



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEMANSLI YAŞLILARDA OYUNCAK BEBEK TERAPİSİNİN
BİLİŞSEL DURUM VE AJİTASYONA ETKİSİ**

Zeynep ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Serap BAYRAM



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEMANSLI YAŞLILARDA OYUNCAK BEBEK TERAPİSİNİN
BİLİŞSEL DURUM VE AJİTASYONA ETKİSİ**

Zeynep ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Serap BAYRAM

DÜZCE, 2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

03.03.2021

Zeynep ARSLAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam süresince tezimin oluşturulmasında bana yardımcı olan, desteğini, sevgisini ve bilgisini hiç esirgemeyen değerli Hocam Dr. Öğr. Üyesi Serap BAYRAM' a,

Yüksek lisans ve tez yazım sürecinde bana destek veren aileme ve yakın arkadaşlarıma,

Yüksek lisans tezimin uygulama aşamasında Oyuncak Bebek Terapisini yürüttüğüm Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi' nde çalışan hemşire meslektaşlarıma ve bakım personellerine,

Tez çalışmama katılan herkese sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık.....	7
2.1.1. Tanımı.....	7
2.1.2. Dünya’ da ve Türkiye’ de yaşlanma ile ilgili göstergeler.....	8
2.2. Demans	9
2.2.1. Tanımı ve klinik belirtiler	9
2.2.2. Dünya’ da ve Türkiye’ de demans ile ilgili göstergeler.....	9
2.2.3. Tedavi	10
2.2.4. Bilişsel değerlendirme	11
2.3. Alzheimer Hastalığı.....	12
2.3.1. Tanımı ve klinik belirtiler	12
2.3.2. Dünya’ da ve Türkiye’ de AH ile ilgili göstergeler	12
2.4. Ajitasyon	13
2.4.1. Tanımı.....	13
2.4.2. Bakım verenlere ajitasyonun etkisi.....	14
2.4.3. Etkileyen faktörler	15
2.4.4. Sıklığı.....	17
2.5. Ajite Davranışları Olan Demanslı Hastanın Bakımında Oyuncak Bebek Terapisinin Kullanımı	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	21

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.5. Veri Toplama Araçları.....	23
3.5.1. Çalışmaya alınma kriterleri formu	23
3.5.2. Kişisel bilgi formu	23
3.5.3. Cohen-Mansfield ajitasyon envanteri (CMAE)	23
3.5.4. Mini mental durum değerlendirme testi (MMT)	24
3.6. Uygulamanın Aşamaları.....	24
3.6.1. Verilerin toplanması	24
3.6.2. Oyuncak bebek terapisinin uygulanması	24
3.6.3. Oyuncak bebek terapisinin aşamaları	25
3.6.4. Oyuncak bebeğin seçimi:.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
4. BULGULAR	28
4.1. Çalışmaya Katılan OBT ve K Grubu Yaşlıların Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu İle İlgili Özellikleri	28
4.2. Çalışmaya Katılan OBT ve K Grubu Yaşlıların Ajitasyon Düzeyleri ile İlgili Özellikleri.....	30
4.3. Çalışmaya Katılan OBT ve K Grubu Yaşlıların Bilişsel Durumu ile İlgili Özellikleri.....	44
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	45
6. KAYNAKLAR	50
7. EKLER.....	61
8. ÖZGEÇMİŞ.....	71

SİMGİ VE KISALTMALAR

AH	Alzheimer Hastalığı
CMAE	Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HKB	Hafif Kognitif Bozukluk
HT	Hipertansiyon
K	Kontrol
MMT	Standardize Mini Mental Test
NDB	Need-Driven Dementia Compromised Behavior
OBT	Oyuncak Bebek Terapisi
TREA	Treatment Routes for Exploring Agitation
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UN	United Nations
T0	OBT'den Önceki Ölçümler
T1	OBT'den Bir Hafta Sonraki Ölçümler
T ₂	OBT'den Üç Ay Sonraki Ölçümler

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Grupların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması	29
Tablo 2. Grupların kronik fiziksel hastalıklar ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması	30
Tablo 3. Grupların kronik psikiyatrik hastalıklar ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması... ..	31
Tablo 4. Grupların CMAE toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması... ..	33
Tablo 5. Sözel agresif olmayan alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 6. Sözel agresif alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması... ..	37
Tablo 7. Fiziksel agresif olmayan alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 8. Fiziksel agresif alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 9. Grupların MMT toplam puanların karşılaştırılması... ..	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ajitasyonun Sınıflandırılması 15

Şekil 2. OBT’ de Kullanılan Oyuncak Bebekler..... 27



ÖZET

DEMANSLI YAŞLILARDA OYUNCAK BEBEK TERAPİSİNİN BİLİŞSEL DURUM VE AJİTASYONA ETKİSİ

Zeynep ARSLAN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Serap BAYRAM
Mart 2021, 72 sayfa

Demans, fiziksel ve psikososyal işlevselliği sağlayan entelektüel kapasitenin ileri düzeyde kaybını içeren edinilmiş organik zihinsel bir bozukluktur. Demanslı kişilerde bilişsel bozulma ile birlikte görülen ve kişinin hayatını etkileyen en önemli nöropsikiyatrik semptomlardan biri ajitasyondur. Oyuncak Bebek Terapisi (OBT), genellikle demansın orta veya geç dönemlerinde olan kişiler için ajitasyon gibi davranışsal belirtilerin yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemdir. Bu terapide amaç yaşlıların kendilerini yararlı ve ihtiyaç duyulan biri olarak hissetmelerine yardımcı olmak ve onlara odaklanmaları için olumlu bir şey vermektir. Bu doğrultuda bu çalışma uzun süreli kurumsal bakım alan demanslı yaşlılarda OBT'nin bilişsel durum ve ajitasyona etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel tasarımda yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, bir ilde bir kurumsal bakım merkezinde yaşayan 110 yaşlı birey oluşturmuştur. Uygulama grubunun büyüklüğü güç analizi yöntemi ile hesaplanarak OBT ve Kontrol (K) grubuna sırasıyla 16 ve 19 olmak üzere toplam 35 yaşlı birey alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri (CMAE) ve Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMT) kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçları başlangıçta (T₀), OBT'den hemen sonraki hafta (T₁), 3 ay sonra (T₂) ölçülmüştür. Gruplardaki yaşlılar sosyo-demografik değişkenler, kurumsal bakım alma özellikleri, psikiyatrik öykü, fiziksel hastalıkları, bilişsel ve ajitasyon düzeyleri yönünden benzerdir ($p>0.05$). Bu çalışmada OBT ve K grubu arasında CMAE toplam ajitasyon düzeyi ve Fiziksel Agresif Olmayan ajitasyon düzeyi OBT grubu lehine anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak CMAE Sözel Agresif Olmayan, Sözel Agresif Olan ve Fiziksel Agresif Olan ajitasyon alt boyutlarındaki ve MMT düzeyindeki değişimin gruplararası farkı anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuçlar, OBT'nin geriletici değil ama durdurucu etkisini ortaya koymuştur. Nitekim K grubunda toplam, alt boyut ve maddeler düzeyinde ajitasyon puanları kendi içinde zaman içinde artmıştır. Yani müdahale edilmeyen grupta gerileme çarpıcı bir şekilde gerçekleşmiştir. Dört haftalık OBT demanslı yaşlılar için keyifli ve amaçlı bir aktivite olarak gerçekleştirilmiş ve kurum çalışanları oyuncak bebeklerin yaşlılara duygusal destek sağladığını ifade etmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ajitasyon, Bilişsel Durum, Demans, Oyuncak Bebek Terapisi, Yaşlı

ABSTRACT

THE EFFECT OF DOLL THERAPY ON COGNITIVE STATUS AND AGITATION AMONG ELDERLY WITH DEMENTIA

Zeynep ARSLAN

Master Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor Dr. Lecturer Member Serap BAYRAM

March 2021, 72 pages

Dementia is an acquired organic mental disorder that causes heavy loss of intellectual capacity which provides physical and psychosocial functionality. Agitation is one of the most important neuropsychiatric symptoms which affect the daily life of the patients along with cognitive decline among people with dementia. Doll therapy is a non-pharmacological method utilized in the management of behavioral symptoms like agitation for people diagnosed with moderate to severe dementia. The purpose of the therapy is to enable the elderly to feel themselves useful and needed and to provide them with something positive to focus on. In this respect, this study was conducted as an experimental design in order to test the effect of DT on cognitive state and agitation among long-term institutionalized dementia patients. The universe of the study is 110 elderly patients hospitalized in an institutionalized care center in a city. The size of the sampling was calculated using power analysis. The sample of the study consisted of DT (Doll Therapy) Group and C (Control group) including 16 and 19 patients respectively. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) and Mini Mental State Examination (MMSE) were used as data gathering tools. The results were categorized as the beginning (T_0), the week right after DT (T_1), and as 3-months application (T_2). The elderly in the group are similar in their socio-demographic features, nature of their institutional care, psychiatric history, physical diseases, cognitive and agitation levels ($p>0.05$). A meaningful difference was found between DT and K groups in their CMAI total agitation level and Physical Non-Aggressive agitation level in favor of DT sample ($p<0.05$). However, the difference among CMAI Verbal Non-Aggressive, Verbal Aggressive and Physical Aggressive agitation sub dimensions and the change in MMSE levels did not prove to be significant ($p>0.05$). The results proved DT effective in stopping the progression of dementia but not the reversal of the process. In fact, agitation scores at total, sub dimension and item level increased over time. In other words, non-intervention group had a striking decline. 4-week DT was realized as an enjoyable and purposeful activity for the elderly diagnosed with dementia and caretakers expressed that the dolls provided emotional support for the patients.

Key words: Agitation, Cognitive Status, Dementia, Doll Therapy, Elderly

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlanma, bireyde biyo-psikososyal yönden gerilemeye neden olan evrensel bir yaşam gerçekliğidir. Dünyada, son yıllarda nüfus artış hızındaki azalma eğilimi, hastalıkların önlenmesi ve ölümlerin azaltılması sonucu demografik yaşlanma sürecine girildiği bilinmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012, Samancı Tekin ve Kara, 2018; Yiğitbaş ve Deveci, 2016). Dünya genelinde yaşlı nüfusun 2030 yılında %12'ye yükselmesi beklenmektedir (United Nations-UN, 2015a). Türkiye'de ise yaşlı nüfusun artış hızının 2023 yılında %10'a ulaşacağı ön görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu-TUİK, 2015).

Günümüzde yaşlanmanın doğasında olan gerilemeler sonucu bireylerin yardım gereksinimlerini artmıştır. Endüstrileşme, kentleşme, çekirdek aileye dönüşüm, kadınların çalışma hayatında katılımı gibi sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlere bağlı olarak kurumsal bakım hizmeti alan yaşlı sayısı artmaktadır (Yerli, 2017). Giderek artan bu talebi karşılamak için ülkemizde kamu ve farklı sahiplik yapılarındaki huzurevleri olmak üzere 392 kurum bulunmakta ve yaklaşık 26 bin yaşlı bu kurumlarda yaşamaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018).

Yaşlanma sürecinin en önemli sağlık sorunlarından biri olan Alzheimer hastalığının (AH) prevalansı ile ilgili dünyada artış eğilimi dikkat çekmektedir. Alzheimer hastalığının tedavisi yoktur ve etkilenenlere bakmak ailelere ve ulusa büyük bir maddi ve manevi yük getirmektedir. Bu kişilerin sağlık giderlerinin 2015 yılında 226 milyar doların üzerine çıkması beklenmektedir (Alzheimer's Association, 2015). Alzheimer Derneği, hastalığın üç evresini tanımlamıştır. Bunlar; (1) Klinik öncesi, saptanabilir işlevsel yetersizliğin olmaması, (2) Hafif Kognitif Bozukluk (HKB), hafızada ve bilişsel yeteneklerde fark edilir ve ölçülebilir değişikliklerin olması ancak günlük yaşam aktivitelerinin tamamen bozulmaması, (3) Fonksiyonel yeteneği bozan demans, örneğin mali yönetim, araç kullanımı vb. fonksiyonel aktivitelerin yetersizliği ve bağımlı öz bakım. HKB' li bireylerin hepsi olmamakla birlikte bir kısmı AH ve demans noktasına ilerlemektedir (Peterson, 2011; Albert ve ark., 2011). Önemli sağlık problemlerinden biri olan demans küresel olarak 36 milyon kişiyi etkilemektedir. Demansın küresel prevalansının 2030 yılında iki katına (66 milyon), 2050 yılında üç

katına (115 milyon) çıkması beklenmektedir (World Health Organization-WHO, 2012).

Demans, fiziksel ve psikososyal işlevselliği sağlayan entelektüel kapasitenin ileri düzeyde kaybını içeren edinilmiş organik zihinsel bir bozukluktur. Demansta disfonksiyon çok boyutludur ve hafıza, davranış, kişilik, yargı, dikkat, mekânsal ilişkiler, dil, soyut düşünce ve diğer yönetici işlevleri içerir. Düşünsel gerileme genellikle ilerleyicidir ve başlangıçta bilinç seviyesinde kendini gösterir (Medical Subject Headings, 2011; Alzheimer's&Dementia Weekly, 2014). Demans gelişimi riski yaşla birlikte artar. Altmış beş yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık %10'unda, 85 yaşın üzerindeki bireylerin yaklaşık %50'sinde görülmektedir Demanslı kişilerde bilişsel bozulma ile birlikte görülen ve kişinin hayatını etkileyen en önemli klinik durum, nöropsikiyatrik semptomlardır. Apati, anksiyete, depresyon, sanrılar, saldırganlık, gezinmeler, psikomotor ajitasyon, uygunsuz cinsel davranışlar, meydan okuyan, bazen şiddet içeren davranışlar, diğer güvensiz eylemler, uyku kalitesinin bozukluğu yaygın olarak görülmekte ve zamanla da artmaktadır. Bu hızlı bilişsel gerileme, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini azaltmakta ve hastanede bulunma süresini uzatmaktadır (Alzheimer's&Dementia Weekly, 2014; Akyar, 2007; Kaynak ekle). Demanslı yaşlılarda en sık görülen bu davranışlardan biri olan ajitasyon, doğrudan konfüzyona ya da gereksinimlere bağlı olmadan oluşan uygunsuz nitelikteki sözel, motor ya da vokal aktivitelerdir (Cohen-Mansfield, 1986; Citrome, 2002; Hodge, 2012). Demans hastalarında ajitasyon sıklığı yapılan önceki çalışmalarda %12 ile %99 arasında bulunmuştur (Forstl ve ark., 1994; Chemerinski ve ark., 1998; Tractenberg ve ark., 2002; Bruen ve ark., 2008; Altunöz ve ark., 2015). Ajitasyonun, demanslı bireylerin kurumsal bakıma alınmalarında önemli bir belirleyici olduğu (Hamel ve ark., 1990) ve görülme sıklığı arttıkça kurumsal bakım verenler için bakım yükünün de arttığı bildirilmektedir (Malone ve ark., 1993). Diğer taraftan, demansta tedavi yöntemlerinin ve etkilerinin sınırlı olduğu bildirilmektedir (Braden ve Gaspar, 2015). Geçmişte demanslı bireylerin kendi güvenliğinin sağlanması, yaralanmalarının önlenmesi, mali ve personel kaynaklarının koruması amacıyla hareketlerini kısıtlayan araçlar, teknikler ve tedavi yaklaşımları yaygın olarak kullanılmaktaydı (Braden, 2014). Zamanla kısıtlamaların kullanılması istenmeyen bir uygulama olarak görülmeye başlanmıştır. Genellikle antipsikotik

ilaçlar şeklinde kimyasal kısıtlamaların kullanılmasının davranışların kontrolünde başarılı olmamakla birlikte, ölüm ve hatta bilişsel yeteneklerde bozulma gibi olumsuz yan etkilerin olasılığını arttırdığı da bildirilmiştir (Blowcott, 2009). Şu anda demanslı bireylerde antipsikotik ilaç kullanımını azaltma eğilimi hedef olarak belirlenmiş ve farmakolojik olmayan birçok uygulamanın yaşam kalitesini arttırdığına yönelik kanıtlar sunulmuştur. Oyuncak Bebek Terapisi (OBT) kullanılan yöntemlerden biridir ve demanslı yaşlıların yaşamları üzerindeki olumlu etkileri bildirilmiştir. Bu terapide bebekler yaşlı kişi için bir bebekten ziyade ebeveyn, kardeş, eş gibi onlar için önemli olan diğer kişiler gibi bir rol oynamaktadır (Braden ve Gaspar, 2015).

Yapılan bir çalışmada bakım personelleri OBT' nin faydalı olduğunu ve demanslı bireylerin yaşamlarını iyileştirdiğini bildirmişlerdir (Mackenzie ve ark., 2006). Bir çalışmada havludan yapılmış, gerçek bebeğe benzemeyen derme çatma bir bebeğin bile demanslı bir yaşlının duygu ve davranışlarında ani bir değişikliğe sebep olduğu ancak bu etkinin bebeğin kalış süresi boyunca devam ettiği belirtilmiştir (Neuschotz ve ark., 2009). James ve arkadaşları (2006) oyuncak bebeklerin yaşlı birey, personel ve diğer sakinler arasında iletişim aracı olarak kullanıldığı ile ilgili etkilerinden söz etmiştir. Örneğin; “bebeğim aç”, “bebeğim üşüdü” veya “bebeğim acıktı” diyerek iletişim kurduklarını veya kendi aile fertleriyle ilgili travmatik olaylarla ilgili bebekleriyle konuştuklarını belirtmişlerdir. Alexa (2006), Verity (2008) ve Higgins (2010) bazı geriatrik profesyonellerin, bakıcıların ve aile üyelerinin yaşlı bireylerde oyuncak bebek kullanımını “aşağılayıcı” olduğunu düşündükleri ile olumsuz ifadelerinden bahsetmiştir. Terapide bebeklerin çocuk yetiştirme gerekçesiyle kullanımını etik ve pratik problemler sunduğu da belirtilmektedir (Mitchell ve Templeton, 2014). Miller (2010) OBT' nin fiziksel aktiviteyi, iletişim, diğer sakinlere ve bakıcılara karşı tutumu, ajitasyonu olumlu etkilediğini bildirmiştir. Diğer beş ayrı çalışmada ise, personele ve diğerlerine yönelik davranışlar, zihinsel esenlik, benlik saygısı, etkinlik ve affektif durumlar ile ilgili olumlu etkilerden söz edilmiştir (Ready ve Ott, 2003; Mackenzie ve ark., 2006; James ve ark., 2006; Minshull, 2009; Cohen-Mansfield ve ark., 2010). Higgins (2010), demans hastalarında esenliği artırmak için oyuncak bebeklerin kullanımıyla ilgili 20'den fazla makaleyi gözden geçirmiş ve makalelerin on sekizinde OBT' nin iyileşme üzerindeki etkilerini gösteren kanıtlar olduğunu belirtmiştir. Gibson (2005), bebek terapisi ile ilgili bir vaka öyküsü

sunmuştur. Vakanın çocukları annelerinin, daha sakin ve davranışlarında daha rahat olduğunu ve annelerinin onların bakımını ne kadar önemsediklerini fark ettiklerini anladıklarını belirtmişlerdir.

Uluslararası literatürde de artan ilgiye rağmen, OBT' nin amaçlarının neler olduğu, en iyi nasıl uygulanacağı ve bireyleri nasıl etkilediğini inceleyen herhangi bir ulusal literatüre rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada Türkiye' de uzun süreli kurumsal bakım alan demanslı yaşlılarda OBT' nin bilişsel durum ve ajitasyona etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan ilk çalışmadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık

2.1.1. Tanımı

Yaşlanma, doğumdan yaşamın sona ermesine kadar olan değişim ve dönüşüm sürecidir. Bu süreç, yıpranma ve bozulmaya karşı onarım ve yeniden yapım mekanizmalarını da kapsamaktadır. Kronolojik yaşın ilerlemesiyle oluşan ve ölüm olasılığını arttıran değişikliklerin bütünüdür (Beğer ve Yavuzer, 2012, Samancı Tekin ve Kara, 2018). Bu süreçte, kişinin fiziksel ve zihinsel yönden tüm işlevlerinde gerilemeye yol açan, geriye dönüşümsüz yapısal ve fonksiyonel değişiklikler oluşur (Karan ve Tufan, 2011; Da Costa ve ark., 2016; Koldaş, 2017).

Yaşlılık ise, yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme durumu olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık, yaşamın çocukluk, gençlik, yetişkinlik gibi doğal ve kaçınılmaz bir dönemi olup, artan yaşın özelliklerini biyolojik, psikolojik, kültürel olarak her boyutuyla gösterme durumudur (Yerli, 2017). Yaşlanma ve yaşlılık arasında küçük bir fark bulunmaktadır. Yaşlanma, yaşın artması anlamına gelirken, 'yaşlılık' ise yaşamın spesifik bir bölümünü tanımlar. Yaşlanma sürecinin başlangıcı yaşlılık döneminin başlangıcından daha öncedir (Beğer ve Yavuzer, 2012; Yiğitbaş ve Deveci, 2016).

Yaşlılık, bireyin kalıtsal özellikleri, beslenmesi, çevresel koşulları ve sosyo-kültürel özelliklerine göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak belirtirken, Birleşmiş Milletler yaşlılık ile ilgili çalışmalarında genellikle 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır (WHO 1998, UN 2015b). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün yaptığı bir ayrıma göre, 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu değerlendirmelerin kesin ve değişmez olduğu söylenemez (WHO, 1963).

Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile yorumlanması gereken bir süreçtir. Doğum yaşı ya da takvim yaşı olarak ifade edilen yaş kronolojik yaşlılıktır. Fizyolojik

yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyindeki değişimleri ifade ederken; psikolojik yaşlılık, zeka, hafıza, algı, öğrenme, psikomotor beceriler, motivasyon, problem çözme, duygu ve kişilik özellikleri ile ilgili değişimleri temel alır. Psikolojik yaş, kişinin gerçekten nasıl hissettiğini gösterir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumun beklediği davranış örüntüleri ve toplumun yaşlı bireylere verdiği değerler ile ilişkilidir. Diğer taraftan yaşlılık subjektif bir kavram olup, tanımı kişiye özel değişebilmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012; Yiğitbaş ve Deveci, 2016; Samancı Tekin ve Kara, 2018). Yaşlanma bireylerin bağımsızlıktan, yarı-bağımlı ya da tam bağımlı haline geldikleri değişimsel bir süreçtir (Yiğitbaş ve Deveci, 2016).

2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlanma ile ilgili göstergeler

Son yıllarda nüfus artış hızındaki azalma eğilimi, hastalıkların önlenmesi ve ölümlerin azalmasıyla yaşlı nüfus gelişmiş ülkelerde daha belirgin olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde de giderek artmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012, Samancı Tekin ve Kara, 2018; Yiğitbaş ve Deveci, 2016; Yerli 2017). Nüfus projeksiyonlarına göre 65 yaş ve üstü nüfusun dünyada 2030 yılında 995 milyon (%11,7), 2050 yılında 1 milyar 56 milyon (%16,03) olması beklenmektedir (UN, 2015a).

Yapılan araştırmalar, Türkiye’nin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu ve 65 yaş üzeri nüfusun 2012 yılında 5,7 milyon (%7,5) iken, 2023 yılında 8,6 milyona (%10,2), 2050 yılında 19,5 milyona (%20,8) ve 2075 yılında 24,7 milyona (%27,7) ulaşacağını ön görmektedir (TÜİK, 2015; TÜİK, 2016). Birleşmiş Milletler ise bu oranın Türkiye için 2030 yılında %12,1, 2050 yılında ise %20,6 olarak bildirmiştir (UN, 2015a).

Toplumsal yaşlanma bağlamına göre bir toplumda 65 yaş ve üzerindeki birey sayısının toplam nüfus içinde aldığı payın düzeyine göre toplumlar “genç-olgun-yaşlı” olarak sınıflandırılmaktadır. Bu oran % 4’ten az ise “genç nüfus”, %4-%6,9 arasında ise “olgun nüfus”; %7-%10 arasında ise “yaşlı nüfus”; %10’un üzerinde ise “çok yaşlı nüfus” olarak adlandırılmaktadır (WHO,1998).

Nüfustaki yaşlanma yaşlı bireylerde sosyal uyum sorunları, yaşam doyumunun azalması, bakım, sağlık, beslenme, barınma ve ekonomik sorunlar, ihmal ve istismar, bağımsızlığın yitirilmesi, yaşlılığın olumsuz algılanışı, kuşaklararası çatışma, statü

kaybı ve boş zamanları değerlendirme sorunu gibi durumları yaratmıştır (Beğer ve Yavuzer, 2012; Yerli, 2017). Diğer taraftan kurumsal bakıma talebin giderek arttığı Türkiye’ de, kamu, özel, belediye, dernek, vakıf ve azınlıklara ait huzurevleri sayısı 392’ye ulaşmıştır ve yaklaşık 26 bin yaşlı bu kurumlarda yaşamaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018).

2.2. Demans

2.2.1. Tanımı ve klinik belirtiler

Demans Latince “mens” zihin anlamına gelen kelimedenden türemiştir ve Türkçe’ de bunama kelimesine karşılık gelmektedir (Akyar, 2011). Demansta hafıza, davranış, kişilik, yargı, dikkat, mekânsal ilişkiler, dil, soyut düşünce ve diğer yönetici işlevleri içeren çok yönlü bir disfonksiyon vardır. Düşünsel gerileme başlangıçta bilinç seviyesinde kendini gösterir ve genellikle ilerleyicidir (Medical Subject Headings, 2011). Bütün bunama sendromları (AH, Parkinson hastalığı, Lewy cisimli demans, vasküler ve frontotemporal demans) bilişsel gerileme ile ilgili aynı özellikleri paylaşırlar (Ennis ve Kazer, 2013).

Demanslı kişilerde bilişsel bozulmaya eşlik eden en önemli klinik özellikler apati, anksiyete, depresyon, sanrılar, saldırganlık, gezinmeler, psikomotor ajitasyon, uygunsuz cinsel davranışlar, meydan okuyan ve bazen şiddet içeren davranışlar ve diğer güvensiz eylemler ve uyku kalitesinin düşüklüğü gibi nöro-psikiyatik semptomlardır (Akyar, 2007; Bruen ve ark., 2008; Forstlve ark., 2012; Braden ve Gaspar, 2014; Altunöz ve ark., 2015). Bu semptomlar demanslı bireyleri savunmasız hale gelmekte ve hafıza, iletişim, yönelimde bozulma toplumsal işlevlerinde zorluklara neden olmaktadır (Ennis ve Kazer, 2013). Demans tanısının konulabilmesi için gerekli kriterlerden biri bilişsel bozulmaya ek olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bozulmanın meydana gelmesidir. Nörodejeneratif demanslarda bu bozulma zamansal seyir içinde şiddetini artırarak ilerlemektedir (Hanağası, 2010).

2.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de demans ile ilgili göstergeler

Demans gelişimi riski yaşla birlikte artar. Altmış beş yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık %10’ unda, 85 yaşın üzerindeki bireylerin yaklaşık %50’ sinde görülmektedir

(Alzheimer's & Dementia Weekly, 2014). Küresel olarak demans 36 milyon kişiyi etkilemektedir. Demansın küresel prevalansının 2030 yılında 66 milyon ile iki katına, 2050 yılında 115 milyon ile üç katına çıkması beklenmektedir (WHO, 2012). Her yıl yaklaşık 8 milyon yeni demans vakası teşhis edilmektedir (Alzheimer's Disease International, 2013). Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği ise 2018 yılında dünya üzerinde 50 milyon civarında tahmin edilen demanslı hasta sayısının tedavi ve önleme konusunda büyük bir gelişme olmazsa 2030 yılında 82 milyona, 2050'de 152 milyona yükselmesinin beklendiğini bildirmiştir. Demans hastalıklarının sıklığının 65 yaşında yaklaşık %1-2 oranında olduğu ve yaklaşık her altı yılda bir bu oranının iki katına çıktığı, doksanlı yaşlarda ise %30-40'lara vardığı belirtilmiştir. Demans dünyada en sık beşinci ölüm nedenidir ve demans hastalarının dünya ekonomisine maliyeti yıllık bir trilyon dolardır (Sağlık Bakanlığı (SB), Alzheimer ve Diğer Demans Hastalıkları Klinik Protokolü, 2020).

Ülkemizde 800 bine yakın demanslı hasta olduğu ve bu sayının 2/3' ünü yani yaklaşık 600 bin civarının Alzheimer hastası olduğu düşünülmektedir. Genç nüfusun giderek yaşlanacağı bir ülke olarak Türkiye' de 30-40 yıl sonra bu hastalık en önemli sağlık sorunu olarak karşımıza çıkacaktır (SB, 2020).

2.2.3. Tedavi

Günümüzde demansın önlenmesi ve tedavisi yoktur ve tedavi seçeneklerinin ve etkinliğinin sınırlı olduğu bildirilmektedir. Demans araştırmalarına yapılan yatırımlar çok önemli ölçüde artmış olsa da, mevcut kanıtlar, hastalıkta herhangi bir tedavinin on yıl veya daha uzun bir süre önce bulunma olasılığının düşük olduğunu göstermektedir (Cherbuin ve ark., 2019). Geçmişte demanslı bireylerin kendi güvenliğinin sağlanması, yaralanmalarının önlenmesi ve mali ve personel kaynaklarının korunması amacıyla hareketlerini kısıtlayan araçlar, teknikler ve tedavi yaklaşımları yaygın olarak kullanılmıştır. Zamanla kısıtlamaların kullanılması istenmeyen bir uygulama olarak görülmeye başlanmıştır (Braden, 2014). Gerilemeyi engelleyen müdahalelerin yanında kolinesteraz inhibitörleri ve memantin içeren ilaç tedavisi verilmektedir (Ødbehr ve ark., 2015). Ancak antipsikotik ilaçların davranışların kontrolünde başarılı olmamakla birlikte, ölüm ve hatta bilişsel yeteneklerde bozulma gibi olumsuz yan etkilerin olasılığını arttırdığı da bildirilmiştir (Blowcott, 2009). Şu anda demanslı

bireylerde antipsikotik ilaç kullanımını azaltma eğilimi hedef olarak belirlenmiş ve farmakolojik olmayan müdahaleler ile yaşam kalitesini artırılmasına vurgu yapılmıştır (Braden, 2014). Bu doğrultuda sağlık profesyonelleri demansın değişken seyri sırasında hastanın durumunun korunmasını amaçlayan bakım yaklaşımlarına yönelmiştir.

2.2.4. Bilişsel değerlendirme

Demans ve vasküler sağlık arasında önemli bir bağlantı vardır. Bu durum kişinin bilişsel durumunu etkilemektedir (Llewellyn ve ark., 2010). Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından demansın kriterlerini karşılayan kişilerin belirlenmesi, normal bilişsel gerileme ve patolojik performans arasında ayırım yapılması önemlidir (Foreman ve ark., 2003). Belirlenmeyen bilişsel bozulma morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (Alzheimer's Association, 2018). Bu nedenle hemşireler bilişsel bozulmanın erken dönemde belirlendiği ve hastalığın doğru yönetiminin sağlandığı demanslı bireylerde işlevselliğin ve yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli sağlık profesyonelleridir.

Bilişsel değerlendirme, hasta ve aileyi tanımayı içeren bir görüşme ile başlatılarak adım adım yürütülmesi gereken bir süreçtir. Bu görüşme aşamasından sonra, uygun bir değerlendirme aracı kullanılarak bilişsel değerlendirme yapılmalıdır. İyi bir bilişsel değerlendirme aracı: beş dakikadan daha kısa bir sürede uygulanmalı, kullanıcı dostu olmalı, psikometrik olarak yeterli olmalı, eğitim gerektirmemeli, dil engeli ya da kültürel önyargılar içermemelidir (Cordell ve ark., 2013).

Bu doğrultuda nöroloji, psikiyatri, psikoloji, konuşma dili patolojisi ve hemşirelik gibi birçok disiplin tarafından Mini Mental Test (MMSE), Montreal Bilişsel Değerlendirme (MOCA), Mini-Cog, Hafıza Gerileme Taraması (MIC), Pratisyen Hekim Bilişsel Taraması (GPAC) gibi küresel bilişsel tarama testleri kullanılmaktadır (Prince ve ark., 2011). Bu testler profesyoneller arasında ortak referans noktası olarak işbirliği ve iletişimi kolaylaştırmaktadır. Yaygın bilişsel tarama araçlarından elde edilen bilgiler, kişinin önceki yeteneklerinin veya bilişsel değişikliklerin tarihsel bağlamı olmaksızın test sırasındaki performansı yansıtmaktadır ve bu durum test sonuçlarını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir.

2.3. Alzheimer Hastalığı

2.3.1. Tanımı ve klinik belirtiler

Yaşlanma sürecinin en önemli sağlık sorunlarından biri olan AH, yirminci yüzyılın ilk dönemlerinde Alois Alzheimer tarafından orta yaşlı bir kadında gözlemlendiği bilişsel bozukluk, işlevsellikte azalma, sanrı ve işitme varsanılarının olduğu psikotik yaşantılar şeklinde tanımlanmıştır (Yavlal ve Güngör, 2016).

Alzheimer Derneği hastalığın üç evresini tanımlamıştır. Bunlar; (1) Klinik öncesi, saptanabilir işlevsel yetersizliğin olmaması, (2) Hafif Kognitif Bozukluk (HKB), hafızada ve bilişsel yeteneklerde fark edilir ve ölçülebilir değişikliklerin olması ancak günlük yaşam aktivitelerinin tamamen bozulmaması, (3) Fonksiyonel yeteneği bozan demans, örneğin mali yönetim, araç kullanımı vb. fonksiyonel aktivitelerin yetersizliği ve bağımlı öz bakım. HKB'li bireylerin hepsi olmamakla birlikte bir kısmı AH ve demans noktasına ilerlemektedir (Peterson, 2011; Albert ve ark., 2011; Yavlal ve Güngör, 2016).

Birden fazla faktörün AH gelişme riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yaşam boyu risk faktörleri AH için değişebilmekle birlikte; orta yaş bu faktörlerin bazılarında değişiklikler için kritik bir dönemdir. Bazı klinik veya yaşam tarzı, düşük eğitim seviyesi (12 yıl altı), diyabet, orta yaşta hipertansiyon, orta yaşta obezite, depresyon, dislipidemi ve sigara içme gibi ilgili faktörler değiştirilebilirken, yaş, cinsiyet ve apolipoprotein (APOE) ε4 genotipler gibi biyolojik veya genetik faktörler değiştirilemez (Baumgart ve ark., 2015; Sindi ve ark., 2015; Deckers ve ark., 2015; Yavlal ve Güngör, 2016). Daha güçlü kanıtlara sahip koruyucu faktörler ise, bilişsel aktiviteler veya kapasite, fiziksel aktivite ve sosyal ve bilişsel yönleri uyarabilen diğer boş zaman aktivitelerinin varlığı olarak bildirilmiştir (Lopes ve ark., 2013). Bilinen diğer koruyucu faktörler ikisi ise yaşam tarzıyla ilgili olan Akdeniz diyeti (Omega-3 yağ asitlerinde yüksek) ve ılımlı alkol tüketimidir (Norton ve ark., 2013).

2.3.2. Dünya’da ve Türkiye’de AH ile ilgili göstergeler

Demans nedeni ile sağlık hizmeti almaya başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların yaklaşık %60 ile 80’ nini AH oluşturmaktadır (Alzheimer’s Disease International,

2013). Nüfusun yaşlanması bağlamında AH, bireysel, sosyal ve ekonomik düzeylerde sürdürülemez bir yük haline gelmektedir. Bir meta-analiz çalışması nüfusu yaşlanan bazı ülkelerde bu tür demansın küresel yaygınlığının her 20 yılda iki katına çıktığını göstermiştir (Prince ve ark., 2013). Hastalığın tahmini küresel maliyeti, 2010 yılında kanserin ve kardiyovasküler hastalıkların ekonomik yükü ile karşılaştırılabilir şekilde 604 milyar ABD doları olmuştur (Wimo ve ark., 2013).

Türkiye’de AH sıklığı batı ülkelerine benzerlik göstermektedir. Yetmiş yaş üstü yaşlıların %11’i AH riski altındadır. Türkiye’de 600.000 kişinin AH olduğu, bilişsel bozukluk nedeni ile hastaneye başvuran hastaların yaklaşık %68’inin bu hastalardan oluştuğu bildirilmiştir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017).

2.4. Ajitasyon

2.4.1. Tanımı

Demanslı yaşlılarda en sık görülen bu davranışlardan biri olan ajitasyon, bireyin doğrudan konfüzyon ya da gereksinimlerinden kaynaklanmayan, nedensiz şekilde gelişen ve uygunsuz nitelikteki sözel ve fiziksel, agresif veya agresif olmayan dışavurumlarını tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. Bu uygunsuz nitelikteki davranışlar küfür etme gibi sözel agresif davranışlar olabileceği gibi birine zarar verme, bir şeyler fırlatma gibi fiziksel agresif davranışları da kapsayabilir. Bazı durumlarda ise ajitasyon kendisini yoğun agresyon barındırmayan yakınma, devamlı yardım isteme, amaçsız dolaşma ve benzeri bir takım sözel veya fiziksel davranışlar biçiminde gösterebilir (Cohen-Mansfield, 1986). Citrome (2002) ajitasyonu “aşırı sözel ya da motor davranış”; Hodge (2012) ise ajitasyon, artmış motor aktivite, ani sözel patlamalar, aşırı konuşma ve iritabiliteyi kapsayan bir dizi davranış olarak tanımlamıştır. Başka bir kaynakta ise tanımlanmıştır. Ajitasyon demansın davranışsal veya psikolojik pek çok semptomunun veya nöropsikiyatrik semptomların kavramsallaştırılmış halidir (Kales ve ark, 2014). Ajitasyon semptomları genellikle, kişinin tanımlayamadığı, iletişim kuramadığı ve kendi ihtiyaçlarına cevap veremediği, aynı zamanda kişinin disinhibisyona ve tekrarlayıcı davranışa yatkınlık gösteren beyin patolojisine sahip olduğu durumlarda, karşılanmamış ihtiyaçların kavramsallaştırılmasıdır (Livingston ve ark., 2017). Ajitasyon yaşam kalitesini düşürür (Samus ve ark, 2005; Hurt ve ark, 2008), düşme (Suzuki ve ark, 2012),

kısıtlamaların kullanımı (Kirkevold ve ark, 2004) ve bakım yükünün artması gibi (Sink ve ark, 2005; Matsumoto ve ark, 2007) sonuçlara neden olur.



Şekil 1. Ajitasyonun Sınıflandırılması

(Kaynak: Demircioğlu Özal M. Alzheimer Hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri'nin (Cohen-Mansfield Agitation Inventory-CMAI) Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği.2014, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sinirbilim ABD, Yüksek lisans tezi,93sayfa,İstanbul, (Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu).

2.4.2. Bakım verenlere ajitasyonun etkisi

Ajite davranışlar özellikle kurumsal bakım alan yaşlılarla doğrudan temas halinde çalışan hemşireler için süregelen ve önemli bir konudur. Hemşireler dahil tüm bakım verenlerin ajite davranışlara neden olan iç ve dış etmenler üzerinde ciddi bir etkileri olduğu gibi, ajite davranışlardan da etkilendiği belirtilmiştir. Huzurevinde yaşayanlara bakım verenlerin ajite davranışlarla karşılaşma oranları % 60-80 arasında bildirilmiştir (Gates ve ark., 2003; Gerberich ve ark. 2006, Franz ve ark. 2010,). Avrupa Hemşireler Erken Çıkış Çalışması (NEXT-Study), geriatri servislerindeki hemşirelerin tüm klinik ortamlar içinde agresif davranışları en yüksek üçüncü sıklıkta yaşadıklarını göstermiştir (Camerino ve ark., 2008). Amerika Birleşik Devletleri bakımevlerinde yapılan bir araştırma, hemşirelerin %34'ünün saldırılardan fiziksel olarak yaralandığını ortaya koymuştur (Tak ve ark. 2010).

Diğer taraftan ajite davranışları olan sakinlerin bakımının zorlu bir görev olduğu ve

bakımevlerinde bakım verenler için yüksek yük ve stresle ilişkili olduğu (Gates ve ark. 2003) ve bakım verenlerde tükenmişliği artırdığı ve genel sağlık kalitelerini düşürdüğü bildirilmiştir (Schmidt ve ark. 2012). Bakım verenlerde oluşan duyguların başlıcaları, kaygı, utanç, suçluluk, öfke veya pes etmedir (Gates ve ark. 2003, Lundström ve ark. 2007). Bazı durumlarda bakım verenlerin sakinlere karşı saldırgan davrandığı ve onların isteklerini ve ihtiyaçlarını göz ardı edebildiği de bildirilmiştir (Aström ve ark. 2004). Bazı bakıcılar için bu davranışlar “doğal” bir sonuç gibi görünmektedir ve bu olaylar kaçınılmaz, telafi edilemez ve günlük işin kaçınılmaz bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Sandvide ve ark. 2004).

2.4.3. Etkileyen faktörler

Ajitasyonu etkileyen faktörler incelendiğinde, bilişsel bozukluk ile ajite davranışların ortaya çıkması arasındaki ilişki doğrulanmıştır (Pulsford ve Duxbury 2006, Testad ve ark. 2007; Majić ve ark., 2012). Türk toplumunda yapılan iki çalışmada ajitasyon ve bilişsel durum arasında ilişki bulunmadığı yönüyle (Özel-Kızıl ve ark., 2012; Demircioğlu-Özal, 2014); bir çalışmada ilişkili olduğu yönünde (Altunöz ve ark., 2015) sonuç bulunmuştur. İngiltere’de yapılan bir çalışmada ajitasyonu etkileyen faktörler olarak ; ağır demans, kişi başına düşen personel sayısının azlığı, aile ziyareti azlığı, daha az sosyal etkileşim, stimülasyon ve ihtiyaçların yerine getirilmemesi gösterilmiştir (Livingston ve ark., 2017). Schreiner ve arkadaşları (2000) ajite davranışların en çok hijyenik gereksinimlerin karşılanması (bez değiştirme, banyo, ağız bakımı vb.), ikinci sırada ise yemek yedirme esnasında görüldüğünü ifade etmişlerdir. Kurumsal bakım alanlarda ajitasyon nedenlerinin, bakım verenlerin ve kurumun özellikleri, yeterlilikleri ve çevresel faktörlerle ilgili olduğuna işaret edilmiştir (Gates ve ark. 2003). Başka çalışmalarda bakım verenlerin tükenmişliği, yaşları, personel oranları, mesleki zorlanma ve deneyimleri ve çalışma koşulları ile sakinlerin agresifliği arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Gates ve ark. 2003, Isaksson ve ark. 2008; Tak ve ark. 2010). Bakım verenlerin rutin günlük bakım faaliyetlerinin tarzının, bakımevlerinde yaşayan insanların agresif davranışlarını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir (Dettmore ve ark. 2009). Daha fazla klinik deneyime sahip olan ve daha yüksek düzeyde mesleki eğitime sahip olan bakım verenlerin, bu davranışları en aza indirmek için daha çok ihtiyaç temelli

yaklaşımları kullandığı, daha az deneyime sahip bakım verenlerin daha fazla kimyasal veya fiziksel kısıtlama kullanma eğiliminde olduğu belirtilmiştir (Nakahira ve ark. 2009).

Diğer taraftan ajitasyon, demanslı bireylere yönelik bazı modellerde de açıklanmaya çalışılmıştır. **Azaltılmış Stres Eşiği Modeli**'nde ajitasyon demanslı bireyin yaşamın içinde bulunan stresörlere verdiği davranışsal bir tepki olarak açıklanmıştır. Modele göre demans hastalığının belirtileri (1) bilişsel/entelektüel kayıp; (2) duygusal/kişilik değişimleri; (3) işlevsel yeteneklerde azalmaya neden olan planlama ve geri getirme yeteneklerinde kayıp ve (4) ajitasyon ve katastrofik tepkiye yol açan stres eşiğinde kayıp olarak dört evrede incelenmektedir (Hall ve Buckwalter, 1987; Küçükgüçlü ve ark., 2011). **Gereksinim Odaklı Riskli Demans Davranışı Modeli**'ne göre ise demanslı hastanın sergilediği davranışın bilişsel kayıp, eğitim, kişilik özellikleri, strese tepki gibi bireysel faktörlerle; açlık, ağrı, fiziksel çevre gibi durumsal faktörlerle; bakım veren değişimi, yakınların ortamda bulunması gibi sosyal ve çevresel faktörlerle oluşabileceği düşünülmektedir (Algase ve ark., 1996).

Cohen-Mansfield'in **Ajitasyonu Tanımlamak için Önerilen Müdahaleler** modeli demanslı hastaların ajitasyon ve agresyon gibi davranışları anlama ve gereksinimlerine yönelik müdahaleleri belirlemek için kullanılan bir başka modeldir. İletişim eksiklikleri, ağrı-rahatsızlık, akut tıbbi problemler, uyku bozuklukları, algı bozuklukları, depresyon, sosyal iletişime gereksinim, kontrol kaybı, korku, yalnızlık, yorgunluk gibi faktörler davranışsal belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Davranışı açıklamak için Ne? (ne oluyor, ne aranıyor, davranış fiziksel-duygusal bileşene sahip mi?), Nerede? (davranış nerede gerçekleşiyor, çevresel tetikleyiciler neler?), Ne zaman? (davranış en sık ne zaman yaşanıyor, neden sonra oluyor?), Kim? (olaya kimler -diğer sakinler, aile üyesi, bakım veren- dahil?), Neden? (daha önce ne oldu, iletişim mi az, iş çok mu karmaşık, fiziksel-tıbbi problem mi var, bir şeyi yapmak için zorlandı mı, daha önce oldu mu, olduysa neden oldu?) ve Şimdi ne olacak? (yaklaşım ve uygulamalar ne olacak, hangi değişimler yapılacak, hangi ekip üyeleri katılacak ve bakım planı nasıl geliştirilecek?) soruları sorulmalı ve yanıtlanmalıdır (Cohen-Mansfield, 2000).

2.4.4. Sıklığı

Ajitasyon bakım evlerinde yaşayan kişilerde prevalansı %21 ile %63 arasında bildirilen çoğu zaman en yaygın nöropsikiyatrik semptomdur (İkeda ve ark, 2004; Craig ve ark,2005; Wetzels ve ark, 2010; Selbaek ve ark,2014). Demans hastalarında ise ajitasyon sıklığı sıklığı %12 ile %99 arasında değişmektedir (Forstl ve ark., 1994; Chemerinsky ve ark., 1998; Tractenberg ve ark., 2002; Bruen ve ark., 2008; Altunöz ve ark., 2015). Türk toplumunda evinde yaşayan ve klinik takipli demanslı yaşlılarda ajite davranışların görülme oranı sırasıyla %63 ve %92 olarak bulunmuştur (Demircioğlu-Özal, 2014; Altunöz ve ark., 2015). Türkiye’ de kurumsal bakım alan yaşlılarda yapılan bir çalışmada demanslı yaşlılarda ajitasyon oranının %82, demansı olmayanlarda %71 olarak bildirilmiştir. CMAE ile değerlendirilen ajitasyon belirtilerinden demanslı yaşlılarda ilk üç belirti “tekrarlayan cümle ya da sorular sorma”, “genel huzursuzluk” ve “volta atma, amaçsız gezinme” olarak bulunmuştur (Bayram ve ark., 2019a).

Türk toplumunda demanslılarla yapılan diğer çalışmalarda “sözel agresif davranışlar” ilk sırada bulunmuştur (Özel-Kızıl ve ark., 2012; Demircioğlu-Özal, 2014; Altunöz ve ark., 2015). Diğer toplumlarda yapılan çalışmalarda ise demanslı hastalarda “sözel agresif davranışların” yaygınlığı %56, %76, %62 oranlarıyla ilk sırada bildirilmiştir (Choy ve ark., 2001; Zuidema ve ark., 2007; Majić ve ark., 2012).

2.5. Ajite davranışları olan demanslı hastanın bakımında oyuncak bebek terapisinin kullanımı

Demanslı yaşlılarda zorlu duygusal ve davranışsal problemleri minimuma düşürmek, kişilerin fonksiyonlarını, konforlarını, katılımlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için bakım vericiler tarafından farmakolojik olmayan girişimlerin yürütülebileceği belirtilmektedir. Bu yöntemlerden biri olan OBT’nin demanslı yaşlıların yaşamları üzerindeki olumlu etkileri bildirilmiştir (Mackenzie ve ark., 2006; Mitchell ve O’Donnell, 2013). Oyuncak bebek terapisi, genellikle demansın orta veya geç dönemlerinde olan kişiler için kullanılır. Bu terapide amaç yaşlıların kendilerini yararlı ve ihtiyaç duyulan biri olarak hissetmelerine yardımcı olmak ve onlara odaklanmaları için olumlu bir şey vermektir. Yumuşak bir şeyi kucaklamak, demanslı bireyin rahat ve sakin hissetmesine yardımcı olur. Terapi bebeklerinin uygulanmasının bir başka

nedeni de, hem kadınlar hem de erkekler için erken ebeveynliğin mutlu anılarını geri getirebilmelerini sağlamaktır. Birçok yaşlı yetişkin oyuncak bebeklerini sallamaktan ve kucaklamaktan hoşlanır. Hatta bazıları bebeği kendilerininmiş gibi benimser ve ona bakmayı günlük rutinlerinin bir parçası haline getirir. Bakacak bir çocuğa sahip olmak, yalnızlık ve üzüntü duygularını da hafifletebilir (Braden, 2014; Mitchell ve O'Donnell, 2013; Shin, 2015). Bu terapide oyuncak bebek ile bireyin geçmişi hatırlamasına ve oryantasyonuna yardımcı güçlü bir çevresel uyaran olmaktadır. Çünkü bu terapide oyuncak bebekler yaşlı kişi için bir bebekten ziyade ebeveyn, kardeş, eş gibi onlar için önemli diğer kişiler gibi bir rol oynamaktadır (Braden, 2014). Bebeklerin demanslı bireyler için terapötik kullanımı bağlanma kavramı üzerinden açıklanabileceği ve bu anlamda oyuncak bebekler bir "geçiş nesnesi" olarak hizmet ettikleri belirtilmiştir (Shin, 2015).

Miller (2010), OBT'nin fiziksel aktiviteyi, iletişim, diğer sakinlere ve bakıcılara karşı tutumu, ajitasyonu olumlu etkilediğini bildirmiştir. Diğer beş ayrı çalışmada ise, personele ve diğer bireylere yönelik davranışlar, zihinsel esenlik, benlik saygısı, etkinlik ve affektif durumlar ile ilgili olumlu etkilerden söz edilmiştir (Mackenzie, 2006; James ve ark., 2006; Cohen-Mansfield ve ark., 2010; Ready ve Ott, 2003; Minshull, 2009). Braden ve Gaspar (2015) OBT'nin anlamlı bir fark yaratmasa da demanslı yaşlıların aktivite seviyesi veya canlılığını, bakıcılarla etkileşime girmesini, diğer kişilerle veya sakinlerle etkileşime girmesini, kişisel bakım vermek kolaylığını artırdığını, ajitasyonu azalttığını ancak özellikle yaşlı bireylerin mutluluk düzeyinde anlamlı bir fark yarattığını bildirmiştir. Shin (2015) OBT'den sonra demanslı yaşlıların saldırganlık, obsesif davranışlar, dolaşma, olumsuz sözelleştirme, olumsuz ruh hali ve olumsuz fiziksel görünümde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler gösterdiğini bildirmiştir. Diğer bireylerle etkileşimleri de zamanla artmıştır. Higgins (2010), demans hastalarında esenliği artırmak için oyuncak bebeklerin kullanımıyla ilgili 20'den fazla makaleyi gözden geçirmiş ve makalelerin on sekizinde OBT'nin iyileşme üzerindeki etkilerini gösteren kanıtlar olduğunu belirtmiştir. Mitchell ve arkadaşları (2015) veri tabanlarını içeren kapsamlı bir literatür araştırması sonucu OBT metodolojisine uygun olan yalnızca 11 ampirik çalışma belirlemiştir. Araştırmaların çoğu, bebeklerin kullanımının demansla yaşayan bazı insanlar için angajman, iletişim ve sıkıntı dönemlerinde azalma gibi tedavi edici olabileceğini bulmuştur. Bir

çalışmada havludan yapılmış, gerçek bebeğe benzemeyen derme çatma bir bebeğin bile demanslı bir yaşlının duygu ve davranışlarında ani bir değişikliğe sebep olduğu ancak bu etkinin bebeğin kalış süresi boyunca devam ettiği belirtilmiştir (Neuschotz ve ark., 2009). Gibson (2005), bebek terapisi ile ilgili bir vaka öyküsü sunmuştur. Vakanın çocukları annelerinin, daha sakin ve davranışlarında daha rahat olduğunu ve annelerinin onların bakımını ne kadar önemsediklerini fark ettiklerini anladıklarını belirtmişlerdir. Bakım personelleri oyuncak bebek terapisinin faydalı olduğunu ve demanslı bireylerin yaşamlarının iyileştiğini bildirmişlerdir (Mackenzie ve ark., 2006; Mitchell ve O'Donnell, 2013). James ve arkadaşları (2006) oyuncak bebeklerin yaşlı ve personel ve diğer sakinler arasında iletişim aracı olarak kullanıldığı ile ilgili etkilerinden söz etmiştir. Örneğin; “bebeğim aç”, “bebeğim üşüdü” veya “bebeğim acıktı” diyerek iletişim kurduklarını veya kendi aile fertleriyle ilgili travmatik olaylarla ilgili bebekleriyle konuştuklarını belirtmişlerdir.

Higgins (2010), Alexa (2006) ve Verity (2008) bazı geriatrik profesyonellerin, bakıcıların ve aile üyelerinin yaşlı bireylerde oyuncak bebek kullanımını “aşağılayıcı” olduğunu düşündükleri ile olumsuz ifadelerinden bahsetmiştir. Terapide bebeklerin çocuk yetiştirme gerekçesiyle kullanımını etik ve pratik problemler sunduğu da belirtilmektedir (Mitchell ve ark., 2015). Demans hastaları için OBT konusunda endişe duyan klinisyenler bu terapide kişinin haysiyetiyle ilgili sorunlara işaret etmişlerdir. Hafıza kaybı olan bir yetişkinin çocuk olmadığını ve bu şekilde davranılmaması gerektiğini belirtilmiştir. Demans bakımında, kişiye çocuk gibi davranmayı içeren, yaşlı yetişkinlerle yaşlı gibi konuşulması gereken yaklaşımların kullanılmaması gerektiğini vurgulamışlardır. Bir yetişkine oyuncak bebek vermenin bu vurguyu tersine çevirebileceğini ve bu durumun demanslı kişinin hafıza problemi yaşayan bir yetişkin yerine "sevimli" yani küçük düşürücü bir şekilde görülmesine neden olabileceğini belirtmişlerdir (Mitchell ve Templeton, 2014). “Oyuncak bebekler kullanılıp kullanılmamasın, tüm yetişkinlere, yaşam bilgilerine ve yıllar içinde yaptıkları katkılara saygı göstererek, yetişkinler gibi davranılmalıdır ve demans teşhisi, onurlu bir şekilde tedavi edilme ihtiyacını ortadan kaldırmaz” olarak belirtmişlerdir.

OBT’de aile katılımının sağlanması önemlidir. Bu nedenle OBT öncesi aileler bilgilendirilmeli ve izinleri alınmalıdır. Eğer bebek aile üyesinin haberi olmadan kullanılırsa, ailenin ziyarete geldiğinde sevdiklerini oyuncak bebekle görmekten

rahatsız olabileceğine dikkat çekilmiştir. Kurumun sevdiklerine olgun bir yetişkin olarak değer vermediklerini düşünebilirler. Ayrıca aileler sevdiklerinin bilişsel bozukluğunun derecesini görmek için hazırlıksız olabilirler ki bu, onun bir oyuncak bebekle oynamasını izleyerek daha açık hale getirilebilir (Mitchell ve Templeton, 2014).

OBT öncesi, bebeğin demanslı kişiye nasıl sunulacağı, bebeğin kime ait olduğu konusunda olası kafa karışıklığının önlenmesi, personelin bu yaklaşımı nasıl uygulaması gerektiği, oyuncak bebek kaybolur veya kırılırsa yapılması gerekenler ve kimin "bebek bakıcısı" olduğu gibi sorular da yanıtlanmalıdır. Örneğin; demans hastası arkadaşıyla çay içmek istediğinde bebek ne olacak? Gözleri kapalı "uyuyan" bir oyuncak bebek ve demans hastası birinin bebeğin öldüğünden endişelenmesi ile ilgili endişeler yaratabilir. Kaybolan veya kırılan bir bebeğin yerini alabilecek başka bir kopya oyuncak bebeğin bulundurulması önemli bir sıkıntı potansiyelini ortadan kaldırmak için atılması gereken çok önemli bir adımdır. Bakım personeli, oyuncak bebeğe "bakıcılık" yapabilecekleri konusunda eğitilmelidir ve böylece bebeğe bakma duygusu, sakinin başka anlamlı faaliyetlerde bulunmasını engellemez.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma uzun süreli kurumsal bakım alan demanslı yaşlılarda OBT'nin bilişsel durum ve ajitasyona etkisinin incelenmesi amacıyla ön-test son-test kontrol gruplu deneysel tasarımda yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1. OBT grubunun CMAE ile ölçülen ajitasyon düzeyi Kontrol (K) grubuna göre düşük olacaktır.

Hipotez 2. OBT grubunun CMAE ile ölçülen Sözel Agresif Olmayan ajitasyon düzeyi K grubuna göre düşük olacaktır.

Hipotez 3. OBT grubunun CMAE ile ölçülen Sözel Agresif ajitasyon düzeyi K grubuna göre düşük olacaktır.

Hipotez 4. OBT grubunun CMAE ile ölçülen Fiziksel Agresif Olmayan ajitasyon düzeyi K grubuna göre düşük olacaktır.

Hipotez 5. OBT grubunun CMAE ile ölçülen Fiziksel Agresif ajitasyon düzeyi K grubuna göre düşük olacaktır.

Hipotez 6. OBT grubun MMT ile ölçülen bilişsel düzeyi K grubuna göre yüksek olacaktır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Düzce ili Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü' ne bağlı bir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi' nde yapılmıştır. Bu kurumda ağır bilişsel bozulması olan ve günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı ya da tam bağımlılığı olan bireyler bulunmaktadır. Klinik şeklindedir ve bakım ağırlıklıdır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir ilde Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü' ne bağlı bir Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi' nde (110 yaşlı) yaşayan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Bu yaşlılardan çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan yaşlılar

araştırma grubuna dahil edilmiştir. Yaşlılar belirlendikten sonra OBT ve K Grubu olmak üzere iki gruba randomize yöntem kullanılarak ayrılmıştır. Uygulama grubunun büyüklüğü güç analizi yöntemi ile hesaplanmıştır. Türkiye’de demanslı yaşlılarda ajitasyon düzeyinin belirlendiği Demircioğlu-Özal’ın (2014) çalışması referans olarak alınmıştır. Bu çalışmada demanslı yaşlılarda belirlenen ajitasyon puan ortalaması ($45,03 \pm 11,76$) temel alınarak, %80 güçlülük değeri, %95 güven aralığı ve 0.25 etki düzeyi öngörülerek, her bir gruba (OBT ve K) 17 yaşlının alınması uygun bulunmuştur. Çalışmada aşağıda yer alan alınma ve dışlanma kriterlerini karşılayan 40 yaşlı birey belirlenmiştir. Araştırma sürecinde herhangi bir nedenle ayrılacak yaşlıların olabileceği düşünülerek her bir grubun 20 kişiden oluşması planlanmıştır. Ancak OBT grubuna alınan dört yaşlı (bebeği reddetme, ilgi göstermeme, sağlık problemlerinin oluşması) ve K grubuna alınan bir yaşlı (sağlık problemleri) nedeni ile araştırma gruplarından çıkarılmıştır. Çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri aşağıdaki şekildedir. Çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri aşağıdaki şekildedir.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 60 yaş veya daha büyük olmak,
2. Orta ve şiddetli demans tanısı almış olmak,
3. Oyuncak bebeği tutmak ve okşamak için yeterli el becerisine sahip olmak,
4. Oyuncak bebeğin şeklini tanımak için yeterli görme keskinliğine sahip olmak,
5. İletişim engelinin olmaması,
6. Kendisi ve yakını tarafından çalışmaya katılmasına olur verilmesi.

Çalışmada Dışlanma Kriterleri

1. Hafif demanslı yaşlılar,
2. Sistemik hastalığın akut alevlenme döneminde olan yaşlılar,
3. Başka bir psikolojik hastalığı olan yaşlılar,
4. İki denemeden sonra bebeği kabul etmeyen ve ilişkide olmayan yaşlılar,
5. Oyuncak bebeği bir hafta kabul eden ancak kısa bir süre sonra bırakan yaşlılar,
6. Nadirde olsa oyuncak bebeğin malzemesine alerjik reaksiyon gösteren yaşlılar.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ilk aşamasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan “Çalışmaya Alınma Kriterleri Formu” (EK-4), kurumda kalan tüm yaşlılara uygulanmıştır. Çalışmaya alınmasına karar verilen bireylere “Kişisel Bilgi Formu”(EK-5), “Standardize Mini Mental Test (MMT)” (EK-7), “Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri (CMAE)” (EK-6) uygulanarak veriler toplanmıştır. Formlar soruların anlaşılabilirliği açısından 4 bakım veren ile (2 hemşire, 2 bakım teknikeri) ve 5 yaşlı ile ön uygulama yapılmıştır. Veri toplama formları OBT ve K grubuna OBT’den önce (T₀), OBT’ den bir hafta sonra (T₁) ve OBT’ den üç ay sonra (T₂) uygulanarak girişimin etkinliği değerlendirilmiştir.

3.5.1. Çalışmaya alınma kriterleri formu

Çalışmaya alınma ve dışlanma kriterlerini içeren 11 sorudan oluşmuştur (EK-4).

3.5.2. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan 13 soruluk bir formdur. Form içeriğinde araştırmaya katılan yaşlıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslekleri gibi sosyo-demografik özellikler, yaşlının aldığı kurumsal bakım, yaşlının fiziksel ve psikiyatrik hastalığı ile ilgili soruları içermektedir (EK-5).

3.5.3. Cohen-Mansfield ajitasyon envanteri (CMAE)

Hastalarda ajitasyon olarak tanımlanan davranışların varlığı, sıklığı ve tedavi yönelik cevabını belirlemeye yarayan bir araçtır (Cohen-Mansfield, 1989). CMAE, hasta yakını ya da bakım veren tarafından kolayca uygulanabilecek şekilde dizayn edilmiş bir kağıt kalem testidir. Türkiye’ de Alzheimer hastalarında uygulanarak geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmiş, Cronbach-alfa iç tutarlılık katsayısı 0,82, test-tekrar test korelasyonu kuvvetli derecede anlamlı ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları, CMAE’ nin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir (Demircioğlu Özal, 2014) (EK-6).

3.5.4. Mini mental durum değerlendirme testi (MMT)

Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen ve demans taraması için en sık kullanılan testtir. Test on bir sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir. Toplam puanın 24-30 arasında olması normal, 18-23 puan arasında olması hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demans ile uyumludur. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, visuospasial yetenekleri test eder. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği yaş ortalaması 77 olan, 71’i demanslı, 212 hastada test edilerek farklı uygulayıcılar arası güvenilirliği tespit edilmiştir. Türk toplumunda ideal eşik değer 23/24 seçilerek hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir bir test olduğu bildirilmiştir (Güngen ve ark., 2002).

3.6. Uygulamanın Aşamaları

3.6.1. Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri Eylül 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan, randomize yöntemle OBT ve K grubu olarak ayrılan iki gruba, “Kişisel Bilgi Formu”, “CMAE” ve “MMT” uygulanmıştır. Veri toplama formları her iki gruba T₀, T₁ ve T₂’de uygulanarak girişimin etkinliği değerlendirilmiştir.

3.6.2. Oyuncak bebek terapisinin uygulanması

Oyuncak bebek terapisinin ilkeleri

Literatürde belirtilen OBT’ nin uygulama ilkelerine göre uygulama yürütülmüştür (MacKenzie ve ark., 2007; Braden ve Gaspar, 2015; Shin, 2015). Bu ilkeler;

1. Yaşlı bireylerde sadece demans hastalığının değil, bunamanın da birlikte olması gerekmektedir.
2. Yaşlı kişinin kişiliği ve karakteri dikkate alınmıştır.
3. Araştırmacının değil, kişinin gerçekliği dikkate alınmıştır.
4. Bakım, birey merkezli gerçekleştirilmiştir.
5. Demansın olması bireyin güvenlik ihtiyacını artıracığı için dikkat edilmiştir.

3.6.3. Oyuncak bebek terapisinin aşamaları

Uygulama öncesi:

- Oyuncak bebeklerin tanıtımından önce araştırmacı kurumu ziyaret etmiştir.
- Yönetici ve çalışanlarla bebeklerin kullanımı ve onların uygulama sırasında dikkat etmeleri gereken noktalarla ilgili iki ayrı oturumda bilgilendirme toplantısı gerçekleştirilmiştir.
- Çalışanlara yaşlı bireylerin yalnızca oyuncak bebeklere bağlı olmamaları ve diğer etkinlikleri atlamamaları konusuna dikkat çekilmiştir.

Uygulamanın başlatılması:

- Oyuncak bebekler, girişim grubundaki yaşlılar ile bir araya getirilmiştir.
- Yaşlılar istediği bebeği almakta özgür bırakılarak, seçme fırsatı verilmiştir.
- Yaşlı bireye bunun bir oyuncak bebek veya bebek olduğunu belirtmemiştir.
- Yaşlı birey oyuncak bebek olduğuna inandıysa "oyuncak bebek", eğer bebek olduğuna inandıysa "bebek" denilmiştir.

Uygulamanın yapılması:

- Dört haftalık bir süre araştırmacı yaşlılarla birlikte OBT'yi yönetmiştir
- Oyuncak bebekler sakinlerle aynı alanda tutulmuştur.
- Oyuncak bebekler çalışma süresinin sonrasında yaşlıda bırakılmıştır.
- Herhangi bir olumsuz davranış değişiminde bebek geri çekilmiştir.
- Yaşlı birey bebekleri beslemekten yorulduğunda veya başka işleri olduğunda bebeklere bakım personeli "bakıcılık" etmiş ve daha iyi hissettikten sonra bebekleri geri verilmiştir.
- Oyuncak bebekler hiçbir şekilde ceza olarak kullanılmamıştır.

Uygulamanın değerlendirilmesi:

- Veri toplama formları her iki gruba T_0 , T_1 ve T_2 'de uygulanarak girişimin etkinliği değerlendirilmiştir.

3.6.4. Oyuncak bebeğin seçimi

Çalışma için kullanılan bebekler bir oyuncak mağazasından üretici tarafından “yeni doğan bebek” tasarımında sunulanlardan seçilmiştir. Bebek uzunluğu 40 cm olarak tek bir boyut belirlenmiştir. Oyuncak bebekler OBT referans kriterlerini karşılamıştır (Braden ve Gaspar, 2015).

Kriterler;

- Bebeklerin yaşlılar için gerçekçi görünümlü ve güvenli olması,
- Bebeklerin yumuşak malzemeden yapılması ve hafif olması,
- Açılan ve kapanan gözlere sahip olması,
- Baş, kol ve bacaklarında hareket sistemine sahip olması,
- Bebeklerin tulum, şapka vb. giyimde olması,
- Göz renkleri mavi/kahverengi, saç renkleri sarı/kumral/kahverengi ve beyaz tenli olarak seçilmesi,
- Bebeklerin ayaklarının çıplak olması,
- Ağlamayan bir bebek olması- bu üzücü olabilir.



Şekil 2. OBT’ De Kullanılan Oyuncak Bebekler

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı özelliklerin değerlendirilmesinde sürekli değişkenler ortanca [çeyreklikler arası genişlik], kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterilmiştir. Veri dağılımlarının normalliği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan testlerle analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Yates Chi-Square, Fisher–Freeman–Halton Exact Test, Fisher’ s Exact Test ile sürekli değişkenler ise Mann Whitney U ile değerlendirilmiştir. Ölçek güvenirliği Cronbach Alpha’s ile değerlendirilmiştir. Farklı zamanlarda yapılan çoklu ölçümlerin sonucunda elde edilen sürekli değişkenler Friedman Test (post hoc Bonferroni), ikili ölçümler sonucunda elde edilen sürekli değişkenler Wilcoxon Signed Rank testi ile analiz edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda bir önceki ölçüm baz alınarak Mann Whitney U testi ile farklar karşılaştırılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (02.07.2018 tarih ve 2018/127 sayılı) alınmıştır (EK-2). Çalışma öncesinde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü’nden Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde uygulama yapmak üzere izin alınmıştır (EK-1). Çalışmanın veri toplama aracı olan “Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri” kullanım izni için Melis Demircioğlu Özal’dan izin alınmıştır. (EK-6). Araştırmaya katılan tüm yaşlı bireylerden alınan bilgilerin gizli tutulacağı ve başka amaç için kullanılmayacağı açıklaması yapılarak yazılı ve sözel onamları alınmıştır. Yapılan araştırmada; “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi” ne yer verilerek gönüllülük ilkesine göre hareket edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan OBT ve K Grubu Yaşlıların Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu ile İlgili Özellikleri

Çalışmaya katılan yaşlıların tanımlayıcı özellikleri karşılaştırıldığında, OBT grubunun yaş ortancası 79,00 [12,00], K grubunun 83,00 [10,00]'dür. Gruplar yaş açısından benzerdir ($p>0,05$). OBT grubunun %68,8' i ($n=11$), K grubunun %57,9' u ($n=11$) kadındır. Eğitim durumu özellikleri bakımından OBT grubunun %57,1'i ($n=4$) ilkökul, K grubunun %68,4' ü ($n=13$) okur-yazar değildir. Kurumsal bakım alma süresi ortancaları sırasıyla OBT ve K grubunda 8,50 [16,75] ve 18,00 [41,00]' dir. Bu kurumda bulunma süresi ortancaları sırasıyla OBT ve K grubunda 6,50 [14,75] ve 12,00 [41,00]'dir. Gruplar cinsiyet, eğitim durumu, kurumsal bakım alma süresi ve bu kurumda bulunma süresi değişkenleri açısından benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Test İstatistiği	P
Yaş (yıl)	79,00 [12,00]	83,00 [10,00]	-0,448	0,654*
Cinsiyet				
Kadın	11 (68,8)	11 (57,9)	0,097	0,756**
Erkek	5 (31,3)	8 (42,1)		
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	6 (37,5)	13 (68,4)		
Okuryazar	3 (18,8)	3 (15,8)	5,505	0,153***
İlkokul	4 (57,1)	3 (15,8)		
Ortaokul ve üstü	3 (18,8)	0 (0,0)		
Kurumsal bakım alma süresi	8,50 [16,75]	18,00 [41,00]	-1,646	0,100*
Bu kurumda bulunma süresi	6,50 [14,75]	12,00 [41,00]	-1,780	0,075*

*Ortanca [çeyreklikler arası genişlik], n(%), *Mann Whitney U, **Yates Chi-Square, ***Fisher-Freeman-Halton Exact Test*

Tablo 2 incelendiğinde çalışmaya katılan yaşlıların fiziksel hastalıkları ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında, OBT grubunun tamamında ($n=16$), K grubunun %89,5' inde ($n=17$) kronik bir hastalık vardır. Hastalıklar açısından OBT ve K grubunda sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar %50 ($n=8$) ve %73,7 ($n=14$), tip 2 DM %6,3 ($n=1$) ve %15,8 ($n=3$), solunum sistemi hastalıkları %12,5 ($n=2$) ve %31,6 ($n=6$), üriner sistem hastalıkları %6,3 ($n=1$) ve %15,8 ($n=3$), kas-iskelet sistemi hastalıkları %18,8

(n=3) ve %21,1 (n=4), tiroid hastalıkları % 6,3 (n=1) ve %5,3 (n=1), sindirim sistemi hastalıkları sadece K grubunda %5,3 (n=1), nörolojik hastalıklar %75 (n=12) ve %47,4 (n=9)' dür. Gruplar kronik hastalık varlığı ve var olan hastalıklar açısından benzerdir (p>0,05)

Tablo 2. Grupların kronik fiziksel hastalıklar ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Test İstatistiği	p
Kronik hastalık varlığı			1,786	0,489*
Var	16 (100,0)	17 (89,5)		
Yok	0 (0,0)	2 (10,5)		
Kardiyovasküler sist. hast.+ HT			1,196	0,274**
Var	8 (50,0)	14 (73,7)		
Yok	8 (50,0)	5 (26,3)		
Tip 2 DM			0,781	0,608*
Var	1 (6,3)	3 (15,8)		
Yok	15 (93,8)	16 (84,2)		
Solunum sist. hast.			1,793	0,244*
Var	2 (12,5)	6 (31,6)		
Yok	14 (87,5)	13 (68,4)		
Üriner sist. hast.			0,781	0,608*
Var	1 (6,3)	3 (15,8)		
Yok	15 (93,8)	16 (84,2)		
Kas iskelet sist. hast.			0,029	0,999*
Var	3 (18,8)	4 (21,1)		
Yok	13 (81,3)	15 (78,9)		
Tiroid hast.			0,016	0,999*
Var	1 (6,3)	1 (5,3)		
Yok	15 (93,8)	18 (94,7)		
Sindirim sist. hast.			0,867	0,999*
Var	0 (0,0)	1 (5,3)		
Yok	16 (100,0)	18 (94,7)		
Nörolojik hast.			1,732	0,188**
Var	12 (75,0)	9 (47,4)		
Yok	4 (25,0)	10 (52,6)		

n(%), *Fisher's Exact Test, **Yates Chi-Square

Tablo 3 incelendiğinde çalışmaya katılan yaşlıların kronik psikiyatrik hastalık durumu ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında, OBt grubunun %12,5' i (n=2), K grubunun %21,1' inin (n=4) psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. Kronik psikiyatrik hastalık oranları ise OBt ve K grubunda sırasıyla %68,8 (n=11) ve %57,9 (n=11) dir. OBt ve K grubunda Psikoz oranı sırasıyla %91,8 (n=9) ve %63,6 (n=7), Depresyon oranı her

iki grupta %36,4 (n=4)' dür. Gruplar geçirilmiş psikiyatrik hastalık ve kronik psikiyatrik hastalık durumu bakımından benzerdir ($p>0,05$).

Tablo 3. Grupların kronik psikiyatrik hastalıklar ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Test İstatistiği	P
Geçmişte psikiyatrik hast.			0,447	0,666*
Var	2 (12,5)	4 (21,1)		
Yok	14 (87,5)	15 (78,9)		
Psikiyatrik kronik hast.			0,097	0,756**
Var	11 (68,8)	11 (57,9)		
Yok	5 (31,3)	8 (42,1)		
Var olan hastalıklar	OBT Grubu (n=11)	K Grubu (n=11)		
Psikoz			0,917	0,635*
Var	9 (81,8)	7 (63,6)		
Yok	2 (18,2)	4 (36,4)		
Depresyon			0,000	0,999*
Var	4 (36,4)	4 (36,4)		
Yok	7 (63,6)	7 (63,6)		

n(%), *Fisher's Exact Test, **Yates Chi-Square

4.2. Çalışmaya Katılan OB T ve K Grubu Yaşlıların Ajitasyon Düzeyleri ile İlgili Özellikleri

OB T grubu ve K grubundaki yaşlıların CMAE toplam ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; OB T grubunun ve K grubunun CMAE toplam puanları T₀' da benzerdir (-0,200; 0,842). OB T grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki CMAE Toplam puanlarının değişimi farklı değildir (5,607; 0,061). Kontrol grubunun ise kendi içinde T₂' deki CMAE Toplam puanları T₀ ve T₁' e göre anlamlı olarak artmıştır (24,371; 0,001). OB T ve K grubu arasında CMAE Toplam puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerken (-0,033; 0,974), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı OB T grubu lehine anlamlı olarak farklıdır (-2,257; 0,024).

OB T grubunun ve K grubunun T₀' da CMAE Sözel Agresif Olmayan alt boyutu puanları benzerdir (-0,269; 0,788). OB T grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki CMAE Sözel Agresif Olmayan alt boyutu puanlarının değişimi farklı değildir (4,531; 0,104). Kontrol grubunun ise kendi içinde T₂' deki CMAE Sözel Agresif Olmayan alt

boyutu puanları T_0 ve T_1 ' e göre anlamlı olarak artmıştır (25,298; 0,001). OBT ve K grubu arasında CMAE Sözel Agresif Olmayan alt boyutu puanının T_1 değerinin T_0 değerine göre (-0,322; 0,747), T_2 değerinin T_0 değerine göre farkı benzerdir (-1,000; 0,317).

OBT grubunun ve K grubunun T_0 ' da CMAE Sözel Agresif alt boyutu puanları benzerdir (-0,698; 0,485). OBT grubunun kendi içinde T_0 , T_1 ve T_2 ' deki CMAE Sözel Agresif alt boyutu puanlarının değişimi farklı değildir (3,800; 0,150). Kontrol grubunun ise kendi içinde T_1 deki CMAE Sözel Agresif alt boyutu puanları ise T_0 ' a göre anlamlı olarak artmıştır (8,000; 0,018). OBT ve K grubu arasında CMAE Sözel Agresif alt boyutu puanının T_1 değerinin T_0 değerine göre (0,000; 0,999), T_2 değerinin T_0 değerine göre farkı benzerdir (-0,187; 0,851).

OBT grubunun ve K grubunun T_0 ' da CMAE Fiziksel Agresif Olmayan alt boyutu puanları benzerdir (-0,402; 0,687). OBT grubunun kendi içinde T_0 , T_1 ve T_2 ' deki CMAE Fiziksel Agresif Olmayan alt boyutu puanlarının değişimi farklı değildir (3,309; 0,191). Kontrol grubunun ise kendi içinde T_2 ' deki CMAE Fiziksel Agresif Olmayan alt boyutu puanları ise T_0 ve T_1 ' e göre ve anlamlı olarak artmıştır (23,134; 0,001). OBT ve K grubu arasında CMAE Fiziksel Agresif Olmayan alt boyutu puanının T_1 değerinin T_0 değerine göre farkı benzerken (-0,518; 0,604), T_2 değerinin T_0 değerine göre farkı OBT grubu lehine anlamlı olarak farklıdır (-2,146; 0,032).

OBT grubunun ve K grubunun T_0 ' da CMAE Fiziksel Agresif alt boyutu puanları benzerdir (-0,040; 0,968). OBT grubunun kendi içinde T_0 , T_1 ve T_2 ' deki CMAE Fiziksel Agresif alt boyutu puanlarının değişimi farklı değildir (0,933; 0,627). Kontrol grubunun ise kendi içinde T_2 ' deki CMAE Fiziksel Agresif alt boyutu puanları ise T_0 ' a göre anlamlı olarak artmıştır (14,552; 0,001). OBT ve K grubu arasında CMAE Fiziksel Agresif alt boyutu puanının T_1 değerinin T_0 değerine göre (-0,380; 0,704), T_2 değerinin T_0 değerine göre farkı benzerdir (-0,617; 0,537) (Tablo 4).

Tablo 4. Grupların CMAE toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

CMAE	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Grup içi		Gruplar arası		
			OBT Test ist./p ₁	K Test ist./p ₂	Test ist./p ₃	Test ist./p ₄	Test ist./p ₅
CMAE-T							
T ₀	47,00 [18,50]	43,00 [21,00]					
T ₁	49,50 [22,50]	49,00 [29,00]					
T ₂	50,00 [31,75]	53,00 [27,00] ^(a,b)	5,607/0,061	24,371/<0,001	-0,200/0,842	-0,033/0,974	-2,257/0,024
T ₁ -T ₀	3,50 [8,50]	4,00 [8,00]					
T ₂ -T ₀	4,00 [11,25]	9,00 [7,00]					
CMAE_{SAO}							
T ₀	8,50 [5,50]	8,00 [11,00]					
T ₁	10,50 [7,50]	9,00 [11,00]					
T ₂	11,00 [7,75]	11,00 [13,00] ^(a,b)	4,531/0,104	25,298/<0,001	-0,269/0,788	-0,322/0,747	-1,000/0,317
T ₁ -T ₀	0,50 [4,00]	1,00 [2,00]					
T ₂ -T ₀	2,00 [5,75]	3,00 [3,00]					
CMAE_{SA}							
T ₀	3,00 [3,75]	3,00 [5,00]					
T ₁	3,50 [4,00]	3,00 [6,00] ^(a)					
T ₂	3,50 [5,25]	4,00 [6,00]	3,800/0,150	8,000/0,018	-0,698/0,485	0,000/0,999	-0,187/0,851
T ₁ -T ₀	0,00 [1,00]	0,00 [1,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [1,75]	0,00 [1,00]					
CMAE_{FAO}							
T ₀	19,00 [14,75]	17,00 [11,00]					
T ₁	22,50 [14,50]	20,00 [12,00]					
T ₂	21,00 [15,00]	24,00 [11,00] ^(a,b)	3,309/0,191	23,134/0,001	-0,402/0,687	-0,518/0,604	-2,146/0,032
T ₁ -T ₀	0,50 [4,50]	1,00 [3,00]					
T ₂ -T ₀	2,00 [5,25]	4,00 [5,00]					
CMAE_{FA}							
T ₀	9,00 [2,50]	9,00 [4,00]					
T ₁	10,00 [4,75]	9,00 [5,00]					
T ₂	10,00 [5,75]	9,00 [6,00] ^(a)	0,933/0,627	14,552/<0,001	-0,040/0,968	-0,380/0,704	-0,617/0,537
T ₁ -T ₀	0,00 [4,75]	0,00 [1,00]					
T ₂ -T ₀	0,50 [6,00]	0,00 [3,00]					

CMAE: Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri, Ortanca [çeyreklikler arası genişlik], p₁: Girişim grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₂: Kontrol grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₃: T₀ değerinin gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₄: T₁ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₅: T₂ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U)

OBT grubu ve K grubundaki yaşlıların CMAE Sözel Agresif Olmayan alt boyutu madde puanları karşılaştırıldığında; OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Sürekli, gereksiz yardım isteme" madde puanları benzerdir (-1,019;0,308). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,364;0,186). Kontrol grubunun kendi içinde T₂'deki madde puanları ise T₀' a göre anlamlı olarak artmıştır (14,970; 0,001). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,039;0,299), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,285;0,199).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Tekrarlayan cümle ya da sorular sorma" madde puanları benzerdir (-1,258; 0,209). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (1,806; 0,405). Kontrol grubunun ise kendi içinde T₂' deki madde puanları T₁' e göre anlamlı olarak artmıştır (8,375; 0,015). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,683; 0,092), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,956; 0,339).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Tuhaf sesler çıkarma" madde puanları benzerdir (-0,435; 0,663). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının (0,500; 0,779), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,500; 0,174). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,989; 0,323), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,323; 0,746).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Sızlanma" madde puanları benzerdir (-0,367; 0,713). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (0,000; 0,999). Kontrol grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanları ise anlamlı olarak artmıştır (7,923; 0,019). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,197; 0,231), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,607; 0,108).

OBT grubunun ve kontrol grubunun T₀' da "Karşı gelme eğilimi" madde puanları benzerdir (-0,379; 0,705). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının (6,242; 0,044), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (6,063; 0,048). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,349; 0,727), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,489; 0,625) (Tablo 5).

Tablo 5. Sözel agresif olmayan alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması

CMAE	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Grup içi		Gruplar arası		
			OBT Test ist./p ₁	K Test ist./p ₂	Test ist./p ₃	Test ist./p ₄	Test ist./p ₅
Sürekli, gereksiz yardım isteme							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [3,00]					
T ₁	1,00 [2,25]	1,00 [4,00]	3,364/0,186	14,970/ 0,001	-1,019/0,308	-1,039/0,299	-1,285/0,199
T ₂	1,00 [3,00]	4,00 [5,00] (a)					
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [1,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [1,75]	1,00 [2,00]					
Tekrarlayan cümle ya da sorular							
T ₀	4,00 [4,00]	1,00 [4,00]					
T ₁	4,00 [5,00]	1,00 [3,00]	1,806/0,405	8,375/ 0,015	-1,258/0,209	-1,683/0,092	-0,956/0,339
T ₂	2,50 [4,50]	1,00 [5,00] (b)					
T ₁ -T ₀	0,00 [4,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [1,50]	0,00 [0,00]					
Tuhaf sesler çıkarma							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [3,00]	0,500/0,779	3,500/0,174	-0,435/0,663	-0,989/0,323	-0,323/0,746
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Sızlanma							
T ₀	1,00 [2,25]	1,00 [4,00]					
T ₁	1,00 [2,25]	1,00 [5,00]					
T ₂	1,00 [2,75]	1,00 [5,00]	0,000/0,999	7,923/ 0,019	-0,367/0,713	-1,197/0,231	-1,607/0,108
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [1,00]					
Karşı gelme eğilimi							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,50 [1,75]	1,00 [3,00]					
T ₂	1,50 [3,75]	1,00 [3,00]	6,242/0,044	6,063/0,048	-0,379/0,705	-0,349/0,727	-0,489/0,625
T ₁ -T ₀	0,00 [1,00]	0,00 [1,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [3,00]	0,00 [1,00]					

CMAE: Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri, Ortanca [çeyreklikler arası genişlik], p₁: Girişim grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₂: Kontrol grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₃: T₀ değerinin gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₄: T₁ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₅: T₂ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U)

OBT grubu ve K grubundaki yaşlıların CMAE Sözel Agresif alt boyutu madde puanları karşılaştırıldığında; OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Küfürlü konuşma" madde puanları benzerdir (-0,412; 0,681). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (2,348; 0,309). Kontrol grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanları ise anlamlı olarak Kontrol grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanları ise anlamlı olarak artmıştır (7,923; 0,019). (9,083; 0,011). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,785; 0,433), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,402; 0,688).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Bağırma" madde puanları benzerdir (-0,322; 0,747). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (0,963; 0,618), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (1,000; 0,607). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,470; 0,638), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,268; 0,789).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Sözel cinsel taciz" madde puanları benzerdir (0,000; 0,999). OBT ve K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi benzerdir. OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre, T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (0,000; 0,999) (Tablo 6).

Tablo 6. Sözel agresif alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması

CMAE	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Grup içi		Gruplar arası		
			OBT Grubu Test ist./p ₁	K Grubu Test ist./p ₂	Test ist./p ₃	Test ist./p ₄	Test ist./p ₅
Küfürlü konuşma							
T ₀	1,00 [1,75]	1,00 [3,00]					
T ₁	1,00 [2,75]	1,00 [3,00]	2,348/0,309	9,083/0,011	-0,412/0,681	-0,785/0,433	-0,402/0,688
T ₂	1,00 [3,00]	1,00 [3,00]					
T ₁ -T ₀	0,00 [1,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [1,00]	0,00 [1,00]					
Bağırma							
T ₀	1,00 [1,00]	1,00 [3,00]					
T ₁	1,00 [1,00]	1,00 [4,00]	0,963/0,618	1,000/0,607	-0,322/0,747	-0,470/0,638	-0,268/0,789
T ₂	1,00 [2,00]	1,00 [4,00]					
T ₁ -T ₀	0,00 [0,75]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,75]	0,00 [0,00]					
Sözel cinsel taciz							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	-	-	0,000/0,999	0,000/0,999	0,000/0,999
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					

CMAE: Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri, Ortanca [çeyreklikler arası genişlik], p₁: Girişim grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₂: Kontrol grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₃: T₀ değerinin gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₄: T₁ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₅: T₂ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U)

OBT grubu ve K grubundaki yaşlıların CMAE Fiziksel Agresif Olmayan alt boyutu madde puanları karşılaştırıldığında; OB T grubunun ve K grubunun T₀’ da “Volta atma, amaçsız gezinme” madde puanları benzerdir (-1,001; 0,317). OB T grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂’ deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (2,296; 0,317). Kontrol grubunun endi içinde T₀, T₁ ve T₂’ deki madde puanları ise ileri düzeyde anlamlı olarak artmıştır (12,000; 0,002). OB T ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,647; 0,100), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,756; 0,450).

OBT grubunun ve kontrol grubunun T₀’ da “Uygunsuz giyinme, soyunma” madde puanları benzerdir (-1,330; 0,184). OB T grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂’ deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (0,571; 0,751). Kontrol grubunun kendi içinde T₂’deki madde puanları değişimi ise T₀’a göre anlamlı olarak artmıştır (6,500; 0,039). OB T ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (0,354; 0,724), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,082; 0,279).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "İnsanlara yapışma" madde puanları benzerdir (-0,517; 0,605). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (2,333; 0,311), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (0,000; 0,999). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,544; 0,586), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,807; 0,420).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Kazıma/eşeleme/tırnaklama" madde puanları benzerdir (-0,869; 0,385). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (1,000; 0,607), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,714; 0,156). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,477; 0,633), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,671; 0,095).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Başka bir yere gitmeye çalışma" madde puanları benzerdir (-0,977; 0,328). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (0,091; 0,956). K grubunun ise kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanları ise anlamlı olarak artmıştır (7,750; 0,021). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,698; 0,485), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,235; 0,217).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Kasıtlı olarak düşme" madde puanları benzerdir (-1,564; 0,118). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (3,000; 0,223), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (2,000; 0,368). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,090; 0,276), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,773; 0,076).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Uygun olmayan maddeleri yeme/içme" madde puanları benzerdir (-0,682; 0,495). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (0,667; 0,717), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,714; 0,156). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,671; 0,095), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,306; 0,192).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Nesneleri uygunsuz kullanma" madde puanları benzerdir (-0,908; 0,364). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde

puanlarının değişimi (2,000; 0,368), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,000; 0,223). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,715; 0,086), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,020; 0,308).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Nesneleri saklama" madde puanları benzerdir (-1,944; 0,052). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (2,286; 0,319), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,714; 0,156). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,227; 0,820), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,227; 0,820).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Nesneleri biriktirme/istifleme" madde puanları benzerdir (-1,943; 0,052). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (2,000; 0,368), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,714; 0,156). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,227; 0,820), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,227; 0,820).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Tekrarlayan mimikler" madde puanları benzerdir (-0,327; 0,744). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (1,273; 0,529), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,000; 0,223). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,180; 0,857), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,190; 0,849).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Genel huzursuzluk" madde puanları benzerdir (-0,263; 0,793). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (0,069; 0,966). Kontrol grubunun kendi içinde T₂' deki madde puanları ise T₀ ve T₁' e göre anlamlı olarak artmıştır (23,167; 0,001). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değeri göre farkı benzerken (-1,482; 0,138), T₂ de değerinin T₀ değerine göre farkı ileri düzeyde anlamlıdır (-2,921; 0,003) (Tablo 7).

Tablo 7. Fiziksel agresif olmayan alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması

CMAE	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Grup içi		Gruplar arası		
			OBT Grubu Test ist./p ₁	K Grubu Test ist./p ₂	Test ist./p ₃	Test ist./p ₄	Test ist./p ₅
Volta atma, amaçsız gezinme							
T ₀	3,50 [5,00]	1,00 [4,00]					
T ₁	2,00 [5,00]	1,00 [5,00]					
T ₂	3,50 [5,75]	1,00 [6,00] (a)	2,296/0,317	12,000/0,002	-1,001/0,317	-1,647/0,100	-0,756/0,450
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [1,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [1,00]	0,00 [1,00]					
Uygunsuz giyinme/soyunma							
T ₀	1,00 [1,75]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [1,50]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [2,25]	1,00 [0,00]	0,571/0,751	6,500/0,039	-1,330/0,184	-0,354/0,724	-1,082/0,279
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
İnsanlara yapışma							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [1,50]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	2,333/0,311	0,000/0,999	-0,517/0,605	-0,544/0,586	-0,807/0,420
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Kazıma/çşeleme/turnaklama							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	1,000/0,607	3,714/0,156	-0,869/0,385	-0,477/0,633	-1,671/0,095
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Başka bir yere gitmeye çalışma							
T ₀	1,00 [3,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [2,75]	1,00 [3,00]					
T ₂	1,00 [1,75]	1,00 [4,00]	0,091/0,956	7,750/0,021	-0,977/0,328	-0,698/0,485	-1,235/0,217
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,75]	0,00 [1,00]					
Kasıtlı olarak düşme							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	3,000/0,223	2,000/0,368	-1,564/0,118	-1,090/0,276	-1,773/0,076
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					

Tablo 7 nin devamıdır. Fiziksel agresif olmayan alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması

Uygun olmayan maddeleri yeme/içme								
T ₀								
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	0,667/0,717	3,714/0,156	-0,682/0,495	-1,671/0,095	-1,306/0,192	
T ₁ -T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
Nesneleri uygunsuz kullanma								
T ₀	1,00 [0,75]	1,00 [0,00]						
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	2,000/0,368	3,000/0,223	-0,908/0,364	-1,715/0,086	-1,020/0,308	
T ₁ -T ₀	0,00 [0,75]	0,00 [0,00]						
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
Nesneleri saklama								
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₁	1,00 [0,75]	1,00 [0,00]						
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	2,286/0,319	3,714/0,156	-1,944/0,052	-0,227/0,820	-0,227/0,820	
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
Nesneleri biriktirme/istifleme								
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	2,000/0,368	3,714/0,156	-1,943/0,052	-0,227/0,820	-0,227/0,820	
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
Tekrarlayan mimikler								
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]						
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	1,273/0,529	3,000/0,223	-0,327/0,744	-0,180/0,857	-0,190/0,849	
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]						
Genel huzursuzluk								
T ₀	3,00 [3,75]	3,00 [5,00]						
T ₁	2,50 [3,75]	4,00 [5,00]						
T ₂	2,00 [3,75]	4,00 [4,00] (a,b)	0,069/0,966	23,167/<0,001	-0,263/0,793	-1,482/0,138	-2,921/0,003	
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [1,00]						
T ₂ -T ₀	0,00 [1,75]	1,00 [2,00]						
	0,00 [1,75]	1,00 [2,00]						

CMAE: Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri, Ortanca [çeyreklikler arası genişlik], p₁: Girişim grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₂: Kontrol grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₃: T₀ değerinin gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₄: T₁ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₅: T₂ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U)

OBT grubu ve K grubundaki yaşlıların CMAE Fiziksel Agresif alt boyutu madde puanları karşılaştırıldığında; OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Tükürme" madde puanları benzerdir (-1,009; 0,313). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (1,556; 0,459). Kontrol grubunun ise kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanları ise anlamlı olarak artmıştır (7,600; 0,022). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,146; 0,884), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,257; 0,797).

OBT grubunun ve K grubunun T₀' da "Vurma" madde puanları benzerdir (-0,630; 0,528). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (3,000; 0,223), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (5,200; 0,074). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-1,327; 0,184), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,190; 0,850).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Tekme atma" madde puanları benzerdir (-1,319; 0,187). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (0,286; 0,867), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir 2,000; 0,368). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,477; 0,633), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,477; 0,633).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "İtme" madde puanları benzerdir (-0,682; 0,495). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi (0,400; 0,819), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (2,000; 0,368). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,180; 0,857), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,180; 0,857).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Nesneleri fırlatma" madde puanları benzerdir (-0,082; 0,934). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂' deki madde puanlarının değişimi, K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi istatistiksel olarak hesaplanamamıştır. OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (0,000; 0,999), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,090; 0,276).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Isırma" madde puanları benzerdir (-0,123; 0,902). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi (0,000; 0,999), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,714; 0,156). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,918; 0,359), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,929; 0,353).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Can yakma" madde puanları benzerdir (-1,317; 0,188). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi (2,000; 0,368), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (3,000; 0,223). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,918; 0,359), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,165; 0,869).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Nesneleri yırtma/zarar verme" madde puanları benzerdir (-1,636; 0,102). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi (1,000; 0,607), K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi farklı değildir (5,636; 0,080). OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (-0,444; 0,657), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-0,840; 0,401).

OBT grubunun ve K grubunun T₀'da "Fiziksel cinsel taciz" madde puanları benzerdir (0,000; 0,999). OBT grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi, K grubunun kendi içinde T₀, T₁ ve T₂'deki madde puanlarının değişimi istatistiksel olarak hesaplanamamıştır. OBT ve K grubu arasında madde puanının T₁ değerinin T₀ değerine göre (0,000; 0,999), T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (0,000; 0,999) (Tablo 8).

Tablo 8. Fiziksel agresif alt boyut madde puanlarının karşılaştırılması

CMAE	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Grup içi		Gruplar arası		
			OBT Grubu Test ist./p ₁	K Grubu Test ist./p ₂	Test ist./p ₃	Test ist./p ₄	Test ist./p ₅
Tükürme							
T ₀	1,00 [0,75]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [1,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,50 [1,75]	1,00 [0,00]	1,556/0,459	7,600/0,022	-1,009/0,313	-0,146/0,884	-0,257/0,797
T ₁ -T ₀	0,00 [1,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [1,75]	0,00 [0,00]					
Vurma							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [2,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	3,000/0,223	5,200/0,074	-0,630/0,528	-1,327/0,184	-0,190/0,850
T ₁ -T ₀	0,00 [0,75]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Tekme atma							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	0,286/0,867	2,000/0,368	-1,319/0,187	-0,477/0,633	-0,477/0,633
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
İtme							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	0,400/0,819	2,000/0,368	-0,682/0,495	-0,180/0,857	-0,180/0,857
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Nesneleri fırlatma							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	-	-	-0,082/0,934	0,000/0,999	-1,090/0,276
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Isırma							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	0,000/0,999	3,714/0,156	-0,123/0,902	-0,918/0,359	-0,929/0,353
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Can yakma							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	2,000/0,368	3,000/0,223	-1,317/0,188	-0,918/0,359	-0,165/0,869
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Nesneleri yırtma/zarar verme							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	1,000/0,607	5,636/0,080	-1,636/0,102	-0,444/0,657	-0,840/0,401
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
Fiziksel cinsel taciz							
T ₀	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]	-	-	0,000/0,999	0,000/0,999	0,000/0,999
T ₂	1,00 [0,00]	1,00 [0,00]					
T ₁ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					
T ₂ -T ₀	0,00 [0,00]	0,00 [0,00]					

CMAE: Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri, Ortanca [çeyreklikler arası genişlik], p₁: Girişim grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₂: Kontrol grubunun grup içi zamansal değişiminin karşılaştırılması (Friedman Test), p₃: T₀ değerinin gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₄: T₁ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası karşılaştırılması (Mann Whitney U), p₅: T₂ değerinin T₀ değerine göre farkının gruplar arası

4.3. Çalışmaya Katılan OBT ve K Grubu Yaşlıların Bilişsel Durumu ile İlgili Özellikleri

Grupların MMT puanlarının değişimi incelendiğinde, OBT grubunun ve K grubunun T₀' da MMT puanları benzerdir (-1,642; 0,101). OBT grubunun (-0,747; 0,455) ve K grubunun kendi içindeki (-1,127; 0,260) T₀ ve T₂ puanlarının değişimi farklı değildir. OBT ve K grubu arasında MMT puanının T₂ değerinin T₀ değerine göre farkı benzerdir (-1,719; 0,086) (Tablo 9).

Tablo 9. Grupların MMT toplam puanların karşılaştırılması

Özellikler	OBT Grubu (n=16)	K Grubu (n=19)	Test İstatistiği	p ₂
MMT				
T ₀	11,50 [10,75]	2,00 [8,00]	-1,642	0,101
T ₂	11,50 [13,50]	0,00 [7,00]	-1,719	0,086
Test İstatistiği	-0,747	-1,127		
p₁	0,455	0,260		

Ortanca [çeyreklikler arası genişlik], p₁: Girişim ve Kontrol gruplarının zamansal değişiminin karşılaştırılması (Wilcoxon Signed Rank), p₂: Gruplararası T₀ ve T₂ değerlerinin karşılaştırılması (Mann Whitney U)

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Oyuncak Bebek Terapisi, günlük bakım/yatılı bakım ortamındaki demanslı yaşlıların duygu durumları üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu ile ilgili sonuçların ağırlıklı olarak ortaya konulduğu psikoterapötik bir tekniktir (Braden ve Gaspar, 2015; Shin, 2015; Moyle ve ark., 2019; Lary-Waller,2020).. Bu çalışmada kurumsal bakım ortamınının seçilmesinin en önemli nedeni burada yaşayan demanslı sakinlerin evinde yaşayan demanslı yaşlılardan farklı bir çevresel uyaran ortamında bulunmalarındır. Nitekim burada yaşayan sakinlerin gerçek ya da hayali bir şekilde kendilerini ve eşyalarını korumaya çalışmak amacı ajitasyonu bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabildikleri belirtilmektedir (Bayram ve ark., 2019a). Bakım evlerinde olanlarda ajite davranışlar aslında onların dikkat çekmek için şikâyetlerini, olumsuzluklarını, isteklerini ve değişim çabalarını temsil etmektedir.

Bu nedenle bu çalışma bir huzurevi rehabilitasyon merkezindeki demans hastalarına yönelik yürütülen OBT'nin bilişsel durum ve ajitasyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla 16 girişim, 19 kontrol olmak üzere toplam 35 yaşlı bireyde gerçekleştirilmiştir. Oyuncak Bebek Terapisi ile ilgili bir ilkeler ve uygulama metodolojisi (ugulamanın dört hafta, günde 4 saat sürdürülmesi ve zamansal ölçümlerin aralıkları) de bu çalışma ile sınanmış ve bundan sonraki araştırmalar için bir rehber niteliği taşımıştır. Moyle ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında demanslı yaşlılar haftada üç kez 30 dakikalık oturumlar şeklinde OBT (rutin yemek ve dinlenme dönemleri dışında bireysel olarak) almışlardır. Oyuncak Bebek Terapisi başlangıcından üçüncü haftaya kadar olan etkiler (birincil sonuç) ve birinci haftadaki kısa vadeli etkiler (ikincil sonuç) ölçülmüştür. Shin (2015) OBT uygulamasından sonraki birinci haftada, birinci ayda ve üçüncü aydaki ölçümsel sonuçlara da bakmıştır. Üç çalışmada OBT metodolojisi açısından bu çalışmaya oldukça benzerdir ve ikisinde OBT için kısa dönem çalışmasıdır.

Bu çalışmada OBT'ye demanslı erkek yaşlılarda alınmıştır. Demanslı yaşlıların aileleri OBT' yi bir müdahale olarak kabul etmiş ve desteklemiştir. Sadece bir erkek yaşlının ailesi OBT'nin yalnızca kadınlara yönelik bir aktivite olduğunu düşündüğünü belirtmiş ve yaşlının OBT'ye alınmasını kabul etmemiştir. Başka bir çalışmada sakinlerin birçok akrabasının OBT'yi çocukça gördüğü ve bu nedenle aile üyelerinin

araştırmaya katılmasını istemediği ve erkek yaşlıların akrabalarının hiç birinin çalışmaya katılmaya izin vermediği belirtilmiştir (Moyle ve ark., 2019). Burada ailelere OBT'nin kişi merkezli olduğu, sakinin bebekle ilişki kurma tercihinin belirlenmesi üzerine inşa edildiği, yaşamı anlamlı hale getirme fırsatı sunduğu ve zarar vermediği net olarak açıklanmıştır.

Bu çalışmada OBT ve K grubunun CMAE ile ölçülen toplam ajitasyon düzeyi başlangıçta sırasıyla 47,00 [18,50] ve 43,00 [21,00] bulunmuştur. Bayram ve arkadaşları (2019a) kurumsal bakım alan demanslı yaşlılarda CMAE ile ölçülen toplam ajitasyon düzeyini 46,26 [15,10] olarak bulmuştur. Demircioğlu-Özal (2014) çalışması ise demanslı yaşlılarda CMAE toplam ajitasyon puanını 45,03 [11,76] göstermiştir. Lary-Waller (2020) demanslı bireylerde CMAE toplam ajitasyon puanını 43,10 [4.80] olarak bildirmiştir. Bu çalışmalarda belirlenen düzeyler bu çalışmadaki sonuca benzer olmakla birlikte, demanslı yaşlılarda ajitasyon düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu söylenilebilir.

Bu çalışmada OBT grubunun kendi içinde CMAE toplam ajitasyon düzeyi ve Fiziksel Agresif Olmayan ajitasyon düzeyi zamansal olarak değişmemiştir. Ancak K grubunun Toplam ve Fiziksel Agresif Olmayan ajitasyon düzeyi anlamlı olarak artmıştır (0,001). OBT ve K grubu arasında ise toplam ve bu alt boyuttaki ajitasyon düzeyinin OBT grubu lehine anlamlı olarak farklı olması OBT'nin etkisini doğrulamıştır. Bu doğrultuda **Hipotez 1 ve Hipotez 4** kabul edilmiştir. Başka bir çalışmada bu çalışmada kullanılan aynı araç olan CMAE ile ölçülen ajitasyon düzeyi demanslı sakinlerde başlangıçtan OBT'yi takiben dört haftaya kadar anlamlı bir azalma göstermiştir (Lary-Waller, 2020). Farklı sonuçlar bağlamında; Moyle ve arkadaşları (2019) uzun süreli bakım alan demanslı bireylere yönelik yürütmüş oldukları gerçekçi oyuncak bebek müdahalesinin uygulamadan üç hafta ve bir ay sonra CMAE-kısa form ile ölçtükleri ajitasyon düzeyini azaltacağına dair hipotezlerinin kanıtlanmadığını bildirmişlerdir. Braden ve Gaspar (2015) OBT öncesi ve sonrası demanslı bireylerin ajitasyon davranışlarında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Shin (2015) fiziksel agresif olmayan davranışlardan takıntılı davranış ve gezinmenin OBT sonrası anlamlı şekilde azaldığını bildirmiştir.

Oyuncak Bebek Terapisi grubunun CMAE Sözel Agresif Olmayan, Sözel Agresif Olan ve Fiziksel Agresif Olan ajitasyon alt boyutlarındaki puanları zamansal olarak

değişmezken, K grubunda artmıştır (0,001). Oyuncak Bebek Terapisi ve K grubu arasında her üç alt boyut puanlarında fark olmaması, OBT'nin bu ajitasyon boyutlarında etkisi bulunmadığı göstermiştir. Bu doğrultuda **Hipotez 2, Hipotez 3 ve Hipotez 5 red** edilmiştir. Shin (2015) sözel agresif davranışlardan “küfür etme” ve “bağırma” ve fiziksel agresif davranışlardan “saldırganlık” davranışlarının OBT sonrası anlamlı şekilde azaldığını bildirmiştir.

Oyuncak Bebek Terapisi grubunun ve K grubunun başlangıçtaki MMT düzeyleri sırasıyla 11,50 [10,75] ve 2,00 [8,00]'dır. Bayram ve arkadaşları (2019b) demanslı yaşlılarda MMT ile ölçülen bilişsel düzey puanını 8,84 [9,86] bulmuştur. Oyuncak Bebek Terapisi ve K grubunun kendi içindeki MMT puanlarının değişimi ve gruplar arasındaki farkı benzerdir. Bu sonuç OBT'nin MMT düzeyi üzerinde etkisi bulunamadığını göstermiş ve **Hipotez 6 red** edilmiştir.

Sonuç olarak bu çalışmada, CMAE ile ölçülen toplam, alt boyut ve madde düzeyinde ajitasyon puanları OBT grubunun kendi içinde değişmemiştir. Bu OBT'nin geriletici değil ama durdurucu etkisini ortaya koymuştur. Nitekim K grubunda toplam, alt boyut ve maddeler düzeyinde ajitasyon puanları kendi içinde zaman içinde artmıştır. Yani müdahale edilmeyen grupta gerileme çarpıcı bir şekilde gerçekleşmiştir.

Dört haftalık OBT demanslı yaşlılar için keyifli ve amaçlı bir aktivite olarak gerçekleştirilmiş ve kurum çalışanları oyuncak bebeklerin yaşlılara duygusal destek sağladığını ifade etmiştir. Bu çalışma nicel bir araştırma olmasına rağmen, araştırmacılar ayrıca bebekleri olan sakinlerle ilgili personelin olumlu görüşlerini de öğrenmişlerdir. Braden ve Gaspar (2015) OBT'ye başlamadan önce ve bir hafta sonra bakım verme kolaylığı düzeyinde anlamlı olmasa bile olumlu değerlendirilebilecek bir değişiklik olduğunu belirlemiştir.

Yaşlıların çoğunun bebekleri “seviyor gibi” olduğu gözlenmiştir. İlk kez bebekleriyle tanıştıklarında çoğunun mutlu olduğu ve bebekle ilgili "Kimin bebeği bu?" gibi tepki verdikleri ve sarıldıkları görülmüştür. Sakinlerin bebekleri uygun pozisyonlarda yataklara koyduğu, sürekli kontrol ettiği, ileri geri salladığı ve normalden daha fazla kendi kendilerine konuştukları gözlemlenmiştir. Bazı sakinler, yemek için yatak odalarından ayrılırken, güvenli olduğundan emin olmak için bebekleri battaniyelere sarıp bırakmışlardır. Sakinleri bebeklerle gerçek bebeklermiş gibi konuşup onlarla vakit geçirmişlerdir. Bazı sakinler kendi çocuklarına ve torunlarına baktıkları

zamanları anlatmışlardır. Oyuncak Bebek Terapisi grubundan 12 kişi (%75) bebeği gerçek bebek olarak, 4 kişi (%25) oyuncak bebek olarak algılamıştır. Bazen sakinlerin bebekleri gerçek bebekler veya sadece oyuncak bebekler olarak algılamaları değişiklik gösterebilmiştir. Ancak, yaşlı bireyler bebekleri gerçek algılsa ya da algılamasa da bebekleri sevmeye, sarılma, ilgilenme işlevlerine katılımları etkilenmemiş ve “Genel Huzursuzluk”larında anlamlı bir azalma görülmüştür.

Oyuncak Bebek Terapisi sırasında sakinlerin çoğunluğunda bebeklerinin “aç” olduğu endişesi oluşmuş ve süt/mama isteği ile hemşire/bakım verenlere başvurmuşlardır. Bakım verenler bu başvurularda bebeklerle verilen oyuncak biberonları sakinlere vererek isteklerini karşılamıştır.

Bu çalışma genel olarak yaşlı bakımında temel hedef olan, fonksiyonların iyileştirilmesi veya korunmasının sağlanması, böylelikle yaşam kalitesinin yüksek tutulmasına odaklanmıştır. Özelinde ise demans bakımında davranışsal belirtilerin kontrolü bağlamında ajitasyon ve bilişsel duruma odaklanılmıştır. Çünkü demans doğası gereği ilerleyicidir, bu nedenle demans hastalarında ajitasyonu azaltmak için yenilikçi fikirlere ihtiyaç vardır. Ajite davranışları olan sakinler ortak bir fenomen gibi görünse de, "bakımın gerçekliği" doğrultusunda kısıtlayıcı önlemlerin mümkün olduğunca az uygulanması gereklidir (Lary-Waller, 2020). Demanslı yaşlı bireylerin ajitasyonun günlük yaşamları üzerindeki etkilerinin azaltılabilmesi, yaşamlarını daha bağımsız bir şekilde sürdürebilmelerinin ve yaşam kalitelerinin artırılabilmesi için OBT’nin hemşirelik bakımının içinde yer almasına gereksinim duyulmaktadır. Bu uygulamanın başlatılacağı kurumlarda kurum yöneticilerinin ve personelin eğitimi faydalı olacaktır. Ancak Türkiye’de OBT ile ilgili uygulayıcı eğitimine yönelik programlar henüz bulunmamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları gelecekte OBT uygulayıcısı eğitimlerinin içeriğinin oluşmasına da katkı sağlayacaktır.

Demanslı yaşlılarda OBT’nin toplam ve Fiziksel Agresif Olmayan ajitasyon düzeyi üzerindeki etkisi doğrulanırken, Sözel Agresif Olmayan, Sözel Agresif, Fiziksel Agresif ajitasyonun ve bilişsel durumun yönetimindeki etkisi red edilmiştir.

Bundan sonraki çalışmalarda OBT’nin demans hastalarında yararları ilgili daha fazla deneysel kanıtı ihtiyaç vardır (denemelerin tasarımı, bireyselleştirilmiş olması, ihtiyaç odaklı, kişi merkezli, standartlaştırılmış bir dozu olan uygulama metodolojilerin geliştirilmesi açısından).

Bu çalışmalarda daha uzun süreli uygulama metodolojilerinin tercih edilmesi geç ortaya çıkan etkilerinde oluşabileceği öngörüldüğünde faydalı olabilecektir. Çalışmada OBT'nin etkisi normal bakım alan (K grubu) ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Gelecekteki çalışmalarda, olası uygulama önyargısının üç grubu içeren bir araştırma tasarımıyla sınanması önerilmektedir.

Daha ucuz bir perakende oyuncak seçeneğine ile gerçekçi bir oyuncak bebek kullanmanın etkisini inceleyen çalışmalarla, benzer etkisi olan maliyet etkin çözümler elde edilip edilmeyeceğinin çalışılması önerilmektedir.

Oyuncak Bebek Terapisi'nin ajitasyon ve bilişsel durum gibi özellikle ek olarak depresyon, kaygı, katılım ve anlamlı faaliyet gibi farklı sonuç ölçütleri kullanılarak test edilmesi önerilmektedir.

Demans hastalarında ajitasyonu davranışları azaltmak için bakım kurumlarında OBT uygulaması önerilmektedir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI:

1. Bu çalışmanın bulgularının genelleştirilebilirliği küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle sınırlıdır (16 OBT, 19 K Grubu katılımcı).
2. Çalışma bir ilde bulunan bir tane yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde yapıldığı için elde edilen veriler sınırlı olup, tüm demanslı bireylere ve kurumlara genellenemez.
3. Aynı kurumdan sakinlerin OBT veya K grup olarak randomize edilme şansına izin veren çalışma tasarımının kümelenmemiş doğası nedeniyle potansiyel bir yanlılık riski olabilir.
4. Oyuncak Bebek Terapisi uygulama metodolojisi (süre, doz, ölçümsel aralıklar) ajitasyon ve bilişsel davranışlarda önemli bir değişim için yeterli olmayabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim, 2012; 25:1-3.
2. Samancı Tekin Ç, Kara F. Dünyada ve Türkiye’ de Yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi, 2018; 3(1):219-229.
3. Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Halk Sağlığı Açısından Yaşlılarda Yeti Yitimi. Bakırköy Tıp Dergisi, 2016; 12:57-63.
4. United Nations (UN) (2015a). Profiles of Ageing 2015. Erişim adresi: <https://esa.un.org/unpd/popdev/Profilesofageing2015/index.html> Erişim Tarihi: 20.10.2019
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2015). İstatistiklerle yaşlılar, 2014. Sayı: 18620. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620> Erişim Tarihi: 15.10.2019
6. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017; 10(52):1278-1287.
7. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2018). Engelli ve yaşlı bireylere ilişkin istatistiki bilgiler. İstatistik Bülteni. Erişim adresi: <https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/engelli-ve-yasli-bireylere-iliskin-istatistiki-bilgiler/2018-yili-nisan-ayi-bultenini-bu-baglantiyi-kullanarak-indirebilirsiniz.pdf> Erişim Tarihi: 15.10.2019
8. Alzheimer’s Association (2012). Alzheimer’s Association facts and figures report. Erişim adresi: http://www.alz.org/downloads/facts_figures_2012.pdf Erişim Tarihi: 16.11.2019
9. Alzheimer’s Association (2015). Alzheimer’s Association facts and figures report. Erişim adresi: https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.pdf Erişim Tarihi:10.09.2019
10. Petersen RC. Mild cognitive impairment. New England Journal of Medicine, 2011; 364(23):2227–2234.
11. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, Phelps CH. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer’s disease:

Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dementia*, 2011; 7:270–279.

12. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: A public health priority. Erişim adresi: <http://www.who.int/mentalhealth/publications/dementiareport2012/en/>, Erişim Tarihi: 22.10.2019
13. Medical Subject Headings:Dementia (2011). National Library of Medicine. Erişim adresi: http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2011/MB_cgi Erişim Tarihi:12.09.2019
14. Alzheimer's & Dementia Weekly. The 10 most common types of dementia. 2014, Erişim adresi: <http://www.alzheimersweekly.com/2013/07/10-types-of-dementia.html#Alzheimers> Erişim Tarihi: 15.09.2019
15. Akyar I. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Dergisi*, 2007; 79-88.
16. Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1986; 34:722-727.
17. Citrome L. Atypical antipsychotics for acute agitation. New intramuscular options offer advantages. *Postgraduate Medicine*, 2002; 112(6):8-85.
18. Hodge M. The Agitated & Violent Patient. In L. Hans, Y. Mawji, *The ABC's of emergency medicine*. University of Toronto, 2012; 12:104.
19. Forstl H, Burns A, Levy R, Cairns N. Neuropathological correlates of psychotic phenomena in confirmed Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 1994; 165(1):53-59.
20. Chemerinski E, Petracca G, Teson A, Sabe L, Leiguarda R, Starkstein SE. Prevalence and correlates of aggressive behavior in Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*, 1998; 10:421–425.
21. Tractenberg RE, Weiner MF, Thal LJ. Estimating the prevalence of agitation in community-dwelling persons with Alzheimer' s Disease. *The Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*, 2002; 14:8–11.

22. Bruen P, McGeown W, Shanks M, Venneri A. Neuroanatomical correlates of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer' s disease. *Brain*. 2008; 131(9):2455-2463.
23. Altunöz U, Özel Kızıl ET, Kırıcı S, Baştuğ G, Biçer Kanat B, Sakarya A, Er O, Turan E. Dimensions of Agitation Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in Patients with Dementia. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015; 26:116-22.
24. Hamel M, Gold DP, Andres D, Reis M, Dastoor D. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *Gerontologist*, 1990; 30:206-211.
25. Malone ML, Thompson L, Goodwin JS. Agressive behaviors among the institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1993; 41:853-856.
26. Braden BA, Gaspar PM. Implementation of a baby doll therapy protocol for people with dementia: Innovative practice. *Dementia (London)*, 2015; 14(5):696-706.
27. Braden B (2014). Baby Doll Therapy in Dementia Patients. University of Toledo, Doctorate Thesis of Nursing Practice. Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/10755/316692>
Erişim Tarihi: 28.02.2018
28. Blowcott O (2009). Chemical restraints killing dementia residents. *The Guardian*. Erişim adresi: <http://www.guardian.co.uk/society/2009/nov/12/anti-psychotic-drugs-kill-dementiaresidents>
Erişim Tarihi: 28.02.2018
29. Mackenzie L, James I, Morse R, Makaetova-Ladinska E & Reichett F. A pilot study on the use of dolls for people with dementia. *Age & Aging*. 2006; 35:441-444.
30. Neuschotz L, Green L, Matos P. How dolls can help people with dementia. *American Nurse Today*, 2009; 4:36-37.
31. James I, Mackenzie L, Makaetova-Ladinska E. Doll use in care homes for people with dementia. *International Journal of Geriatric psychiatry*. 2006; 21:1093-1098.

32. Alexa A. The ethics of using dolls and soft toys in dementia care. *Mental Health: Nursing and Residential Care*, 2006; 8:419-421.
33. Verity J. Dolls in dementia care: Bridging the divide. *Journal of Dementia Care*, 2008; 14:25-27.
34. Higgins P. Using dolls to enhance the well-being of people with dementia. *Nursing Times*, 2010; 1-4.
35. Mitchell G, Templeton M. Ethical considerations of doll therapy for people with dementia. *Nurs Ethics*, 2014; 21(6):720-30.
36. Miller B (2010). Doll therapy & dementia. Erişim adresi: http://www.ehow.com/about_6515768_doll-therapy-dementia.html
Erişim Tarihi: 20.02.2018
37. Ready R, Ott B. Quality of Life measures for dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003; 1: 1-13.
38. Minshull K. The impact of doll therapy on well-being of people with dementia. *Journal of Dementia Care*, 2009; 17: 35-38.
39. Cohen-Mansfield J, Marx M, Dakbeel-Ali Regier N, Theina K. Can Persons with Dementia Be Engaged With Stimuli? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010; 18:351-362.
40. Gibson S. A personal experience of successful doll therapy. *Journal of Dementia Care*, 2005; 13:22-23.
41. Karan MA, Tufan F. Yaşlanma mekanizmaları. *Ege Tıp Dergisi*, 2010; 49(10):1-17.
42. Da Costa JP, Vitorino R, Silva GM, Vogel C, Duarte AC, Rocha-Santos T. A synopsis on aging theories, mechanisms and future prospects. *Ageing Research Reviews*, 2016; 29:90-112.
43. Koldaş L. Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2017; 45 Suppl 5: 1-4.
44. World Health Organization (WHO) (1998). Population Ageing-A Public Health Challenge, Fact Sheet No. 135.
45. United Nations (UN) (2015b). World Population Ageing 2015 Report, 06 Şubat 2016, Erişim adresi:

http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf, p.41-99. Erişim Tarihi: 20.11.2019

46. World Health Organization (WHO) (1963). Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging, Report on a Seminar Convened by the World Health Organization, Kiev.
47. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016). İstatistiklerle yaşlılar, 2015. Sayı:21520. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520> Erişim Tarihi: 20.11.2019
48. Ennis EM, Kazer MW. The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. Holistic Nursing Practice, 2013; 27(2):106-113.
49. Hanağası H. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Klinik Gelişimi, 2010; 10(1):44-47.
50. Alzheimer's Disease International (2013). The Global Impact of Dementia 2013- 2050: Policy Brief for Heads of Government. 2013. Erişim adresi: <http://alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf> Erişim Tarihi: 30.11.2019
51. Sağlık Bakanlığı (SB) (2020). Alzheimer ve Diğer Demans Hastalıkları Klinik Protokolü. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38985,alzheimerkpyayin-verspdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 20.02.2021
52. Cherbuin N, Shaw ME, Walsh E, Sachdev P, Anstey KJ. Validated Alzheimer's Disease Risk Index (ANU-ADRI) is associated with smaller volumes in the default mode network in the early 60s. Brain Imaging and Behavior. 2019; 13:65-74.
53. Ødbehr LS, Kvigne K, Hauge S, Danbolt LJ. Spiritual care to persons with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. BMC Nursing, 2015; 4:70.
54. Llewellyn DJ, Lang IA, Matthews FE, Plassman BL, Rogers, MAM, Morgenstern LB, Fisher GG, Kabeto MU, Langa KM. Vascular health,

- diabetes, APOE and dementia: The aging, demographics, and memory study. *Alzheimer's Research & Therapy*.2010; 2(3):1-9.
55. Foreman MD, Fletcher K, Mion LC, Simon L (2003). Assessing cognitive function. In Mezey, M. Fulmer, T., Abraham I.(Eds.) *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (2nd ed). New York: Springer, pp. 99-115.
 56. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement*.2018; 14(3):367-429.
 57. Cordell CB, Borson S, Boustani M, Chodosh J, Reuben D, Verghese J, Thies W, Fried LB; Medicare Detection of Cognitive Impairment Workgroup. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*.2013; 9(2):141-150.
 58. Prince M, Bryce R, Ferri C. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention, 2011.
 59. Yavral F, Güngör HA. Demansta Klinik Bulgular. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 2016; 3:134-138.
 60. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimers Dementia*, 2015; 11:718-26.
 61. Sindi S, Mangialasche F, Kivipelto M. Advances in the prevention of Alzheimer's Disease. *F1000 Prime Reports*, 2015; 12:7-50.
 62. Deckers K, van Boxtel MP, Schiepers OJ, de Vugt M, Muñoz Sánchez JL, Anstey KJ, Brayne C, Dartigues JF, Engedal K, Kivipelto M, Ritchie K, Starr JM, Yaffe K, Irving K, Verhey FR, Köhler S. Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi Consensus study on the evidence from observational studies. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 2015; 30(3):234-46.
 63. Lopes OL, Becker JT, Kuller LH. Patterns of compensation and vulnerability in normal subjects at risk of Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimers Disease*, 2013; 33:427-38.

64. Norton S, Mattheus FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potencial for primary prevention of Alzheimer's disease: an analyses of population based data. *The Lancet Neurology*, 2014; 13:788-94.
65. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*, 2013; 9(1):63-75.
66. Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dementia*, 2013; 9:1-11.
67. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2017). Demans Bakım Modeli Raporu. Erişim Adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf> Erişim Tarihi: 20.02.2021
68. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2014; 62(4):762-9.
69. Livingston G, Barber J, Marston L ve ark. Prevalence of and associations with agitation in residents with dementia living in care homes: MARQUE cross-sectional study. *BJPsych Open*, 2017; 3(4):171-178.
70. Samus QM, Rosenblatt A, Steele C, Baker A, Harper M, Brandt J, Mayer L, Rabins PV, Lyketsos CG. The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia. *Gerontologist* 45(Suppl 1), 2005;19–26.
71. Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A, Camus V, Rossella L, Marriott A, Nobili F, Robert P, Tsolaki M, Vellas B, Verhey F, Byrne EJ. Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia: an investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 2008; 26:138–146.
72. Suzuki M, Kurata S, Yamamoto E, Makino K, Kanamori M. Impact of fallrelated behaviors as risk factors for falls among the elderly patients with dementia in a geriatric facility in Japan. *Journal of Alzheimers Disease*, 2012; 27:439–446.

73. Kirkevold O, Sandvik L, Engeldal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004; 19:980–988.
74. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA*, 2005; 293:596–608.
75. Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R, Shinagawa S, Ishikawa T, Mori T, Toyota Y, Matsumoto T, Adachi H, Hirono N, Tanabe H. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2007; 23:219–224.
76. Gates D, Fitzwater E, Succop P. Relationships of stressors, strain, and anger to care-giver assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 2003; 24, 775–793.
77. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 2006; 61:495–503.
78. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 2010; 10:51.
79. Camerino D, Estryn-Behar M, Conway P, Van Der Heijden BIJM, Hasselhorn H. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45:35–50.
80. Tak S, Sweeney M, Alterman T, Baron S, Calvert G. Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. *American Journal of Public Health* 100, 2010; 1938–1945.
81. Schmidt SG, Dichter MN, Palm R, Hasselhorn HM. Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents - evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 2012; 21:3134–3142.
82. Lundström M, Saveman B, Eisemann M, Astrom S. Prevalence of violence and its relation to caregivers' demographics and emotional reactions: an explorative

- study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2007; 21:84–90.
83. Aström S, Karlsson S, Sandvide A, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, Saveman B. Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004; 18:410–416.
 84. Sandvide A, Aström S, Norberg A, Saveman BI. Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004; 18:351–357.
 85. Pulsford D, Duxbury J. Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006; 13:611–618.
 86. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007; 22:916–921.
 87. Schreiner AS, Yamamoto E, Shiotani H. Agitated behavior in elderly nursing home residents with dementia in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000; 55(3):180-186.
 88. Isaksson U, Graneheim UH, Richter J, Eisemann M, Aström S. Exposure to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes: a case-control study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2008; 22:551–559.
 89. Dettmore D, Kolanowski A, Boustani M. Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 2009; 30:8–17.
 90. Nakahira M, Moyle W, Creedy D, Hitomi H. Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18:807–816.
 91. Hall GR, Buckwalter KC. Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Arch Psychiatr Nurs*, 1987; 1(6):399-406.
 92. Küçükgüçlü Ö, Akpınar B, Buckwalter KC. Demansı olan bireyde davranışsal problemleri azaltmada kanıta dayalı bir model: Azalmış Stres Eşiği Modeli.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2011; 4(1):41-47.

93. Algate D, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Rickards K, Beattie E. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 1996; 11:(6), 10-19.
94. Cohen- Mansfield J. Nonpharmacological Management of Behavioral Problems in Persons with Dementia: The TREA Model. *Alzheimer's Care Quarterly*, 2000; 1(4):22-34.
95. Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H. Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 2004; 75:146–148.
96. Craig D, Mirakhor A, Hart DJ, McIlroy SP, Passmore AP. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435 patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005; 13:460–468.
97. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, 22:843–849.
98. Wetzels RB, Zuidema SU, De Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2010; 18:1054–1065.
99. Demircioğlu Özal M. Alzheimer Hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri'nin (Cohen-Mansfield Agitation Inventory-CMAI) Türkçe Uyarlaması, Geçerlik Ve Güvenirliği, 2014. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sinirbilim ABD, Yüksek lisans tezi, 93 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu).
100. Bayram S, Usta E, Altınbaş Akkaş Ö, Şık T. The determination of agitation behaviors among the elderly people receiving long-term institutional care and the influencing factors. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2019a; 27(2):173-187.

101. Mitchell G, O'Donnell H. The therapeutic use of doll therapy in dementia. *Br J Nurs*, 2013; 22:329–34.
102. Shin JH. Doll therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015; 53(1):13-8.
103. Mitchell G, McCormack B, McCance T. Therapeutic use of dolls for people living with dementia: A critical review of the literature. *Dementia (London)*. 2016; 15(5):976-1001.
104. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.
105. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13:273-81.
106. Lary-Waller, J. Implementation of Doll Therapy for Agitated Residents with Dementia, 2020, Doctor of Nursing Practice (DNP) Translational and Clinical Research Projects. URL: <https://kb.gcsu.edu/dnp/38> Erişim Tarihi: 20.02.2021
107. Moyle W, Murfield J, Jones C, Beattie E, Draper B, Ownsworth T. Can lifelike baby dolls reduce symptoms of anxiety, agitation, or aggression for people with dementia in long-term care? Findings from a pilot randomised controlled trial. *Aging Ment Health*, 2019; 23(10):1442-1450.
108. Bayram S, Usta E, Altınbaş Akkaş Ö (2019b). Türkçe'ye uyarlanan Mini-Cog testinin kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde psikometrik uygunluğu. 1. Uluslararası aktif yaşlanma ve kuşaklar arası dayanışma kongresi bildiri kitabı, Güven plus grup yayınları, 31-38.

7.EKLER

EK-1	KURUM İZİN FORMU
EK-2	ETİK KURUL KARAR RAPORU VE İZİN FORMU
EK-3	GÖNÜLLÜ KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU
EK-4	ÇALIŞMAYA ALINMA KRİTERLERİ FORMU
EK-5	KİŞİSEL BİLGİ FORMU
EK-6	COHEN-MANSFIELD AJITASYON ENVANTERİ(CMAE)
EK-7	STANDARDIZE MINI MENTAL TEST(MMT)
EK-8	ÖLÇEK İZİN FORMU

EK-1: KURUM İZİN FORMU



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

Sayı : 94952863-605.01-E.504852
Konu : Zeynep ASLAN

02.11.2018

DAĞITIM YERLERİNE

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünüzün 16/10/2018 tarih ve 325340 sayılı yazısı ile Düzce Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Zeynep ASLAN'ın "Demanslı Hastalarla Oyuncak Bebek Terapisinin Bilişsel Durum ve Ajitasyona Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında Hilmi Çilingir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Neriman Çilingir Huzurevi ve Muharrem Sancaklı Huzurevinde 15/11/2018-15/05/2019 tarihleri arasında araştırma yapabilme talebinin olumlu değerlendirildiği bildirilmiştir.

Söz konusu talebe ilişkin alınan Makam Onayı ekte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi arz gereğini rica ederim.

 e-imza

Salih BOZKURT

Bakan a.

Eğitim ve Yayın Dairesi Başkan V.

Ek : 1 Sayfa (1 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

Düzce Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl
Müdürlüğüne

Düzce Üniversitesi Rektörlüğüne

Bilgi:

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde güvenli elektronik imzalı adı ile yapılır.



E-Posta Adresi:
bilgi@ayhsb.gov.tr

Eskişehir Yolu 5660200 Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27
Posta Kodu: 06510 Çankaya - Ankara
13121705 57 00
13121705 57 57

Bilgi için: Seval ÇETİN
Sosyal Çalışmacı

EK-2 ETİK KURUL KARAR RAPORU VE İZİN FORMU

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Demanslı Yaşlılarda Oyuncak Bebek Terapisinin Bilişsel Durum ve Ajitasyona Etkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi []		
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi []		
	TELEFON	[]		
	FAKS	[]		
	E-POSTA	[]		
BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Serap BAYRAM		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Zeynep ARSLAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
İlaç dışı klinik araştırma		☐		
Diğer ise belirtiniz ****				
TEK MERKEZ ☐		ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLEN DİRLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe: ☐ İngilizce: ☐ Diğer: ☐ Türkçe: ☐ İngilizce: ☐ Diğer: ☐
Etik Kurul Başkanının [] Yadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN				
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.				

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Demanslı Yaşlılarda Oyuncak Bebek Terapisinin Bilişsel Durum ve Ajitasyona Etkisi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SIGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐						
	ILAN	☐						
	YILLIK BİLDİRİM	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/127	Tarih: 02.07.2018						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tabii Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Birgün ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

Doç.Dr.Gülbin SEZEN

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

EK-3: GÖNÜLLÜ KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

GÖNÜLLÜ KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı GEMİ ADAMLARINDA YAŞAM KALİTESİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ'dir. Bu araştırmanın amacı Gemi adamlarında yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerle ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda planlanmıştır. Bu çalışmada size çalışma değerlendirme anket formu ve yaşam kalitenizi değerlendirmek amacıyla bir ölçek uygulanacaktır. Bu yapılacak olan değerlendirmeler için uygun görülen süre 15-20 dk. dir.

Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili sorularınız için [] no.lu telefondan Deniz ORUÇ'a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden hiçbir ücret talep edilemeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı hekim tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan tedavi ve/veya uygulamalar ile şahsıma ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırmaya yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alması işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

EK-4: ÇALIŞMAYA ALINMA KRİTERLERİ FORMU

Değerli meslektaşım,

Çalışmakta olduğunuz huzurevinde oyuncak bebek terapisinin uygulanacağı bir çalışma planlanmaktadır. Bu form bu çalışmaya katılacak yaşlıları belirlemek için sizlerden bilgi almak üzere hazırlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bu çalışmanın dışında başka kişilerle paylaşılmayacaktır. İşbirliğiniz için teşekkür ederim.

Zeynep ARSLAN

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

No:_____ Değerlendirme Tarihi: _____

Kurum: _____

1) İsim-Soy-isim: _____ Yaş: _____

2) Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

3) Doğum tarihi: _____

4) Demans tanısı almış mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız “Evet” ise: Demans Evresi: _____ MMT
puanı: _____

5) Oyuncak bir bebeği tutmak ve okşamak için yeterli el becerisine sahip mi? ☐ Evet
☐ Hayır

6) Oyuncak bebeğin şeklini tanımak için yeterli görme keskinliğine sahip mi? ☐ Evet
☐ Hayır

7) İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir durumu var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

8) Fiziksel bir hastalığınız var mı? ☐ Var ☐ Yok

Varsa, son bir aydır bu hastalığın alevlenme dönemi yaşandı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

9) Psikolojik bir hastalığı var mı? ☐ Var ☐ Yok

10) Çalışmaya katılmayı kabul ediyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

11) Yakını çalışmaya katılmasını kabul ediyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

EK-5: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli meslektaşım,

Bu görüşme formunu doldurmayı kabul ettiğiniz için öncelikle teşekkür ederiz. Bu form sizlerin bakım verdiği yaşlılarda yapılması planlanan “Demanslı Yaşlılarda Oyuncak Bebek Terapisinin Bilişsel Durum ve Ajitasyona Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans Tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bu çalışmanın sonuçlarını ortaya koymak amacı ile kullanılacak, çalışma dışında paylaşılmayacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için formlarda yer alan maddelerinin tümünün eksiksiz bir biçimde cevaplandırılması büyük önem taşımaktadır. Ayıracağınız değerli zaman için teşekkür ederim.

Zeynep ARSLAN
Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

No: _____ Değerlendirme Tarihi: _____
Kurum: _____

1) İsim-Soy-isim: _____ Yaş: _____

2) Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

3) Eğitim durumu: _____

4) Mesleği:

Hiç çalışmamış: ☐ Memur: ☐ İşçi: ☐ Serbest meslek: ☐ Diğer: ☐

5) Çocuk Sayısı: Yok : ☐ Varsa (kaç tane): _____

6) Kurumsal bakım alma süresi: _____ Bu kurumda bulunduğu süre: _____

7) Odayı paylaşma durumu: ☐ Eşle birlikte ☐ Oda arkadaşıyla ☐ Tek başına

8) Şu an nöro-psikiyatrik ilaç kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Evetse, hangi ilacı ne kadar süredir kullanıyor?

9) Fiziksel bir hastalığı var mı? ☐ Var ☐ Yok

Varsa, hastalığı nedir? Ne kadar süredir devam ediyor?

EK-6: COHEN-MANSFIELD AJİTASYON ENVANTERİ(CMAE)

Son 2 hafta boyunca aşağıdaki davranışların bakım verdiğiniz demanslı yaşlıda hangi sıklıkla görüldüğünü çizelgeye göre puanlayınız.

- 1= Hiçbir zaman
2= Haftada 1' den az
3=Haftada 1-2 kez
4=Haftada birkaç kez
5=Günde 1 ya da 2 kez
6=Günde birkaç kez
7= Bir saatte birkaç kez

1. Volta atma, amaçsızca gezinme	
2. Uygunsuz biçimde giyinme ya da soyunma	
3. Tükürme (sofrada da)	
4. Küfürlü konuşma ya da sözel saldırganlık	
5. Sürekli olarak, gereksiz yere yardım ya da ilgi isteme	
6. Tekrarlayan cümle ya da sorular	
7. Vurma (başkasına ya da kendine)	
8. Tekme atma	
9. İnsanlara yapışma	
10. İtme	
11. Nesneleri fırlatma	
12. Tuhaf sesler çıkarma (acayip gülmeler ya da ağlamalar)	
13. Bağırma	
14. Isırma	
15. Kazıma, eşeleme, tırmıklama	
16. Başka bir yere gitmeye çalışma (örneğin odanın ya da binanın dışına)	
17. Kasıtlı olarak düşme	
18. Sızlanma	
19. Karşı gelme eğilimi	
20. Uygun olmayan maddeleri yeme, içme	
21. Kendinin ya da başkalarının canını yakma (sigara ile, sıcak su ile vb.)	
22. Nesneleri uygunsuz biçimde kullanma	
23. Nesneleri saklama	
24. Nesneleri biriktirme/istifleme	
25. Nesneleri yırtma ya da eşyalara zarar verme	
26. Tekrarlayan mimik, tavır ve davranışlarda bulunma	
27. Sözel cinsel tacizde bulunma	
28. Fiziksel cinsel tacizde bulunma	
29. Genel huzursuzluk	
TOPLAM	

EK7: STANDARDİZE MINI MENTAL TEST(MMT)

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Hastanın Adı Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KISA AKIL MUAYENESİ (KAM)

1. Yönelim:

Puan		Puan	
1 ☐	Yıl?	1 ☐	Ülke?
1 ☐	Mevsim?	1 ☐	İl?
1 ☐	Ay?	1 ☐	İlçe?
1 ☐	Ayın kaçı?	1 ☐	Hastane?
1 ☐	Günlerden ne?	1 ☐	Kat?

2. Kayıt: Hastaya 3 ilgisiz nesne söylenecek, sonra yinelemesi istenecek (Her doğru yanıt 1 puan)

Nesneler	Yanıtlar	Puan
1.	1.	1 ☐
2.	2.	1 ☐
3.	3.	1 ☐
Deneme Sayısı:		

3. Dikkat ve Hesap (Aşağıdaki ilk işlemde hasta uyum sağlayamıyorsa, ikincisi denenecek)

1.100'den başlayarak geriye doğru 7'ser eksilterek sayınız.

	100	93	86	79	72	65
Puan	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐

2.DÜNYA sözcüğünün harflerini tersten söyleyiniz.

	A	Y	N	U	D
Puan	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐

4. Çağırma (Hatırlama)

Kayıt bölümündeki üç nesne ismi yeniden sorulacak. Her nesne için 1 puan

Yanıtlar	Puan
1.	1 ☐
2.	1 ☐
3.	1 ☐

5. Dil

1. İsimlendirme: a) Kol saati gösterilecek sorulacak, bu ne? 1 ☐
Her doğru cevap 1 puan b) Kalem gösterilecek sorulacak, bu ne? 1 ☐

2. Yineleme: Hastaya şu cümleyi yinelemesini söyleyiniz.
"Dün gece yarısı uykum kaçtığı için yataktan kalkarak sigara içtim."

Yanıt:.....

Doğru cevap: 1 ☐

3. Üç durum emri: Üç emri uygulamasını hastadan isteyiniz.

"Sağ elinizle bir kâğıt alın, ikiye katlayın, yere koyun."

1 ☐ 1 ☐ 1 ☐

4. Okuma: Hastaya aşağıdaki yazıyı okuyup, orada söylenen hareketi yapmasını isteyiniz.

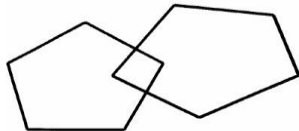
GÖZLERİNİ KAPAT. Doğru cevap 1 ☐

5. Yazma: Hastaya bir cümle yazmasını söyleyiniz.

.....

Doğru cevap 1 ☐

6. Çizim: Aşağıdaki çizimi kopya etmesini isteyiniz.



1 puan için 10 açının hepsi de bulunmalı. Titreme ve kaymalar, eğrilikler göz önüne alınmamalı. 1 ☐

Toplam Puan:.....

EK8: ÖLÇEK İZİN FORMU

COHEN-MANSFIELD AJİTASYON ENVANTERİ

5

Kimden: [Redacted]
Kime: "Serap BULDUK" [Redacted]
Gönderilenler: 20 Kasım Salı 2018 11:06:23
Konu: Re: COHEN-MANSFIELD AJİTASYON ENVANTERİ

Sayın Serap Bayram,

Elbette envanteri çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.
Bu çalışmalarınızla birlikte geriatri alanına yönelik sağlayacağınız katkı dolayısıyla sizi ve çalışma arkadaşlarınızı şimdiden tebrik eder, başarılarınızın devamını dilerim.

Saygılarımla,

Melis Demircioğlu, MSc. PhD Candidate
Uzman Psikolog / Psychologist
Öğretim Görevlisi / Lecturer

Maltepe Üniversitesi / Maltepe University
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi / Faculty of Humanities and Social Sciences
Psikoloji Bölümü / Department of Psychology

Agitation Inventory

2 me:

Kimden: "jiska" <jiska@tauex.tau.ac.il>
Kime: "Serap BULDUK" [Redacted]

4 Nisan 2019 19:54

CMAINEW9.pdf (311,6 KB) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)
publicjcm.doc (224,5 KB) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)
[Tüm ekleri indir](#)
[Tüm ekleri kaldır](#)

Dear Prof. Serap Bayram,

You have my permission to use the CMAI for the academic research you mention as long as 1)you consult the manual in order to use it correctly, 2) you keep my copyright sign (c) Cohen-Mansfield on all forms, 3) you do not sell the questionnaires or their derivatives to anyone, 4) you provide proper attribution for the assessment, 5) If you prepare materials for the use of the assessment (e.g., training materials, modification of the assessment, or software for using it) , you will send me a copy with a permission to use , 6) If you translate the CMAI, you will send me a copy of the translation, with an explanation of the method of translation and permission to use, and 7) if you or anyone you are associated with want to use the questionnaire for other purposes, you will request separate permission from Options for Living, Inc. at optionsfl@gmail.com.

Attached please find the manual with the assessment as well as a list of publications by topic.

I wish you success with your work.

Jiska Cohen-Mansfield, PhD

8.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı [] yılında []’de doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Çanakkale’de tamamladı. Düzce Üniversitesi’nde başladığı Hemşirelik lisans eğitiminden 2017 yılında mezun oldu. Aynı yıl Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine başladı. İstanbul’da özel bir hastanede 2018 yılında Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi olarak çalışmaya başladı. Meslek hayatına 2020 yılı Haziran ayından itibaren İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi’nde devam etmektedir.

