ışık kullanımı (sabah parlak ışık), masaj ve dokunma (terapötik dokunma), fiziksel egzersiz (yürüyüş veya kapsamlı egzersiz), çok bileşenli müdahaleler (zenginleştirilmiş grup bilişsel uyarım, zenginleştirilmiş grup bilişsel eğitim veya fiziksel egzersiz ve müzik), bakım veren desteği (elektronik cihazlar), bakım veren eğitimi (becerileri eğitimleri, başa çıkma stratejileri, ev içi danışma ve destek gruplarını aktive etme) yer almaktadır (2, 59, 87).

Demansın tedavisinde farmakolojik olmayan uygulamalar arasında en yaygın kullanılan psikososyal uygulamalardan olan anımsama terapisi (Reminiscence Therapy)'dir (25, 76, 108, 143). Anımsama geçmiş dönemleri yeniden hatırlama ve günlük yaşamı zenginleştirmeye odaklanma anlamına gelmektedir (76, 108). Demans tanısı almamış bireyler günlük yaşantılarında geçmiş ile ilgili aktiviteleri ve anıları hızlıca ve sıkça hatırlayabilmektedir. Bunun yanı sıra bireylerin geçmiş birikimlerini dinlemek, demans tanısı almamış ya da almış tüm bireylerde geçmiş deneyimleri paylaşma isteğini uyandırabilmekte ve böylece yarı unutulmuş hatıraların uyarılarak anımsanmasını kolaylaştırabilmektedir. Demans hastaları, yakın geçmişi hastalığın ilk dönemlerinden itibaren hatırlamada zorlanırken, uzak geçmişi genel de hatırlayabilmekte ve sık sık uzak geçmişi anlatma isteği içinde olmaktadır (108).

Anımsama terapisi, bireylerin geçmiş deneyimlerini gözden geçirmesi için bireye fırsat sağlamak ve aynı zamanda hasta bireyin geçmişini anımsaması, terapiyi uygulayan bireye de doyum sağlamaktadır. Bu uygulama grup içinde karşılıklı etkileşim ortamı yaratarak, sosyal izolasyonu azaltmakta ve ruhsal iyilik halini artırmaktadır. Anımsama çalışmalarının amacı; demanslı bireyler için meşgul

olacakları bir şeyler yapmak, iletişim kurmalarını ve sohbet etmelerini sağlamak, zevk alacakları eğlenceli bir atmosfer oluşturmak, onların hayat hikâyelerine ve onlara birey olarak değer verildiğini göstermektir (108).

Literatüre bakıldığında anımsama terapisinin yaşlı bireylerin yaşadığı sorunlar üzerine olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir. Birçok çalışmada, anımsama terapisinin; depresif duyguları (13, 61, 62, 100, 137), yalnızlık hissini (77) ve anksiyeteyi (26) azalttığı, psikolojik iyilik halini arttırdığı (149) belirlenmiştir. Ek olarak anımsama terapisinin öz saygıyı (76), yaşam doyumunu (31, 76) ve sosyal aktiviteleri arttırdığı (30) belirlenmiştir. Ayrıca Shellman (2007)'in çalışmasında yaşlı bakımından sorumlu birey üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (112).

Literatürde anımsama terapisi ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen ülkemizde kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Oysa anımsama terapisi kurumda çalışan sağlık personelinin, kurumda yaşayan bireylere çok az bir zaman ayırarak yapabileceği bir uygulamadır. Anımsama terapisi her ortamda planlı ya da plansız şekilde grupla ya da bireysel olarak kolayca uygulanabilen ucuz bir yöntemdir. Ülkemizde kurumlarda çalışan hemşirelerin günlük mesai saatlerinin büyük bir kısmını tedavi hizmetlerine ayırdığı ve anımsama terapisi gibi farmakolojik olmayan uygulamalara zaman ayıramadıkları bilinmektedir. Ayrıca kurumlarda çalışan hemşirelerin, Alzheimer hastalığını önlemeye ya da Alzheimer hastalığının sürecini yavaşlatmaya yönelik herhangi bir girişimde bulunmadığı da bilinmektedir. Oysaki bireylere düzenli olarak zaman ayrılarak ve her ortamda uygulanabilen anımsama terapisinin, Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon, sosyalleşme, yaşam kalitesi gibi birçok alanda olumlu etkileri vardır. Hemşireler kurumda yaşayan bireylere anımsama terapisi uygulayarak hem anımsama terapisinin olumlu etkilerinden yararlanabilir hemde kurumda yaşamının doğal bir sonucu olan grubun olumlu etkisinden yararlanabilir. Hemşirelerin bağımsız fonksiyonları arasında yer alan farmakolojik olmayan uygulamaları yapması sadece hasta birey için değil, aynı zamanda kendi mesleki doyumları için de önemlidir.

Temel sorumluluğu bakım vermek olan hemşirelerin görev tanımı içerisinde; hastaların gereksinimleri doğrultusunda hasta bireye ve bakım veren bireye yönelik hemşirelik girişimlerini planlama, bakım verme, verdiği bakımı değerlendirme ve bu bakım doğrultusunda gerekli eğitimleri ve danışmanlık hizmeti verme görev tanımı içerisinde yer almaktadır. Bu görevler çerçevesinde hemşire, bireyi, ailesi ve çevresi ile bir bütün olarak değerlendirmeli, yapmayı planladığı tüm aktiviteleri bu parçalar doğrultusunda yapmalıdır. Bireyin zamanla gerileyen bilişsel ve fiziksel aktiviteleri çevresi ile sürekli bir etkileşim halindedir. Bu nedenle Alzheimer ve diğer demans çeşitlerinde bu parçaların bütünlüğü daha da önem kazanmaktadır. Tüm bunlara bağlı olarak, hemşireler hastanın bilişsel ve fiziksel durumunu değerlendirmeli, bu değerlendirme sonrası farmakolojik olmayan uygulamalar ile bireyi desteklemelidir.

Çalışmamızda Alzheimer hastalarına anımsama terapisi uygulanması sonucunda bireylerin bilişsel durumu ve depresyon düzeyi üzerine olumlu bir etki sağlayarak, günlük yaşam faaliyetlerinde de olumlu yönde bir değişim olması amaçlanmaktadır. Ayrıca çalışmamız sonucunda hemşirelerin birçok yararı bulunan anımsama terapisi uygulaması hakkında bilgi birikiminin sağlanmasına, anımsama terapisinin bireyler üzerine etkilerinin ortaya konmasına ve anımsama terapisinin ülkemizdeki hemşirelik uygulamaları arasında yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, anımsama terapisinin, kurumda kalan hafif ve orta evre Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Alzheimer hastalarına uygulanacak anımsama terapisinin bilişsel duruma etkisi vardır.

H₂: Alzheimer hastalarına uygulanacak anımsama terapisinin depresyon üzerine etkisi vardır.

H₃: Alzheimer hastalarına uygulanacak anımsama terapisinin hastaların günlük yaşam faaliyetlerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Demans Hastalığı

İlk kez 1850 yılında Celsus tarafından akıldan yoksun olma anlamında kullanılan demans kelimesi, yıllar içinde “şizofrenik durum”, “delilik” ve “kronik beyin hastalığı nedeniyle geri dönüşü olmayan akıl bozukluğu” gibi akıl hastalığı olarak tanımlanırken; 1900’lü yılların başında Alzheimer ve Pick tarafından yapılan otopsiler sonucu günümüzde de hala kullanılan “organik beyin hastalığıyla birlikte bir beyin sendromu” olarak tanımlanmıştır (66). Demans, farklı nedenler ve hastalıklar sonucu yıllar içinde ilerleyerek devam eden serebral fonksiyonlarda çok yönlü bozulmaların yer aldığı klinik tablolar şeklinde görülmekte (66) ve hastalığın seyri ve ortaya çıkışı demansa neden olan etiyolojik faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Beyinde nörodejenerasyona sebep olan Alzheimer hastalığı başta olmak üzere, vasküler demans, Lewy cisimcikli demans, Parkinson demansı, Frontotemporal demans, Huntington hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan demansda zamanla ilerleme görülmekte iken; ensefalit, kafa travması ve karbon monoksit zehirlenmesi gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan demansda ilerleyici özellik görülmeyebilmektedir (35). Demansın görülme oranı, yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak artarken, en sık demans nedeni olan ve tüm demansların %50-70’ini oluşturan Alzheimer hastalığının görülme sıklığında da artış bildirilmektedir (5, 109).

2.2. Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Epidemiyolojisi

Alzheimer hastalığı, serebral korteks, hipokampus ve subkortikal bölgelerde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma ile birlikte başta hatırlama olmak üzere kognitif fonksiyonlarda bozulmaya, entelektüel gerilemeye, çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalara neden olan ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır (7, 66, 109).

Alzheimer hastalığı, aynı zamanda hastalığa da ismini veren, Dr. Alois Alzheimer tarafından ilk kez 1906 yılında Güney Almanya’da gerçekleştirilen bir psikiyatri kongresinde “Beyin Kabuğunun Özgün, Ağır Bir Hastalık Süreci Üzerine”

başlıklı bir vaka sunumu ile gündeme getirilmiştir. Bu sunumda; 51 yaşındaki bayan hastanın kocasına karşı aşırı kıskançlık göstermesi ve ardından hafıza kaybı, paranoid belirtiler, yer ve zaman oryantasyonunda bozulmalar, işitsel halüsinasyonlar, okuma bozukluğu gibi sorunlar yaşadığı ve dört buçuk yıllık bir izlem sonrasında öldüğü bildirilmiştir (66, 109, 110). Otopsi incelemesinde, kortikal atrofi, nörofibrillerde kimyasal değişiklikler ve merkezinde nekroz rastlanmayan plaklarda amorf bir madde birikimini olduğunu raporlamıştır (109). Gerçekleştirdiği bu sunumda ve bir yıl sonrasında yayınladığı makalesinde beklenen ilgiyi göremeyen Alzheimer yaklaşık 70 yıl sonra hedefine ulaşabilmiş ve Alzheimer hastalığına bilim adamlarının ilgisi artmıştır (109). Dr. Alois Alzheimer'ın yaşadığı dönem olan 1900'lü yıllarda Almanya'da yaklaşık insan ömrünün 42 yıl olması nedeni ile Alzheimer o yıllarda ender görülen ilginç bir hastalık olarak görülmekte iken günümüzde ortalama insan ömrünün ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte yaklaşık 75-80 olması nedeni ile hastalığın görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır (109).

Günümüzde 65 yaş ve üzeri her dokuz bireyden birinin Alzheimer hastası olduğu ve 65 ve üzeri yaş grubunda gerçekleşen her üç ölümden birinin Alzheimer ya da diğer demans türleri sonucu meydana geldiği bildirilmektedir (5). Dünya Alzheimer Raporunda, dünyada görülen Alzheimer'lı hasta sayısı her 20 yılda ikiye katlanarak arttığı, 2030 yılında 66 milyona ve 2050 yılında 115 milyona ulaşacağı tahmin edildiği belirtilmektedir. Bu artışın düşük ve orta gelirli ülkelerde daha belirgin olacağı ve günümüzde görülme sıklığı %58 olan demans hastalığının 2050 yılında %71'e ulaşmasının beklendiği bildirilmektedir (144). Ölüme neden olan hastalıklarda; kalp hastalıklarında %13, inmede %20 ve akciğer kanserinde %3 oranında azalma görülmesine karşın, Alzheimer hastalığı nedeni ile görülen ölümlerde %66 oranında artış bildirilmektedir. Ayrıca Alzheimer hastalığının 2013 yılında 203 milyar dolar olan maliyetinin, 2050 yılında 1.2 trilyon dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (144).

Ülkemizde Alzheimer hastalığının görülme sıklığı ile ilgili net bilgiler bulunmamaktadır. Alzheimer Derneği'nin desteği ile yürütülen bir çalışmanın sonucunda 70 yaş üzerindeki yaklaşık 1000 kişinin 100'ünde Alzheimer hastalığı

teşhis edilmiş ve 70 yaş üzerindeki bireylerde hastalığın görülme sıklığı yaklaşık %10 olarak belirlenmiştir (130). Cankurtaran'ın bildirdiğine göre; Hacettepe Üniversitesi Geriatri Polikliniğine başvuran 1255 hasta ile yapılan bir çalışmada (2003), hastaların %8.2'sinde Alzheimer ve %4.8'inde Alzheimer dışı demans belirlendiği bildirilmiştir (20).

2.3. Alzheimer Hastalığının Nöropatolojisi ve Etiyolojisi

Alzheimer hastalığının etiyolojisi, fizyopatolojisi, biyokimyası ve histopatolojisi konusunda öne sürülen çok sayıda hipotez olmasına rağmen hiçbiri henüz net olarak ortaya konulamamıştır (93). Dr. Alois Alzheimer'ın 1906 yılında yaptığı otopsi raporunda da benzer bulgulara rastlanan Alzheimer hastalığının patolojik bulguları arasında; makroskopik olarak beyin dokusunda atrofiye uğrayarak küçülme, sulkuslarda genişleme, gyruslarda daralma ve doku kaybına bağlı ventriküllerde genişleme; mikroskopik olarak ekstraselüler yerleşimli senil plaklar, hücre içine yerleşmiş nörofibriler yumaklar, nöron ve sinaps kaybı ve amiloid anjiyopati yer almaktadır (109). Alzheimer hastalığında iki temel patoloji söz konusudur. Bunlardan ilki senil plaklar oluşturan beta amiloid (β) proteinleridir. Amiloid β , diffüz plaklar halinde birikerek yoğun nöritik plaklara dönüşmektedir. Erken demansı olan olguların beyin dokuları ve beyin-omurilik sıvısında (BOS), artmış amiloid β protein polimerleri bulunmasının kognitif azalma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (93). Alzheimer hastalarının beyinlerinde üç tip amiloid içeren plak tanımlanmıştır. Bu plak tipleri tek bir patolojik sürecin farklı olgunlaşma evrelerini yansıtmaktadır. Plakların yoğun olarak biriktikleri alanlar asosiyasyon alanları, paralimbik ve merkezi limbik bölgelerdir. Plaklar sadece Alzheimer hastalığında mevcut olup diğer nörodejeneratif hastalıklarda bulunmamaktadır (109). İkinci patolojik durum ise yumak oluşumundan sorumlu, hiperfosforile tau protein polimerleridir. Mikrotübüllerin yapısını stabilize eden tau proteinin aşırı fosforilasyonu çift sarmal iplikçiklere, onların birikimi de nörofibriler yumaklara yol açar. Yumakların birikimi hücre iskeleti bütünlüğü ve aksonal transportu bozarak nöronların ölümüne yol açar (109). Ek olarak öğrenme ve hafıza oluşturma için önemli bir nörotransmitter olan asetilkolinin sentez edildiği ön beyin bölgesinin hastalığın erken dönemlerinde tutulması nedeni ile asetilkolin sentezi etkilenir ve

hasta bireyde hafıza oluşturma ve öğrenme ile ilgili sorunlar erken evrede ortaya çıkar. Asetilkolinin yanı sıra serotonin (%50-70), somatostatin (%40-60) ve norepinefrin (%30-70) düzeyinde de azalma görülmektedir (109). Alzheimer hastalığında hipokampusta yaygın patoloji vardır. Bellek bozukluğunun temel nedeni hipokampal bölgeden diğer bölgelere uyarının gidememesidir. Hipokampal hasar yakın bellek kusurunun nedeni iken medial temporal lob hasarı uzak bellek kusurunu oluşturur. Bunun yanı sıra frontal lob lezyonlarında hastalarda olayların tarihinin ya da sırasının karıştırılması söz konusudur. Serebellum ve bazal ganglionlarda bütünlük korunduğu için hasta bireyler Alzheimer'ın ileri evreleri hariç araba kullanma gibi otomatik motor hareketleri yapabilmektedir (7).

2.4. Alzheimer Hastalığının Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığı için risk faktörleri vasküler ve diğer risk faktörleri olarak iki bölümde incelenmektedir (110). Vasküler risk faktörleri arasında; beyin damar hastalığı, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus, obezite, metabolik sendrom, sigara, homosistein yüksekliği ve apolipoprotein E4 (ApoE) varlığı yer almaktadır. Diğer risk faktörleri arasında ise; ileri yaş, kadın cinsiyet, aile öyküsü, Down Sendromu, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey, nörotoksinlere maruziyet, östrojen eksikliği, menapoz, inflamasyon, oksidatif hasar, beslenme yetersizlikleri, vitamin B₁₂ eksikliği, hipotiroidizm, Parkinson Hastalığı, enfeksiyonlar gibi çok sayıda risk faktörü yer almaktadır (21, 110).

Diğer bütün demanslarda olduğu gibi ileri yaş, Alzheimer hastalığı için kanıtlanmış bir risk faktörüdür (109). Alzheimer hastalığı genellikle 65 yaşından sonra tanılanmaktadır. Bu duruma ek olarak 65 yaş ve üzeri her bireyde Alzheimer hastalığı gelişmediğini göz önüne alındığında, yaş tek başına bir belirleyici değildir (5). Alzheimer hastalarının çoğunluğunun, kadın olmasına rağmen bu durumun nedeni tam olarak bilinmemektedir (57). Yapılan bazı çalışmalarda kadınlarda Alzheimer hastalığı görülme sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmiştir (57, 68, 133). Ungar ve diğerlerinin (2014) yaptıkları bir çalışmada, ApoE'nin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmektedir (133). Ayrıca östrojen alan kadınların Alzheimer hastalığı riski östrojen almayan kadınlara göre %50 oranında daha az olduğu bildirilmektedir (66). Kadınların genellikle erkeklerden daha uzun

süre yaşamaları ve dolayısıyla Alzheimer için riskli yaşlara kadar yaşayabilmeleri ile kadınlarda Alzheimer hastalığının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (109).

Yaştan sonra risk faktörleri arasında ikinci sırada aile öyküsü gelmektedir. Ailesinde birinci derece yakınlarında Alzheimer hastalığı olanlarda hastalığın gelişme riski olmayanlara göre iki-dört kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (109). Alzheimer hastalığı, hem ailesel hem de sporadik olarak görülmektedir. Ailesel form Alzheimer hastalığı genellikle 60 yaşından önce ve üç genin (kromozom 1, 14 ve 24) herhangi birinde kalıtsal mutasyon sonucunda ortaya çıkmaktadır. Sporadik formun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte hem genetik hem de çevresel risk faktörlerinin etkileşimi ile birlikte yaşlanma süreciyle ortaya çıkabileceği görüşü ileri sürülmektedir. Sporadik form Alzheimer hastalığında en önemli genetik risk faktörü ApoE ε4 alleli olarak rapor edilmektedir (11). ApoE senil plakta, nörofibriller yumak ve BOS'da bulunmaktadır (66). Alzheimer hastalarının %50'sinden fazlasında, ApoE geni taşıdığı ve hastaların sadece %15'inde sağlık kontrolü sırasında, bu genin belirlenebildiği bildirilmiştir (139). ApoE geni, taşıma sıklığı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, yapılan bir metaanaliz çalışmasında, Kuzey Avrupa ülkelerinde yaşan Alzheimerlı hastaların yarısından fazlasında saptanmış iken, Asya ve Güney Avrupa ülkelerinde daha düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (139).

Tartışmalı olsa da, eğitim düzeyinin düşük olması da bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (10, 66, 109). Diğer yandan eğitim düzeyinden bağımsız olarak, fazla bilişsel aktivite gerektirmeyen işlerde çalışan düşük kognitif fonksiyonlu bireylerde Alzheimer riski yüksek olduğu bildirilmektedir (10, 109). Yüksek eğitim düzeyindeki bireyler de kognitif azalma çok hızlı olurken, düşük eğitim düzeyindeki bireylerde daha yavaş olduğu bildirilmektedir (14, 106). Down sendromu veya trizomi 21 belirlenmiş bir diğer risk faktörüdür. Down sendromlu hastaların çoğunluğu 40 yaşlarına geldiklerinde Alzheimer hastalığının tüm nöropatolojik bulgularına sahip oldukları bilinmektedir (109). Ayrıca kafa travmasının da Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olabileceği de bildirilmiştir (43). Franz ve diğerlerinin (2003) yaptıkları bir çalışmasında, kafa travmasından sonra, hasta bireylerin BOS'unda tau protein seviyesinde artış olduğu saptanmıştır (47). Özellikle erkek cinsiyette var olan depresyon ile demans gelişmesi arasında bir ilişki olduğu

bildirilmektedir (33). Li ve diğeri (2011) tarafından yapılan 15 yıllık bir izlem çalışmasında, ileri yaş depresyona bağlı demans görülme sıklığı artarken, erken yaşlarda görülen depresyonun demans ile ilişkisi olmadığı ve ileri yaşlarda görülen depresyonun demansın bir belirtisi olduğu belirlenmiştir (75).

Alzheimer hastalığının vasküler nedenleri arasında, yüksek kan basıncı en yaygın olanıdır. Yapılan bazı çalışmalarda, yüksek kan basıncının Alzheimer hastalığı riskini artırdığı bildirilirken (74, 116), bazı çalışmalarda kan basıncının Alzheimer hastalığı için düşük bir risk olduğu bildirilmiştir (50, 84). Orta yaşlarda görülen yüksek kan basıncının geç dönem demans için, düşük diastolik kan basıncının ise, geç dönemde görülen hem demans hem de Alzheimer hastalığı için risk oluşturduğu belirlenmiştir (102). Hisayama çalışmasında, orta yaş yüksek kan basıncı seviyesi ile vasküler demans arasında bir ilişki bulunurken, Alzheimer hastalığı ile ilgili bir ilişki bulunamamıştır (85). Prince ve diğerlerinin (1994) yaptıkları bir çalışmada kan basıncı 190 mmHg ve üzerinde olan, ailesinde demans hastalığı olmayan bireylerde, Alzheimer riskinin arttığı bildirilmiştir (101). Diğer önemli bir risk faktörü diyabetes mellitustur (66, 99, 109). Van Eersel ve diğerlerinin (2013) yaptıkları bir çalışmada 35-82 yaş aralığındaki kognitif fonksiyonlarda azalma ile tip 2 diyabet arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (135). Tip 2 diyabet hastalarının 12 yıllık izlemi ile yapılan bir çalışmada, diyabet hastalarının özellikle bilgi-işlem hızı ve yürütücü fonksiyonlar gibi alanlarda bilişsel yavaşlamanın, diyabet hastalığı olmayan bireylerden daha hızlı olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada diyabet yılı ile bilişsel gerilemenin arttığı bildirilmiştir (119). İnsülin direnci ile demans arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (27). İnsülin direnci ile dislipideminin, lipid metabolizması ile de beta amyloid yapısının ilişkili olduğu bildirilmektedir (28). Plazma total kolesterol seviyesi, düşük dansiteli lipoprotein ve trigiliserit düzeyindeki artış ile Alzheimer hastalığı arasında bir ilişki belirlenmiştir (117). Yapılan çalışmalarda, lipid metabolizması ile bağlantılı olarak orta yaşlarda gelişen obezite ile ileri yaşlarda ortaya çıkan demans arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (12, 70).

Sigara kullanımı ile Alzheimer hastalığının ilişkisinin incelendiği son yıllarda yapılan çalışmalarda, sigaranın Alzheimer ve diğer demans türleri için bir risk

faktörü olduğu bildirilmişken (6, 23), daha eski çalışmalarda, sigaranın Alzheimer hastalığı riskini azalttığına dair veriler bulunmaktadır (19, 90). Sigara kullanımı ile Alzheimer hastalığı arasındaki ilişkiye benzer olarak, alkol kullanımı ile Alzheimer hastalığı hakkında araştırma sonuçları vardır. Rotterdam (2002) ve Deng ve diğerlerinin (2006) çalışmasında, hafif alkol tüketiminin demans ve Alzheimer hastalığı riskini azalttığı bildirilmişken (38, 105), başka bir çalışmada alkol kullanımının Alzheimer hastalığı riskini arttırdığı bildirilmiştir (131).

Literatürde tüm bu risk faktörlerinin dışında; ApoE ε2 genotipi, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, eğitim ve iş, östrojen ve statin grubu ilaç kullanımı gibi faktörlerin Alzheimer hastalığından koruyucu olduğu bildirilmektedir (109).

2.5. Alzheimer Hastalığının Tanısı

Alzheimer hastalığının tanısı klinik değerlendirmeye dayanmaktadır. Kesin tanı ancak otopsi ya da biyopsi ile alınan doku incelemesi sonucu patolojik olarak konabilir (66, 109, 110). Fakat çoğu hastada, patolojik incelemeye gerek olmadan klinik olarak tanı %90 oranında doğru konulabilmektedir. Tanı koymada hasta öyküsü, nörolojik ve fizik muayene, nöropsikolojik değerlendirme, nöroradyolojik incelemeler ve tanı kriterleri kullanılmaktadır (66, 109). Tanılamada hasta öyküsü önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın öyküsünde Alzheimer hastalığının on uyarıcı bulgusu olan; iş becerilerini etkileyen hafıza kaybı, tanıdık görevleri yapmada zorlanma, dil ve ilgi problemleri, yer ve zamana yönelik oryantasyon bozukluğu, yargılamada zayıflama ya da azalmanın varlığı, soyut düşünme ile ilgili sorunların varlığı, objelerin yerlerini karıştırma, insiyatif kullanmada azalma ve duygu durum, davranış ve kişilik değişikliğinin olması gibi durumların varlığı sağlık personeli tarafından sorgulanmalıdır (109). Genellikle Alzheimer hastalarında geç evreye kadar yapılan fizik muayenede bir sorunla karşılaşılmamaktadır. Nöropsikolojik değerlendirme; birçok test ile hastanın bellek, dikkat, yönetici işlevler, görsel-mekansal işlevler, dil, praksi ve günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmektedir (110). Hastanın mental durum muayenesi demans değerlendirilmesinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır. Mental durum muayenesinde, Kökmen Mental Durum Kısa Testi, “Blessed” Demans Skalası, Mental Test Skoru ve en yaygın olarak da Kısa Mental Durum Muayenesi kullanılmaktadır. Bu testler semptomlar iyice

belirgin olduğu durumda kullanışlı olup, erken ve ileri evredeki kognitif değişiklikleri değerlendirmekte duyarsız kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca Alzheimer hastalığının tanılanmasında; Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklara Derneği (NINCDS-ADRA), Amerikan Psikiyatri Derneği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV), Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması (ICD-10) ve Alzheimer Hastalığı için Kayıt Oluşturma Komisyonu (CERAD) kriterleri klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmaktadır (66, 109). Hasta bireyde, demansa yol açabilecek sorunları araştırmak, Alzheimer hastalığını diğer demans türlerinden ayırmak ve demans benzeri semptomlar veren durumları ortaya çıkarmak amacıyla; tam kan sayımı, serum elektrolitleri, kan glikoz, kan üre nitrojen ve kreatinin değeri, serum B₁₂ vitamin ve folat düzeyi, karaciğer ve tiroid fonksiyon testi gibi laboratuvar yöntemleri kullanılmaktadır. Tanıda, manyetik rezonansla (MR) hipokampus hacminde küçülmenin, fonksiyonel MR, tek foton emisyon tomografi ve pozitron emisyon tomografi (PET) ile frontotemporal loblarda metabolizmada azalmanın ve PET ile plak ve nörofibriller yumak varlığı araştırılmaktadır. Ek olarak BOS'nda tau ve beta amiloid varlığı ve şüpheli bireylerde APOE'ün pozitif bulunması tanıyı desteklemektedir (110).

2.6. Alzheimer Hastalığının Kliniği

Alzheimer hastalığı ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle, klinik bulgular hastalığın seyrine bağlı olarak hafif, orta ve şiddetli evre olarak sınıflandırılmaktadır. Hastalığın başlangıç döneminin yani patolojik değişikliklerin yıllarca sürdüğü göz önüne alındığında presemptomatik dönem, prelinik dönem, çok erken Alzheimer hastalığı, hafif, orta ve şiddetli evre olmak üzere altı evrede incelenebilmektedir (109).

Presemptomatik dönem, Alzheimer hastalığının patolojik bulguların başlamasına rağmen klinik olarak semptomların sessiz olduğu evredir. Hastalığın etkili olduğu kognitif, davranışsal ve günlük yaşam aktiviteleri alanlarında gözlenen herhangi bir semptom ya da bulgu yoktur ve yapılan nöropsikolojik testlerde de anormal bir değişim saptanmaz (66, 109).

Preklinik dönem (hafif kognitif etkilenme) de ise, ancak nöropsikolojik testlerle ortaya konan kolay fark edilemeyen, bellek başta olmak üzere diğer kognitif fonksiyonlarda bozulma görülmektedir. Bu dönemde bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde herhangi bir sorun görülmemektedir (66, 109).

Hastalığın bilişsel bozukluk işaretleri göstermeye başladığı evre olan, çok erken dönemde (şüpheli dönem) de, genellikle bellek başta olmak üzere diğer bilişsel fonksiyonlarda da ancak nöropsikolojik testlerle ortaya konabilen, klinik olarak kolayca gözden kaçabilecek ve günlük aktivitelerde belirgin aksamalara neden olmayan bozulmalar görülmektedir. Bireylerde, hafif ama sürekli hafıza problemleri ve olaylara ait detayları hatırlamada zorlanma izlenmektedir. Yönelim korunmakla beraber zamanın takibi, yargılama, problem çözme, toplumsal ilişkiler, hobiler ve ev yaşamının sürdürülmesi gibi konularda basit problemler yaşanabilmektedir (110). Bu evredeki bireylerin MMT skoru normal sınırlardadır ve hastaların bir bölümü hafif bilişsel bozukluk özellikleri göstermektedir (109).

Hafif evre, bellekteki bozulma seçici olarak yakın geçmişteki olayları, deneyimleri ve konuşulanları kapsamaktayken; çocukluk ile ilgili uzak olaylar daha iyi hatırlanabilmektedir. Birey ev işlerini yapabilir ancak eskiden gösterdiği özeni gösteremez, yakından tanıdığı insanların isimlerini unuttur, sözlerini tekrarlar, kelimeleri bulmakta zorluk çeker, duraklayarak konuşur, eşyalarının yerlerini hatırlayamaz, banka işlerinde hatalar yapar ve karmaşık işlerde zorluk yaşar. Bunlara karşın, sosyal aktivitelerini devam ettirebilmektedir. Ayrıca bu evrede içe kapanma, duygusal cevapsızlık, inkar gibi davranışsal değişiklikler gözlenebilir (110). Bireylerde görülen bu davranışsal semptomlar günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilenmekte, kurumda kalış süresini kısaltmakta ve bakım veren bireylerin bakım kalitesini azaltmaktadır (3). Davranışsal semptomlar, hastalığın bütün evrelerinde yaygın şekilde görülmektedir. Depresyon, özellikle hafif kognitif bozukluk ve Alzheimer'ın erken evresinde görülmekle birlikte, hastalığın sürecine paralel olarak ilerlemektedir. Halüsinasyon, delüzyon ve agresyon hastalığın orta ve ileri evrelerinde ortaya çıkmaktadır (79).

Orta evrede, Alzheimer hastasında önemli derecede hafıza bozukluğu ile birlikte, oryantasyon, öğrenme, konuşma, karar verme ve günlük yaşam

aktivitelerinde azalma, davranış ve kişilik değişiklikleri görülmektedir (66). Bireylerin yakın bellek bozukluğunda artış olmasının yanı sıra, uzak bellekte de bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Evre ilerledikçe uzak hafıza bozukluğunun artmasına paralel olarak, hastaların ipucu verilse dahi yakın olaylar hakkında bilgisi yoktur ya da çok azdır. Hasta okuduğu okulları, işini, oturduğu evi, yakınlarının isimlerini hatırlayamaz. Bu evrenin sonuna doğru hastalar uygun giyinemez ve bireysel hijyen gereksinimi karşılayamaz hale gelirler. Bağırma, saldırganlık, tehdit gibi davranış bozuklukları görülebilirken; görsel halüsinasyonlar, parasının ya da eşyalarının çalındığı, kendisine kötülük yapıldığı, çevresindeki insanların sahteleri ile değiştirildiği, televizyondaki kişileri gerçek kabul edip onlarla konuşma ve aynadaki hayalini başka biri sanıp onunla konuşma gibi hezeyanlar yaşayabilmektedir. Hastalar yerinde duramaz, eşyaların etrafında amaçsız dolaşırlar ve cisimlerin yerlerini değiştirme gibi amaçsız hareketler yaparlar (110).

Son evre olan ağır ya da şiddetli evrede, hasta bireyler, bakım veren bireyleri hatta kendilerini tanıyamaz, kendilerini besleyemez, yürüyemez, başını kaldıramaz, desteksiz oturamaz ve en sonunda da yatağa bağımlı olup bakıma muhtaç hale gelmektedirler. Bu evrenin başında anlaşılmaz birkaç kelime söyleyebilen hasta birey evrenin sonuna doğru konuşamaz duruma gelebilmektedir (mutizm). Bu evrede ekstremitelerde rijidite, kontraktür ve deformiteler görülmesinin yanı sıra yakalama, emme ve babinski gibi refleksler hasta bireyde yeniden gözlenebilmektedir (110).

2.7. Alzheimer Hastalığının Farmakolojik Tedavisi

Hastaların tanı konulmasından sonra ortalama ömrünün 3 ile 10 yıl arasında değiştiği bildirilmektedir (58, 73, 146). Bireyler Alzheimer tanısı aldığımda, ömrünün sonuna kadar bu tanı ile yaşamakta ve süreç gittikçe daha da ağırlaşmaktadır. Genellikle son evredeki hasta bireyler, yatak içi hareketsizliğe bağlı emboli, yatak yarası gibi komplikasyonlar, yutma bozuklukları, yetersiz beslenme ve pnömoni gibi enfeksiyon hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (5). Alzheimer ve diğer demans hastaları ile yapılan bir çalışmada pnömoninin en sık saptanan ölüm nedeni olduğu belirlenmiştir (15). Hastalığın erken tanınması ve planlanan uygun tedaviler ile evreler arası geçiş süresinin artması ve kognitif yıkımın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin azaltılması sağlanabilecektir. Günümüzdeki tedaviler ile hastalara

tanı konduktan sonraki ilk iki yılda kognitif koruyuculuk sağlanmakta bu da hastalığın orta ve ileri evre semptomlarının ortaya çıkışını geciktirmektedir (20). Alzheimer hastalığının tedavisinde ilk amaç hafıza ve diğer kognitif fonksiyon bozukluklarının tedavi edilmesine yönelik semptomatiktir. Tedavide yer alan ikinci amaç ise hastalık seyirinde ortaya çıkan depresyon, ajitasyon, halüsinasyon, uykusuzluk ve huzursuzluk gibi sorunların giderilmesine yöneliktir (66). Alzheimer tedavisinde çok sayıda tedaviye yönelik araştırma olmasına rağmen sınırlı sayıda ilaç kullanılmaktadır. Bu ilaç grubundan ilki Alzheimer hastalığında azalan asetilkolinin artırılmasına yönelik kullanılan asetilkolinesteraz inhibitörleridir. İkinci grupta tek bir ilaç olan anti glutamat tedavisidir. Davranışsal semptomların tedavisinde antipsikotik, antidepresan, serotonerjik, antiepileptikler, anksiyolitikler, sedatifler ve kolinerjik agonist ilaçlar kullanılmaktadır. Alzheimer hastalığına yönelik aşı uygulaması ile ilgili çalışmalar devam etmektedir (110).

2.8. Alzheimer Hastalığının Farmakolojik Olmayan Tedavisi

Günümüzde Alzheimer ve diğer demansların tedavileri hastalığın doğal sürecini değiştiremese de semptomatik yarar sağlayan ilaç tedavilerini içermektedir. Farmakolojik tedavide yer alan ilaçların yan etkilerinin yaygın olması nedeni ile (39) semptomların tedavisinde ilaçla tedavinin yanı sıra ilaç dışı tedavilerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Farmakolojik olmayan tedavi uygulamalarının, Alzheimer hastalarının hem bilişsel durumu hem de yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (59).

Günümüzde grupta ya da bireysel olarak evde ya da kurumda uygulanabilen bu tedavi yöntemleri; bilişsel, psikososyal, hareket ve duyuşsal uygulamalar olmak üzere dört başlık altında gruplandırılabilir. Bilişsel uygulamalar arasında bilişsel eğitim, bilişsel rehabilitasyon, bilişsel uyaran verme, gerçeğe oryantasyon terapisi; psikososyal uygulamalar arasında anımsama, geçerlileştirme ve onaylama terapisi; fiziksel aktivite uygulamaları arasında egzersiz terapisi; duyuşsal uygulamaları arasında ise aromaterapi, masaj, terapotik dokunma, müzik, ışık ve snoezelen (çoklu duyuşsal uyaran verme) terapileri yer almaktadır (2, 29, 49, 87). Bunların yanı sıra bakım veren bireylerin eğitimi, desteklenmesi gibi uygulamalar da bulunmaktadır. İngiltere'deki bakım evlerinde uygulanan ilaç dışı tedaviler arasında

ilk sırada anımsama terapisi yer alırken, ikinci sırada gerçeğe oryantasyon terapisinin yer aldığı bildirilmektedir (37). Backhose ve arkadaşlarının (2013) İngiltere’de bulunan dört bakım evinde yaptığı çalışmada; bakım evlerinde en yaygın kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler arasında; anımsama terapisinin (%75), müzik terapisinin (%73) ve hayvan destekli terapilerin (%64) yer aldığı belirlenmiştir (9).

Alzheimer hastalığının tedavisinde farmakolojik olmayan tedavi ile ilgili literatürde pek çok çalışma bulunmaktadır. Farmakolojik olmayan tedavi uygulamalarının, Alzheimer hastalarının yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (87). Gerçeğe oryantasyon terapisi ile ilgili yapılan çalışmalarda, demans hastalarının bilişsel durumu (120, 121), yaşam kalitesi (121) ve duygu durumunda pozitif yönde değişim yarattığı (120) bildirilmiştir. Ayrıca Onder ve diğerlerinin yaptıkları bir çalışmada, Alzheimer hastalarına uygulanan gerçeğe oryantasyon terapisinin asetilkolinesterazların etkisini arttırdığı belirlenmiştir (89). Heyn ve diğerlerinin (2004) demans hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, hastalara verilen egzersiz eğitimi ve egzersiz uygulamalarının sonucunda hastaların hem bilişsel hem de fiziksel aktivitelerinin artırmanın yanı sıra olaylar karşısında daha olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir (60). Bir metaanaliz çalışmasında, demanslı hastalara uygulanan ışık terapisinin hastaların hatırlama, uyku, fonksiyonel, davranışsal ve psikolojik sorunlarına üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (45). Alzheimer hastalarına düzenli olarak müzik dinletilmesi ile yapılan çalışmalarda, müzik dinletilmesinin otobiyografik hafıza (46, 63) ve bilişsel testleri üzerine olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir (129). Nordgren ve Engström (2014)’in demans hastaları ile yaptığı hayvan destekli terapi sonucu bireylerin yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir (86). Ray ve Fitzsimmons (2014)’un demans hastalarına müzik dinleterek banyo yaptırdıkları bir çalışmada bireylerin ajitasyonun azalttığı ve duygusal durumlarının olumlu yönde etkilendiğini bildirmişlerdir (103). Rodríguez-Mansilla ve diğerlerinin (2013) demans hastalarına masaj ve akupunkturun bir arada uygulandığı bir çalışmada, uygulama sonucunda bireylerin yemek ve rehabilitasyon aktivitelerine katılımlarının arttığı ve uyku ve davranış sorunlarının azaldığı bildirilmektedir (104). Mahendra ve Arkin (2003)’in hafif ve orta evre Alzheimer hastalarının bilişsel işlevler ve dil becerisi üzerine dört yıl

uyguladıkları program sonucunda, bireylerin dil becerisinin geliştiği ve bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın yavaşladığı belirlenmiştir (80).

Alzheimer ve diğer demans türlerine uygulanan farmakolojik olmayan uygulamalar arasında en yaygın olan anımsama terapisi (25, 76, 108, 143).

2.8.1. Anımsama Terapisi

1960'lı yıllardan önce, anımsama ya bir semptom ya da ruhsal yönden bozulma sebebi olarak görülmüştür. 1963 yılında Butler'in tüm yaşamın gözden geçirilmesi çalışmasında anımsamanın, bütün yetişkinlerde evrensel ve doğal bir fenomen olduğunu belirtmesinden sonra, insanların anımsamaya ilişkin tutumları değişmeye başlamıştır (16). 1960'lı yılların sonlarında, anımsama terapisi hemşirelik profesyonelleri tarafından bireysel ya da grup terapisi şeklinde, geçmişte yapılan faaliyetleri, olayları ve deneyimleri gruptaki diğer bireylerle ya da diğer insanlarla, genellikle eski bir müzik, ses kaydı, fotoğraf ve diğer tanıdık öğeler yardımı ile paylaşma şeklinde gerçekleştirilmiştir. Yine bu dönemde, anımsama terapisi, geçmiş deneyimlere saplantılı olarak yaşayan bireylere yardım etmek, kayıp duygusunu azaltmak ve sosyalleşmeyi artırmak amacıyla uygulanmıştır (76). Ayrıca yaşlı bireylerin buldukları yaşama uyum sağlamalarına ve gelişim dönemine özgü karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmelerine yardım etmekte anımsama terapisinin amaçları arasında yer almaktadır (140). 1980'lerde geriatri hemşireleri başta olmak üzere, sosyal hizmet uzmanları, uğraşı terapistleri ve psikologlar tarafından kurumda ya da kurum dışında kullanımı yaygınlaşmıştır (96).

Zamanla anımsamanın farklı türleri ve düzeyleri ortaya konmuştur. Anımsama süreci ilk olarak hafızadan seçme, düşünme, geri çekilme ve kapama şeklinde tanımlanmış ve daha sonra ise anımsama, bireylerin geçmişindeki önemli olayları, kişileri ve deneyimlerini içeren bir keşif olarak tanımlanmıştır (76). Burnside ve Haight (1992) ise, sözlük anlamına dayalı anımsamayı “uzun bir süre unutulmuş ve kişi için hatırlamaya değer deneyim ve olayları hatırlama süreci olarak” tanımlamıştır (16). Woods ve diğerleri (2005) tarafından anımsama; bireyin grupta, diğer insanlarla ya da yalnız yaşamındaki geçmiş bir olayı, sözlü ya da sözsüz hatırlaması olarak tanımlanmıştır (143).

Anımsama terapisinin adı ilk kez, yaşamın gözden geçirilmesi terapisinde (Life Review Therapy) geçmiş ve zamanla yaşamın gözden geçirilmesi terapisinden farklılıkları ortaya konulmuştur (76). Yaşamı gözden geçirme terapisi yaşlı bireyden ve diğer aile üyelerinden geniş bir öz yaşam öyküsü alınmasına dayanmaktadır. Yaşlı bireyler geçmiş yaşamlarına baktıklarında, çoğu zaman yaptıklarından değil, yapmadıklarından rahatsızlık duymaktadır. Yaşlıların geçmişlerinden sık sık söz etmeleri ve geçmişteki yaşantılarını yineleyerek anlatmaları aslında, geçmişi düşünme ve gözden geçirme eğiliminin dışa vurulması sayılabilmektedir. Geçmiş gözden geçirme eyleminde, yalnızca geçmişi anımsama değil, aynı zamanda geçmişi çözümleme boyutu da vardır; dolayısıyla geçmişi gözden geçirme, amaçlı ve etkin bir süreçtir. Bu süreçte yaşantıları bütünleştirmek ve yorumlamak söz konusudur. Butler'a göre, bu süreçte yaşamı gözden geçirme içsel, anımsama ise davranışsal boyutu oluşturmaktadır (88). Yaşamı gözden geçirme terapisi kişinin anılarındaki olumsuz yönleri de irdelemektedir. Yaşamı gözden geçirme terapisi, olumlu yaşantıların yanında geçmiş kişilerarası ya da içsel çatışmaları, olumsuz yaşantıları da sistematik bir şekilde irdelemesi, çoğunlukla bireysel psikolojik danışma şeklinde yürütülmesi ve psikanalize yer vermesi nedeniyle basit anımsama terapisinden ayrılmaktadırlar (76, 115).

Stinson (2009)'un belirttiğine göre; Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Sistemi (NIC)'de anımsama terapisi, kurumda yaşayan bireylerin içinde bulunduğu zamana adaptasyonunun, yaşam kalitesinin ve kurumdaki memnuniyetinin artırılması amacıyla geçmişte yaşanan olayları yeniden hatırlamaya dayalı bir müdahale olarak tanımlanmıştır. NIC'e göre anımsama terapisi geniş oranda hemşirelik bilgi sistemi, bakım planı kılavuzlarından ve hemşirelik kitaplarından türetilmiştir. NIC tarafından önerilen hemşirelerin bağımsız fonksiyonları arasında yer alan anımsama terapisinin, yaşlı bireylerin yaşadığı kurumlarda verilen bakım uygulamaları arasında yer alması gerektiği vurgulanmaktadır (127).

Anımsama Terapisi'nin kuramsal temeli, Erikson ve Butler'ın kuramlarına dayanmaktadır (76, 115). Anımsama terapisi genellikle Erikson'un ortaya koyduğu Psikososyal Gelişim Kuramının son evresi olan "benlik bütünlüğü" ile ilişkilendirmiştir (88, 95). Erikson'a göre umutsuzluğun karşıtı olan "benlik

bütünlüğü” ileri yetişkinliğin olumlu niteliğidir. Benlik bütünlüğü, geleceği korku ve endişe ile karşılamayıp, yaşamı olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul edip buna uyum sağlayabilen bireylerde görülür. Kişi, sonucu belli olan gelecekte yani ölümden korkmaz. Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun olan kişi, geçmişten bugüne kadar kendisi ve ailesi için yaptıklarını yetersiz bulup, yaşamını yeni baştan yaşama özlemi duymaktadır. Erikson’a göre benlik bütünlüğü ve kendini kabul etme, çevresel üstünlük elde etme, kişilik olarak olgunlaşma, diğerleriyle olan olumlu ilişki arasında pozitif bir ilişki vardır. Başarılı yaşlanma için, anımsamanın önemi de bu noktada vurgulanmaktadır (98). Parker (1995)’in bildirdiğine göre, Butler, Erikson’un görüşünü genişletmiş ve benlik bütünlüğüne geçmişteki bir olaya çözümsel ve eleştirel açıdan anımsama yoluyla ulaşacağını savunmuştur (95).

Parker (1995), ilişki kesme ve süreklilik teorilerinin, anımsamanın doğasını anlamada ışık tutacağını düşünüp, daha fazla tercih edilebileceğini savunmuştur. Yaşlılar için ilişki kesme, istenen ve oynanan rollerin, kurulan ilişkilerin azaltılmasıyla gerçekleştirilen bir süreçtir. Bunun sonucu olarak, yaşlılar ölümlerine rahatça karşı karşıya gelebilirler (95). Atchley tarafından geliştirilen süreklilik kuramı, yaşlılıkta bazı rollerle ilişkinin kesilmesi, bazı rollerdeki başarının sürdürülmesi bileşimine dayanmaktadır. Atchley’e göre, bireyler yetişkin olma sürecinde birtakım alışkanlıklar, bağlantılar, tercihler geliştirirler ve bunlar giderek kişiliğin bir parçası haline gelir. Birey yaşlandıkça, söz konusu bu özelliklerin sürekliliğini korumaya yönelir. Robert Atchley (1989) göre, bireyler hayatlarında değişiklik yapmak zorunda olduklarında ve hayatlarını bir aşamadan diğer aşamaya taşıyacaklarında geçmiştekileri anımsayarak düzenleme ve canlandırma girişiminde bulunurlar. Bu da adaptasyonu kolaylaştırır ve süreklilik duygusunun devamını sağlar. Anımsama, bireyin geçmiş yaşamında meydana gelen bir değişime uyum sağlaması için bir uyum mekanizması sağlar. Süreklilik teorisi uygulamaları bellek süreci ile yakından ilişkilidir. Bireyin sürekliliğini sağlamak için, önce geçmişte olanları hatırlaması gerekmektedir. Yaşlı bireyler, yaşlılığa uyumda ve aktivitelerin durağan hallerini geliştirmek için en tanıdık bilgi, beceri ve stratejileri kullanır. Uzak bellek, genellikle yaşlılarda en son bozulur ve uzak hafızanın kullanımının artması, yaşlı bireylerde genel bilişsel fonksiyonu artırır. Ayrıca güçlü yönlerin ve

geçmişteki başarıların hatırlanması, bugünkü baş etme becerilerine ve olumlu benlik algısının sürdürülmesine de olanak vermektedir (140).

Anımsama terapisi sadece bakım evleri ya da huzurevlerinde değil aynı zaman da acil servis, gündüzlü yaşlı bakım evlerinde, uzun dönem bakım evlerinde, hastanelerde ve bireylerin kendi evlerinde uygulanabilmektedir (16). En olumlu sonuçlara, kurumda yaşayan yaşlı bireyler ile oluşturulan 6-10 kişilik gruplarda ve bu gruplarda yer alan her bireye yeterli süre verilerek yapılan oturumlar sonucu ulaşılmıştır (16, 148). Anımsama terapisi oturumlarının yapılacağı odanın büyüklüğü, yeri, ulaşılabilirliği, akustiği, ısısı, ışığı ve bireylerin oturacakları koltuk ya da sandalyenin rahatlığı önemlidir (55, 127). Anımsama terapisi oturumlarının haftanın belirli bir gününde ve aynı saatte yapılması ve aynı yerde yapılması ve oturumlarda yer alacak grup üyelerinin kognitif seviyelerinin, hatırlama düzeylerinin ve konuşma becerilerinin benzer olması önerilmektedir (127). Anımsama terapisi oturumları planlanırken, kadın ve erkek bireylerin oturum konularına gösterdiği ilginin farklı olması nedeni ile oturumlarda cinsiyet faktörünün göz önüne alınması önerilmektedir (24). Oturumların sıklığının ve süresinin grup üyeleri ile birlikte ayarlanması gerekmektedir. Jones (2003)'in yaptığı bir çalışmada ilk iki oturumun sonunda yapılan değerlendirmede bireylerin depresyon puanının arttığı belirlenmiş ve bu sonuç paralelinde depresyonun olumlu yönde bir değişim olması için oturumların sayısının haftada bir kez olmak üzere altı oturum yapılması önerilmiştir (64). Oturumlarda hem grup etkileşimini artırmak hem de bireylerin hatırlamalarını kolaylaştırmak amacıyla grup lideri resim, müzik, kitap, dergi, yiyecek, eşya ve eski radyo ve televizyon programları tanıtımının yer aldığı broşür gibi nesnelere kullanmalıdır (55, 126, 127, 148). Grup lideri olarak hemşirelerin grubu yönetme, zayıf bireyleri koruma ve grup sürecini izleme, grup etkileşimini sağlama gibi görevleri bulunmaktadır (127). Anımsama terapisi hemşire, sosyal hizmet uzmanı, doktor, uğraşı terapisti, gerontolog ve psikolog olmak üzere farklı meslek grupları tarafından uygulanmıştır (126, 141).

Günümüzde anımsama terapisi Avrupa ülkelerinde daha çok “Bugünü Yaşa Dünü Hatırla” adı verilen anımsama gruplarına demans hastaların yanı sıra onlara primer bakım veren bireylerinde dahil edildiği gruplar ile yapılmaktadır. Bu terapide

basit anımsama terapisi uygulama amaçlarına ek olarak bakım veren bireylerin bakım yükü ve bakım vermeye bağlı yaşadıkları stres düzeyini azaltmaya yönelik haftalık aktiviteli oturumlar şeklinde yapılmaktadır. Schweitzer ve Bruce tarafından 1997 yılında “Dünü Hatırla Bugünü Yaşa” isimli bir proje olarak başlatılan uygulamanın, proje ekibinde doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, akademisyenler, şairler, müzisyenler, ressam, tiyatro sanatçıları ve tarihçiler gibi pek çok meslek grupları yer almaktadır (108).

Literatürde anımsama terapisi ile ilgili çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Anımsama grupları en yaygın olarak demans hastaları ile oluşturulmuş ve genellikle bakım evinde yaşayan bireyler örnekleme dahil edilmiştir (108). Chueh ve Chang (2014)’ın bakım evinde kalan yaşlı erkek bireyler ile yaptıkları bir çalışmada dört hafta süre ile sekiz oturum uygulanan anımsama terapisinin bireylerin depresyon düzeyini azalttığı belirlenmiştir (28). Chiang ve diğerlerinin (2010) bakım evinde kalan yaşlı bireyleri ile yaptıkları çalışmada, grupta yapılan anımsama terapisinin bireyler arasındaki iletişimi arttırdığı ve bireylerin yalnızlık duygusunu azalttığı belirlenmiştir (25). Chao ve diğerlerinin (2006) dokuz oturumda anımsama terapisini uygulayarak yaptıkları bir çalışmada hastaların uygulama sonucunda depresyon ve yaşam doyumlarında bir değişim olmamakla birlikte öz saygı üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (24).

Anımsama Terapisi, uygulamasının kolaylığı, ekonomik oluşu ve bireyler tarafından rahatlıkla kabul edildiği gibi nedenlerle yurtdışında yaygın biçimde kullanılmasına (114), rağmen ülkemizde anımsama terapisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Siviş ve Demir (2007)’in kurumda kalan yaşlı bireyler ile yaptıkları bir çalışmada anımsama terapisinin yaşam doyumu üzerine etkisinin olmadığı fakat bireylerin sosyalleşmesi ve duygusal iyilik hali üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (115).

Günümüzdeki sağlık sistemi göz önüne alındığında hem toplumda hem de kurumda yaşayan Alzheimer hastasına ulaşabilecek ilk sağlık personeli hemşiredir. Eğitim yaşamı boyunca bireyi biyopsikososyal yönden değerlendirebilecek bir meslek üyesi olarak yetiştirilen hemşirelerin, var olan bu güçlerini her ortamda kullanması gerekmektedir. Alzheimer hastaları ile her ortamda karşılaşabilecek olan

hemşirelerin bu hasta grubunda yer alan bireyleri tedavi edilemez ya da geriye döndürülemez diye bir ayırım yapmadan, diğer hasta ya da sağlıklı bireylerden ayırmadan, var olan fonksiyonlarını nasıl artırabileceğini düşünerek hemşirelik bakımını planlamaları önemlidir. Bu bakım planında fiziksel göstergelere önem verdiği kadar bilişsel göstergelere de önem vermelidir. En basit olarak Alzheimer hastalarına bir vakit ayırıp geçmişi hatırlamaya ya da oryantasyona yönelik sorular sorarak onları dinlemelidir.

Çalışmamızda Alzheimer hastalarına verilen bakım hizmetlerinde ilaç dışı tedavi uygulamaları arasında en yaygın kullanılan yöntemlerden biri olan anımsama terapisi, kurumda kalan yaşlı bireyler doğal olarak gelişen bir grubun yesi olduğu için kurumda yaşayan bireylere uygulanmıştır. Bu terapide, yaşlı bireylerin geçmiş olumlu deneyimlerini anımsamaları sağlanarak, bu deneyimler üzerine konuşulmuş ve grup içerisinde olumlu duyguların paylaşımı sağlanmıştır.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, anımsama terapisinin, kurumda kalan hafif ve orta evre Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Demetevler Fatma Üçer Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'n olmak üzere dört kurumda yapılmıştır.

Ankara 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nin kurum kapasitesi 320'dir. Kurumda kalan yaşlı bireylere ütü, çamaşır yıkama, temizlik hizmetlerinin yanı sıra pastane, yüzme havuzu, kuaför, internet ve kütüphane hizmetleri de verilmektedir. Kurumda altı hemşire, iki fizyoterapist, bir diyetisyen, dört sosyal hizmet uzmanı, bir laborant ve 27 bakım elemanı görev yapmaktadır.

Ankara Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nin kurum kapasitesi 125'dir. Kurumda; altı hemşire, bir psikolog, bir diyetisyen, iki sosyal hizmet uzmanı, iki fizyoterapist ve 21 bakım elemanı çalışmaktadır.

Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nin kapasitesi 290 kişidir. Kurumda; dokuz hemşire, dört fizyoterapist, üç psikolog, sekiz sosyal hizmet uzmanı, bir hekim, üç diyetisyen, bir diş hekimi, bir tıbbi sekreter ve 85 bakım elemanı görev yapmaktadır.

Demetevler Fatma Üçer Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nin kurum kapasitesi 86'dir. Kurumda beş hemşire, bir diyetisyen, üç sosyal hizmet uzmanı, iki fizyoterapist, bir eczacı, üç psikolog, bir din görevlisi ve 30 bakım elemanı görev yapmaktadır.

Genel olarak kurumda çalışan hemşirelerin; kurumda yaşayan bireylerin vital bulguların alınması, tedavi hizmetlerinin uygulanması ve yara pansumanlarının yapılması gibi görevleri bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklem seçimine kurumun sağlık personelinden, hekim tarafından demans tanısı konulmuş ve demans raporu olan 65 yaş ve üzeri bireylerin isim listelerinin alınması ile başlanmıştır. Kurum hemşiresinden yardımı alınarak, bu listelerde yer alan Alzheimer tipi demans hastalarından, anımsama terapisi oturumlarına katılabilecek bireyler belirlenmiştir. Belirlenen bireylere araştırmacı tarafından, eğitim durumlarına göre Mini Mental Test (MMT) uygulanmıştır. Mini Mental Test sonuçları uygun aralıkta olan, en az üç ay kurumda kalması düşünülen ve grup terapisini kısıtlayacak iletişim engeli bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler örnekleme dahil edilmiştir. Mini Mental Test sonuçları 24'ün üzeri ve 10'un altında olan bireyler araştırma örneklemine alınmamıştır. Mini Mental Test sonucu uygun aralıkta olan bireylere, anımsama terapisi hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler cinsiyet ve MMT sonuçlarına göre araştırmacı tarafından yeniden listelenmiştir. Bu yeni listede, tek sayılara karşılık gelen bireyler kontrol grubunu, çift sayılara karşılık gelen bireyler müdahale grubunu oluşturacak şekilde randomize edilerek gruplar oluşturulmuştur.

Araştırmanın örnekleme gücü analizi yapılarak hesaplanmıştır. Güç analiz sonucuna göre, depresyon ölçeği puanının anımsama terapisi sonunda müdahale, grubunda kontrol grubuna göre en az 2.8 puan düşürmeyi anlamlı bulabilmek için %90 güç ve %5 tip I hata düzeylerinde çalışmaya en az 17 kişinin alınması gerektiği hesaplanmıştır. Yapılan analize göre, araştırmanın örneklemini 17 müdahale, 17 kontrol grubu olmak üzere toplam 34 kişi ile yapılması planlanmıştır. Araştırma sürecinde yaşanabilecek kayıplar ve istatistiksel olarak testlerin anlamlılığı düşünülerek 33 müdahale, 33 kontrol grubu olmak üzere toplam 66 birey örnekleme kapsamına alınmıştır. Çalışmamızda bir birey hayatını kaybetmesi, iki yaşlı yoğun bakımda tedavi altına alınması ve bir yaşlı da inme nedeni ile konuşma sorunu yaşaması nedeni ile örnekleme kapsamından çıkarılmıştır. Araştırmaya Ankara 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan 18, Ümitköy Huzurevi

Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan 14, Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan 24 ve Demetevler Fatma Üçer Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan 6 birey dahil edilmiş ve araştırma **31'i müdahale ve 31'i kontrol** grubunu oluşturan **toplam 62 birey** ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik, sosyal ve tıbbi özelliklerine ilişkin sorular içeren “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu”, “Haftalık İzlem Çizelgesi”, “Anımsama Terapisi Değerlendirme Formu”na ek olarak “Geriatrik Depresyon Ölçeği” ve “Standardize Mini Mental Test” kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 1): 14 açık ve 24 kapalı uçlu olmak üzere toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Tanıtıcı Bilgiler Formunda; bireylerin demografik özelliklerine (cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, daha önceki çalışma deneyimi durumu, mesleği), tıbbi özelliklerine (Alzheimer hastalığına ek kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar), günlük yaşam aktivitelerine (günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinimi, yardım aldığı günlük yaşam aktiviteleri ve hareket etmede kullandığı yardımcı araç olma durumu), kuruma (kurumda yaşama süresi, kaldığı oda türü, kurumda yaşama nedeni, kurumda yaşamaktan memnun olma durumu, kurumda yaptığı faaliyetler ve kurumda yaptığı günlük faaliyetler gibi) ilişkin sorular yer almaktadır. Tanıtıcı Bilgiler Formu, çalışmanın başında örneklem kapsamındaki tüm bireylere uygulanmıştır.

Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu (Ek 5): Ülkemizde günlük yaşam faaliyetlerini değerlendirmeye yönelik kullanılan ölçeklerin, kurumda yaşayan bireylere uygun olmaması nedeni Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır. Bu formun, hazırlanma sürecinde konu ile ilgili beş uzmandan görüş alınarak düzenlenmiştir. Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu ile; bireyin hareketi, bireysel hijyeni, beslenmesi, uykusu, giyinmesi, iletişim kurması ve sürdürmesi, işbirliği yapmaya istekliliği, sosyalleşmesi ve huzursuzluk durumu değerlendirilmektedir. Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu ile bireylerin günlük yaşamındaki faaliyetleri

kurumda yaşlı birey ile primer ilgilenen kişilerden yardım alınarak doldurulmuştur. Bu form araştırmacı tarafından hem öntest hemde son test olarak her iki grupta yer alan bireylere uygulanmıştır. Bu formda bireylerin aldığı puanlar yüzdeye çevrilerek değerlendirilmesi yapılmıştır.

Haftalık İzlem Çizelgesi (EK 6): Araştırmacı tarafından geliştirilen bu çizelgede bireylerin haftalık oturumlara katılma durumları, genel sağlık durumu, kullandıkları ilaçlardaki değişiklikler ve stres yaratan durumların varlığının belirlenmesine ilişkin sorular yer almaktadır. Bu çizelge, araştırmacı tarafından her hafta oturum öncesinde doldurulmuştur.

Anımsama Terapisi Değerlendirme Formu (EK 7): Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan bu form (108), anımsama terapisi sonunda bireylere uygulanmıştır. Bu formda grup deneyiminin faydaları, anımsama terapisine yönelik bireylerin görüş ve önerileri ve anımsama terapisini tavsiye etme durumlarına ilişkin beş açık uçlu soru yer almaktadır.

Standardize Mini Mental Test (SMMT) (EK 2, EK 3): Folstein ve arkadaşları tarafından bilişsel yetersizlikleri değerlendirmek amacı ile geliştirilen ölçeğin, Molloy ve arkadaşlarının geliştirdiği “Standardize Uygulama Kılavuzu” ile Standardize Mini Mental Test (SMMT)’in uygulanabilirliği ve güvenilirliği arttırılmıştır (44, 82). Bu test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan, olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış ve 11 maddeden oluşmaktadır. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen SMMT’de her doğru yanıtı bir puan verilmektedir. Ülkemizde SMMT’in geçerlilik ve güvenilirliği Gülgen ve diğerleri tarafından 2002 yılında yapılmıştır (51). Gülgen ve diğerlerinin çalışmasında ölçeğin eşik değerinin 23/24 olduğu, bu değer 0.91 duyarlık, 0.95 özgüllükte olduğu ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Pearson katsayısı: 0.99, Kappa: 0.92) (51). Keskinoglu ve diğerleri tarafından (2009), SMMT’in eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonu yeniden düzenlenmiş ve eğitilmiş bireyler için 22/23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90.9), seçiciliğe (%97); eğitimsiz yaşlılar için 18/19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82.7), seçiciliğe (%92.3), pozitif olabilirliğe (10.74), negatif olabilirliğe (0.19) sahip olduğunu saptamışlardır (69). SMMT için 23/24 puanları demans için sınır puan kabul

edilmekle birlikte; SMMT skorunun 18-23 puan arası hafif evre, 10-17 puan arası orta evre ve 10 puan ve daha az puan ciddi demans olarak değerlendirilmektedir (7). Çalışmamızda bireylerin eğitim durumlarına göre uygun olan SMMT araştırmacı tarafından, hem ön testte hemde son testte her iki grupta yer bireylere uygulanmıştır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (EK 4): Geriatrik Depresyon Ölçeği, Yesavage ve ark. tarafından geliştirilip geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (147). Uygulanan kişinin bildirimlerine dayalı, yaşlılara yönelik, yanıtlanması kolay 30 sorudan oluşmaktadır. yanıtları sadece "evet" ya da "hayır" şeklinde olan bir ölçeğtir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Ertan ve Eker tarafından yapılmıştır (41). Depresyon lehine her yanıt bir puan, diğer yanıtlar sıfır puan değerindedir. 0-11 puan depresyon yok, 12-14 puan olası depresyon ve 14 puan üstü kesin depresyon olarak kategorize edilmiştir (41). Ertan ve Eker (2000)'in geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğinin ($r=0.74$), iç tutarlılığının yeterli (Cronbach alpha katsayısı=0.91) düzeyde olduğu bildirilmiştir (41). Çalışmamızda Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) araştırmacı tarafından, hem ön test hemde son test olarak her iki grupta yer alan bireylere uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak veri toplama formunun anlaşılmayan bölümlerinin düzeltilmesi amacıyla 1-5 Temmuz 2013 tarihleri arasında Ankara 75. Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Demetevler Fatma Üçer Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'n de kalan toplam **14 birey** ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada araştırmacı tarafından hazırlanan "Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu", "Geriatrik Depresyon Ölçeği" ve "Standardize Mini Mental Test" kullanılmıştır. Ön uygulamada görüşmeler yaklaşık ortalama 60-90 dakika sürmüştür. Ön uygulama sonucu, "Tanıtıcı Bilgiler Formunda" gerekli düzenlemeler yapılmış ve bu bireyler örnekleme dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması 10 Temmuz–20 Aralık 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı, anımsama terapisinin uygulanması sürecinde çarşamba, perşembe ve cuma günleri 09-17 saatleri arasında kurumlarda bulunmuştur.

Standardize Mini Mental Test uygulaması sonrasında örneklem kapsamına alınan bireyler ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından ön testte “Geriatrik Depresyon Ölçeği”, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu” uygulanmıştır. Son testte “Mini Mental Test”, “Geriatrik Depresyon Ölçeği”, “Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formu” ve “ Anımsama Terapisi Değerlendirme Formu” uygulanmıştır. Anımsama terapisi oturumlarına mazeretleri nedeni ile katılamayan bireylerin, katılmadığı oturumun konusuna ilişkin telafi oturumları, araştırmanın 12 haftalık süresi bitiminde yapılmıştır.

Etik açıdan gruplar arası etkileşimi önlemek amacıyla, kontrol grubundaki bireyler ile süre ve konuları haftaya göre değişebilen haftalık süresi ortalama 20-25 dakika olmak üzere çay, kahve ikramıyla birlikte sohbet edilmiştir. Sohbet konuları uygulama haftasına denk gelen dini ve resmi bayramlar, bireylerin var olan hastalıkları ve güncel konular olmak üzere değişiklik göstermiştir. Bu oturumlarda bireylere, geçmişi hatırlamaya yönelik sorular sorulmamıştır.

Müdahale grubundaki bireylere uygun olan tarihler belirlenerek, 12 hafta sürecek olan toplantı takvimi yapılmıştır. Bu takvim yapılırken; bireylerin sağlık kurumlarına düzenli olarak gittikleri günler ve saatleri ya da ziyaretçilerinin geldiği saatler göz önüne alınmıştır. Araştırmacı tarafından, bireylere oturumlara düzenli olarak katılmalarının uygulama sonucunu etkileyeceği hakkında bilgi, toplantı takvimini oluşturma aşamasında verilmiştir. Anımsama terapisi oturumlarına 8 Ağustos 2014 tarihi itibari ile başlanmış ve oturumlar 20 Aralık 2014 tarihinde sonlandırılmıştır.

Anımsama terapisi literatürde toplam 6-12 hafta, haftalık 1-2 kez ve yaklaşık 30-60 dakika süren oturumlar şeklinde yapılmaktadır. Araştırmamızda da anımsama terapisi, haftada bir kez, her hafta bir konu görüşülecek şekilde toplam 12 hafta ve 30-45 dakikalık oturumlar şeklinde uygulanmıştır. Araştırma kapsamındaki

bireylerin 65 yaş ve üzeri, hafif ve orta evre Alzheimer'lı bireyler olduğu göz önüne alınarak, oturumda yer alacak birey sayısının en az iki en çok beş kişiden oluşması sağlanmıştır. Gruplar oluşturulurken, aynı cinsiyetteki bireylerin bir arada olması sağlanmıştır. Bunun nedeni; kadın katılımcıların, erkekler ile aynı ortamda bulunmak istememesi ve kurumlarda erkek ve kadınların kaldığı katların ya da blokların ayrı olmasından kaynaklanan durumlardır. Ayrıca literatürde kadın ve erkeklerin yaşam olaylarına verdikleri önemin ve hatırlamaların cinsiyetlere göre farklılık gösterdiği bildirilmektedir (36).

Grup toplantılarında yapılan hayat yorumlamaları genellikle kişinin yaşam deneyimleri ile yaşam döngüsüne paralel olarak yapılmaktadır. Araştırma kapsamında yapılan haftalık toplantılar, yaşlı bireylerin kolaylıkla ulaşabileceği toplantı odası ve kütüphanede yapılmıştır. Haftalık konularla ilgili anımsamayı kolaylaştırıcı eski eşya ve eski eşya resimleri araştırmacı tarafından kuruma götürülmüş, araştırma kapsamındaki bireylerden varsa kendilerine ait fotoğrafları istenmiştir.

Araştırmamızda anımsama terapisi oturumları başlamadan önce bireylere çay-kahve ikramları yapılmıştır. Oturumlara öncelikle bireylerin bir önceki haftayı nasıl geçirdikleri hakkında sorular sorarak başlanmış, ardından haftanın konusuna uygun hatırlamayı kolaylaştırıcı nesnelere gösterilmesinden sonra bireylerin anımsadıkları olay ya da deneyimleri grupta paylaşması istenerek devam edilmiştir. Her bireye düşünmesi için zaman verilmiş, istediği takdirde sırasını diğer grup üyelerine vererek düşünmesi için ek süre de verilmiştir. Her oturumun sonunda, oturumda paylaşılanlar özetlenmiş, bir sonraki haftanın konusu duyurulmuş ve oturum bitirilmiştir. Her oturumda, bireylerin anımsadıkları deneyim ya da olaylar araştırmacı tarafından not edilmiştir.

Haftalık konu dağılımı aşağıda belirtildiği gibi uygulanmıştır.

- Giriş
- Çocukluk ve aile yaşamı
- Okul günleri
- İşe başlama ve iş yaşamı (Ev hanımları için evde geçirilen bir gün)

- Ev dışında eğlenceli bir gün
- Evlilik
- Bitkiler ve hayvanlar
- Bebek ve çocuklar
- Yiyecek ve yemek pişirme
- Tatil ve seyahat
- Kutlamalar
- Değerlendirme ve Kapanış

Anımsama terapisinin uygulamasına ilk hafta katılımcıların kendilerini tanıtmaları ile başlamıştır. Grup üyelerinin birbirlerini ve araştırmacının grupta yer alan bireyleri tanımasını ve hatırlamalarını kolaylaştırmak amacıyla araştırmacı tarafından bireylerin isimlerinin yer aldığı yaka kartları hazırlanmış ve ilk üç toplantıda oturum başlangıcında bireylerin yakalarına isimleri takılmış ve oturum sonunda yaka kartları çıkarılmıştır. Üçüncü haftadan sonra bireylerin birbirlerini tanıması ve yaka kartlarına gereksinimleri olmadığını belirtmeleri üzerine yaka kartları takılmamıştır. Her oturum başlangıcında, bireylere gün, ay ve yıl olarak oturumun tarihi hatırlatılmıştır. Oturumların içerikleri literatür taranarak oluşturulmuştur (17, 53, 55, 64, 108, 126). Araştırmamızda uyguladığımız haftalık oturumların (toplam 12 oturum) içerikleri aşağıda verilmiştir.

1. Oturum: Giriş

Birinci oturumun amacı, katılımın devamlılığını sağlamak amacıyla motive etmek, rahat hissettirmek, birbirleriyle tanıştırmak, geçmişini anımsatmaya başlatmak ve kişide ilgi ve coşku uyandırmaktır. Bu ilk oturumda anımsamayı kolaylaştırıcı nesnelere arasında nüfus cüzdanı ve isim kartları yer almıştır.

Açılıştan önce, öncelikle bireyler uygun bir odaya ya da salona alınmıştır. Toplantı yapılan alanların özellikle pencereye yakın ve iyi ışık alan alanlar olmasına özen gösterilmiştir. Bireylerin yuvarlak bir masa etrafındaki sandalyede ya da kanepede oturmaları sağlanmıştır. İşitme ya da görme sorunu yaşayan bireylerin araştırmacıya yakın oturacağı, her bireyin birbirini görebileceği ve işitebileceği, göz teması sağlayabileceği bir oturma düzeni sağlanmaya çalışılmıştır. Araştırmacı, oturumun başında, her bireyin yaka kartlarının takılı olduğundan

emin olduktan sonra, kendini gruba tanıtarak oturumu başlatmıştır. Açılıştta, katılımcılara bu çalışma için verecekleri katkıdan dolayı araştırmacı tarafından teşekkür edilmiştir. Gruba, bu görüşmelerin araştırmacı tarafından not edildiği ve bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı konusunda bilgi verilmiştir. Her bireyin adı, adlarının nereden geldiği, kim tarafından seçildiği, bir anlamı olup olmadığı, lakapları, kendi ismini seçebilseydin ne olmasını isteyeceği, doğum yeri ve tarihi, mesleği ve hobileri hakkında konuşması sağlanmıştır. Anımsayamayan kişilere ek süreler verilmiş ve tüm grup üyelerinin konuşması sağlanmıştır. Kapanışta, araştırmacı oturum boyunca konuşulanları tüm gruba özetlemiş ve bir sonraki haftanın konusu gruba duyurulmuştur. Tüm katılımcılardan, bir sonraki haftanın konusuna uygun fotoğraf, video ya da konuyla ilgili bir nesne getirebileceği duyurulmuştur.

2. Oturum: Çocukluk ve Aile Hayatı

Bu oturumda, bireylerin, gruba ait olma duygusu kazandırmak, hafızayla ilgili yaratıcı aktiviteleri tanıtmak, çocukluk duygusunu yeniden yaşamak ve geçmiş hatırlatmak için işbirliği içinde çalışmaları hedeflenmiştir. Oturumda anımsamayı kolaylaştırıcılar arasında, aile fotoğrafları, oyuncak ve çocukluk oyunları (ip atlama, topaç çevirme) gibi durumlar yer almıştır. İlk oturumda, öğrenilen isim ya da kullandıkları takma isimler grupla yeniden paylaşılmış ve yaka kartları takılmıştır. Temel aktivitede; bireylerin ya da araştırmacının getirdiği fotoğraf, resim, oyuncak ile ilgili olumlu çocukluk anıları konuşmaya başlanmış ve burada tüm bireylere eşit süre verilmeye çalışılmıştır. Bireylere isterse bu konu ile ilgili resim çizebilecekleri, çocukluk oyununu nasıl oynadıklarını anlatabilecekleri ya da hatırladığı bir hikâyeyi, şiiri ya da şarkıyı paylaşabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir. Tüm bireylerin paylaşımları bittikten sonra, araştırmacı tarafından konuşulan konular özetlenmiş ve bireylere isterlerse anımsadıkları anıları yazabilecekleri bir günlük tutabilecekleri önerilmiştir. Her toplantının sonunda araştırmacı tarafından bireylerin anımsadıkları deneyimler ve olaylar kayıt edilmiştir.

3. Oturum: Okul Günleri

Bu oturumun amacı, bireylerde ait olma duygusunu geliştirmeye çalışmak ve okul yıllarındaki iyi bir anıyı tekrar deneyim etmesini sağlamaktır. Bu oturumda

anımsamayı kolaylaştıran nesnelere arasında; kitap, kalem, defter ve okul yıllarına ait siyah beyaz fotoğraflar yer almıştır. Temel aktivitede, araştırmacı tarafından bireylere okul yıllarında sınıfın genel düzeninin nasıl olduğu, öğretmenlerinin yaramaz ya da tembel öğrencilerle nasıl başa çıktığını, en sevdiği ve sevmediği derslerin neler olduğu ve nedeninin ne olduğunu, en sevdiği öğretmenin ve arkadaşının kim olduğunun hatırlanması istenmiştir. Tüm grup üyelerinin anımsadıkları bilgiler konuşulduktan sonra araştırmacı tarafından oturum özetlenmiştir. Bir sonraki haftanın konusu hakkında bilgi verildikten sonra, haftaya yeniden aynı saatte buluşulacağı hatırlatılmıştır. Ayrıca, bireylere hatırlanan konular ile ilgili notlar alabileceği konusunda bilgi verilmiştir.

4. Oturum: Çalışmaya Başlama ve Çalışma Hayatı (Ev Hanımları İçin Evde Geçirilen Bir Gün)

Bu oturumun amacı, grup üyelerinin çalışma yaşamlarındaki geçmiş yetenek ve başarılarını, çalışma yaşamlarındaki benzerlik, farklılık ve çeşitliliği hatırlatmalarını sağlamaktır. Bu oturumda hatırlamayı kolaylaştıran nesnelere eski paralar ve fotoğraflardır. Araştırmacı tarafından grupta yer alan bireylere mesleklerinin ne olduğu, mesleklerini kendi istekleri ile seçip seçmediği, kaç yıl hangi alanlarda çalıştıkları, ilk maaşlarının nasıl verildiği ve ne kadar olduğunun anımsamaları sağlanmaya çalışılmıştır. Şimdi olsa yine aynı mesleği seçip seçmeyecekleri sorulmuş ve meslekleri ile ilgili hatırladıkları bir anıyı grup üyeleri ile paylaşmaları istenmiştir. Ev hanımlarına ise evde geçen bir günlerini hatırlayarak sabahdan akşama kadar yaptıkları işleri sırası ile anlatmaları istenmiştir. Oturumun sonunda, genel olarak araştırmacı tarafından oturum özetlenmiş ve bir sonraki haftanın konusu grup ile paylaşılmıştır.

5. Oturum: Dışarı Çıkma ve Eğlence

Bu oturumun amacı, grup üyelerinin geçmişte grup ya da bireysel olarak yapmaktan hoşlandıkları faaliyetlerin neler olduğu, gezi, piknik, sinema, tiyatro, spor, dans ile ilgili deneyimleri, kendine özgü hobileri ve ilgi alanlarını hatırlamalarını sağlamaktır. Bu etkinlikte, hatırlamayı kolaylaştıran nesnelere arasında; gramofon plakları, eski ses ve sinema sanatçılarına ait resimler yer almıştır. Araştırmacı tarafından grup üyelerine geçmişte nasıl eğlendikleri, aile ya da

arkadaşları ile neler yaptıkları sorulmuş ve hiç unutamadıkları bir anıyı grupla paylaşımları istenmiştir. Oturumun sonunda paylaşılan konular özetlenmiş ve bir sonraki haftanın konusu grup üyelerine ilan edilmiştir.

6. Oturum: Düğün

Bu haftanın amacı, evlilik ilişkilerinin temelinde yer alan duygu ve düşünceleri, evdeki görev paylaşımlarını, birlikte geçirilen mutlu zamanları anımsayarak, şu anki yaşamında kendini iyi hissetmelerini sağlamaktır. Bu oturumda araştırmacı tarafından grup üyelerine evlenip evlenmedikleri, evlenenlerin evliliklerinin kaç yıl sürdüğü, düğünlerinin olup olmadığı, düğünlerin yöresel farklılıkları, gelinliğinin ne renk olduğu gibi sorular sorularak, düğünleri ile ilgili deneyimlerini anımsamaları istenmiştir. Anımsamayı kolaylaştırıcı nesnelere arasında evlilik cüzdanı, alyans ve düğün fotoğrafları yer almıştır. Her oturumun sonunda olduğu gibi paylaşılan konular araştırmacı tarafından özetlenmiş ve bir sonraki haftanın konusu grup üyelerine ilan edilmiştir.

7. Oturum: Bitkiler ve Hayvanlar

Bu oturumun amacı, grup üyelerinin ev ortamındaki anılarını yaşatmak, ev hayatındaki aktivite ve ilgilerini (evcil hayvan bakımı, bitki bakımı) canlandırmak ve ev yaşamını yeniden gözden geçirmelerini sağlamaktır. Hatırlamayı kolaylaştırıcı nesnelere toprak, saksı, çiçek, meyve ve sebzeler, evcil hayvan resimleridir. Bireylere hayvan besleyip beslemedikleri ve yetiştirdikleri bitkilerin adları, en çok sevdikleri çiçek, meyve ve sebze adları araştırmacı tarafından sorulmuştur. Ayrıca birbirlerine yaşadıkları ortamlar ile ilgili sorular sormaları sağlanmış ve bireylerin anımsadıkları olayların benzerlikleri vurgulanmıştır. Araştırmacı tarafından bir sonraki haftanın konusu ilan edilerek oturum sonlandırılmıştır.

8. Oturum: Bebekler ve Çocuklar

Bebek ve çocuk bakımı ile ilgili anıları, öpme, sarılma, yaramazlık gibi anıları canlandırmak, geçmiş yetenek ve sorumluluklarını hatırlatmak bu oturumun temel amacıdır. Hatırlamayı kolaylaştırıcı nesnelere bebek giysileri, oyuncakları (çingirak), ninniler, biboron, emzik ve fotoğraflardır. Bireylere sahip oldukları çocuk sayısı, doğum şekilleri, ilk doğum yaptıkları gün ne hissettikleri, bebeklerin

isimlerini nasıl koydukları, bebek bakımında destek sistemleri, onlara aldıkları ya da yaptıkları oyuncakların olup olmadığı sorularak hatırlamalarına yardımcı olunmaya çalışılmıştır. Bu seansta, katılımcılardan çocuk bakımı, besleme, yetiştirme ve büyütme konusunda neler hatırladıkları üzerinde durulmuş ve birbirleriyle paylaşımları istenmiştir. Daha sonra günümüzdeki çocuk bakımıyla kıyaslamaları ve konuyla ilgili düşüncelerini ifade etmeleri istenmiştir. Ayrıca bebeklerine söyledikleri bir ninniye söylemeleri istenmiştir. Oturumun sonunda paylaşılanlar özetlenmiş ve bir sonraki oturumun konusu ilan edilip oturum sonlandırılmıştır.

9. Oturum: Yiyecek ve Yemek Pişirme

Yemek yapmak ve yemek ile ilgili duyguları anımsatmak, eski yetenekleri anmaya ve uygulamaya fırsat sağlamak bu oturumun amaçları arasında yer almaktadır. Hatırlamayı kolaylaştırıcı nesnelere arasında tahta kaşık, tencere ve yemek fotoğrafları yer almıştır. Bireylere yemeyi ve yapmayı en sevdikleri yemekler, yemek yapmayı sevip sevmedikleri, yemek yaparken yardım alıp almadıkları gibi konuları hatırlamalarına yardımcı sorular sorulmuştur. Araştırmacı tarafından en sevdikleri bir yemeğin tarifini vermeleri istenmiştir. Oturum araştırmacı tarafından özetlenmiş ve sonlandırılmıştır.

10. Oturum: Tatiller ve Seyahatler

Hayatlarındaki zenginlikleri, geçmişte yaşadıkları coşkuyu, gezmeye ya da tatile gidilen güzel ortamları, denizi, yolculuk anılarını anımsatmak bu oturumun amaçları arasında yer almaktadır. Deniz ve doğa fotoğrafları, bavul, kartpostallar bu oturumda hatırlamayı kolaylaştırıcı nesnelere arasında yer almıştır. Bireylerden yüzme, dalma, suya girip ayakları ıslatma, yürüme ve spor yapma gibi aktiviteleri canlandırmaları istenmiştir. Daha sonra bireylere gezip gördüğü yerler, ne yedikleri, en çok etkilendikleri olayları, nerede, kiminle kaldıklarını hatırlamalarına yardımcı sorular sorulmuştur. Bireylerin yanlarında getirdikleri kendi tatil resimleri üzerinden konuşulmuştur. Oturum sonunda özetlenerek tartışma sona erdirilmiştir.

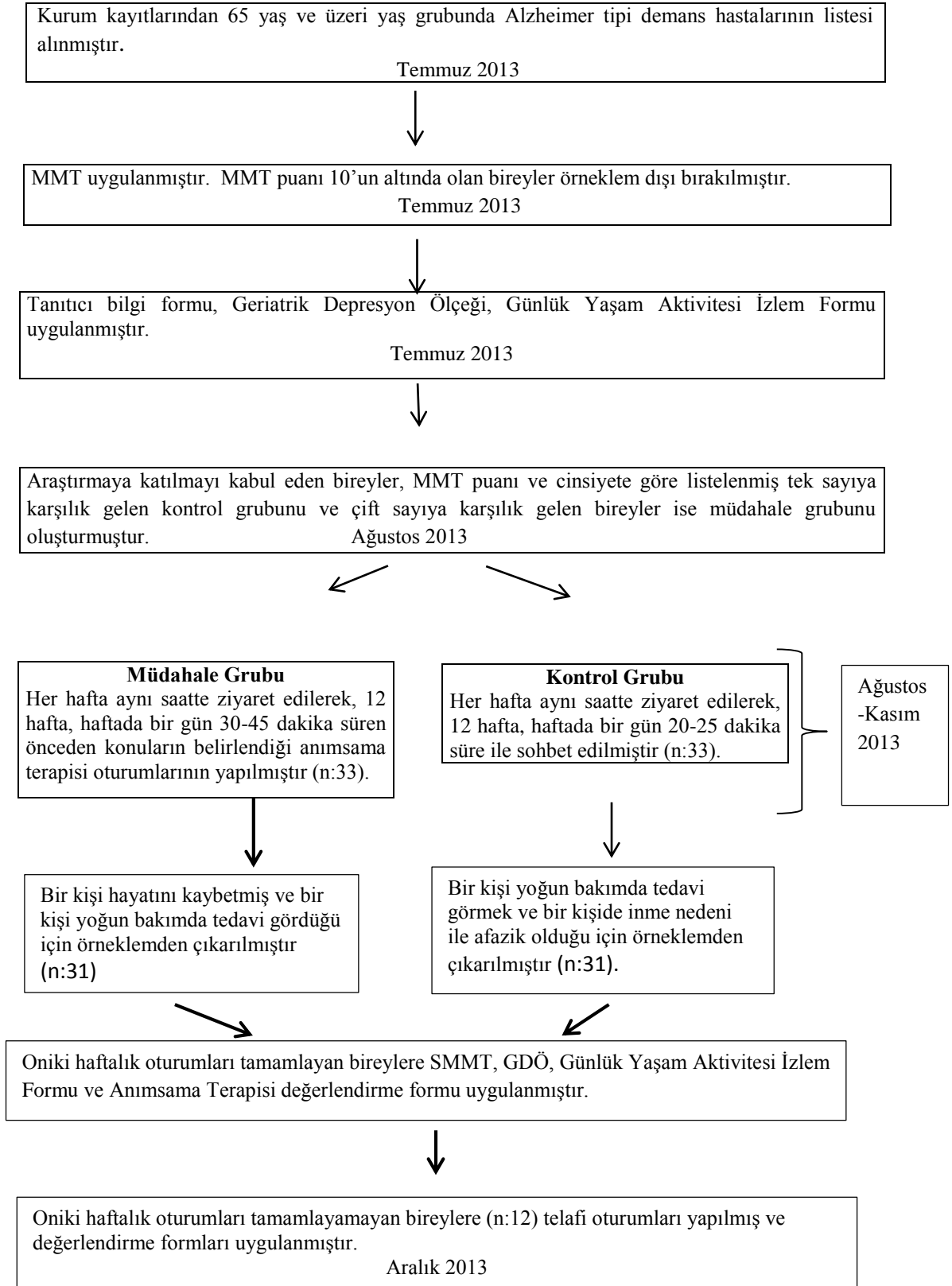
11. Oturum: Kutlamalar

Bu oturumun amacı, kendilerini özel ve değerli hissettikleri bir kutlama anısını ve kendilerinin de dahil olduğu başka bir bireyin doğum günü, evlilik yıl

dönümü gibi bir kutlaması anısını anımsatmaktır. Kutlama fotoğrafları, yaş pasta ve mum hatırlamayı kolaylaştırıcı nesnelere arasında yer almıştır. Kendilerinin özel günlerinde kutlama yapıp yapılmadığı, kendilerinin aile üyelerinin ve arkadaşlarının özel günlerinde kutlama yapıp yapmadığı, yapıyorsa hazırlıklarında neler yaptıklarına ilişkin sorular sorulmuştur. Her grup üyesinden kutlamaya ilişkin bir anısını grup ile paylaşmasını, eğer hediye almış ise ne olduğunu söylemesi istenmiştir. Araştırmacı tarafından oturum özetlenerek kapatılmıştır.

12. Oturum: Özetleme ve Kapanış

Bu oturumun temel amacı, grup olmanın ve haftalık geçmişi anımsama da yaşadıkları başarıyı güçlendirmektir. Bireylere, haftalık grup toplantılarının onlar için ne ifade ettiğini, toplantıların olumlu ya da olumsuz yanlarını, en sevdikleri konunun ne olduğunu, hangi konuları konuşmak istediklerini, diğer yaşlı bireylere de oturuma katılmalarını tavsiye edip etmeyeceklerini ve oturumların daha iyi olması için ne gibi düzenlemelerin yapılmasının gerektiğine ilişkin sorular yöneltilmiştir. En sonunda oturumlara düzenli olarak katıldıkları için teşekkür edilerek grup üyelerine veda edilmiştir.



Şekil 3.1. Uygulama Akış Şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi IBM SPSS for Windows Version 21.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde; sayısal değişkenler ortalama±standart sapma, median [minimum - maksimum] değeri ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile gösterilmiştir. Sayısal değişkenler bakımından gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalar yapılmadan önce parametrik test varsayımları (normallik, varyansların homojenliği, küresellik) kontrol edilmiştir. Müdahale ve kontrol grupları arasında kategorik değişkenler bakımından farklılık olup olmadığı, ki kare testi ile araştırılmıştır. Müdahale ve kontrol grupları arasında demografik özelliklerin ölçek puanlarına etkisi Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Ölçek puanları bakımından zaman içi ve gruplar arası farklılıklar tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile incelenmiştir. İkili karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında; anımsama terapisi ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma deneyimi, kurumda yaşama süresi gibi bireylerin tanıtıcı bilgiler formundan elde edilen bilgileri yer almaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise MMT, GDÖ ve Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formudur.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nden (EK 9, EK 10) ve Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (GO 13/356) yazılı izin alınmıştır (EK 11). Ayrıca örnekleme katıma gönüllü olan bireyler çalışma hakkında aydınlatıldıktan sonra onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan bireylerden, elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular, aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir:

4.1. Bireylerin Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumları, Kurumda Yaşamalarına, Kurumda Yaptığı Egzersiz ve Faaliyetlere İlişkin Tanıtıcı Bulguları

4.2. Anımsama Terapisi Uygulanan (Müdahale Grubu) ve Uygulanmayan (Kontrol Grubu) Bireylerin Bilişsel Durum, Depresyona ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine İlişkin Bulguları

4.1. Bireylerin Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumları, Kurumda Yaşamalarına Yönelik ve Kurumda Yaptığı Egzersiz Ve Faaliyetlerle İlgili Tanıtıcı Bulguları

Tablo 4.1.1. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl) $\bar{x} \pm SS$	81.83±4.87	82.26±5.07	
65 -79 Yaş	8 (25.8)	9 (29.0)	X ² =0.000 p*=1.000
80 ve ↑	23 (74.2)	22 (71.0)	
Cinsiyet			
Kadın	21 (67.7)	21 (67.7)	X ² =0.000 p=1.000
Erkek	10 (32.3)	10 (32.3)	
Eğitim Durumu			
İlköğretim ve ↓	19 (61.3)	22 (71.0)	X ² =0.288 p=0.591
Lise ve ↑	12 (38.7)	9 (29.0)	
Medeni Durum			
Evli	0 (0.0)	3 (9.7)	p***=0.238
Bekâr	31(100.0)	28 (90.3)	
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
Var	23 (74.2)	26 (83.9)	X ² =0.389 p=0.533
Yok	8 (25.8)	5 (16.1)	
Çocuk Sayısı			
2 ve ↓	14 (60.9)	11 (42.3)	X ² =0.312 p=0.196
3 ve ↑	9 (39.1)	15 (57.7)	
Daha Önceki Çalışma Durumu			
Çalışmış	23 (74.2)	22 (71.0)	X ² =0.00 p=1.000
Çalışmamış	8 (25.8)	9 (29.0)	
Çalışma Statüsü			
Ev Hanımı	8 (25.8)	10 (32.6)	X ² =5.437 p=0.142
Memur Emeklisi	14 (45.2)	13 (41.6)	
İşçi Emeklisi	2 (6.5)	1 (3.2)	
Serbest Meslek Emeklisi	7 (22.6)	7 (22.6)	
Sigara İçme Durumu			
İçiyor	6 (19.4)	3 (9.7)	p***=0.473
İçmiyor	25 (80.6)	28 (90.3)	
Toplam	31 (100.0)	31 (100.0)	

* p <0.05 alınmıştır.

**Fisher's Exact Test değeri verildiği için X² değeri verilememiştir.

Tablo 4.1.1'de çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubunu oluşturan 31 bireyin yaş ortalamasının 81.83 ± 4.87 , %74.2'sinin 80 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı ve %67.7'sinin kadın olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki bireylerin %61.3'ünün eğitim durumunun ilköğretim ve daha alt seviyede olduğu, tamamının bekâr, %74.2'sinin çocuk sahibi, %60.9'unun bir ya da iki sayıda çocuğa sahip olduğu, %74.2'sinin daha önce herhangi bir işte çalıştığı, %45.2'sinin memur emeklisi ve %80.6'sının hiç sigara içmediği belirlenmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan 31 bireyin yaş ortalamasının 82.26 ± 5.07 , %71'inin 80 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı ve %67.7'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Bu grupta yer alan bireylerin %71'inin eğitim seviyesinin ilköğretim ve altı olduğu, %90.3'ünün bekâr, %83.9'unun çocuk sahibi, %57.7'sinin üç ve üzerinde çocuk sahibi olduğu, %71'nin daha önce herhangi bir işte çalıştığı, %41.6'sının memur emeklisi ve %90.3'ünün hiç sigara içmediği belirlenmiştir. Demografik özellikler açısından müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.1.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	n (%)	n (%)	
Sahip Olunan Ek Kronik Hastalık Sayısı			
$\bar{x} \pm SS$	(3.90±2.11)	(3.45±1.56)	$X^2=0.000$
1-4	23 (74.2)	24 (77.4)	$p^*=1.000$
5 ve ↑	8 (25.8)	7 (22.6)	
Sistemlere Göre Ek Kronik Hastalıklar			
Kardiyovasküler hastalıklar	30 (96.8)	25 (80.6)	$p^{**}=0.104$
Kas-İskelet hastalıkları	14 (45.2)	14 (45.2)	$X^2=0.000$ $p=1.000$
Endokrin hastalıkları	12 (38.7)	9 (29.0)	$X^2=0.288$ $p=0.591$
Psikiyatrik hastalıklar	10(32.3)	10 (32.3)	$X^2=0.000$ $p=1.000$
Nörolojik hastalıklar	10 (32.3)	14 (45.2)	$X^2=0.612$ $p=0.434$
Gastrointestinal hastalıklar	4 (12.9)	4 (12.9)	$p^{**}=1.000$
Anemi	4 (12.9)	6 (19.4)	$X^2=0.119$ $p=0.730$
Kanser	3 (9.7)	1 (3.2)	$p^{**}=0.612$
Ürolojik hastalıklar	3 (9.7)	4 (12.9)	$p^{**}=1.000$
Solunum hastalıkları	3 (9.7)	3 (9.7)	$p^{**}=1.000$
Glokom	1 (3.2)	0 (0.0)	$p^{**}=1.000$
Kullanılan İlaç Sayısı ve İlaçlar			
Ortanca (min-max)	7.0 (2-18)	6.0 (1-14)	$X^2=1.050$
1-6	15 (48.4)	20 (64.5)	$p=0.306$
7 ve ↑	16 (51.6)	11 (35.5)	
Alzheimer ilaçları	29 (93.5)	31 (100.0)	$X^2=1.050$ $p=0.306$
Antihipertansif	28 (90.3)	23 (74.2)	$X^2=1.768$ $p=0.184$
Antiagregan/Antikoagulan	18 (58.1)	19 (61.3)	$X^2=0.000$ $p=1.000$
H ₂ Reseptör Antagonisti	13 (41.9)	6 (19.4)	$X^2=2.732$ $p=0.098$
Vitamin	11 (35.5)	13 (41.9)	$X^2=0.068$ $p=0.794$
Antidepresan	10 (32.3)	10 (32.3)	$X^2=0.000$ $p=1.000$
Osteoporoz ilaçları			$X^2=0.000$

	9 (29.0)	10 (32.3)	p=1.000
Lipit düşürücü ilaçlar	9 (29.0)	4 (12.9)	X ² =1.557 p=0.212
Antidiyabetik	8 (25.8)	8 (25.8)	X ² =0.000 p=1.000
Diğer***	20 (64.5)	24 (78.6)	X ² =1.119 p=0.204
Toplam	31 (100.0)	31 (100.0)	

* p <0.05 alınmıştır.

**Fisher's Exact Test değeri verildiği için X² değeri verilememiştir.

***Bronkodilatör, hipotiroidi, antiaritmik, analjezik, diüretik, lavman, Bening Prostat Hiperplazisine yönelik ilaç grupları yer almaktadır.

Tablo 4.1.2'de araştırma kapsamına alınan bireylerin tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo 4.1.2'de belirtilmemekle birlikte müdahale grubunu oluşturan 31 bireyin tamamının Alzheimer hastalığına ek kronik hastalığının olduğu, 22 bireyin orta evre, 9 bireyin hafif evre Alzheimer hastalığına sahip olduğu ve ortalama kronik hastalık sayısının 3.77 ± 1.89 olduğu saptanmıştır. Bireylerin Alzheimer hastalığına ek kronik hastalıkları arasında; %96.8'inin kardiyovasküler, %45.2'sinin kas-iskelet, %38.7 endokrin, %32.3'ünün psikiyatrik, %32.3'ünün nörolojik, %12.9'unun gastrointestinal, %12.9'unun anemi, %9.7'sinin kanser, %9.7'sinin ürolojik, %9.7'sinin solunum sistemine ilişkin ve %3.2'sinin glokom olduğu belirlenmiştir. Bireylerin kullandıkları ilaç sayısı ortancasının 7 (min=2-max=18) olduğu ve %51.6'sının 7 ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı saptanmıştır. Bireylerin en yaygın kullandığı ilaç grupları arasında; Alzheimer hastalığına yönelik (%93.5), antihipertansif (%90.3), antiagregan/antikoagülan (%58.1), H₂ reseptör antagonisti (%41.9), vitamin (%35.5), antidepresan (%32.3), osteoporozaya yönelik (%29), hiperkolesterolemiye yönelik (%29) ve antidiyabetik (%25.8) ilaçların yer aldığı saptanmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan 31 bireyin ortalama kronik hastalık sayısının 3.58 ± 1.85 olduğu ve %77.4'ünün 1-4 sayıda ilaç kullandığı saptanmıştır. Tablo 4.1.2'de belirtilmemekle birlikte kontrol grubunu oluşturan 31 bireyin tamamının Alzheimer hastalığına ek kronik hastalığının olduğu, 22 bireyin orta evre, 9 bireyin hafif evre Alzheimer hastalığına sahip olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %80.6'sı kardiyovasküler, %45.2'si kas-iskelet, %29'u endokrin, %32.3'ü psikiyatrik, %45.2'si nörolojik, %19.4'ü anemi, %12.9'u gastrointestinal, %12.9'u ürolojik, %9.7'si solunum gibi sistemlere ilişkin hastalıklarının olduğu ve %3.2'sinin kanser

olduğu belirlenmiştir. Bireylerin kullandıkları ilaç sayısı ortancasının 6 (min=1-max=14) olduğu ve %64.5'inin 6 ve daha az sayıda ilaç kullandığı saptanmıştır. Bireylerin kullandığı en yaygın ilaç grupları arasında Alzheimer hastalığına yönelik (%100.0), antihipertansif (%74.2), antiagregan/antikoagülan (%61.3), vitamin (%41.9) antidepresan (%32.3), osteoporozaya yönelik (%32.3) ve antidiyabetik (%25.8), H₂ reseptör antagonisti (%19.4) ve hiperkolesterolemiye yönelik (%12.9) ilaçların yer aldığı saptanmıştır. Tıbbi zellikleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.1.3. Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumlarına Göre Dağılımı

Günlük Yaşam Aktiviteleri / Gereksinim Durumları	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	n (%)	n (%)	
Günlük İşlerinde Yardımına Gereksinim Duyma Durumu			
Duyan	13 (41.9)	21 (67.7)	$X^2=3.191$
Duymayan	18 (58.1)	10 (32.3)	$P^*=0.074$
Yardım Alınarak Yapılan Aktiviteler			
Alışveriş	13 (45.2)	15 (48.4)	$X^2=0.000$ $p=1.000$
Banyo	13 (41.9)	9 (29.0)	$X^2=4.199$ $p=0.681$
Ekonomik işler	11 (35.5)	16 (51.6)	$X^2=1.050$ $p=0.306$
Tedavi	9 (29.0)	12 (38.7)	$X^2=0.288$ $p=0.591$
Tuvalete gitme	3 (9.7)	3 (9.7)	$p^{**}=1.000$
Kişisel temizlik	2 (6.5)	0 (0.0)	$p^{**}=0.492$
Giyinme	2 (6.5)	3 (9.7)	$p^{**}=1.000$
Hareket	1 (3.2)	2 (6.5)	$p^{**}=1.000$
Hareket Etmeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu			
Kullanan	9 (25.8)	12 (38.7)	$X^2=0.664$ $p=0.415$
Toplam	31 (100.0)	31 (100.0)	

* $p < 0.05$ alınmıştır.

**Fisher's Exact Test değeri verildiği için X^2 değeri verilememiştir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumlarına ilişkin bulguları Tablo 4.1.3'de yer almaktadır. Müdahale grubunu oluşturan bireylerin %41.9'unun günlük işlerini yaparken yardıma gereksinim duyduğu ve yardıma gereksinim duyulan günlük yaşam faaliyetleri arasında; alışveriş (%45.2), banyo (%41.9), ekonomik işler (%35.5), tedavi (%29), tuvalete gitme (%9.7), kişisel temizlik (%6.5), giyinme (%6.5) ve hareket (%3.2) yer aldığı belirlenmiştir. Bireylerin %25.8'inin hareket etmeye yardımcı araç kullandığı

belirlenmiş ve tabloda belirtilmemekle birlikte bireylerin yürüteç (n=5), tekerlekli sandalye (n=2) ve baston (n=2) kullandığı belirlenmiştir.

Kontrol grubunu oluşturan bireylerin %67.7'si günlük işlerini yaparken yardıma ihtiyaç duymakta ve yardıma gereksinim duyulan günlük işler arasında; alışveriş (%48.4), banyo (%29), ekonomik işler (%51.6), tedavi (38.7), tuvalete gitme (%9.7), giyinme (%9.7) ve hareket (%6.5) yer almaktadır. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin %38.7'sinin hareket etmeye yardımcı araç kullandığı belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bireylerin hareket etmeye yardımcı araç olarak yürüteç (n=5), koltuk değneği (n=2) ve baston (n=5) kullandığı belirlenmiştir. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.1.4. Bireylerin Kurumla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	n (%)	n (%)	
Kurumda Yaşama Süresi			
Ortanca (min-max)	6 (1-30)	6 (1-15)	X ² =0.00 p*=1.000
0-5 Yıl	15 (48.4)	16 (51.6)	
6 Yıl ve ↑	16 (51.6)	15 (48.4)	
Kurumda Kaldığı Oda Türü			
Tek kişilik	16 (51.6)	11 (35.5)	X ² =1.798 p=0.407
Çift kişilik	12 (38.7)	17 (54.8)	
Üç kişi ve üzeri	3 (9.7)	3 (9.7)	
Kurumda Yaşamaktan Memnuniyet Durumu			
Memnun değil	3 (9.7)	4 (12.7)	p**=1.000
Memnun	28 (90.3)	27 (87.3)	
Huzurevinde Yaşamayı Tavsiye Etme Durumu			
Evet	29 (93.5)	30 (96.8)	p**=1.000
Hayır	2 (6.5)	1 (3.2)	
Kurumda Yaşayan Diğer Bireylerle Görüşme Durumu			
Görüşüyor	28 (90.3)	29 (93.5)	p**=1.000
Görüşmüyor	3 (9.7)	2 (6.5)	
Kuruma Ziyaretine Gelen Yakını Olma Durumu			
Var	31 (100.0)	25 (80.6)	p**=0.024
Yok	0 (0.0)	6 (19.4)	
Toplam	31 (100.0)	31 (100.0)	

* p <0.05 alınmıştır.

**Fisher's Exact Test değeri verildiği için X² değeri verilememiştir.

Tablo 4.1.4'de çalışmaya katılan bireylerin kaldıkları kurumla ilgili tanıtıcı bulguları yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin kurumda yaşama süresi ortancasının 6 (min=1-max=30) yıl olduğu ve %51.6'sının 6 yıl ve daha uzun süredir kurumda kaldığı belirlenmiştir. Bu grupta yer alan bireylerin %51.6'sının kurumda tek kişilik odada kaldığı, %90.3'ünün kurumda yaşamaktan memnun olduğu ve %93.5'inin kurumda yaşamayı tavsiye ettiği belirlenmiştir. Tablo 4.1.4'de belirtilmemekle birlikte, bireylerin %80.6'sının tek başına yaşaması nedeni ile kurumda yaşamayı tercih ettiği, %51.7'sinin kurumun yemek ve temizlik gibi hizmetlerinden çok memnun olduğu ve kurumda yaşamaktan memnun olmayan iki birey ise, çocukları ile ya da kendi evlerinde yaşamayı tercih ettiklerini ifade

etmişlerdir. Bireylerin %90.3'ünün kurumda yaşayan diğer bireyler ile görüştüğü, görüşülen kişi sayısı ortancasının 2 (min=0-max=6) olduğu saptanmıştır. Bireylerin tamamının kuruma ziyarete yakınlarının geldiği ve tabloda belirtilmemekle birlikte, bireylerin %29.2'sinin haftada bir gün ziyaretçisinin geldiği, %71'inin kurumdan izinli çıktığı ve %64.6'sının akraba ziyareti için kurumdan izinli çıktığı saptanmıştır.

Kontrol grubundaki bireylerin kurumda kalış süresi ortancasının 6 (min=1-max=30) yıl olduğu ve %51.6'sının 5 yıl ve daha kısa süre kurumda kaldığı belirlenmiştir. Bu grupta yer alan bireylerin %54.8'i kurumda çift kişilik odada kaldığı, %87.3'ünün kurumda yaşamaktan memnun olduğu ve %96.8'inin kurumda yaşamayı tavsiye ettiği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bireylerin %77.4'ü tek başına yaşamayı nedeni ile kurumda yaşamayı tercih ettiği, %50'sinin kurumun yemek, temizlik ve güvenlik gibi hizmetlerinden çok memnun olduğu ve kurumda yaşamaktan memnun olmayan iki bireyin çocukları ile birlikte yaşamak istediği ve bir bireyinde kurum yemeklerinin kötü olması sebebi ile kurumda yaşamak istemediği belirlenmiştir. Bireylerin %93.5'inin kurumda yaşayan diğer bireyler ile görüştüğü ve görüşülen kişi sayısı ortancasının 2 (min=0-max=4) olduğu saptanmıştır. Bireylerin %80.6'sının kuruma ziyarete yakınlarının geldiği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bireylerin %22.5'inin haftada bir gün ziyaretçisinin geldiği, %64.5'inin kurumdan izinli çıktığı ve %28.6'sının akraba ziyareti için kurumdan izinli çıktığı saptanmıştır. Gruplarda yer alan bireyler kurumla ilgili tanıtıcı bilgileri ve kurumda yaptığı faaliyetler açısından karşılaştırıldığında sadece kuruma ziyaretine gelen yakını olma durumu müdahale grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.1.5. Bireylerin Kurumda Yaptığı Egzersiz ve Aktivitelere Göre Dağılımı

Kurumda Yapılan Egzersiz/ Aktiviteler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	n (%)	n (%)	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu			
Var	21 (67.7)	15 (48.4)	X ² =1.656 p*=0.198
Yok	10 (32.3)	16 (51.6)	
Yapılan Egzersiz Türü			
Yürüyüş	13 (61.9)	9 (70.0)	X ² =0.000 p=1.000
Fizyoterapist eşliğinde egzersiz	8 (38.1)	6 (30.0)	
Kurumda Sosyal aktivite Düzenlenme Durumu			
Var	29 (93.5)	26 (86.7)	p=0.425
Yok	2 (6.5)	4 (13.3)	
Sosyal Aktivitelere Katılma Sıklığı			
Her zaman	13 (41.9)	7 (23.3)	X ² =2.428 p=0.297
Bazen	13 (41.9)	17 (53.4)	
Hiçbir zaman	5 (16.1)	7 (23.3)	
Aktivitelere Katılmayı Engelleyen Herhangi Bir Sorun Olma Durumu			
Var	9 (29.0)	11 (36.7)	X ² =0.131 p*=0.717
Yok	22 (71.0)	19 (63.3)	
Kurumda Yapılan Günlük Faaliyetler			
Televizyon izleme	30 (96.8)	29 (93.5)	p**=1.000
Müzik dinleme	29 (93.5)	24 (77.4)	p**=0.147
Dini aktivite	16 (51.6)	9 (29.0)	X ² =2.413 p=0.120
Gazete okuma	14 (45.2)	6 (19.4)	X ² =3.617 p=0.057
Kurum dışında ziyaret	12 (38.7)	5 (16.1)	X ² =2.918 p=0.088
Kurum içinde arkadaş ziyareti	9 (29.0)	16 (51.6)	X ² =2.413 p=0.120
Kitap okuma	7 (22.6)	14 (45.2)	X ² =2.592 p=0.107
Bulmaca çözme	5 (16.7)	2 (6.5)	p**=0.255
Bitki bakımı yapma	4 (12.9)	1 (3.2)	p**=0.354
El işi yapma	4 (12.9)	6 (19.4)	X ² =0.119 p=0.730
Huzurevi dışında gezinti	4 (12.9)	3 (10.3)	X ² =3.979 p=0.078
Kağıt-konken oynama	2 (6.5)	1 (3.2)	p**=1.000

* p <0.05 alınmıştır.

**Fisher's Exact Test değeri verildiği için X² değeri verilememiştir.

Tablo 4.1.5’de bireylerin kurumda yaptığı aktivite ve egzersize göre dağılımı verilmiştir. Müdahale grubunu oluşturan bireylerin %67.7’si düzenli egzersiz yaptığını, %61.9’u yürüyüş yaptığını, %93.5’i kaldığı kurumda sosyal aktivite düzenlendiğini, %41.9’u kurumda düzenlenen sosyal aktivitelere bazen katıldığını ve %71’i sosyal aktivitelere katılımı engelleyecek sorunu olmadığını bildirmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bireylerin %69’u kurumlarında genellikle yemek ve gezi gibi sosyal aktivitelerin düzenlendiğini, %75.9’u yemek ve gezi amaçlı düzenlenen sosyal aktivitelere katılmaktan hoşlandığını ve %66.7’si yürümede zorlanma nedeni ile aktivitelere düzenli olarak katılmadığını ifade etmiştir. Bireylerin günlük en sık yaptığı beş faaliyet arasında televizyon izleme (n=30), müzik dinleme (n=29), dini aktivite (n=16), gazete okuma (n=14) ve huzurevi dışında ziyaret (n=12) yer almaktadır.

Kontrol grubunu oluşturan bireylerin %48.4’ü düzenli egzersiz yaptığını, %70’i yürüyüş yaptığını, %86.7’si yaşadığı kurumda sosyal aktivitelerin düzenlendiğini, %53.4’ü kurumda düzenlenen sosyal aktivitelere bazen katıldığını ve %63.3’ü sosyal aktivitelere katılımı engelleyecek sorunu olmadığını bildirmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte bireylerin %57.7’si yaşadığı kurumda genellikle yemek ve gezi gibi sosyal aktivitelerin düzenlendiğini, %74.2’i yemek ve gezi amaçlı düzenlenen sosyal aktivitelere katılmaktan hoşlandığını ve %72.7’si yürümede zorlanma nedeni ile aktivitelere düzenli olarak katılmadığını ifade etmiştir. Bireylerin günlük en sık yaptığı beş faaliyet arasında televizyon izleme (n=29), müzik dinleme (n=24), kurum içinde arkadaş ziyareti (n=16), kitap okuma (n=14) ve dini aktivite (n=9) yer almaktadır.

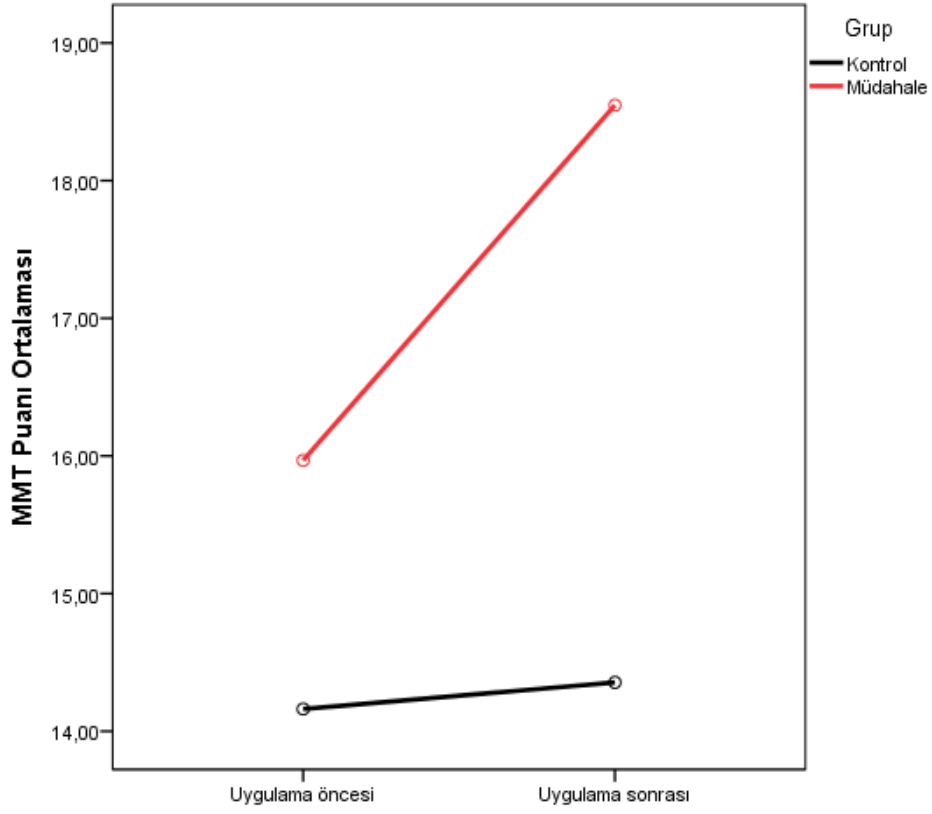
4.2. Anımsama Terapisi Uygulanan (Müdahale Grubu) ve Uygulanmayan (Kontrol Grubu) Bireylerin Bilişsel Durum, Depresyona ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine İlişkin Bulguları

Tablo 4.2.1. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki MMT Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MMT Puanı	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p
Anımsama Terapisi Öncesi MMT Puanı	15.65±2.49	14.16±2.14	9.333	0.003
Anımsama Terapisi Sonunda MMT Puanı	18.54±3.36	14.35±1.99	35.649	p<0.001
F	52.402	0.295		
p	p<0.001	0.589		
Etkileşim Anlamlılığı	F=22.418 p<0.001			

*Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.1’de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin anımsama terapisi öncesinde ve sonunda aldıkları MMT puanlarının gruplar arası ve grup içi değişimi yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları MMT puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda yer alan bireylerde ise anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları MMT puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesinde aldıkları MMT puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Anımsama terapisi sonunda ise, müdahale ve kontrol grubu MMT puan ortalaması arasında arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Grafik 4.2.1). İki grup arasındaki değişim incelendiğinde (etkileşim) müdahale grubunda istatistiksel olarak daha anlamlı bir artışın olduğu saptanmıştır. Tabloda belirtilmemekle birlikte müdahale grubunda yer alan bireylerin hastalık evrelerine göre MMT puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Grafik 4.2.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki MMT Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2.2. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları MMT Puan Farkı Ortancalarının Demografik ve Tıbbi Özellikleri ile Karşılaştırılması

Demografik ve Tıbbi Özellikler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	MMT Puan Farkı Ortancası (min-max)	MMT Puan Farkı Ortancası (min-max)	Z p
Yaş (yıl)			
65 -79 Yaş	1 (-1 – 9)	0 (-2 – 2)	Z=-1.430 p=0.200
80 ve ↑	3 (0 – 9)	0 (-3 – 5)	Z=-4.050 p<0.001
Cinsiyet			
Kadın	2 (-1 – 9)	0 (-3 – 3)	Z=-3.625 p<0.001
Erkek	1.5 (0 – 5)	0 (-1 – 5)	Z=-2.434 p=0.019
Eğitim Durumu			
İlköğretim ve ↓	1 (0-6)	0 (-3 – 2)	Z=-3.552 p<0.001
Lise ve ↑	4 (-1-9)	0 (-1 – 5)	Z=-2.509 p=0.012
Daha Önceki Çalışma Durumu			
Çalışmış	3 (-1 – 9)	0 (-3 – 5)	Z=-3.498 p<0.001
Çalışmamış	2 (0 – 3)	0 (-2 – 2)	Z=-2.673 p=0.008
Ek Kronik Hastalığı Sayısı			
1-4	2 (0 – 9)	0 (-3 – 5)	Z=-3.998 p<0.001
5 ve ↑	1 (-1 – 7)	0 (-2 – 2)	Z=-1.710 p=0.094

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.2’de müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları MMT puan farkı ortancasının demografik ve tıbbi özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Yaş (80 ve üzeri yaş grubunda), cinsiyet (her iki cinsiyette), eğitim durumu (her iki eğitim durumunda), daha önceki çalışma durumu (her iki çalışma durumunda) ve kronik hastalık sayısı (dört ve daha az sayıda kronik hastalığı olan grupta) bakımından MMT puan farkı ortancası karşılaştırıldığında müdahale grubunda yer alan bireylerin MMT puan farkı ortancasının kontrol grubunda yer alan bireylerin puan farkı

ortancasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Müdahale grubunda yer alan bireylerden eğitim seviyesi lise ve üzeri olan bireylerin, ilköğretim ve altı seviyedeki bireylere göre MMT puan farkı ortancasının istatistiksel olarak anlamlı derecede artış gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.2.3. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları MMT Puan Farkı Ortancalarının Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Günlük Yaşam Aktiviteleri/ Gereksinim Durumları	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	MMT Puan Farkı Ortancası (min-max)	MMT Puan Farkı Ortancası (min-max)	Z p
Günlük İşlerinde Yardımına Gereksinim Duyma Durumu			
Var	2 (-1 – 9)	0 (-2 – 5)	Z=-3.454 p<0.001
Yok	3 (0 – 6)	0 (-3 – 2)	Z=-2.449 p=0.016
Yardım Alınarak Yapılan Aktiviteler			
Tedavi			
Var	3 (0 – 6)	0 (-2 – 2)	Z=-3.118 p=0.002
Yok	2 (-1 – 9)	0 (-3 – 5)	Z=-2.981 p=0.003
Ekonomik İşler			
Var	3 (0 – 6)	0 (-2 – 2)	Z=-3.480 p<0.001
Yok	2 (-1 – 9)	0 (-3 – 5)	Z=-2.540 p=0.012
Banyo			
Var	3 (0 – 6)	0 (-2 – 5)	Z=-3.280 p=0.001
Yok	2 (-1 – 9)	0 (-3 – 1)	Z=-2.848 p=0.004
Alışveriş			
Var	2.5 (0 – 6)	0 (-2 – 2)	Z=-3.378 p=0.001
Yok	2 (-1 – 9)	0 (-3 – 5)	Z=-2.721 p=0.006
Hareket Etmede Yardımcı Araç Kullanma Durumu			
Var	2.5 (0 – 7)	0 (-3 – 3)	Z=-3.792 p<0.001
Yok	2 (-1 – 9)	0 (-1 – 5)	Z=-2.129 p=0.041

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.3’de müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları MMT puan farkı ortancalarının bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer

almaktadır. Buna göre günlük işlerinde yardım, hareket etmede yardımcı araç kullanma, tedavi, ekonomik işler, banyo, alışveriş gibi aktivitelerde yardıma gereksinim durumlarına ilişkin MMT puan ortancaları farkının müdahale grubunda yer alan bireylerde kontrol grubunda yer alan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.4. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları MMT Puan Farkı Ortancasının Kurumda Kalış Süresi ve Kurumda Günlük Yapılan Faaliyetler ile Karşılaştırılması

Kurumla İlgili Özellikler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu(n:31)	İstatistiksel Değerler
	MMT Puan Farkı Ortanca (min-max)	MMT Puan Farkı Ortanca (min-max)	Z p
Kurumda Yaşama Süresi			
0-5 yıl	2 (0 – 6)	0 (-2 – 5)	Z=-2.290 p=0.024
6 yıl ve ↑	2.5 (-1-9)	0 (-3 – 3)	Z=-3.674 p<0.001
Kurumda Yapılan Günlük Faaliyetler			
Gazete Okuma			
Var	3.5 (0 – 9)	0 (-2 – 5)	Z=-2.201 p=0.026
Yok	2 (-1 – 5)	0 (-3 – 3)	Z=-3.202 p=0.001
Kitap Okuma			
Var	3.5 (0 – 9)	1 (-1 – 5)	Z=-2.148 p=0.031
Yok	1 (-1 – 5)	0 (-3 – 2)	Z=-3.313 p=0.001
El İşi Yapma			
Var	5 (2 – 9)	0.5 (-3 – 2)	Z=-2.467 p=0.010
Yok	2 (-1 – 6)	0 (-2 – 5)	Z=-3.741 p=0.001
Dini Aktivite			
Var	2 (0 – 9)	0 (-2 – 3)	Z=-2.976 p=0.002
Yok	3 (-1 – 6)	0 (-3 – 5)	Z=-2.791 p=0.006
Kurum İçinde Arkadaş Ziyareti			
Var	3 (0 – 9)	0 (-3 – 5)	Z=-2.646 p=0.008
Yok	2 (-1 – 7)	0 (-2 – 2)	Z=-3.322 p=0.001

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.4’de müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları MMT puan farkı ortancasının bireylerin kurumda kalış süresi ve kurumda yaptıkları günlük faaliyetler ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin, kurumda yaşama

süresi, gazete ve kitap okuma, el işi yapma, dini aktivite ve kurumda arkadaş ziyareti yapma durumlarına göre MMT puan farkı ortancasının, kontrol grubunda yer alan bireylerin MMT puan farkı ortancasından istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

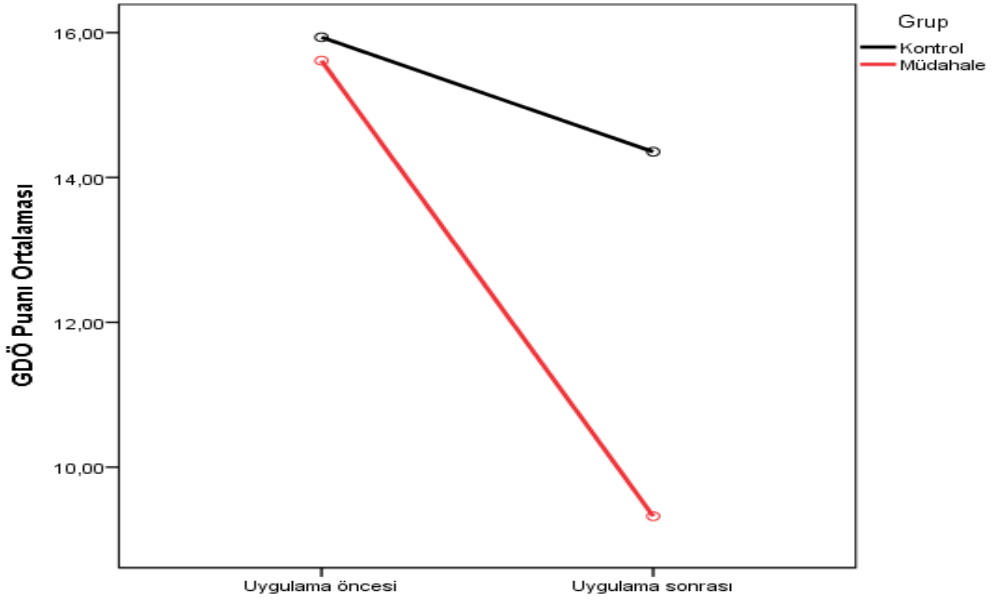
Bireylerin kurumda yaşamaktan memnuniyet, kurumda yaşamayı tavsiye etme, kuruma ziyaretine gelen yakını olma, düzenli egzersiz yapma durumu, yapılan egzersiz türü, sosyal aktivitelere katılma sıklığı, televizyon izleme, bulmaca çözme, bitki bakımı yapma, müzik dinleme, kağıt-konken oynama, kurum dışında ziyaret, kurum dışında gezinti yapma durumlarının yer aldığı gruptaki denek sayıları test koşullarını sağlayamadığından istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 4.2.5. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

GDÖ Puanı	Müdahale	Kontrol	İstatistiksel	
	Grubu (n:31)	Grubu (n:31)	Değerler	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	F	p
Anımsama Terapisi Öncesi GDÖ Puanı	15.61±3.06	15.93±4.35	0.114	0.737
Anımsama Terapisi Sonrası GDÖ Puanı	9.32±2.82	14.35±4.66	26.406	p<0.001
F	108.881	6.875		
p	p<0.001	0.011		
Etkileşim Anlamlılığı	F=30.518 p<0.001			

*Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.5’de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonundaki GDÖ puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası değişimi yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları GDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda yer alan bireylerde anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları GDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir değişim olduğu saptanmamıştır ($p<0.05$). Müdahale ve kontrol grubunun anımsama terapisi öncesinde aldıkları GDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Anımsama terapisi sonunda müdahale ve kontrol grubu MMT puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Grafik 4.2.2). İki grup arasındaki değişim incelendiğinde (etkileşim) müdahale grubundaki, bireylerin GDÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır.



Grafik 4.2.2. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki GDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2.6. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonundaki GDÖ Puan Farkı Ortancasının Demografik ve Tıbbi Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik ve Tıbbi Özellikler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu(n:31)	İstatistiksel Değerler
	GDÖ Puan Farkı Ortanca (min-max)	GDÖ Puan Farkı Ortanca (min-max)	Z p
Yaş (yıl)			
65 -79 Yaş	-6.5 (-9 – -2)	-2 (-5 – 8)	Z=-2.613 p=0.008
80 ve ↑	-7 (-13 – 3)	-1 (-11– 2)	Z=-3.899 p<0.001
Cinsiyet			
Kadın	-7 (-13 – 3)	-1 (-11– 8)	Z=-3.944 p<0.001
Erkek	-6 (-11– -2)	-2 (-9– 2)	Z=-2.700 p=0.005
Eğitim Durumu			
İlköğretim ve ↓	-7 (-10 – 3)	-1 (-11 – 8)	Z=-4.011 p<0.001
Lise ve ↑	-7 (-13 – -3)	-2 (-9 – 2)	Z=-2.495 p=0.012
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
Var	-6 (-9 – 3)	-1(-11 – 8)	Z=-3.925 p<0.001
Yok	-9 (-13 – -2)	-3(-3 – 0)	Z=-2.506 p=0.011
Daha Önceki Çalışma Durumu			
Çalışmış	-7 (-13 – 3)	-2 (-9 – 8)	Z=-4.495 p<0.001
Çalışmamış	-7.5 (-10 – 3)	-1 (-11 – 2)	Z=-1.852 p=0.074
Ek Kronik Hastalık Sayısı			
1-4	-7 (-13 – 3)	-1 (-11 – 2)	Z=-3.925 p<0.001
5 ve ↑	-6.5 (-11– -2)	-2 (-5 – 8)	Z=-2.679 p=0.006

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.6’da müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları GDÖ puan farkı ortancasının demografik ve tıbbi özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin GDÖ puan farkı ortancasının; yaş, cinsiyet, eğitim, daha önceki çalışma durumu ve ek kronik hastalık sayısına göre değişimi incelendiğinde kontrol grubunda yer alan bireylerin GDÖ puan farkı ortancasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 4.2.7. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları GDÖ Puan Farkı Ortancasının Günlük Yaşam Aktivitesi Bağımlılık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Günlük Yaşam Aktiviteleri/ Gereksinim Durumları	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	GDÖ Puan Farkı Ortanca (min-max)	GDÖ Puan Farkı Ortanca (min-max)	Z p
Günlük İşlerinde Yardımına Gereksinim Duyma Durumu			
Var	-9 (-13 – 3)	-1 (-11-8)	Z=-3.451 p<0.001
Yok	-6 (-9 – 3)	-1 (-3-2)	Z=-3.455 p<0.001
Yardım Alınarak Yapılan Aktiviteler			
Ekonomik İşler			
Var	-7 (-13 – 3)	-1.5 (-11-8)	Z=-3.143 p=0.001
Yok	-6.5 (-11 – 3)	-1 (-9 – 2)	Z=-3.553 p<0.001
Banyo			
Var	-7 (-13 – 3)	-1.5 (-11 – 8)	Z=-3.445 p<0.001
Yok	-6 (-11 – 3)	-1 (-3 – 2)	Z=-3.413 p<0.001
Alışveriş			
Var	-8.5 (-13 – 3)	-1 (-11 – 8)	Z=-3.462 p<0.001
Yok	-6 (-9 – 3)	-1.5 (-9 – 2)	Z=-3.157 p=0.001
Hareket Etmeye Yardımcı Araç Kullanma Durumu			
Var	-7 (-13 – -2)	-1 (-4 – 8)	Z=-4.715 p<0.001
Yok	-7 (-9 – 3)	-1.5 (-11 – 2)	Z=-1.790 p<0.075

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.7’de müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi uygulama öncesi ve sonunda aldıkları GDÖ puan farkı ortancasının bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre günlük işlerinde yardım, hareket etmede yardımcı araç kullanma, tedavi, ekonomik işler, banyo, alışveriş gibi aktivitelerde

yardıma gereksinim durumlarına ilişkin GDÖ puan farkı ortancaları müdahale grubunda yer alan bireylerin, kontrol grubunda yer alan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin yardıma gereksinim duyduğu alanlardan; kişisel temizlik, giyinme, hareket ve tuvalete gitme durumlarına göre GDÖ puan farkı ortancası değişimi incelendiğinde gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.8. Bireylerin Anımsama Terapisi Öncesi ve Sonunda Aldıkları GDÖ Puan Farkı Ortancasının Bireylerin Kurumda Kalış Süresi ve Kurumda Günlük Yaptığı Faaliyetleri ile Karşılaştırılması

Kurumla İlgili Özellikler	Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değerler
	GDÖ Puan Farkı Ortanca (min-max)	GDÖ Puan Farkı Ortanca (min-max)	Z p
Kurumda Kalış Süresi			
0-5 Yıl	-7 (-13 – 3)	-2 (-9 – 8)	Z=-3.063 p=0.002
6 Yıl ve ↓	-6.5 (-11 – 3)	-1 (-11 – 2)	Z=-3.554 p<0.001
Kurumda Yapılan Günlük Faaliyetler			
Gazete Okuma			
Var	-7 (-13 – 3)	-1.5 (-9 – 2)	Z=-1.996 p=0.051
Yok	-7 (-10 – 3)	-1 (-11 – 8)	Z=-4.083 p<0.001
Kitap Okuma			
Var	-7 (-13 – 3)	-1 (-9 – 2)	Z=-2.363 p=0.016
Yok	-7 (-10 – 3)	-1.5 (-11 – 8)	Z=-3.978 p<0.001
El İşi Yapma			
Var	-4.5 (-7 – 3)	-2 (-5 – 2)	Z=-0.645 p=0.610
Yok	-7 (-13 – 3)	-1 (-11 – 8)	Z=-4.745 p<0.001
Dini Aktivite			
Var	-7 (-10 – 3)	-1 (-4 – 2)	Z=-2.846 p=0.004
Yok	-7 (-13 – 2)	-1.5 (-11 – 8)	Z=-4.053 p<0.001
Kurum İçinde Arkadaş Ziyareti			
Var	-6 (-9 – 3)	-1 (-9 – 2)	Z=-2.718 p=0.005
Yok	-7 (-13 – 3)	-2 (-11 – 8)	Z=-3.581 p<0.001

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.8’de müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları GDÖ puan farkı ortancasının bireylerin kurumda kalış süresi ve kurumda yaptıkları günlük faaliyetler ile karşılaştırılmasına ilişkin

bulgular yer almaktadır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin, kurumda yaşama süresi, kitap okuma, günlük el işi, dini aktivite ve kurum içinde arkadaş ziyareti yapma durumuna göre GDÖ puan farkı ortancası, kontrol grubunda yer alan bireylerin GDÖ puan ortancası ile karşılaştırıldığında müdahale grubunda yer alan bireylerin GDÖ puan farkı ortancasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin kurumda yaşamaktan memnuniyet, kurumda yaşamayı tavsiye etme, kuruma ziyaretine gelen yakını olma, düzenli egzersiz yapma durumu, yapılan egzersiz türü, sosyal aktivitelere katılma sıklığı, televizyon izleme, bulmaca çözme, bitki bakımı yapma, müzik dinleme, kağıt-konken oynama, kurum dışında ziyaret, kurum dışında gezinti yapma durumlarının yer aldığı gruptaki denek sayıları test koşullarını sağlayamadığından istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 4.2.9. Bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formundan Aldıkları Puan Ortancaları Farkının Karşılaştırılması

Günlük Yaşam Faaliyetleri Alanları		Müdahale Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)
		Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)
Hareket	İlk Ölçüm	100 (0-100)	100 (33.3-100)
	İkinci Ölçüm	100 (0-100)	100 (33.3-100)
Bireysel hijyen	İlk Ölçüm	100 (33.3-100)	100 (33.3-100)
	İkinci Ölçüm	100 (33.3-100)	100 (33.3-100)
Beslenme	İlk Ölçüm	100 (33.3-100)	100 (33.3-100)
	İkinci Ölçüm	100 (33.3-100)	100 (33.3-100)
Uyku	İlk Ölçüm	100 (0-100)	100 (0-100)
	İkinci Ölçüm	100 (0-100)	100 (0-100)
Giyinme	İlk Ölçüm	100 (33.3-100)	66.7 (33.3-100)
	İkinci Ölçüm	100 (33.3-100)	66.7 (33.3-100)
İletişim	İlk Ölçüm	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)
	İkinci Ölçüm	66.7 (33.3-100)	33.3 (0-100)
İşbirliği	İlk Ölçüm	66.7 (0-100)	33.3 (0-100)
	İkinci Ölçüm	66.7 (33.3-100)	33.3 (0-100)
Sosyalleşme	İlk Ölçüm	66.7 (33.3-100)	66.7 (33.3-66.7)
	İkinci Ölçüm	66.7 (66.7-100)	66.7 (0-100)
Huzursuzluk	İlk Ölçüm	100 (66.7-100)	100 (66.7-100)
	İkinci Ölçüm	100(0-100)	66.7 (33.3-66.7)

Tablo 4.2.9'da müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisi öncesi ve sonundaki Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formundan aldıkları puan farkı ortancalarının değişimine ilişkin bulgular yer almaktadır. Her iki grupta yer alan bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formunun hareket, bireysel hijyen, beslenme, uyku ve giyinme alanlarından anımsama terapisi öncesi ve sonunda aldıkları puan farkı ortancaları incelendiğinde, gruplar arasında bir değişimin olmadığı belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formunun iletişim, işbirliği, sosyalleşme ve huzursuzluk alanlarında olumlu yönde bir değişim olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin, Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formunun iletişim alanından aldıkları puan farkı ortancasının uygulama sonucunda %33.3'lük bir artışın olduğu belirlenmiştir. Günlük Yaşam Faaliyetleri İzlem Formunun işbirliği ve sosyalleşme alanında müdahale ve kontrol grubunun puan farkı ortancasında bir değişim olmamakla birlikte, müdahale grubunda yer alan bireylerin minimum aldıkları puanda %33.3'lük bir artışın olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin huzursuzluk alanından aldıkları minimum puanda %33.3'lük bir azalmanın olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki bireylerin huzursuzluk ortancasında %33.3'lük bir azalmanın olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular, araştırma kapsamına alınan bireylere uygulanan anımsama terapisinin bilişsel durum, depresyon ve günlük yaşam faaliyetleri üzerine etkisi olmak üzere üç ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Anımsama Terapisinin Bireylerin Bilişsel Durumlarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda müdahale grubunda yer alan bireylerin MMT puan ortalamasının kontrol grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.1). Thorgrimsen ve diğerleri (2002)'nin (129) ve Wang (2007)'in demans hastaları ile yaptıkları çalışmalarda, anımsama terapisi uygulanan bireylerin MMT puanında anlamlı derecede bir artışın olduğu saptanmıştır (138). Benzer olarak Van Bogaert ve diğerlerinin (2013) bireysel anımsama terapisinin hafif ve orta evre Alzheimer tipi demans hastalarına etkisini inceledikleri bir çalışmada, anımsama terapisi sonunda, bireylerin MMT puanında önemli bir artış olduğu belirlenmiştir (134). Aynı çalışmada anımsama terapisi sonunda, orta evre Alzheimer hastalarının, hafif evrede olan bireylere göre, MMT puanında daha fazla bir artış olduğu bildirilmiştir. Yukarıda verilen çalışmalardan farklı olarak; çalışmamızda müdahale grubunda yer alan bireylerin hastalık evrelerine göre MMT puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Yaşlı bireylere düzenli aralıklarla geçmişi hatırlamalarına yönelik yapılan uygulamalar sonucunda, bireylerin geçmişi hatırlamaya yönelik bilinçli olarak daha fazla çaba ve zaman ayırması, aynı zamanda oturumlarda başka bir üyenin anılarını aktarırken anlattıklarının kişinin anılarını çağrıştırmaya ve hatırlamayı kolaylaştırıcı etkisi nedeni ile bilişsel süreç üzerine olumlu etki ettiği düşünülmektedir.

Literatürde yaşla birlikte bireylerin geçmişi hatırlamaya yönelik düşünme sıklığında (anımsama eylemi sıklığında) bir artış yaşandığı bildirilmektedir (125). Hallford, Mellor ve Cummins (2013)'in yaptıkları çalışmada, yaşlı bireylerin genç bireylere göre geçmişi anımsama sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (54). Cappelliez ve Robitaille (2010) tarafından yaşlı bireylerin psikolojik iyilik hali ile anımsama arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, yaşla birlikte

depresif belirtilerin artmasına ve psikolojik iyilik halinin olumsuz yönde değişmesine bağlı olarak anımsama sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (22). Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda müdahale grubunda yer alan 80 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin MMT puan farkı ortancasında, 65-79 yaş grubundakilere göre 2 birim daha fazla artış olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2). Çalışmamızda örneklem grubundaki bireylerin yaş ortalamasının 80 ve üzeri olması ve yaşla birlikte anımsama eylemini sıklığının artmasının yanında düzenli olarak geçmiş anımsamaya yönelik yapılan oturumlar sonucunda, 80 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin MMT puanında daha fazla bir artış olduğu düşünülmektedir.

Literatürde cinsiyet ve anımsama eylemi sıklığında kesin bir görüş olmamasına rağmen, kadınların geçmişi daha sık anımsadıkları belirtilmektedir. (141). De Vries ve Watt (1996), kadınların önem verdiği yaşam olaylarının erkeklerden sayıca daha fazla olduğunu ve kadınların yaşam olaylarıyla daha çok duygusal bağ kurup anımsadığını bildirmiştir (36). Çalışmamızda müdahale grubundaki her iki cinsiyetteki bireylerin, uygulama sonunda MMT puan farkı ortancasının uygulama öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı ($p<0.05$) ve kadınların MMT puan farkı ortancasının erkeklere göre 0.5 birim daha fazla arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Bu durumun örneklem grubunun çoğunluğunun kadın olması, oturumlarda kadınların konuşarak paylaşmaya daha istekli olması ve böylece birbirlerini geçmişi daha fazla hatırlama konusunda uyaran olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde eğitim düzeyi ile kognitif fonksiyonlar arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Çuhadar ve diğerlerinin (2006) huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin bilişsel işlev ve günlük yaşam aktiviteleri düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça bilişsel düzeyin de olumlu yönde arttığı belirlenmiştir (32). Aynı zamanda yüksek zeka düzeyi, eğitim, mesleki başarı ve boş zaman faaliyetlerine katılım ile bireylerin Alzheimer hastalığı gelişme riskinin azaldığı (124), eğitim seviyesi ve çalışma süresi azaldığında ise riskin arttığı literatürde bildirilmektedir (123). Çalışmamızda müdahale grubunda her iki eğitim seviyesinde yer alan bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre uygulama sonunda aldıkları MMT puan farkı ortancasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Lise ve üzeri eğitim

seviyesinde yer alan bireylerin, ilköğretim ve daha alt eğitim seviyesindeki bireylerden 3 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Ayrıca müdahale grubunda yer alan bireylerden eğitim seviyesi lise ve üzeri olan bireylerin MMT puan farkının, ilköğretim ve altı seviyedekilere göre MMT puan farkı ortancasının istatistiksel olarak anlamlı derecede artış gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim seviyesi yüksek olan bireyler düşük eğitim seviyesindeki bireylere göre geçmişteki olayları zihninde canlandırma, daha erken hatırlama ve uyarılara açık olma, durumlar arasında daha hızlı ilişki kurma ve düşünmek için daha fazla zaman harcama gibi nedenlere bağlı olarak kognitif durumları daha olumlu etkilenebilmektedir (31). Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça bireylerin anımsamaya ilişkin benzer tepki gösterdiği düşünülmektedir.

Literatürde çalışma hayatı, eğitim ve boş zaman faaliyetlerinden edinilen her bir yaşam deneyiminin bilişsel fonksiyonları koruyucu özelliğinin olduğu bildirilmektedir (122, 124). Aynı zamanda eğitim seviyesinden bağımsız olarak çalışma deneyimi varlığının, Alzheimer hastalığının klinik belirtilerinin ortaya çıkmasını geciktirebileceği bildirilmektedir (122). Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda müdahale grubunda daha önce çalışma deneyimi olan bireylerin, çalışma deneyimi olmayan bireylerin MMT puanından 1 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2). Bu durumun eğitim durumuna benzer olarak çalışma deneyimi olan bireylerin zihinsel olarak daha aktif bir yaşam sürmeleri, yaşam deneyimlerinin daha fazla olması ve grupta yer alan bireylerin benzer özelliklere sahip olması nedeni ile birbirlerine hatırlama konusunda daha fazla uyaran vermesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda müdahale grubunda dört ve daha az sayıda kronik hastalığa sahip bireylerin anımsama terapisi uygulaması sonucunda MMT puanının kronik hastalık sayısı beş ve üzerindeki bireylerden 1 birim daha fazla arttığı belirlenmiştir. ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2). Özdemir ve Akdemir (2007)'in hafif kognitif bozukluğu olan bireylere çoklu duyuşsal uyaran modeli uyguladıkları bir çalışmada üç ve üçten az sayıda kronik hastalığa sahip bireylerin MMT puanında, dört ve üzerinde hastalığa sahip bireylere göre daha fazla bir artışı olduğunu bildirilmiştir (92). Hipertansiyon, inme, diyabetes mellitus, kronik kalp hastalığı ve hiperkolesterolemisi gibi yaşla birlikte sıklığı artan hastalıklar, Alzheimer hastalığının ortaya çıkma riskini

artırmakta ve bilişsel süreci olumsuz yönde etkilenmektedir (118). Bu durumun kronik hastalık sayısı az olan bireylerin bilişsel olarak daha az olumsuz etkilenmelerine bağlı geçmişi daha az zorlanarak anımsamayabileceği ve buna bağlı olarak da anımsayabilmek için daha motive olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde Camcı ve diğerlerinin (2010) demans hastalarının bilişsel durumunun günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hasta bireylerin bilişsel durumdaki bozukluk arttıkça günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirme yetisinde azalma olduğu bildirilmiştir (18). Çalışmamızda müdahale grubunda ekonomik, banyo ve alışveriş işlerinde yardıma gereksinim duyan bireylerin, yardıma gereksinim duymayan bireylere göre anımsama terapisi sonunda MMT puanında 0.5-1 birim daha fazla artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). Fry tarafından (1991), bireylerin gerçekleştirdiği günlük yaşam aktivitesi sayısının artmasına bağlı olarak geçmişi anımsama sıklığında azalma olduğu bildirilmektedir (48). Parker (1995), bu durumun nedenini iki başlıkta özetlemiştir. Bunlardan birincisi bireylerin anımsama davranışı ile fiziksel fonksiyonları arasında bir ilişkinin olduğu ve ikincisi neden ise, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı azaldıkça geçmiş yaşam olaylarını anımsama eğiliminin arttığı şeklinde ifade etmiştir. Bu durumun bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumlarının artması ile zihni meşgul edebilecek farklı uğraşlara yönelmesine bağlı olarak, bireylerin kendilerini ve geçmiş yaşamlarını daha fazla sorgulamaya meyilli olabileceği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (95).

Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonrası kurumda yaşama süresine göre MMT puanı arasındaki değişim incelendiğinde, müdahale grubunda yer alan bireylerin, kontrol grubunda yer alan bireylere göre MMT puan farkı ortancasındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.4). Müdahale grubunda yer alan altı yıldan daha fazla süredir kurumda yaşayan bireylerin MMT puanının, beş yıldan daha kısa sürede yaşayanlara göre 0.5 birim daha fazla arttığı belirlenmiştir. Palabıyıkoglu ve diğerlerinin (1992) yaşlı bireylerin depresyon ve yaşam doyumu belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, kurum yaşamının bilişsel ve duygusal sorunların ortaya çıkması açısından bir risk oluşturduğu bildirilmektedir (94).

Literatürde yapılan çalışmalarda kitap ve gazete okuma, oyun oynama gibi aktivitelerin hem demans riskini, hem de bilişsel kayıpları azalttığı bildirilmiştir (107, 142). Literatürde yapılan kohort çalışmalarında masa üstü oyun oynama (34) ve boş zamanlarında seyahat etme, örgü örme ve bahçe işleri ile uğraşma ile bilişsel durumun olumlu yönde etkilendiği ve demans riskinin azaldığı (42) bildirilmiştir. Lopes ve diğerlerinin (2012) toplumda yaşayan yaşlı bireyler ile yaptıkları bir çalışmada, kitap okumayan ve eğitim seviyesi düşük bireylerin Alzheimer başta olmak üzere diğer tüm demans türleri için risk faktörü oluşturduğunu bildirmişlerdir (78). Çalışmamızda müdahale grubunda gazete okuyan bireylerin, okumayan bireylere göre MMT puan farkı ortancasına göre 1.5 birim, kitap okuyan bireylerin okumayan bireylere göre 2.5 birim, el işi yapan bireylerin yapmayan bireylere göre 5 birim, dini aktivite yapmayan bireylerin dini aktivite yapan bireylere göre 1 birim ve kurum içinde arkadaş ziyareti yapanların yapmayan bireylere 1 birim artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Literatürle benzer olarak çalışmamızda bireylerin yaptığı bilişsel aktivitelere paralel olarak bilişsel düzeylerinin olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra çalışmamız örnekleminin çoğunluğunu kadın bireylerin oluşturması ve 65 yaş ve üzeri kadın bireylerin toplumumuzda boş zamanlarında sıklıkla örgü örme gibi el işleri yapmasına bağlı olarak el işi yapan bireylerin MMT puanında daha fazla bir artış olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu bulgunun kitap okuma sırasında zihin okunan metne odaklanırken, örgü sırasında zihnin anılara odaklanabileceği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Anımsama Terapisinin Depresyon Düzeyine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda müdahale grubunda yer alan bireylerin GDÖ puanında 6.29 birimlik bir azalmanın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.5). Çalışmamızın sonucu literatürde anımsama terapisi uygulamasının depresyon üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarla benzerlik göstermektedir (13, 64, 113, 126, 137, 145). Chiang ve diğerlerinin (2010) kurumda yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler ile yaptığı bir çalışmada anımsama terapisi uygulanan grupta yer alan bireylerin yalnızlık ve depresyon düzeyinde bir azalma ve psikolojik iyilik halinde bir artma olduğu belirlenmiştir (25). Chueh ve Chang (2014)

kurumda yaşayan 65 yaş ve üzeri erkek bireyler ile dört hafta uygulamanın ardından altı ay izlem yaptıkları bir çalışmada depresif semptomların uygulama sonucunda azaldığı bildirilmiştir (28). Serrani Azcurra (2012)'nin anımsama terapisinin bakım evinde kalan Alzheimer hastalarının yaşam kalitesine üzerine etkisini incelediği çalışmada, anımsama terapisi uygulanan grupta yer alan bireylerin depresyonunda önemli derece bir azalma olduğu bildirilmiştir (111). Benzer olarak Van Bogaert ve diğerlerinin (2013) Alzheimer hastaları ile yaptığı bir çalışmada, anımsama terapisi sonunda bireylerin depresyon puanında önemli bir azalmanın olduğu belirlenmiştir (134). Melendez-Moral ve diğerlerinin (2013) kurumda yaşayan yaşlı bireyler ile yaptıkları bir çalışmada anımsama terapisi uygulanan bireylerin depresif semptomlarında azalma, yaşam doyumu, kendine güven ve psikolojik iyilik halinde olumlu yönde bir değişim olduğu bildirilmiştir (81). Literatürde anımsama terapisinin depresyon üzerine etkisinin olmadığı bildirildiği çalışmalar da mevcuttur (24, 30, 65). Araştırmacılar tarafından depresif bulgulardaki azalmanın bireylerin birbirleri ile olan iletişiminin artması, eleştirilmeden dinlenilmesi, kendilerine düzenli olarak zaman ayrılması, bir gruba aidiyet düşüncesinin gelişmesi, geçmişte yaşanan anıların hatırlanmaya çalışılması, hatırladıkça kendilerine güvenlerinin artması ve haftalık yapılan oturumların kişiye program sağlaması gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda, yaşa göre müdahale grubunda bulunan bireylerin, kontrol grubundakilere göre GDÖ puan farkı ortancasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.6). Müdahale grubundaki 80 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin GDÖ puan farkı ortancası, 65-79 yaş grubundaki bireylere göre 0.5 birim daha fazla azalmıştır. Hallford ve diğerlerinin (2013) yaptığı bir çalışmada, yaşlı bireylerde geçmişi anımsaması ile depresif semptomlar arasında doğrudan bir ilişki olduğu saptanmıştır (54). Parsons (1986) çalışmasında kurumda yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon düzeyi üzerine olumlu etkisinin belirlendiğini bildirmiştir (97). Youssef (1990)'in yaptığı bir çalışmada 65-74 yaş grubunda yer alan kadınların depresyon puanında azalma belirlenirken, aynı çalışmada 75 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan kadın bireylerin depresyon puanında bir değişimin olmadığı saptanmıştır (148). Verilen çalışma sonuçları çalışmamız sonucu ile benzerlik

göstermemekle birlikte 0.5 birimlik az bir farkın yaşın anımsama terapisi sonunda GDÖ puanı üzerine etkisinin görece fazla olmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızda bu sonucun örneklemini oluşturan bireylerin yaş ortalamasının 80 ve üzeri olması ve yaşla birlikte anımsama sıklığının artmasına bağlı olarak depresyon puanında azalma olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda cinsiyete göre GDÖ puan farkı ortancasındaki değişim incelendiğinde müdahale grubunda, kontrol grubuna göre GDÖ puan farkı ortancasının istatistiksel olarak anlamlı derece azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.6), ($p < 0.05$). Müdahale grubunda yer alan kadın bireylerde GDÖ puan farkı ortancasındaki azalmanın erkeklere göre 1 birim fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde her iki cinsiyet grubu ile ayrı ayrı yapılan çalışmalarda her iki cinsiyette depresyon puanında bir azalmanın olduğu bildirilmiştir. Wu (2011)'nin kurumda yaşayan erkek bireyler ile yaptığı bir çalışmada anımsama terapisi uygulaması sonunda erkek bireylerde depresif semptomların azaldığı belirlenmiştir (145). Youssef (1990)'in yaptığı bir çalışmada kadınların depresyon puanında azalma olduğu saptanmıştır (148). Çalışmamızda kadınların depresyon puanında azalmanın daha fazla olmasının, kadınların oturumlardaki paylaşımlarının ve etkileşimlerinin daha fazla olması ve MMT puanında erkeklere göre daha fazla bir artış olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde de eğitim ve depresyon arasında negatif bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir (40, 52). Çalışmamızda anımsama terapisi sonunda GDÖ puan farkı ortancasının eğitim durumuna göre değişimi incelendiğinde müdahale grubunda yer alan bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.6). Müdahale grubunda her iki eğitim seviyesinde bulunan bireylerin depresyon puanında 7 birimlik bir azalma olduğu belirlenmiştir.

Anımsama terapisi uygulaması sonunda GDÖ puan farkı ortancasının çocuk sahibi olma durumuna göre değişimini incelendiğinde, müdahale grubunda yer alan bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.6). Müdahale grubunda çocuk sahibi olmayanların, çocuk sahibi olan bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasında 3 birim daha fazla bir azalmanın olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 23 ilde yaptığı bir çalışmada (2013) yaşlı bireylerin sıklıkla ziyaretlerine gelen çocukları ile iletişime ve etkileşime geçtiği bildirilmektedir (71). Çalışmamızda çocuğu olmayan bireylerin depresyon puanında daha fazla bir azalmanın olmasının, oturlara katılmak için odasından daha sık dışarı çıkması ve oturumların yeni arkadaş edinip paylaşımlarının artması için bir fırsat oluşturması ile sosyalleşme ve sosyal desteğin artmasına bağlı olarak gelişebildiği düşünülmektedir.

Anımsama terapisi uygulaması sonunda GDÖ puan farkı ortancasının daha önceki çalışma durumuna göre değişimi incelendiğinde, müdahale grubunda çalışma deneyimi olan bireylerin, kontrol grubundaki bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6). Çalışma deneyimi olan bireylerin bilişsel olarak aktif bir yaşam sürmeleri ve grup üyelerinin geçmişteki çalışma deneyiminden kaynaklanan yaşantılarının genellikle benzer olması ile grup içi ortak paylaşımlarının arttırmasına bağlı olarak GDÖ puanında bir azalma olduğu düşünülmektedir.

Anımsama terapisi uygulaması sonunda GDÖ puan farkı ortancasının ek kronik hastalık sayısına göre değişimi incelendiğinde, müdahale grubunda yer alan bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6). Müdahale grubunda dört ve daha az sayıda hastalığa sahip bireylerin, beş ve daha fazla sayıda hastalığa sahip bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasında 0.5 birim daha fazla bir azalmanın olduğu saptanmıştır. Literatürde yaşlı bireylerde kronik hastalık sayısı arttıkça, depresyonun arttığı bildirilmektedir (4, 67). Wilson ve diğerlerinin (2002) yaptığı bir kohort çalışmasında, hastalık sayısı arttıkça depresif semptomların arttığı ve bilişsel durumu olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (142). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak kronik hastalığı görece az olan bireylerin depresyon puanında daha fazla bir azalma olduğu belirlenmiştir.

Ulusel ve diğerlerinin (2004) yaptığı bir çalışmada, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın hem bilişsel hem de psikolojik yönü olduğu bildirilmiştir (132). Aynı çalışmada bağımlılığın düzeyinin yaşa, kadın cinsiyete, üç ve daha fazla sayıda kronik hastalığa sahip olma ve depresyon varlığına bağlı olarak arttığını bildirilmiştir (132). Çalışmamızda anımsama terapisi sonunda çalışma

kapsamındaki bireylerin günlük işlerinde yardıma gereksinim duyma durumlarına göre, GDÖ puan farkı ortancasının değişimi incelendiğinde müdahale grubunda yer alan bireylerin, kontrol grubundaki bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.2.7). Müdahale grubundaki günlük işlerinde yardıma gereksinim duyan bireylerin, yardıma gereksinim duymayan bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasından 3 birim daha fazla bir azalma belirlenirken; ekonomik işlerde yardım alan bireylerde yardım alamayan bireylere göre 0.5 birim, banyo yapmada yardım alanlar almayanlara göre 1 birim ve alışveriş işlerinde yardım alanların almayanlara göre 2.5 birim daha fazla bir azalmanın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.7). Bu durumun fiziksel aktivitelerinde bağımlılık yaşayan bireylerin zamanla geçmişi anımsama sıklığında artış olması ve grup oturumlarında aynı sorunları yaşayan bireylerle yaşadıkları paylaşımların etkisi ile benzer durumdaki bireylerin, onların tepkilerini ve çözümlerini görerek öğrenme etkisi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Aksüllü ve Doğan (2004)'in huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada; huzurevinde, ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlıların sosyal destek ve depresyon puanları arasında farka rastlanmamıştır (1). Depresif semptom sıklığının, kurumda yaşayan yaşlı bireylerde, toplumda yaşayanlara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (36). Gülseren ve diğerlerinin (2000) yaptığı bir çalışmada, kurumda geçen sürenin artışına paralel olarak, duygusal yönden kötüleşmenin olduğu görülmüştür (52). Aysan ve Özben (2004)'in yaptığı bir çalışmada huzurevinde kalma süresi arttıkça yaşlı bireylerin problem çözme puanlarının azaldığı saptanmıştır (8). Wang (2004) kurumda yaşayan ve yaşamayan yaşlı bireylere uyguladığı anımsama terapisi sonunda kurumda yaşayan bireylerin yaşamayan bireylere göre depresyon puanında daha fazla bir azalmanın olduğu belirlenmiştir (136). Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda çalışma kapsamındaki bireylerin kurumda yaşama süresine göre GDÖ puan farkı ortancasının değişimi incelendiğinde, müdahale grubunda yer alan bireylerin, kontrol grubundaki bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.2.8). Müdahale grubundaki beş yıl ve daha kısa süredir kurumda yaşayan bireylerin altı yıl ve üzeri yaşayan bireylerden GDÖ puan

farkı ortancasının 0.5 birim daha fazla azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.8). Bu durumun kurumda yaşama yılının artması ile bireylerin problem çözme ve duygusal durumlarının olumsuz yönde etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülebilir.

Çalışmamızda kitap okuma, günlük el işi, dini aktivite ve kurum içinde arkadaş ziyareti yapma durumlarına göre müdahale grubunda yer alan bireylerin uygulama sonunda, kontrol grubundaki bireylere göre GDÖ puan farkı ortancasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.2.8). Bu durumunun yapılan aktivitelerin ve haftalık yapılan oturumların bilişsel durum üzerine olumlu etkisine bağlı olarak gelişebileceği düşünülmektedir.

5.3. Anımsama Terapisinin Bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda müdahale grubunda yer alan bireylerin günlük yaşam faaliyetlerinin; hareket, bireysel hijyen, beslenme, uyku ve giyinme alanlarından uygulama öncesi ve sonunda aldıkları puan farkı ortancalarında değişimin olmadığı belirlenirken; iletişim, işbirliği, sosyalleşme ve huzursuzluk alanlarında olumlu yönde bir değişim olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.9). Lai ve diğerlerinin (2004) bakım evinde kalan demans hastaları ile yaptığı bir çalışmada, anımsama terapisinin, bireylerin günlük yaşam aktivitesi üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (72). Benzer olarak Serrani Azcurra (2012)'nin bakım evinde yaşayan Alzheimer hastaları ile yaptığı bir çalışmada anımsama terapisinin, bireylerin günlük yaşam faaliyetleri üzerine olumlu etkisinin belirlenmediği bildirilmiştir (111). Thorgrimsen ve diğerlerinin (2002) demanslı bireyler ile yaptıkları bir çalışmada, anımsama terapisi sonunda müdahale grubunda yer alan bireylerin, kontrol grubundakilere göre davranış ve günlük yaşam faaliyetlerinin olumlu yönde değiştiği belirlenmiştir (129). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın, örneklem kapsamındaki bireylerin Alzheimer hastalığı evresinin ve süresinin benzer olmaması, ek kronik hastalık sayısının ve fiziksel bağımlılıklarının seviyesinin değişiklik göstermesi gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda müdahale grubunda yer alan bireylerin, günlük yaşam faaliyetlerinin, iletişim alanından aldıkları puan farkı ortancasında uygulama sonucunda %33.3'lük bir artışın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.9). Head, Portnoy

ve Woods (1990) bir çalışmada anımsama terapisi uygulanan gruptaki bireylerin uygulama sonunda kurumda çalışan personel ile iletişimlerinin arttığını belirlemiştir (56). Chiang ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada kurumda yaşayan bireylerin anımsama terapisi sonunda iletişim ve kendine güven duygusunda artma, yalnızlık duygusunda da azalma olduğu belirlenmiştir (25). Thorgrimsen ve diğerlerinin (2002) demans hastaları yaptıkları bir çalışmada müdahale grubunda yer alan bireylerin kontrol grubunda yer alan bireylere göre iletişiminin arttığı belirlenmiştir (129). Yapılan çalışmalara benzer olarak çalışmamız sonucunda bireylerin iletişimlerinin artmasının, grup etkinliğinin kişiye sağladığı haftalık program yapma, oturumlar için hazırlık yapma, duyguların paylaşımı için uygun bir ortamın olması, bir grubun üyesi olma ve grubun oluşturduğu sosyalleşme fırsatı gibi nedenlere bağlı olarak gelişebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda anımsama terapisi sonunda günlük yaşam faaliyetlerinin; işbirliği ve sosyalleşme alanlarında hem müdahale hem de kontrol grubundaki bireylerin puan farkı ortancasında bir değişim olmamakla birlikte, müdahale grubundaki bireylerin aldıkları minimum puanlarda %33.3'lük bir artışın olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin huzursuzluk alanından aldıkları minimum puanda %33.3'lük bir azalmanın olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki bireylerin huzursuzluk ortancasında %33.3'lük bir azalmanın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.9). Anımsama terapisinin, sosyal aktivitelere katılma, iyilik halinde, memnuniyet ve kognitif uyarıda artış sağladığı bildirilmektedir (143). Cook (1991)'un kurumda yaşayan 54 birey ile yaptığı bir çalışmada, anımsama terapisinin bireylerin sosyalleşmesi üzerine olumlu bir etkisinin olduğu belirlenmiştir (30). Jonsdottir ve diğerlerinin (2001) son evre akciğer hastaları ile yaptıkları bir çalışmada anımsama terapisinin bireylerin sosyalleşme ve iyilik hali üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (65). Serrani Azcurra (2012)'nin anımsama terapisinin bakım evinde kalan Alzheimer hastalarının yaşam kalitesine üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada anımsama terapisi uygulanan grupta yer alan bireylerin sosyal işbirliği ve yaşam kalitesinde olumlu bir artış olduğu bildirilmiştir (111). Siviş ve Demir (2007)'in kurumda yaşayan yaşlı bireylere anımsama terapisi uygulaması sonucunda grup ile yapılan faaliyetlerin bireylerin olumlu kişiler arası ilişkiler geliştirerek sosyal yaşantısını pozitif yönde etkilediği ve arkadaşlık kurmayı

kolaylaştırdığı bildirilmektedir (115). Moore ve Schow (2006)'un yaptığı çalışmada, arkadaş ve aile ilişkilerinin, sosyal ortamlara katılmanın yaşlılarda yaşamı anlamlandırmada ve yaşamdan zevk almada önemli olduğu saptanmıştır (83). Literatürle benzerlik gösteren çalışma sonucunun, bireylerin düzenli olarak oturumlara katılması ile birbirlerini tanıma fırsatı bulmaları, oturumlardaki paylaşımlarda ortak yaşam deneyimlerini görmeleri ve gruba aidiyet duygusunun gelişmesi sonucu hem iletişim hem de sosyalleşmelerinde olumlu yönde bir değişimin olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

6.1.1. Bireylerin Tanıtıcı ve Kurumla İlgili Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmada müdahale ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin;

- Demografik, tıbbi özellikleri ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları açısından benzer olduğu, grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), (Tablo 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3),
- Kurum ile ilgili özellikler ve kurumda yaptığı faaliyetler açısından her iki grupta bireylerin “kuruma ziyaretçisi gelme durumu” hariç benzer özelliklere sahip olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), (Tablo 4.1.4),
- Kurumda yaptığı egzersiz ve aktivitelere göre grupların benzer özelliklere olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.1.5).

6.1.2. Anımsama Terapisinin Bireylerin Bilişsel Durumlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar

Çalışmamız sonucunda hafif ve orta evre Alzheimer hastalarına uygulanan anımsama terapisinin bilişsel durum üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.1), (Grafik 4.2.1).

Çalışmamızda müdahale grubunda yer alan bireylerin anımsama terapisini uygulaması sonunda;

- MMT puan ortalamasındaki değişimin istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.1), (Grafik 4.2.1),
- 80 ve üzeri yaş gruptaki bireylerin MMT puanında, 65-79 yaş grubundakilere göre daha fazla artış olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2),
- Kadın bireylerin MMT puanındaki artışın daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2),

- Lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin MMT puanındaki artışın daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2),
- Daha önce çalışma deneyimi olan bireylerin MMT puanındaki artışın daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2),
- Dört ve daha az sayıda kronik hastalığa sahip bireylerin MMT puanındaki artışın daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.2),
- Ekonomik, banyo ve alışveriş işlerinde yardıma gereksinim duyan bireylerin, yardıma gereksinim duymayan bireylere göre MMT puanında artışın daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.3),
- Kurumda altı ve daha fazla yıl yaşayan bireylerin MMT puanındaki artışın daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.4),
- Gazete ve kitap okuyan, el işi ve dini aktivite yapan bireylerin MMT puanındaki artışın, aktiviteleri yapmayan bireyler göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.2.4).

6.1.3. Anımsama Terapisinin Bireylerin Depresyon Düzeyine Etkisine İlişkin Sonuçlar

Çalışmamız sonucunda hafif ve orta evre Alzheimer hastalarına uygulanan anımsama terapisinin depresyon durumu üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.5), (Grafik 4.2.2). Uygulama sonunda hem müdahale hem de kontrol grubundaki bireylerin depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.2.5).

Çalışmamızda anımsama terapisi uygulaması sonunda müdahale grubunda yer alan;

- Bireylerin uygulama öncesi GDÖ puan ortalamasının 15.61 ± 3.06 , uygulama sonunda ise 9.32 ± 2.82 olduğu ve GDÖ puan ortalamasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.5), (Grafik 4.2.2),
- 80 ve üzeri yaş grubunda bulunan bireylerin, GDÖ puanındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6),
- Kadın bireylerin GDÖ puanındaki azalmanın erkeklere göre fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6),

- Her iki eğitim seviyesinde bulunan bireylerin depresyon puanının aynı ölçüde azaldığı ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6),
- Çocuk sahibi olan bireylerin, kontrol grubundaki çocuk sahibi olan bireylere göre GDÖ puanındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6),
- Çalışma deneyimi olmayan bireylerin çalışma deneyimi olan bireylere göre GDÖ puanındaki azalmanın daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6),
- Kronik hastalık sayısı dört ve daha az sayıda olan bireylerin GDÖ puanındaki azalmanın, beş ve daha fazla sayıda hastalığa sahip bireylere göre daha fazla olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.6),
- Günlük işlerinde yardıma gereksinim duyan bireylerin, yardıma gereksinim duymayan bireylere göre GDÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu ($p<0.05$), (Tablo 4.2.7),
- Ekonomik işlerde, banyo ve alışveriş yapmada yardım alan bireylerin GDÖ puanında azalmanın daha fazla bir olduğu (Tablo 4.2.7),
- Beş yıl ve daha kısa süredir kurumda yaşayan bireylerin GDÖ puanındaki azalmanın, altı yıldan fazla süredir yaşayan bireylere daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.8).

6.1.4. Anımsama Terapisinin Bireylerin Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisine İlişkin Sonuçlar

Çalışmamız sonucunda hafif ve orta evre Alzheimer hastalarına uygulanan anımsama terapisinin günlük yaşam faaliyetlerine sınırlı derece olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.9).

Çalışmamızda anımsama terapisi sonunda müdahale grubunda yer alan bireylerin;

- Hareket, bireysel hijyen, beslenme, uyku ve giyinme gibi günlük yaşam faaliyetleri üzerine olumlu etkisinin olmadığı (Tablo 4.2.9),
- İletişim puanında uygulama sonucunda %33.3'lük bir artışın olduğu (Tablo 4.2.9),
- İşbirliği, sosyalleşme ve huzursuzluk puan ortancasında bir değişim olmadığı, sadece işbirliği ve sosyalleşmeden aldıkları minimum puanlarda %33.3'lük

bir artışın olduğu ve huzursuzluktan aldıkları minimum puanda %33.3'lük bir azalmanın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.9).

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızda anımsama terapisinin etkili olması nedeniyle;

- Kurumda yaşayan hafif ve orta evre Alzheimer hastalarına uygulanan anımsama terapisinin bilişsel durum, depresyon ve günlük yaşam faaliyetleri üzerine olumlu etkisinin olması sonucu, anımsama terapisi uygulamasının yaygın hale getirilmesi,
- Anımsama terapisinin yaygınlaştırılması için başta hemşireler olmak üzere ve sağlık personeline bu konuda eğitimlerin verilmesi,
- Anımsama terapisi uygulaması sonunda el işi yapan, gazete ve kitap okuyan bireylerin, bilişsel durumu ve depresyon düzeyleri üzerine daha fazla olumlu etki etmesi nedeni ile yapılacak çalışmalarda anımsama terapisi süresince yaptığı her türlü aktivitenin devamlılığının desteklenmesi,
- Çalışmamızda anımsama terapisi sonunda çocuğu olmayan bireylerin ve kurum içi ziyaretçisi olmayan bireylerin depresyon düzeyinde daha fazla bir azalma olduğu belirlenmiştir. Bu durum kurum personeli tarafından göz önüne alınarak bu bireylerin özellikle sosyalleşmeye daha fazla teşvik edilmesi ve birbirlerini tanıma fırsatı sağlayıp konuşmalarının sağlanması,
- Çalışmamızda bireylerin kurumda yaşama sürelerinin artmasına bağlı olarak depresyon düzeyi olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Bireylerin kurumda yaşama süresi göz önüne alarak, düzenli olarak grup ya da bireysel, bilişsel ve sosyal faaliyetlerin düzenlenmesi,
- Çalışmamızda anımsama terapisinin günlük yaşam faaliyetleri üzerine sınırlı etkisinin olması nedeni ile bireylerin yapamadıkları aktivitelerin desteklenmesi ve yapabildiği aktiviteleri geliştirmesine yönelik programların yapılması,
- Çalışmaların büyük örneklem gruplarında ve Alzheimer dışında farklı kronik hastalığa sahip bireyler ile yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aksüllü, N., Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
2. Akyar, İ. (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 79-88.
3. Allegri, R.F., Sarasola, D., Serrano, C.M., Taragano, F.E., Arizaga, R.L., Butman, J. ve diğ. (2006). Neuropsychiatric Symptoms As A Predictor of Caregiver Burden in Alzheimer's Disease. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(1), 105–110.
4. Altay, B., Üstün, G. (2012). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Yaşlı Hastalarda Depresyon Riski ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 108-116.
5. Alzheimer Association. Alzheimer's disease facts and figures. http://www.alz.org/downloads/facts_figures_2012.pdf
6. Anstey, K.J., Von Sanden, C., Salim, A., O'Kearney, R. (2007). Smoking As A Risk Factor For Dementia and Cognitive Decline: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *American Journal of Epidemiology*, 166(4), 367–378.
7. Arıoğlu S. (2006). *Geriatrı ve Gerontoloji*. Ankara: MN Medikal&Nobel Kitapevi.
8. Aysan, F., Özben, Ş. (2004). Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlının Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri. *Ege Eğitim Dergisi*, 5(2), 1-12.
9. Backhose, T., Killett, A., Penhale, B., Burns, D., Gray, R. (2014). Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia and Their Management in Care Homes within The East of England: A Postal Survey. *Aging&Mental Health*, 18(2), 187-193.
10. Barnes, D.E., Yaffe, K. (2011). The Projected Impact of Risk Factor Reduction on Alzheimer's Disease Prevalence. *Lancet Neurology*, 10(9), 819-828.

11. Beier, M. (2005). Alzheimer's Disease: Epidemiology and Risk Factors. *Advanced Studies in Pharmacy*, 2(4), 116-125.
12. Beydoun, M.A., Beydoun, H.A., Wang, Y. (2008). Obesity and Central Obesity As Risk Factors For Incident Dementia and Its Subtypes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Reviews*, 9(3), 204-218.
13. Bohlmeijer, E., Smith, F., Cuijpers, P. (2003). Effects of Reminiscence and Life Review On Late-Life Depression: A Meta-Analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094.
14. Bruandet, A., Richard, F., Bombois, S., Maurage, C.A., Masse, I., Amouyel, P. ve diğ. (2008). Cognitive Decline and Survival In Alzheimer's Disease According to Education Level. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(1), 74-80.
15. Brunnstrom, H.R., Englund, E.M. (2009). Cause of Death in Patients with Dementia Disorders. *European Journal of Neurology*, 16(4), 488-492.
16. Burnside, I., Haight, B.K. (1992). Reminiscence and Life Review: Analysing Each Concept. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 855-862.
17. Burnside, I. (1993). Themes in Reminiscence Groups with Older Women. *International Journal of Aging and Human Development*, 37(3), 177-189.
18. Camcı, Y., Ekşioğlu, Y., Karabulut, T., Yücel, N. Karagöz, M. (2010). Demans Tanılı Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ile MMSE Skorları Arasındaki İlişki. *Akademik Geriatri Dergisi*, 2(1), 50-53.
19. Canadian Study of Health and Aging. (1994). Risk Factors for Alzheimer's Disease in Canada. *Neurology*, 44(11), 2073-2080.
20. Cankurtaran, M., Arıoğlu, S. (2010). Demans ve Alzheimer Hastalığı. Erişim: 28 Şubat 2014, http://eski.teb.org.tr/images/upld2/eczaakademi/makale/20110113040255demans_alzheimer.pdf
21. Cankurtaran, M., Şahin Cankurtaran, E. (2008). Demansa Bağlı Davranış Bozuklukları ve Deliryum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(1), 33-43.
22. Cappeliez, P., Robitaille, A. (2010). Coping Mediates The Relationships Between Reminiscence and Psychological Well-Being Among Older Adults. *Aging Mental Health*, 14(7), 807-818.

23. Cataldo, J.K., Prochaska, J.J., Glantz, S.A. (2010). Cigarette Smoking is A Risk Factor For Alzheimer's Disease: An Analysis Controlling for Tobacco Industry Affiliation. *The Journal of Alzheimer's Disease*, 19(2), 465-480.
24. Chao, S.Y., Liu, H.Y., Wu, C.Y., Jin, S.F., Chu, T.L., Huang, T.S. ve diğ erleri. (2006). The effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Lifesatisfaction on Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Research*, 14(1), 36-44.
25. Chiang, K.J., Chu, H., Chang, H.J., Chung, M.H., Chen, C.H., Chiou, H.Y. ve diğ erleri. (2010). The Effects of Reminiscence Therapy on Psychological Well-Being, Depression, and Loneliness Among The Institutionalized Aged. *International of Journal Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388.
26. Chou, Y.C., Lan, Y.H., Chao, S.Y. (2008). Application of Individual Reminiscence Therapy To Decrease Anxiety in An Elderly Woman with Dementia. *The Journal of Nursing*, 55(4), 105-110.
27. Cholerton, B., Baker, L.D., Craft, S. (2003). Insulin, Cognition, and Dementia. *European Journal of Pharmacology*, 719(1-3), 170-179.
28. Chueh, K.H., Chang, T.Y. (2014). Effectiveness of Group Reminiscence Therapy For Depressive Symptoms in Male Veterans: 6 Month Follow-Up. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 377-383.
29. Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.
30. Cook, E.A. (1991). The Effect of Reminiscence on Psychological Measures of Ego İ ntegrity in Elderly Home Resident. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(5), 292-298.
31. Cook, E.A. (1998). Effects of Reminiscence on Life Satisfaction of Elderly Female Nursing Home Residents. *Health Care Women International*, 19(2), 109-118.
32. Ç uhadar, D., Serttaş , G., Tutkun, H. (2006). Huzurevinde Yaş ayan Yaş lı ların Biliş sel İ Ő lev ve G n lk Yaş am Etkinliğ i D zeyleri Arasındaki İ liş ki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 232-239.

33. Dal Forno, G., Palermo, M.T., Donohue, J.E., Karagiozis, H., Zonderman, A.B., Kawas, C.H. (2005). Depressive Symptoms, Sex, and Risk for Alzheimer's Disease. *Annals of Neurology*, 57(3), 381-387.
34. Dartigues, J.F., Foubert-Samier, A., Le Goff, M., Viltard, M., Amieva, H., Orgogozo, J.M. ve diğeri. (2013). Playing Board Games, Cognitive Decline and Dementia: A French Population-Based Cohort Study. *British Medical Journal Open*, 3(8), e002998. doi: 10.1136.
35. Darülaceze Demans Çalışma Grubu. (2009). Demanslı Yıllara Değer Katan Aktiviteler. *Akademik Geriatri Dergisi*, 1: 152-156
36. De Vries, B., Watt, D. (1996). A Lifetime of Events: Age and Gender Variations in The Life Story. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(2), 81-102.
37. Dementia Services Development Centre (DSDC)-Wales: Services for people with dementia in Wales. (2002). (Report No.1: Residential and nursing home care in Wales). Erişim: 02 Mart 2014, http://dsdc.bangor.ac.uk/documents/serviceevaluations/DSDC%20Report%20No.%201_Residential%20and%20nursing%20home%20care.pdf
38. Deng, J., Zhou, D.H.D., Li, J., Wang, Y.J. Gao, C., Chen, M. (2006). A 2-Year Follow-Up Study of Alcohol Consumption and Risk of Dementia. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108(4), 378-383.
39. Dunn, N.R., Pearce, G.L., Shakir, S.A. (2000). Adverse Effects Associated With The Use of Donepezil in General Practice in England. *Journal of Psychopharmacology*, 14(4), 406-408.
40. Eker, E., Noyan, A. (2004). Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek 2, 75-83.
41. Ertan, T., Eker, E. (2000). Reliability, Validity and Factor Structure of The Geriatric Depression Scale in Turkish Elderly: Are There Different Factor Structures For Different Cultures? *International Psychogeriatrics*, 12(2), 163-172.
42. Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J.F., Zarrouk, M., Commenges, D., Barberger-Gateau, P. (1995). Social and Leisure Activities and Risk of

- Dementia: A Prospective Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 485-490.
43. Fleming, S., Oliver, D.L., Lovestone, S., Rabe-Hesketh, S., Giora, A. (2003). Head Injury As A Risk Factor For Alzheimer's Disease: The Evidence 10 Years On; A Partial Replication. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 74(7), 857-862.
 44. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini Mental State" A practical Method For Grading The Cognitive State of Patients For The Clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
 45. Forbes, D., Culum, I., Lischka, A.R., Morgan, D.G., Peacock, S., Forbes, J. ve diğ. (2009). Light Therapy for Managing Cognitive, Sleep, Functional, Behavioural, or Psychiatric Disturbances in Dementia. *Cochrane Database*, 7(4), CD003946. doi: 10.1002/14651858.
 46. Foster, N.A., Valentine, E.R. (2001). The Effect of Auditory Stimulation on Autobiographical Recall in Dementia. *Experimental Aging Research*, 27(3), 215-228.
 47. Franz, G., Beer, R., Kampfl, A., Engelhardt, K., Schmutzhard, E., Ulmer, H., ve diğ. (2003). Amyloid Beta 1-42 and Tau in Cerebrospinal Fluid After Severe Traumatic Brain Injury. *Neurology*, 60(9), 1457-61.
 48. Fry, P.S. (1991). Individual Differences in Reminiscence Among Older Adults: Predictors of Frequency and Pleasantness Ratings of Reminiscence Activity. *International Journal of Aging and Human Development*, 33(4), 311-326.
 49. Gardette, V. Coley, N., Andrieu, S. (2010). Non-pharmacologic Therapies: A Different Approach to Alzheimer Disease. *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 13(3), 13-22.
 50. Guo, Z., Viitanen, M., Fratiglioni, L., Winblad, B. (1996). Low Blood Pressure and Dementia in Elderly People. *British Medical Journal*, 312(7034), 805-808.
 51. Gungen, C., Ertan, T., Eker, E., Yasar, R., Engin, F. (2002). Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.

52. Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Erol, A., Bay, H., Kültür S., Memiş, A. ve diğ. (2000). Huzurevi'nde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4), 133-140.
53. Haight, B.K. (1992). Long-term effects of a structured life review process. *The Journals of Gerontology*, 47(5), 312-315.
54. Hallford, D.J., Mellor, D., Cummins, R.A. (2013). Adaptive Autobiographical Memory in Younger and Older Adults: The Indirect Association of Integrative and Instrumental Reminiscence with Depressive Symptoms. *Memory*, 21(4), 444-457.
55. Harrand, A.G., Bollstetter, J.J. (2000). Developing A Community-Based Reminiscence Group for The Elderly. *Clinical Nurse Specialist*, 14(1), 17-22.
56. Head, D.M., Portnoy, S., Woods, R.T. (1990). The Impact of Reminiscence Groups in Two Different Setting. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5(5), 295-302.
57. Hebert, L.E., Scherr, P.A., McCann, J.J., Beckett, L.A., Evans, A.D. (2001). Is The Risk of Developing Alzheimer's Disease Greater For Women Than For Men? *American Journal of Epidemiology*, 153(2), 132-136.
58. Helzner, E.P., Scarmeas, N., Cosentino, S., Tang, M.X., Schupf, N., Stern, Y. (2008). Survival in Alzheimer Disease: A Multiethnic, Population-Based Study of Incident Cases. *Neurology*, 71(19), 1489-1495.
59. Herholz, S.C., Herholz, R.S., Herholz, K. (2013). Non-Pharmacological Interventions and Neuroplasticity in Early Stage Alzheimer's Disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(11), 1235-1245.
60. Heyn, P., Abreu, B.C., Ottenbacher, K.J. (2004). The Effects of Exercise Training on Elderly Persons with Cognitive Impairment and Dementia: A Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(10), 1694-1704.
61. Hsieh, H.F., Wang, J.J. (2003). Effect of Reminiscence Therapy on Depression in Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 335-345.

62. Husaini, B.A., Cummings. S., Kilbourne, B., Roback, H., Sherkat, D., Levine, R. ve diğ. (2004). Group Therapy For Depressed Elderly Women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(3), 295–319.
63. Irish, M., Cunningham, C.J., Walsh, J.B., Coakley, D., Lawlor, B.A., Robertson, I.H. ve diğ. (2006). Investigating The Enhancing Effect of Music on Autobiographical Memory in Mild Alzheimer’s Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(1), 108–120.
64. Jones, E.D. (2003). Reminiscence Therapy for Older Women with Depression. Effects of Nursing Intervention Classification in Assisted-Living Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(7), 26-33.
65. Jonsdottir, H., Jonsdottir, G., Steingrimsdottir, E., Tryggvadottir, B. (2001). Group Reminiscence Among People with End-Stage Chronic Lung Diseases. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 79-87.
66. Karaman, Y. (2002). *Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar*. Kayseri: Lebib Yalkın Matbaası.
67. Katon, W. (2003). Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216-226.
68. Kawas, C., Gray, S., Brookmeyer Fozard, J., Zonderman, A. (2000). Age Specific Incidence Rates of Alzheimer’s Disease: The Baltimore Longitudinal Study. *Neurology*, 54(11), 2072-2077.
69. Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G., Yaka, E., Kurt, P., Tunca, Z. (2009). Reliability and Validity of Revised Turkish Version of Mini Mental State Examination (rMMSE-T) in Community-Dwelling Educated and Uneducated Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1242-1250.
70. Kivipelto, M., Ngandu, T., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Kareholt, I., Winblad, B. ve diğ. (2005). Obesity and Vascular Risk Factors at Mild Life and The Risk of Dementia and Alzheimer Disease. *Archives of Neurology*, 62(10),1556–1560.
71. Kumtepe, H., Özgüney, M., Samyeli, D., Şendur P. (2013). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Huzurevine Yerleşme Nedenleri ve Huzurevi Yaşamına

İlişkin Algıları. Erişim: 20 Nisan 2014, <http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/24960/files/ARASTIRMA.pdf>

72. Lai , C.K.Y., Chi, I., Kayser- Jones, J. (2004). A Randomized Controlled Trial of A Specific Reminiscence Approach to Promote the Well-Being of Nursing Home Residents with Dementia. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 33-49.
73. Larson, E.B., Shadlen, M.F., Wang, L., McCormick, W.C., Bowen, J.D., Teri, L. ve diğ. (2004). Survival After İnitial Diagnosis of Alzheimer Disease. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 501-509.
74. Launer, L.J., Ross, G.W., Petrovitch, H., Masaki, K., Foley, D., White, L.R. ve diğ. (2000). Midlife Blood Pressure and Dementia: The Honolulu Asia Aging Study. *Neurobiology of Aging*, 21(1), 49–55.
75. Li, G., Wang, L.Y., Shofer, J.B., Thompson, M.L., Peskind, E.R., McCormick, W. ve diğ. (2011). Temporal Relationship Between Depression and Dementia. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 970-977.
76. Lin, Y.C., Dai, Y.T., Hwang, S.L. (2003). Reminiscence Effect for Elderly. *Public Health Nursing*, 20(4), 297-306.
77. Liu, S.J., Lin, C.J., Chen, Y.M., HuanG X.Y. (2007). The Effects of Reminiscence Therapy on Self-Esteem, Depression, Loneliness and Life Satisfaction of Elderly People Living Alone. *Mid-Taiwan Journal of Medicine*, 12, 133–142.
78. Lopes, M.A., Ferrioli, E., Nakano, E.Y., Litvoc, J., Bottino, C.M. (2012). High Prevalence of Dementia in A Community-Based Survey of Older People From Brazil: Association with Intellectual Activity Rather Than Education. *Journal of Alzheimers Disease*, 32(2), 307-316.
79. Lyketsos, C.G., Carrillo, M.C., Ryan, J.M., Khachaturian, A.S., Trzepact, P., Amatniek, J. ve diğ. (2011). Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer’s Disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(5), 532-539.
80. Mahendra, N., Arkin, S. (2003). Effects of Four Years of Exercise, Language, and Social İnterventions on Alzheimer Discourse. *Journal of Communication Disorders*, 36(5), 395-422.

81. Meléndez-Moral, J.C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., Sales-Galán, A. (2013). Effects of A Reminiscence Program Among Institutionalized Elderly Adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323.
82. Molloy, D.W., Standish, T.I.M. (1997). A Guide to The Standardized Mini Mental State Examination. *International Psychogeriatrics*, 9 (ek 1), 87-94.
83. Moore, S.L., Schow, E. (2006). The Quest for Meaning in Aging. *Geriatric Nursing*, 27(5), 293-299.
84. Morris, M.C., Scherr, P.A., Hebert, L.E., Bennett, D.A., Wilson, R.S., Glynn, R.J. ve diğ. (2000). The Cross-Sectional Association Between Blood Pressure and Alzheimer's Disease in A Biracial Community Population of Older Person. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(3), 130–136.
85. Ninomiya, T., Ohara, T., Hirakawa, Y., Yoshida, D., Doi, Y., Hata, J. ve diğ. (2011). Midlife and Late-Life Blood Pressure and Dementia in Japanese Elderly: the Hisayama study. *Hypertension*, 58(1), 22-28.
86. Nordgren, L., Engström, G. (2014). Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life. *Clinical Nursing Research*, 23(1), 7-19.
87. Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Ser, T. ve diğ. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161–178.
88. Onur, B. (2006). *Gelişim Psikolojisi*. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları.
89. Onder, G., Zanetti, O., Giacobini E, Frisoni, G.B., Bartorelli, L., Carbone, G. (2005). Reality Orientation Therapy Combined with Cholinesterase Inhibitors in Alzheimer's Disease: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(6), 450-455.
90. Ott, A., Slioter, A.J.C., Hofman, A. (1998). Smoking and Risk of Dementia and Alzheimer's Disease in A Population-Based Cohort Study: The Rotterdam Study. *Lancet*, 351(9119), 1840-1843.
91. Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim: 1 Nisan 2014, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083

92. Özdemir, L., Akdemir, N. (2007). Hafif Alzheimer Hastalarına Uygulanan Çoklu Duyusal Uyarın Yönteminin Kognitif Durum Üzerine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 14(2), 1-11.
93. Öztürk, G.B., Karan, M.A. (2009). Alzheimer Hastalığının Fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim*, 22(3), 36-45.
94. Palabıyıkoglu, R., Haran, S., Yücat, T., Köse, K. (1992). Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu. *Kriz Dergisi*, 1(1), 26-31.
95. Parker, R.G. (1995). Reminiscence: A Continuity Theory Framework. *Gerontologist*, 35(4), 515-525.
96. Parker, R.G. (1999). Reminiscence as Continuity: Comparison of Young and Older Adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(2), 147-155.
97. Parsons, C.L. (1986). Group Reminiscence Therapy and Levels of Depression in The Elderly. *The Nurse Practitioner*, 11(3):68-766.
98. Pasupathi, M., Carstensen LL. (2003). Age and Emotional Experience During Mutual Reminiscing. *Psychology and Aging*, 18(3), 430-442.
99. Peila, R., Rodriguez, B.L., Launer, L.J. (2002). Type 2 Diabetes, APOE Gene, and The Risk for Dementia and Related Pathologies: The Honolulu-Asia Aging Study. *Diabetes*, 51(4), 1256-1262.
100. Pınquart, M., Duberstein, P.R., Lyness, J.M. (2007). Effects of Psychotherapy and Other Behavioral Interventions on Clinically Depressed Older Adults: A Meta-Analysis. *Aging Mental Health*, 11(6), 645-657.
101. Prince, M., Cullen, M., Mann, A. (1994). Risk Factors For Alzheimer's Disease and Dementia: A Case-Control Study Based on The MRC Elderly Hypertension Trial. *Neurology*, 44(1), 97-104.
102. Qiu, C., Winblad, B., Fratiglioni, L. (2005). The Age-Dependent Relation of Blood Pressure to Cognitive Function and Dementia. *Lancet Neurology*, 4(8), 487-499.
103. Ray, K.D., Fitzsimmons, S. (2014). Music-Assisted Bathing: Making Shower Time Easier For People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(2), 9-13.
104. Rodríguez-Mansilla, J., González-López-Arza, M.V., Varela-Donoso, E., Montanero-Fernández, J., Jiménez-Palomares, M., Garrido-Ardila, E.M.

- (2013). Ear Therapy and Massage Therapy in The Elderly with Dementia: A Pilot Study. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 33(4), 461-467.
105. Ruitenber, A., van Swieten, J.C., Witteman, J.C., Mehta, K.M., van Duijn, C.M., Hofman, A. ve diğ. (2002). Alcohol Consumption and Risk of Dementia. The Rotterdam Study. *Lancet*, 359(9303), 281-286.
106. Scarmeas, N., Albert, S.M., Manly, J.J., Stern, Y. (2006). Education and Rates of Cognitive Decline in Incident Alzheimer's Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(3), 308-316.
107. Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M.X., Manly, J., Stern, Y. (2001). Influence of Leisure Activity on The Incidence of Alzheimer's Disease. *Neurology*, 57(12), 2236-2242.
108. Schweitzer, P., Bruce, E. (2008). *Remembering Yesterday, Caring Today Reminiscence in Dementia Care: A Guide to Good Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
109. Selekler, K. (2003). *Alzheimer ve Diğ er Demanslar (Modern Tıp Seminerleri:26)*. Ankara: Güneş Kitapevi Yayınları.
110. Selekler, K. (2012). *Alzheimer Orta Yaş ta Baş lar*. İstanbul: Alfa Yayınları.
111. Serrani Azcurra, D.J.L. (2012). A Reminiscence Program Intervention to Improve The Quality of Life of Long-Term Care Residents with Alzheimer's Disease. A Randomized Controlled Trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 422-433.
112. Shellman, J. (2007). The Effects of A Reminiscence Education Program on Baccalaureate Nursing Students' Cultural Self-Efficacy in Caring For Elders. *Nurse Education Today*, 27(1), 43-51.
113. Shellman, J.M., Mokel, M., Hewitt, N. (2009). The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptoms in Older African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 31(6), 772-786.
114. Siviş, R. (2007). Anımsama Terapisi ve İleri Yaş taki Yetiş kinlerle Grupla Psikolojik Danış madaki Yeri. *Türk Psikolojik Danış ma ve Rehberlik Dergisi*, 28(3), 129-138.

115. Siviş, R., Demir, A. (2007). The Efficacy of Reminiscence Therapy on the Life Satisfaction of Turkish Older Adults: A Preliminary Study. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10 (3), 131-137.
116. Skoog, I., Lernfelt, B., Landahl, S., Palmertz, B., Andreasson, L.A., Nilsson, L. ve diğ. (1996). 15-Year Longitudinal Study of Blood Pressure and Dementia. *Lancet*, 347(9009),1141–1145.
117. Smith, C.C., Betteridge, D.J. (2004). Plasmabeta-Amyloid (A beta) 40 Concentration, Lipid Status and Age in Humans. *Neuroscience Letters*, 367(1), 48–50.
118. Solomon, A., Mangialasche, F., Richard, E., Andrieu, S., Bennett, D.A., Breteler, M. ve diğ. (2014). Advances in The Prevention of Alzheimer's Disease and Dementia. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 229-250.
119. Spauwen, P.J., Köhler, S., Verhey, F.R., Stehouwer, C.D., van Boxtel, M.P. (2013). Effects of Type 2 Diabetes on 12-Year Cognitive Change: Results From The Maastricht Aging Study. *Diabetes Care*, 36(6), 1554-1561.
120. Spector, A., Gardner, C., Orrel, M. (2011). The Impact of Cognitive Stimulation Therapy Groups on People with Dementia: Views From Participants, Their Carers and Group Facilitators. *Aging Mental Health*, 15(8), 945-949.
121. Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. ve diğ. (2003). Efficacy of An Evidence-Based Cognitive Stimulation Therapy Programme For People with Dementia. *British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.
122. Stern, Y., Alexander, G.E., Prohovnik I, Stricks, L., Link, B., Lennon, M.C. ve diğ. (1995). Relationship Between Lifetime Occupation and Parietal flow: Implications For A Reserve Against Alzheimer's Disease Pathology. *Neurology*, 45(1), 55-60.
123. Stern, Y., Gurland, B., Tatemichi, T.K., Tang, M.X., Wilder, D., Mayeux, R. (1994). Influence of Education and Occupation on The Incidence of Alzheimer's Disease. *The Journal of The American Medical Association*, 271(13), 1004-1010.

124. Stern, Y. (2006). Cognitive Reserve and Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20(2), 112-117.
125. Stevens Ratchfor, R.G. (1993). The Effect of Life Review Reminiscence Activities on Depression and Self- Esteem in Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(5), 413-420.
126. Stinson, K.C., Kirk, E. (2006). Structured Reminiscence: An Intervention to Decrease Depression and Increase Self-Transcendence in Older Women. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 208-218.
127. Stinson, K.C. (2009). Structured Group Reminiscence: An Intervention For Older Adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-528.
128. Thompson, R.G., Moulin, C.J., Hayre, S., Jones, R.W. (2005). Music Enhances Category Fluency in Healthy Older Adults and Alzheimer's Disease Patients. *Experimental Aging Research*, 31(1), 91-99.
129. Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., Orrell, M. (2002). Evaluating Reminiscence For People with Dementia: A Pilot Study. *The Arts in Psychotherapy*, 29(2), 93-97.
130. Türkiye ve Dünyada Alzheimer. Erişim 1 Nisan 2014, www.Alzheimerdernegi.org.tr
131. Tyas, S.L. (2001). Alcohol Use and The Risk of Developing Alzheimer's Disease. *Alcohol Research & Health*, 25(4), 299-306.
132. Ulusel, B., Soyer, A., Uçku, R. (2004). Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4), 199-205.
133. Ungar, L., Altmann, A., Greicius, M.D. (2014). Apolipoprotein E, Gender, and Alzheimer's Disease: An Overlooked, But Potent and Promising Interaction. *Brain Imaging and Behavior*, 8(2), 262-273.
134. Van Bogaert, P., Van Grinsven, R., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S., Van der Mussele, S. (2013). Effects of SolCos Model-Based Individual Reminiscence on Older Adults with Mild to Moderate Dementia Due to Alzheimer Disease: A Pilot Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 528.e9-13.

135. Van Eersel, M.E.A., Joosten, H., Gansevoort, R.T., Dullaart, R.P.F., Slaets, J.P.J., Izaks, G.J. (2013). The Interaction of Age and Type 2 Diabetes on Executive Function and Memory in Persons Aged 35 Years or Older. *PLoS ONE*, 8(12), e82991.
136. Wang, J.J. (2004). The Comparison Effectiveness Among Institutionalized and Non- Institutionalized Elderly People in Taiwan of Reminiscence Therapy As A Psychological Measure. *The Journal of Nursing Research*, 12(3), 237-245.
137. Wang, J.J. (2005). The Effects of Reminiscence on Depressive Symptoms and Mood Status of Older Institutionalized Adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(1), 57–62.
138. Wang, J.J. (2007). Group Reminiscence Therapy For Cognitive and Affective Function of Demented Elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235-1240.
139. Ward, A., Crean, S., Mercaldi, C.J., Collins, J.M., Boyd, D., Cook, M.N., ve diğerleri. (2012). Prevalence of Apolipoprotein E4 Genotype and Homozygotes (APOE E4/4) Among Patients Diagnosed with Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*, 38(1), 1–17.
140. Wong, P.T., Watt, L.M. (1991). What Types of Reminiscence Are Associated with Successful Aging? *Psychology and Aging*, 6(2), 272-279.
141. Webster, J.D., Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J. (2010). Mapping The Future of Reminiscence: A Conceptual Guide For Research and Practice. *Research on Aging*, 32(4), 527-564.
142. Wilson, R.S., Mendes De Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A. ve diğ. (2002). Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease. *The Journal of the American Medical Association*, 287(6), 742-8.
143. Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., Davies, S. (2005). Reminiscence Therapy For Dementia. *Cochrane Database*, 2, CD001120.

144. World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. Erişim 1 Nisan 2014, <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf>
145. Wu, L.F. (2011). Group Integrative Reminiscence Therapy On Self -Esteem, Life Satisfaction and Depressive Symptoms in Institutionalised Older Veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2195-2203.
146. Xie, J., Brayne, C., Matthews, F.E. (2008). Survival Times in People with Dementia: Analysis From Population Based Cohort Study with 14-Year Follow-Up. *British Medical Journal*, 336(7638), 258-262.
147. Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. ve diğ. (1983). Development and Validation of A Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
148. Youssef, F.A. (1990). The Impact of Group Reminiscence Counseling on A Depressed Elderly Population. *Nurse Practitioner*, 15(4), 32-38.
149. Zauszniewski, J.A., Eggenschwiler, K., Preechawong, S., Roberts, B.L., Morris, D.L. (2006). Effects of Teaching Resourcefulness Skills to Elders. *Aging Ment Health*, 10(4), 404-412.

EKLER**EK 1: TANITICI BİLGİLER FORMU**

Anket No:

Tarih:

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: Kadın Erkek
3. Eğitim durumu:

<input type="checkbox"/> Okuryazar değil	<input type="checkbox"/> Ortaokul Mezunu
<input type="checkbox"/> Okur Yazar	<input type="checkbox"/> Lise Mezunu
<input type="checkbox"/> İlkokul Mezunu	<input type="checkbox"/> Yüksekokul/Üniversite Mezunu
4. Medeni durumu: Evli Bekar
5. Çocuk sahibi olma durumu Var Yok
6. Çocuk sayısı:
7. Mesleği:

<input type="checkbox"/> Ev Hanımı	<input type="checkbox"/> İşçi
<input type="checkbox"/> Memur	<input type="checkbox"/> Serbest Meslek
8. Kronik hastalık olma durumu: Var Yok
9. Hastalığın adı

<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Kalp Hastalığı	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon
<input type="checkbox"/> Hiperkolesterolemi	<input type="checkbox"/> Diyabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Osteoartrit
<input type="checkbox"/> Gastrit	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
10. Sürekli kullandığı ilaç var mı? Evet Hayır
11. İlacın adı
12. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır
13. Günlük işlerinizi yaparken başkalarının yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?

<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
-------------------------------	--------------------------------
14. Yardım alarak yaptığı günlük işleriniz nelerdir?

<input type="checkbox"/> Kişisel Temizlik	<input type="checkbox"/> Beslenme
---	-----------------------------------

- Giyinme Ekonomik işler
 Hareket Banyo
 Tuvalete gitme Alışveriş
 Tedavi Diğer
15. Kullandığınız yardımcı araç var mı? Evet Hayır
16. Kurumda kalış süreniz:
17. Kurumda kaldığınız oda: Tek kişilik İki kişilik
18. Huzurevini tercih etme sebebiniz nedir?
 Tek başına yaşamam Aile içi sorunlar Arkadaşlık ihtiyacı
 Güvenlik ihtiyacı Gelecekte bakıma muhtaç olursam bakılma garantisi
 Ekonomik yetersizlik Diğer:
19. Şu an huzurevinde olmaktan memnun musunuz?
 Hiç memnun değilim Memnun değilim Kararsızım Memnunum
 Çok memnunum
20. Memnunsanız sizi memnun eden en önemli unsurlar nedir?
21. Memnun değilseniz sizi bu duyguya yönelten en önemli sebepler nedir?
22. Başka yaşlılara huzurevinde yaşamayı tavsiye eder misiniz? Neden?
23. Kurumda sıklıkla görüştüğünüz kişi var mı? Var Yok
24. Varsa sayısı nedir?
25. Kuruma ziyaretine gelen yakınınız var mı? Var Yok
26. Eğer varsa sıklığı nedir?
27. Kurumdan izinli çıkar mısınız? Evet Hayır
28. İzinli çıktığınızda neler yaparsınız?
29. Hobileriniz nelerdir?
30. Düzenli egzersiz yapar mısınız? Evet Hayır
31. Egzersiz türünüz nedir?

- Yürüyüş Aletli egzersiz Diğer.....
32. Kurumda yapılan sosyal aktiviteler var mı? Evet Hayır
33. Kurumda yapılan aktiviteler nelerdir?
34. Kurumda yapılan aktivitelere hangilerine katılmaktan hoşlanıyorsunuz?
35. Kurumda yapılan aktivitelere katılma sıklığınız nedir?
 Her zaman Bazen Hiçbir zaman
36. Aktiviteler katılımınızı engelleyen bir durum var mı? Var Yok
37. Eğer var ise nedir?
38. Kurumda günlük yaptığınız faaliyetler nelerdir?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TV izleme | <input type="checkbox"/> Dini Aktivite |
| <input type="checkbox"/> Gazete okuma | <input type="checkbox"/> Müzik Dinleme |
| <input type="checkbox"/> Kitap okuma | <input type="checkbox"/> Müzik aleti çalma |
| <input type="checkbox"/> Bulmaca çözme | <input type="checkbox"/> Resim yapma |
| <input type="checkbox"/> Bahçe işleri ile uğraşma | <input type="checkbox"/> Huzurevi içinde arkadaş ziyareti |
| <input type="checkbox"/> El işi | <input type="checkbox"/> Huzurevi dışında akraba ziyareti |
| <input type="checkbox"/> Atölye çalışmaları | <input type="checkbox"/> Huzurevi dışında gezintiye çıkma |

EK 2: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)

Yönelim (Toplam Puan 10)

Hangi Yıl İçindeyiz?....

Hangi Mevsimdeyiz?.....

Hangi Aydayız?.....

Bu Gün Ayın Kaçı?.....

Hangi Gündeyiz?.....

Hangi Ülkede Yasıyoruz?.....

Şu An Hangi Şehirde Bulunmaktasınız?.....

Şu An Bulduğunuz Semt Neresidir?.....

Şu An Bulduğunuz Bina Neresidir?.....

Şu An Bu Binada Kaçınıcı Kattasınız?.....

Kayıt Hafızası (Toplam Puan 3)

Size Birazdan Söyleyeceğim Üç İsmi Dikkatlice Dinleyip, Ben Bitirdikten Sonra Tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 Sn Süre Tanınır) Her Doğru İsim 1 Puan.....

Dikkat Ve Hesap Yapma (Toplam Puan 5)

100'den Geriye Doğru 7 Çıkartarak Gidin. Dur Deyinceye Kadar Devam Edin.

Her Doğru İşlem 1 Puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65).....

Hatırlama (Toplam Puan 3)

Yukarıda Tekrar Ettiğiniz Kelimeleri Hatırlıyor Musunuz? Hatırladıklarınızı Söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise).....

Lisan (Toplam Puan 9)

a) Bu Gördüğünüz Nesnelerin İsimleri Nedir? (Saat, Kalem) 2 Puan (20 Sn Tut)....

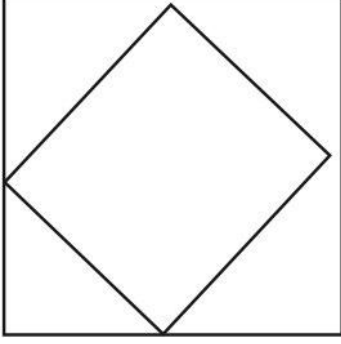
b) Şimdi Size Söyleyeceğim Cümleyi Dikkatle Dinleyin Ve Ben Bitirdikten Sonra Tekrar Edin. "Eğer Ve Fakat İstemiyorum" (10 Sn Tut) 1 Puan.....

c) Şimdi Sizden Bir Şey Yapmanızı İsteyeceğim, Beni Dikkatle Dinleyin Ve Söylediğimi Yapın. "Masada Duran Kağıdı Sağ/Sol Elinizle Alın, İki Elinizle İkiye Katlayın Ve Yere Bırakın." Toplam Puan 3, Süre 30 Sn, Her Bir Doğru İşlem 1 Puan.....

d) Şimdi Size Bir Cümle Vereceğim. Okuyun Ve Yazıda Söylenen Şeyi Yapın. (1 Puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN"

e) Şimdi Vereceğim Kâğıda Aklınıza Gelen Anlamlı Bir Cümleyi Yazın (1 Puan)

f) Size Göstereceğim Şeklin Aynısını Çizin (1 Puan)



EK 3: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (Eğitimsizlerde)

Yönelim (Toplam puan 10)

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

Bu gün haftanın hangi günündeyiz?

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

Hangi aydayız?

Hangi mevsimdeyiz?

Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?

Şu an bu binada kaçınçı kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

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

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

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

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

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa,Bayrak, Elbise)

Lisan (Toplam puan 9)

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

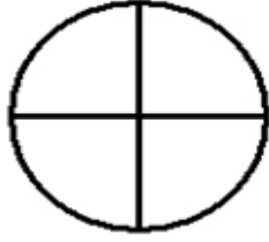
Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan her bir doğru işlem 1 puan)

Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın) (1 puan).....

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

Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)



EK 4: GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız

- 1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz? Evet Hayır
- 2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?
 Evet Hayır
- 3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz? Evet Hayır
- 4) Sık sık canınız sıkılır mı? Evet Hayır
- 5) Gelecekte umutsuz musunuz? Evet Hayır
- 6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?
 Evet Hayır
- 7) Genellikle keyfiniz yerinde midir? Evet Hayır
- 8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz? Evet Hayır
- 9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz? Evet Hayır
- 10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz? Evet Hayır
- 11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz? Evet Hayır
- 12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?
 Evet Hayır
- 13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz? Evet Hayır
- 14) Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz? Evet Hayır
- 15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir? Evet Hayır
- 16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz? Evet Hayır
- 17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz? Evet Hayır
- 18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz? Evet Hayır
- 19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz? Evet Hayır
- 20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur? Evet Hayır
- 21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz? Evet Hayır
- 22) Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz? Evet Hayır
- 23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?
 Evet Hayır
- 24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz? Evet Hayır
- 25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz? Evet Hayır

- 26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz? Evet Hayır
- 27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu? Evet Hayır
- 28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız? Evet Hayır
- 29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu? Evet Hayır
- 30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır? Evet Hayır

EK 5: GÜNLÜK YAŞAM FAALİYETLERİ İZLEM FORMU

Hareket	Hijyen	Beslenme	Uyku	Giyinme	İletişim	İşbirliği	Sosyalleşme	Huzursuzluk
Kendi isteği ile gereksinimlerini karşılamak için hareket eder	Kendi isteği ile bireysel hijyenini yapar	Öğünlerini uygun zamanda alır	Düzenli uyur	Uygun giyinir	İletişimi kendi isteği ile başlatır	Yapılmakta olan ortak bir eylem/faaliyette kendi isteği ile katılır	Televizyon izler, gazete/kitap okur ve çevresindeki bireyler ile izlediklerini yorumlar	Hiçbir zaman görülmez
Gereksinimlerini diğer bireylerin hatırlatmaları doğrultusunda karşılar	Bireysel hijyenini hatırlatıldığında yapar	Beslenmesini hatırlatıldığında sürdürür	Uykusuzluk çeker	Hatırlatıldığında da uygun giyinir	İletişimi kendisi istekli olarak sürdürür	Talep edilirse istenileni yaparak işbirliği yapar	Televizyon izler, gazete/kitap okur ama çevresindeki bireyler ile paylaşmaz	Çok nadir görülür
Gereksinimlerini karşılamak istemez	Bireysel hijyenini minimum yardımla yapar	Minimum yardımla beslenir	Ara sıra uyumaya yardımcı ilaç ya da besin kullanır	Minimum yardımla uygun giyinir	İletişimi diğer birey başlattığında yanıt verir	Sık sık teşvik ve ikna gerektirir	Desteklendiğinde televizyon izler, gazete/kitap okur	Gündüz saatleri boyunca sürekli
Gereksinimlerini karşılamak için destek alır	Bireysel hijyen gereksinimlerinin karşılanmasında başkalarına bağımlıdır	Beslenmede başkalarına bağımlıdır	Sürekli uyumaya yardımcı ilaç ya da besin kullanır	Sürekli yardım alarak uygun giyinir	İletişim kurmak istemez	İş birliği yapmaz	Televizyon izlemez ve gazete okumaz	Gece ve gündüz huzursuzluk görülür

EK 6: HAFTALIK İZLEM ÇİZELGESİ

	1.Hafta	2.Hafta	3.Hafta	4.Hafta	5.Hafta	6.Hafta	7.Hafta	8.Hafta	9.Hafta	10.Hafta	11.Hafta	12.Hafta
	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Genel Sağlık Durumunda Değişiklik												
Kullanılan İlaçlarda Değişiklik												
Kayıp, Yas gibi Yaşamında Stres Yaratan Akut Bir Durum												
Diğer												

EK 7: ANIMSAMA TERAPİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Grup deneyimini hoşunuza giden yönleri nelerdir?
2. Grup deneyimi size ne kazandırdı?
3. Grup çalışmasında en çok beğendiğiniz konu hangisiydi?
4. Grup çalışmasını diğer yaşlılara tavsiye eder misiniz?
5. Grup çalışmasının daha iyi olması için öneriniz var mı?

EK 8: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili Katılımcılar,

Bu araştırma anımsama terapisi ile Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisini incelemeyi amaçlayan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla anımsama terapisi ile Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve işlevsel faaliyetleri üzerine olan etkisi belirlenip bu uygulama ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmasına ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sizinle, geçmişte anımsama ve günlük hayatınızda yaptığınız faaliyetleri değerlendirmek üzere 12 hafta, haftada bir gün 30-45 dakika sürecek grup toplantıları yapılacak ve bu toplantılara katılmanız istenecektir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasında uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.


Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 305 1580
Araştırma Ekibi
Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Arş. Gör. Güler Duru Aşiret

Çalışmayı katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

- Kabul ediyorum.
Kabul etmiyorum.

EK 9: ANKARA VALİLİĞİ AİLE VE SOSYAL SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

 T.C. AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI

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

Sayı : 65097260-605.03-18517
Konu : Araştırma Talebi

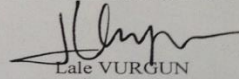
21 Haziran 2013

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE

İlgi: 14.06.2013 tarih ve 84459573-605-62317 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığının Yazısı.

İlgi yazı Hacettepe Üniversitesi Araştırma Görevlisi Güler DURU' nun "Müdürlüğümüze bağlı huzurevlerinde kalan yaşlılarda Anımsama terapisinin alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve işlevsel faaliyetleri üzerine etkisi" konulu çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Huzurevleri ve Rehabilitasyon Merkezlerinde 13.06.2013 tarih ve 84459573-605-174 sayılı Makam Onayı ile uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın Müdürlüğünüz denetiminde, meslek elemanları refakatinde, gönüllülük esasını çerçevesinde, özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, Müdürlüğümüzce uygun görülecek bir mekan da ve ses-görüntü kaydı alınmaksızın, onları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilecek, şahsi deneyimlerine ilişkin bilgi talebi içeren sorulara yer verilmemesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin İl Müdürlüğümüze gönderilmesi koşulları hususunda gereğini rica ederim.


Lale VURGUN
İl Müdür a.
İl Müdür Yardımcısı


EK:
1- Onay sureti (1sayfa)

DAĞITIM
Gereği için:
Ankara 75. Yıl Huzurevi YBRM
Demetevler Fatma Üçer YBRM
Ümitköy Huzurevi YBRM
Seyranbağları Huzurevi YBRM
Süleyman Demirel Huzurevi YBRM
Kızılcahamam Huzurevi YBRM
Öğretmen Necla Kızıldağ YBRM
Hacettepe Üniversitesi

Bilgi için:
Özürü ve Yaşlı Hizmetler Şb. Md.


Kai tebliği yapılacaktır

Anafartalar cad. No:58 ULUS/ANK. 06440
Telefon: (0312) 418 66 62 / 1129-1152
Faks: (0312) 425 96 04


K-Q
TSE-ISO EN
9000
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ
BELGESİNE SAHİPTİR

Ayrıntılı bilgi için irtibat A.TERZİOĞLU Eğitim Uzm.
E-posta aterzioglu@aille.gov.tr / Alpter@hotmail.com
Tel: 0542 606 58 23

**EK 10: AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI EĞİTİM
ve YAYIN DAİRE İŞLERİ BAŞKANLIĞI İZİN YAZISI**



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

Sayı : 84459573-605- 174
Konu : Güler Duru.Hacettepe Ün.

13.06.2013

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

İlgi : 06.06.2013 tarihli ve 18500740-605-59100 sayılı yazı

İlgi yazı ile Hacettepe Üniversitesi Araştırma Görevlisi Güler DURU'nun Ankara İl Müdürlüğüne bağlı huzurevlerinde kalan yaşlılara yönelik olarak "anımsama terapisinin alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve işlevsel faaliyetleri üzerine etkisi" konulu araştırma uygulayabilme talebi bildirilmiştir.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğümüzce de olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın; İl Müdürlüğü koordinesinde, Kuruluş Müdürlüğü denetiminde, ses-görüntü kaydı alınmaksızın gönüllülük esası çerçevesinde, gizliliğin her koşulda sağlanması, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Kurum izni alınması ve bir örneğinin Başkanlığımıza gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

Amber TÜRKMEN
Daire Başkan V.

OLUR
13.06.2013


Dr. Nail Abdulgazi ALATAŞ
Müsteşar Yardımcısı

Bu Evrak Elektronik Ortamda İmzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Söğütözü Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon :
e-posta : ahmet.yuce1@nile.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : A. YUCE Uzman Öğretmen
Faks :
Elektronik Ağ: www.aile.gov.tr

EK 11: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİN YAZISI

 **HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

06100 Sıhhiye-Ankara
 Telefon: 0 (312) 305 1082 - Faks: 0 (312) 310 0580
 E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Sayı: 16969557 - 222

28 Haziran 2013

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26.06.2013 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2013/12
Proje No : GO 13/356 (Değerlendirme Tarihi (12.06.2013))
Karar No : GO 13/356 - 04

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç.Dr.Sevgisun KAPUCU'nun sorumlu araştırmacı olduğu Arş.Gör.Güler Duru AŞİRET'in tezi olan GO 13/356 kayıt numaralı ve "Anımsama Terapisininin, Alzheimer Hastalarının Bilişsel Durumu, Depresyon ve İşlevsel Faaliyetleri Üzerine Etkisi" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan)	9 Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye)
2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye)	İZİNLİ 10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye)
3. Prof. Dr. N. Yıldırım Sara (Üye)	11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye)
4. Prof. Dr. Sevdâ F. Muftuoğlu (Üye)	12. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye)
5. Prof. Dr. Cenk Sökmenster (Üye)	13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye)
6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye)	14. Prof. Dr Leyla Dinç (Üye)
7. Prof. Dr. Songül Vajzoğlu (Üye)	14. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye)
8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye)	15. Av. Meltem Onurlu (Üye)

**EK 12: ANIMSAMA TERAPİSİ OTURUMLARINDA ARAŞTIRMACI
TARAFINDAN KULLANILAN RESİMLER**

















