



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNİN DEMANS İLE İLGİLİ BİLGİ, FARKINDALIK VE
YÖNETİMİ**

Dr. Fatma Nur PAMPAL DURNAGÖLÜ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Selda TEKİNER

ANKARA

2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNİN DEMANS İLE İLGİLİ BİLGİ, FARKINDALIK VE
YÖNETİMİ**

Dr. Fatma Nur PAMPAL DURNAGÖLÜ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Selda TEKİNER

ANKARA

2021

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Ankara ilinde üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim gören aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans ile ilgili bilgi, farkındalık ve yönetimi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 14.04.2021 tarihinde, İ4-255-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Fatma Nur PAMPAL DURNAGÖLÜ

Tarih: 21.12.2021

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

ANKARA İLİNDE ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNİN DEMANS İLE İLGİLİ BİLGİ, FARKINDALIK VE
YÖNETİMİ

ORJİNALLİK RAPORU

% **11**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **11**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **3**

YAYINLAR

% **5**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Fatma Nur PAMPAL DURNAGÖLÜ	Sınav Tarihi 21/12/2021
Anabilim/Bilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Öğr. Üyesi Dr. A. Selda TEKİNER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara İlinde Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde Eğitim Gören Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Demans ile İlgili Bilgi, Farkındalık ve Yönetimi.	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız.	

Jüri Başkanı
Dr. Öğr. Üyesi A. Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi
Doç. Dr. İsmail ARSLAN
Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim sürecinde desteğini esirgemeyen, beraber çalışmaktan onur duyduğum, bilgi ve tecrübesi ile her an yanımda olan değerli tez danışmanım, saygıdeğer hocam Dr. Öğrt. Üyesi A.Selda Tekiner'e; akademik bilgileri ve bize kattıkları aile hekimliği disiplini ile desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr.Mehmet Ungan'a ve Dr.Öğr.Üyesi A.Gülseren Ceyhan Peker'e;

Bilgi ve tecrübeleriyle ihtiyaç duyduğum anda yanımda olan Uzm. Dr. Filiz Ak ve Uzm. Dr. Zehra Dağlı'ya;

Uzmanlık eğitimim boyunca güzel anılar biriktirmeme vesile olan, desteklerini her an hissettiğim, değerli dostlarım Dr. Nazife Alpman, Dr. Hüsna Sarıca Çevik, Dr. Hafize Yeğin, Dr. Meryem Uslucan, Dr. Esmâ Karaduman Bayrak'a ve tüm asistan arkadaşlarıma ve anabilim dalımız personeline;

Bu günlere gelmemi sağlayan, bana her zaman inanan, hayatım boyunca sevgilerini ve ilgilerini esirgemeyen, her türlü desteği koşulsuz sağlayan sevgili annem Eşe Pampal, babam Nevzat Pampal ve abim Onur Ali Pampal'a;

Tez sürecim boyunca varlığını her an hissettiğim, bu hayattaki şansım, yol arkadaşım sevgili eşim Feridun Durnagölü'ne;

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatma Nur PAMPAL DURNAGÖLÜ

ANKARA 2021

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Özgünlük Raporu	iii
Kabul Ve Onay	iv
Önsöz	v
İçindekiler	vi
Simgeler Ve Kısaltmalar	viii
Tablolar Dizini	x
1. TÜRKÇE ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Yaşlanma Süreci ve Sağlıklı Yaşlanma	7
4.2. Hafif Bilişsel Bozukluk	8
4.3. Demansın Tanımı, Önemi ve Epidemiyolojisi	9
4.4. Demansın Etiyolojisi, Risk Faktörleri ve Sınıflandırılması	10
4.5. Demans Tanısı	11
4.6. Demans Sendromları	16
4.6.1. Alzheimer Hastalığı	16
4.6.2. Vasküler Demans	20
4.6.3. Lewy Cisimcikli Demans	20
4.6.4. Frontotemporal Demans	22
5. GEREÇ VE YÖNTEM	24
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	24
5.2. Etik Kurul Onayı	24
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	24
5.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	25
5.6. Verilerin Toplanması	25
5.7. İstatistiksel Analiz	25
6. BULGULAR	27

6.1. Sosyo-demografik Veriler	27
6.2. Mesleki Özellikler ile İlgili Veriler.....	27
6.3. Hekimlerin Demans ile İlgili Eğitim Durumu.....	29
6.4. Hekimlerin ASM Tecrübesi	31
6.5. Hekimlerin Demans Hakkındaki Bilgi Durumu.....	32
6.6. Hekimlerin Demans ile İlgili Farkındalık Düzeyi.....	37
6.7. Hekimlerin Demans Yönetimi ile İlgili Düşünceleri.....	42
7. TARTIŞMA	50
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
9. KAYNAKLAR.....	58
10. EKLER	65
EK 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu	65
EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu.....	72

SİMGELER VE KISALTMALAR

GYA	: Günlük yaşam aktivitesi
AH	: Alzheimer Hastalığı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBB	: Hafif Bilişsel Bozukluk
Apo E	: Apolipoprotein E
FTD	: Frontotemporal Demans
LCD	: Lewy Cisimcikli Demans
VaD	: Vasküler Demans
PHD	: Parkinson Hastalığı Demansı
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
MMSE	: Mini Mental Durum Değerlendirme Testi
MoCA	: Montreal Bilişsel Değerlendirmesi
ACE-R	: Addenbrook Kognitif Muayene Testi
Mini-Cog	: Değiştirilmiş Mini Zihin Durum Muayenesi
RUDAS	: Rowland Evrensel Demans Değerlendirme Ölçeği
MR	: Manyetik Rezonans
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
NINCDS-ADRDA	: Ulusal Nörolojik ve İletişim Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği
DSM-V	: Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
PSEN1	: Presenilin 1
PSEN2	: Presenilin 2
APP	: Amiloid Öncülü Protein
APOE e4	: Apolipoprotein E izoform e4
SAP	: Senil Amiloid Plaklar
NFY	: Nörofibriler Yumaklar
SP	: Senil Plak
DM	: Diabetes Mellitus

İKH	: İskemik Kalp Hastalığı
PVH	: Periferik Vasküler Hastalık
PH	: Parkinson Hastalığı
SSRI	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
SD	: Semantik Demans
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ADKS	: Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Demans Hastalıklarının Sınıflandırılması (20).....	12
Tablo 2. Demansta 3 Ana Alan ve 3 İkincil Alanın Sorgulanması (20)	13
Tablo 3. NINCDS-ARDRA Tüm Nedenlere Bağlı Demans Tanı Kriterleri (30)	14
Tablo 4. DSM-V Majör Nörobilişsel Bozukluk (Demans) Tanı Kriterleri (30).....	15
Tablo 5. Deliryum ve Demansın Ayırıcı Tanısı (31)	15
Tablo 6. AH'nin Uyarı İşaretleri (44)	19
Tablo 7. NINCDS-ADRDA Olası AH Tanı Kriterleri (29)	19
Tablo 8. Sosyodemografik Veriler	27
Tablo 9. Hekimlerin Meslekte Geçirdikleri Sürelerle İlgili Veriler	28
Tablo 10. Hekimlerin Asistanlık Süreleri İle İlgili Veriler	29
Tablo 11. Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Verileri	29
Tablo 12. Hekimlerin Demans Eğitim Durumları.....	30
Tablo 13. Hekimlerin Aile Üyelerinde Demans Varlığı ile Demografik Verilerin Karşılaştırılması	30
Tablo 14. Katılımcıların ASM Tecrübeleri	31
Tablo 15. Hekimlerin Bazı Numerik Verileri ile Görev Tanımları, AH Eğitim Durumu, Ailede AH Varlığı ve ASM'de Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 16. Hekimlerin ADKS Sonuçları.....	33
Tablo 17. Hekimlerin Alanlara Göre Demans Bilgisi.....	34
Tablo 18. Hekimlerin Demans Bilgisi	34
Tablo 19. Hekimlerin Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puanları İle Demografik Verilerin Karşılaştırılması	36
Tablo 20. Bilişsel İşlevleri Değerlendirmek İçin Test Kullanıp Kullanmamaları İle Cinsiyet, Görev Tanımları, Ailede Demans Varlığı ve ASM 'de Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 21. Özel Bir Test Kullanmayan Hekimlerin Test Kullanmama Nedenleri	38
Tablo 22. Test Kullanan Hekimlerin Test Tercihleri.....	39
Tablo 23. Hekimleri Bilişsel Bozukluktan Şüphelendiren Semptomlar	39
Tablo 24. Hekimlerin Bilişsel Bozukluktan Şüphelendiklerinde Harekat Planları	40
Tablo 25. Hekimlerin Psikometrik Testlerle İlgili Düşünceleri.....	40

Tablo 26. Bilişsel Bozukluğu Tanımada Eğitim İhtiyaçları İle İlgili Düşünceleri	41
Tablo 27. Demans Yönetimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	42
Tablo 28. Demans Yönetimi Ölçeğinde Bulunan Maddelerin Özeti	42
Tablo 29. Demans Yönetimi Ölçeğinin Puan Özeti	43
Tablo 30. Alanlara Göre Ölçek Puan Ortalaması ve Maddelerin Özet İstatistikleri	44
Tablo 31. Hekimlerin Demans Yönetimi İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı	44
Tablo 32. Hekimlerin Demans Yönetimi İle Demografik Verilerin Karşılaştırılması	48
Tablo 33. Hekimlerin numerik verilerle ADKS ve Demans Yönetimi Korelasyon Verileri	49



1. TÜRKÇE ÖZET

Amaç: Demans bağımlılık yaratan ve engelli bırakan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu giderek artmaktadır ve demans yaşlı nüfusta en yaygın görülen hastalıklardan biridir. Aile hekimleri, birinci basamak bakım sağlayıcıları olarak yaşlı nüfusun çoğunluğu ile düzenli temas halindedir ve demansın değerlendirilmesi, demansa özgü tedavi ve bakımın başlatılmasında çok önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışma birinci basamakta görev yapacak olan, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans ile ilgili bilgi, yönetim ve farkındalık düzeyini araştırmayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışma Ankara ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve yönetimini değerlendirmek amacıyla Nisan/2021 ve Mayıs/2021 tarihleri arasında yapılan, gereken verilerin prospektif yöntemle toplandığı kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Veriler elektronik ortamda anket formuyla elde edildi ve verilerin analizi için IBM SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanıldı. $p<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada 172 aile hekimliği uzmanlık öğrencisine ulaşıldı. Katılımcıların %23,8'ini (n=41) erkekler oluşturmakta olup yaş ortalamaları 29, %76,2'sini (n=131) kadınlar oluşturmakta olup yaş ortalamaları 29'dur. Yaşları 24 ile 50 yıl arasında değişmekte olup ortanca değer 28 (ortalama $29,16 \pm 4,92$) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %87,8'i (n=151) tam zamanlı, %12,2'si (n=21) sözleşmeli aile hekimliği asistanı olarak görev yapmaktaydı. Alzheimer Hastalığı bilgi ölçeği ile değerlendirilen hekimlerin demans bilgisinin genel ortalama puanı 30 üzerinden $21.81 (\pm 2.95)$ olup, doğru cevap verenlerin oranı %73 ($\pm 0,1$) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %58,7'si (n=101) bilişsel işlevleri değerlendirmek için bir test kullandığını belirtirken, %41,3'ü (n=71) ise kullanmadıklarını belirtmiştir. Bilişsel işlevleri değerlendirmek için test kullanmayanların %35,3'ünün testin uzmanlar tarafından yapılması gerektiğini düşündükleri görülmüştür. %27,5'i testleri kullanmak için yeterli zamanlarının olmadığını belirtmiş olmakla beraber, "Bilişsel işlevleri test etmek için bir testin mevcut olduğunun farkında değilim" maddesi %23,5'lik bir orana sahipti. Bilişsel işlevleri

değerlendirmek için test kullanan katılımcıların %34,9'u (n=90) mini mental durum değerlendirmesini, %35,3'ü (n=91) zaman yer oryantasyonunu sorguladığını, %24,4'ü (n=63) saat çizim testini, %5,4'ü (n=14) ise yazma sınavını kullandığını belirtmiştir. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans ön tanısı ve tanı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenleri ile demansın tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerinin genel ortalama puanı 100 üzerinden 66,7 (SS=12,1) bulunmuştur . Katılımcıların demans ön teşhis becerilerine ilişkin özgüvenlerini irdeleyen önermelerin ortalaması 3,21 ($\pm$ 0,75), demans tanısı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenlerini sorgulayan önermelerin ortalaması 3,13 ($\pm$ 0,71), demans tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerini sorgulayan önermelerin ortalaması ise 3,82 ($\pm$ 0,68) bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmamıza katılan hekimlerimizin demans bilgilerinin orta düzey olduğu ve demans tanı, tedavi ve yönetimi konularında kendilerine güvenmedikleri ve kararsız kaldıkları ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte demansın öneminin farkında ve bu konuda kendilerini geliştirmek için hevesli oldukları görülmüştür. Bu nedenle, ayrıntılı demans tanı, tedavi ve yönetimi el kitabına, yeterli demans eğitimi veya sürekli mesleki gelişim programlarına ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimliği, Demans, Demans Bilgisi, Demans Yönetimi, Halk Sağlığı

2. ABSTRACT

Aim: Dementia is an important public health problem that causes dependency and disability. The elderly population is increasing all over the world and in our country and dementia is one of the most common diseases in the elderly population. Family physicians, as primary care providers, are regularly contact with the majority of the elderly population. In addition, family physicians plays a crucial role in evaluation of dementia and initiating dementia-specific treatment and care. This study aimed to investigate the knowledge, management and awareness level of family medicine residents who will work in primary care.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional and descriptive study conducted between April 2021 and May 2021 in order to evaluate the knowledge, awareness and management about dementia by family medicine residents who working in the province of Ankara, furthermore, in which the all necessary data were collected by prospective method. The data were collected by electronic questionnaire form and IBM SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) package program was used for data analysis. For $p < 0.05$, the results were considered statistically significant.

Results: In the study, 172 family medicine residents were reached. 23.8% (n=41) of the participants are male, with an average age of 29 and 76.2% (n=131) with female, with an average age of 29. It is found by the data that participants' ages ranged from 24 to 50 years old and the median value was 28 (mean 29.16 ± 4.92) years old. Moreover, 87.8% (n=151) of the participants were working as full-time, 12.2% (n=21) participants were working as contracted family medicine residents. Also, The study shows that the average score of the dementia knowledge of the physicians evaluated with the Alzheimer's Disease Knowledge Scale was 21.81 (± 2.95) out of 30, and the rate of those who gave the correct answer was 73% (± 0.1). While 58.7% (n=101) of the participants stated that they use a test to evaluate cognitive functions, 41.3% (n=71) stated that they don't use test to evaluate cognitive functions. It was observed that 35.3% of those who did not use tests to evaluate cognitive functions thought that the test should be done by specialists. Furthermore, participants who don't use test to evaluate cognitive functions with percentage 27.5% stated that they did not have enough time

to use the tests, the choice which "I am not aware of the existence of a test to test cognitive functions" had the rate of 23.5% . On the other hand, the participants who use the test to evaluate cognitive use the mini mental state examination (34.9%, n=90), the time-place orientation (35.3%, n=91), clock drawing test (24.4%,n=63), and the writing test (5.4%, n=14). The average score of family medicine residents self-confidence regarding dementia pre-diagnosis and post-diagnosis care skills, and their thoughts on the role of primary care in the diagnosis and treatment of dementia was 66.7 (SD=12.1) out of 100. The average of the statements examining the self-confidence of the participants about dementia pre-diagnosis skills was 3.21 ($\pm$ 0.75), the average of the statements questioning their self-confidence regarding the post-dementia care skills was 3.13 ($\pm$ 0.71) and lastly, the mean of the statements questioning the role of primary care in the diagnosis and treatment of dementia was found 3.82 ($\pm$ 0.68).

Conclusions: In the study, it has been revealed that family medicine residents who participating in our research have moderate knowledge of dementia and that are insecure and undecided in the diagnosis, treatment and management of dementia. In addition to this, they are disposed to improve their knowledge about dementia. To this, dementia guidebook, pre and post-graduate education programs are required.

Keywords: Physicians, Family; Dementia; Knowledge, Attitudes, Practice; Dementia Management, Primary Health Care

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu giderek artmaktadır ve demans yaşlı nüfusta en yaygın görülen hastalıklardan biridir. Hafızada bozukluk, günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) ilerleyici gerileme, çeşitli psikiyatrik semptomlar ve davranış bozukluklarıyla karakterizedir (1). İlerleyici bir hastalık olan demans, sadece yaşlıların özörlülüğünü ve bağımlılığını artırmakla kalmaz, aynı zamanda bakıcılarının yaşamlarını da etkiler. Alzheimer hastalığı (AH) demansın en sık nedenidir ve vakaların %70'ini oluşturmaktadır. Halen dünyada 47 milyon Alzheimer hastası bulunmaktadır ve 2030'da 76 milyon, 2050'de ise 135,5 milyon hasta olması beklenmektedir. Türkiye'de ise demans hastalarının toplam sayısı 2018'de 528.547 iken 2050'de 1.745.679'a çıkması, üç kattan fazla artması beklenmektedir. Benzer şekilde, demanslı insan sayısı 2018'de toplam nüfusun %0,65'ini oluştururken bu oranın 2050'de %1,80'e yükseleceği tahmin edilmektedir (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2023 yılında ülkemizin 65 yaş üstü yaşlı nüfus oranının %10'un üzerine çıkacağı ve bunama hastalıklarının sıklığının büyük bir hızla artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (3).

Aile hekimleri, birinci basamak bakım sağlayıcıları olarak, demans hastalarına yönelik bakım sisteminin önemli bir parçasıdır. Aile hekimleri yaşlı nüfusun çoğunluğu ile düzenli temas halindedir ve bu nedenle yeni başlayan bilişsel gerileme ve demansın değerlendirilmesi ile demansa özgü tedavi ve bakımın başlatılmasında, kapsamlı ihtiyaç değerlendirmesinin yapılmasında çok önemli bir rol oynamaktadır (4,5). Ancak, dünya genelindeki birinci basamak sağlık hizmetleri bu görevler için yeterince hazır değildir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin katılımı olmadan müdahale etmenin zor olacağını ve demansın halk sağlığının önceliği olması gerektiğini belirtmektedir (6).

Demansın erken tanınmasının faydaları arasında tedaviye erken erişim, doğru bilgiye ulaşım, hasta ve hasta yakınlarının ya da hasta bakıcıların yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik öneriler ve destekler yer alır. Özellikle hastalar, bilişsel fonksiyonlarında bozulma yaşamadan kendi tedavileriyle ilgili karar verme süreçlerine dahil olabilirler. Buna ek olarak, kendilerine veya başkalarına zarar vermeyi önlemek için zamanında önlemler alınabilir (ör: araba kullanmasını engellemek) (4). Erken birinci basamak müdahalelerinin, bakıcıların "Bakıcı" rolüne uyum sürecine, gelecekte üstlenecekleri bakım rolü ile demansın karakteristik değişikliklerini tahmin edebilmelerine ve sürece daha kolay adapte olmalarına yardımcı

olduğu, ayrıca bakıcıların hastayı karar verme sürecine dahil etme olasılığını artırdığı gösterilmiştir. Dahası, demans tedavisinin bakıcıların yükünü ve buna bağı gelişen sağık sorunlarını azalttığı belirtilmiştir (4,7,8).

Aile hekimleri tipik olarak, hafif bilişsel bozukluk ve bunama dahil olmak üzere, nörobilişsel bozukluklar için hastaların ilk başvuru noktaları ve hastaları bu konuda değerlendiren ilk kişilerdir. Bugüne kadar, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans tanıma sürecine gerçekte ne ölçüde uyum sağladığını ve demansın daha verimli bir şekilde teşhisine katkıda bulunmak için kendi potansiyellerini nasıl değerlendirdiklerini ortaya koyan çalışmalar yetersizdir.

Bu çalışma birinci basamakta görev yapacak olan, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans ile ilgili bilgi, yönetim ve farkındalık düzeyini araştırmayı amaçlamakta ve gelecekte demans tanısı ve bakımı için referanslar oluşturmayı hedeflemektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşlanma Süreci ve Sağlıklı Yaşlanma

Dünyamız her geçen gün yaşlanmakta iken bütün dünyada doğum oranındaki düşüşle birlikte tıp alanındaki teknolojik gelişmeler, sağlık alanındaki hizmetlerin yaygınlaşması ve yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak ortalama yaşam beklentisi yükselmekte ve yaşlı nüfusu da giderek artmaktadır. Ülkemizde de durum çok farklı değildir. TÜİK verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronolojik sınıflamasına göre "65 yaş ve üstü" yaşlılık dönemi olarak kabul edilmektedir. Çeşitli yaş ölçütlerinin kullanımı söz konusu olsa da, yaşlanma ile ilgili çalışmalarının genelinde DSÖ'nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-75 yaş grubu "genç yaşlı", 75-85 yaş grubu "yaşlı", 85 ve üstü yaş grubu "en yaşlı" olarak tanımlanmaktadır. Yaşam sürecinde yaşlılığın başlangıcı kronolojik olarak 65 yaş olarak kabul edilse bile yaşlanma sadece kronolojik yaş ile belirlenecek bir olgu değildir. Fiziksel, biyolojik, zihinsel, kültürel, toplumsal koşullar ile de belirlenmektedir. Bireyin 65 yaşında olması zihinsel ve fiziksel olarak yaşlıları ile aynı durumda olması anlamına gelmemektedir. Bu nedenle yaşlanma her bireye özgü sosyopsikolojik faktörlerin belirlediği bireysel süreç olarak tanımlanabilir (10).

Yaşlanma, her canlıda var olan, tüm fonksiyonlarda azalmaya neden olan evrensel bir süreçtir (10). Biyolojik düzeyde yaşlanma, zaman içinde çok çeşitli moleküler ve hücresel hasarların birikmesinin etkisinden kaynaklanır. Bu, fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir düşüşe, artan hastalık riskine ve nihayetinde ölüme yol açar (11).

İnsan yaşlanmasında, kademeli olarak bilişsel ve fiziksel bozuklukların birikimi, kanser, diyabet, kardiyovasküler, kas iskelet sistemi ve nörodejeneratif durumlar dahil olmak üzere çok sayıda hastalık gelişme riski artmıştır. Yaşa bağlı sakatlık ve morbidite yaşam kalitesini olumsuz etkiler; nihayetinde artan ölüm riskiyle ilişkilendirilir. Yaşlanma, nörodejeneratif hastalık gelişimi için en önemli risk faktörüdür ve tipik olarak çoğu nörodejeneratif bozukluklar yaşlılarda ortaya çıkar (12).

DSÖ, sağlıklı yaşlanmayı “ileri yaşta esenliği mümkün kılan işlevsel yeteneği geliştirme ve sürdürme süreci” olarak tanımlamaktadır. İşlevsel yetenek, içsel kapasite ve bireyin yaşadığı ve etkileşimde bulunduğu çevre tarafından belirlenir. Bu, bir kişinin şunları yapma yeteneğini içerir (13):

- Temel ihtiyaçlarını karşılamak,
- Öğrenmek, büyümek ve kararlar vermek,
- Hareketli ve aktif olmak,
- İlişkiler kurmak ve sürdürmek,
- Topluma katkıda bulunmak.

4.2. Hafif Bilişsel Bozukluk

Hafif bilişsel bozukluk (HBB), hafıza ve düşünme becerileri dahil olmak üzere bilişsel yeteneklerde hafif ama fark edilebilir ve ölçülebilir bir düşüş olması şeklinde tanımlanmaktadır (14). HBB, normal yaşlanma ile demans arasında bir geçiş olarak görülen ve birçoğunun demans haline ilerleyebileceği nörodejenerasyonun prodromal bir aşaması olarak düşünülmektedir. Yani, bilişsel değişimin yüksek risk seviyesi olarak algılanmaktadır (15).

Önümüzdeki 50 yılda dünyadaki yaşlı sayısının %21 artacağı öngörülmekte, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun sırasıyla %140 ve %51 artması beklenmektedir (16). 65 yaş ve üstü kişilerde HBB prevalansının yaklaşık %15 ile %20 arasında olduğu tahmin edilmektedir (15).

HBB gelişme riskini artıran en önemli risk faktörü yaş olmakla birlikte diğer risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, Apolipoprotein E (ApoE) allelinin bulunması, ailede bilişsel bozukluk öyküsü ve hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı ve inme gibi vasküler hastalıklar bulunmaktadır (17).

Etkilenen düşünme becerilerine göre hafif bilişsel bozukluk “amnestik” ve “amnestik olmayan” olarak sınıflandırılabilir. Amnestik HBB öncelikle hafızayı etkiler, kişinin depolanan bilgiyi hatırlama yeteneğindeki bozulmayı ifade eder. Amnestik olmayan HBB, düşünme becerilerini etkileyerek, sağlıklı kararlar verme, karmaşık bir görevi tamamlamak için gereken süreyi ve adımların sırasını hesaplayabilme veya görsel algı gibi diğer bilişsel alanların bir veya daha fazlasında bozulmayı ifade ederken, bellek genellikle sağlam kalır. Amnestik olmayan bilişsel gerileme, HBB'nin amnestik formuna göre nispeten daha nadirdir ve genellikle teşhis

edilmesi daha zordur. Genel olarak, amnestik HBB, demansa ilerlediğinde, Alzheimer veya vasküler demansa dönüşme eğilimindeyken, amnestik olmayan HBB daha yaygın olarak frontotemporal demans(FTD) veya Lewy cisimcikli demansa(LCD) dönüşme eğilimindedir (14,17,18).

Alzheimer Hastalığı Avrupa Konsorsiyumu Çalışma Grubu 2005 yılında HBB tanı kriterleri belirlemiştir. Bu kriterler (19):

- Hastalardan veya ailelerinden gelen bellek bozukluğu şikayetleri
- Hasta veya bilgi veren kişi tarafından geçen yıl içinde önceki yeteneklere göre bilişsel işlevlerde bir düşüşün bildirilmesi
- Klinik değerlendirme ile kanıtlanmış bilişsel bozuklukların olması
- Günlük yaşam aktivitelerinin ileri derecede etkilenmemesi ancak karmaşık aktivitelerle ilgili zorluk yaşanması
- Demans yokluğu

4.3. Demansın Tanımı, Önemi ve Epidemiyolojisi

Demans kelimesi Latince “mens” kelimesinden türetilmiştir. Mens kelimesi zihin anlamına gelmektedir ve demans (demens) “edinilmiş, yerleşmiş, varolan zihnin yitirilmesi” anlamı taşımaktadır (20). Demans bir hastalık değil, sendromdur ve farklı klinik şekillerde kendini gösterebilir.

Demans, hafıza kaybı, muhakeme ve iletişim ile ilgili problemler, kişilikte değişiklik ve bir kişinin alışverişi, giyinme, temizlik gibi günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerisinde azalma gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal semptomları tanımlamak için kullanılan bir terimdir (21). Bilişsel işlevin ilerleyici ve kalıcı bozulması ile karakterizedir ve bu da semptomların giderek kötüleşeceği anlamına gelmektedir (22).

Dünyada yaşam beklentisinin ve yaş ortalamasının artmasıyla demans sıklığı artmaktadır. Demansın en yaygın nedeni yaklaşık %70 oranla Alzheimer hastalığıdır. Diğer nedenler arasında vasküler demans (VaD), Lewy cisimcikli demans (LCD), frontotemporal demans (FTD) ve Parkinson hastalığı demansı (PHD) bulunur (22). Halen dünyada 50 milyondan fazla insan demansla yaşamaktadır. Bu sayının 2050 yılına kadar 152 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir ve bu artışın daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşeceği öngörülmektedir. Zaten demanslı insanların %60'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır,

ancak 2050'ye kadar bunun %71'e yükseleceği tahmin edilmektedir. Her 3 saniyede bir dünyanın herhangi bir yerinde yeni bir demans vakası ortaya çıkmaktadır. Demans dünyada en sık 5. ölüm nedenidir (23).

Demansın dünya çapında tahmini toplam maliyeti, 2015 yılında 818 milyar ABD doları olmuştur ve yıllık küresel maliyeti şu anda 1 trilyon ABD dolarının üzerindedir (24).

Demans sıklığı 65 yaşında yaklaşık %1-2 oranındadır ve her altı yılda bir bu oran iki katına çıkmaktadır. Demanslı bireylerin %90'dan fazlası 65 yaşın üzerindedir ve doksanlı yaşlarda demans sıklığı oranı %30-40'lara ulaşmaktadır. Ülkemizde ise 2018 senesi verilerine göre 65 ve üstü yaştaki bireylerin toplam nüfusa oranı %8,8'dir. Nüfus verilerine göre bu oranın 2023 yılında %10, 2030 yılında %13, 2060 yılında %22, 2080 yılında %25'e kadar yükseleceği ön görülmektedir. Bu da yaşlanan diğer toplumlar gibi ülkemizde de demanslı birey sayısının artacağını göstermektedir (25).

4.4. Demansın Etiyolojisi, Risk Faktörleri ve Sınıflandırılması

Demans, günlük işleyişe ve yaşam kalitesine müdahale edecek kadar ciddi bilişsel ve duygusal yeteneklerin kazanılmış kayıpları ile karakterizedir ve birçok farklı nörolojik ve tıbbi hastalığın neden olabileceği heterojen bir sendromdur. Terim, belirli bir nedeni veya patolojik süreci ifade etmez (26). Demans zengin etiyolojisi sebebiyle temelde iki geniş hastalık kategorisinde ele alınmaktadır: “nörodejeneratif (geri döndürülemez, primer)” ve “nörodejeneratif olmayan (geri döndürülebilir, sekonder)”. Genetik arka plan dejeneratif demanslarda daha belirginken, dejeneratif olmayan süreçlerde daha geri plandadır (27).

Risk faktörleri genetik ve çevresel olarak sınıflandırılabilir. Bazı risk faktörleri çoğu demans türünde ortaktır ve bazıları da belirli türlere özgüdür. Genetik risk faktörleri, bir bireyin maruz kaldığı çevresel risk faktörlerine tepkisini değiştirmektedir. Yaşlanmanın kendisi de temel olarak demansa katkıda bulunurken, genetik faktörlerin de artık yaşla ilişkili demansların çoğunda önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu, tanımı gereği hem bir amiloidopati hem de bir tauopati olan Alzheimer Hastalığı ile en iyi şekilde gösterilmiştir. Benzer şekilde, LCD'de Lewy cisimciklerinde yaygın α -sinüklein birikimlerine sıklıkla amiloid plakları eşlik eder. Moleküler çalışmalar ayrıca, merkezi sinir sistemindeki (MSS) α -sinüklein ve amiloid/tau yolları arasındaki biyolojik etkileşimleri göstermektedir. Ve TDP-43 proteinleri, frontotemporal

demansın büyük bir alt kümesinin ayırt edici özelliği olarak görülmektedir. ApoE 4 alleli, özellikle geç başlangıçlı AH'nin gelişimi için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (28).

Demans gelişme riski yaşla birlikte artmaktadır. Yaş, kendi başına bir risk faktörü olabilir. Çevresel ve değiştirilebilir faktörlerden olan sigara içmek, yüksek tansiyon, diyabet ve hiperlipidemi, VaD gelişimi için bağımsız risk faktörleridir ve tüm klinik tiplerdeki demans ile ilişkili olan ateroskleroz gelişimine yatkınlık sağlar (21). Aynı şekilde vitamin eksiklikleri (ör. B12 , tiamin), hipotiroidizm, normal basınçlı hidrosefali , kronik alkol tüketimi, enfeksiyonlar, intrakraniyal kitleler, travmatik beyin hasarı ve psikiyatrik hastalıklar (derin depresyon, anksiyete gibi) nörodejeneratif olmayan demansın gelişmesinde rol oynamaktadır (27).

Merkezi siniri sisteminin nörodejeneratif hastalıklarını ve AH'yi da içeren primer demanslar, demansın nedenleri arasında en büyük bölümü oluşturur. Demans hastalıklarının sınıflandırılması tablo 1'de gösterilmiştir (20).

4.5. Demans Tanısı

Demansın kesin tanısı biyopsi ile olsa da standart olarak uygulanmaz ve tanı klinik değerlendirmelere göre konur. Demans tanısını doğrulayacak tek bir test yoktur. Demans türünün kesin teşhisi ancak otopside konulabilir. Demanslı bir hastanın değerlendirilmesinde klinik öykü çok önemlidir (22). Demansın semptomları kognitif, davranışsal ve işlevsel olmak üzere üç ana kategoride; motor, otonom sistemler ve uyku bozuklukları olmak üzere destekleyici ikincil kategori olarak sınıflanabilir (Tablo 2). Demans öyküsü, bu semptomların sorgulanması ile alınır (20).

Öyküden sonra kapsamlı bir fiziksel ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Tüm bilişsel alanlar değerlendirilmelidir. Mini-mental durum değerlendirme testi (MMSE) dikkat, yönelim, dil, hafıza ve görsel-uzamsal becerileri değerlendirmede yardımcı olabilir. MMSE, demans tanısı koydurmaz ve demans ile diğer tedavi edilebilir demans nedenleri arasında ayırım yapamaz. MMSE'nin alternatifleri arasında Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA), Addenbrook Kognitif Muayene Testi (ACE-R), değiştirilmiş mini zihinsel durum muayenesi (Mini-Cog) ve Rowland Evrensel Demans Değerlendirme Ölçeği (RUDAS) bulunmaktadır. Bu testler tarama testi olarak kullanılabilir ve hastalığın ilerlemesinin izlenmesine yardımcı olabilirler (22).

Tablo 1. Demans Hastalıklarının Sınıflandırılması (20)

Primer (Nörodejeneratif)	Sekonder (Nörodejeneratif olmayan)
➤ Alzheimer hastalığı ➤ Lewy cisimcikli demans ➤ Fronto-temporal demans • FTD-davranışsal varyant • İlerleyici tutuk afazi • Semantik demans • FTD-ALS ➤ Hareket bozukluğuyla birlikte • Parkinson hastalığı demansı • Kortiko-bazal dejenerasyon • Progresif supranükleer paralizi • Huntington hastalığı • Multi-sistem atrofiler • Wilson hastalığı • Nöroakantositoz ➤ Prion hastalıkları • Creutzfeldt-Jacob hastalığı • Gerstmann-Sträussler-Scheinker hastalığı • Fatal familyal insomni ➤ Çeşitli pediyatrik demanslar • Kufs hastalığı • Metakromatik lökodistrofi • Gaucher hastalığı • Niemann-Pick hastalığı ➤ Diğer ender demanslar • Limbik demans • Poliglukozan cisimcik hastalığı • Arjirofilik tahıl hastalığı	➤ Vasküler demans • Multi-infarkt demans • Binswanger hastalığı • Stratejik infarkt demansı • CADASIL ➤ Normal basınçlı hidrosefali ➤ Toksik-metabolik demanslar • Wernicke-Korsakoff hastalığı • B12 vitamin eksikliği • Hipotiroidi • Kronik karaciğer hastalığı • Organik çözücülere maruz kalma • İlaçlar ➤ Enfeksiyonlar • Herpes simpleks ensefaliti • Nörosifilis • Kronik menenjitler • HIV-demans kompleksi • Whipple hastalığı ➤ Kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar • Neoplastik durumlar • Subdural hematom ➤ Otoimmün-inflamatuvar hastalıklar • Multipl skleroz • Behçet hastalığı • Paraneoplastik limbik ensefalit • VGKC ve NMDAR kanalopatileri • Granülatöz anjitis • Primer sinir sistemi vaskülit • NAIM sendromu

Tablo 2. Demansta 3 Ana Alan ve 3 İkincil Alanın Sorgulanması (20)

Kognitif	Bellek	Yakın: Yakın geçmişe ait kişisel ve aktüel olaylar; Uzak: İlkokul öğretmeni, okuduğu okullar, evlilik, emeklilik tarihleri vb.
	Dikkat	Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik
	Dil	Kelime bulma, anlama, okuma, yazma, hesaplama güçlükleri
	Görsel-mekansal işlevler	Yabancı/tanidik mekanlarda dolaşabilme, yazı karakterinde (ortografik) değişiklik
	Yürütücü işlevler	Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
	Praksis	Alet kullanma, giyinme, oturma-yürüme güçlükleri
	Gnosis	Nesneleri tanıma, mekanları birbirinden ayırma
Davranışsal	Kişilik değişiklikleri	Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk
	Duygu durum bozuklukları	Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz neşe, eşin peşinden ayrılmama
	Algı bozuklukları	Görsel ve diğer sanrılar
	Düşünce bozuklukları	Hırsızlık, sadakatsizlik ve diğer türden hezeyanlar
İşlevsel	Sokakta GYA'lar	İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler
	Evde GYA'lar	Hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisi
	Kendine bakım	Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, tıraş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolü
Motor	Yürüyüş bozukluğu, düşmeler, donmalar, dengesizlik, hareket yavaşlığı, güçsüzlük, erime, seğirme	
Otonom	İnkontinans, empotans, ortostatizm, konstipasyon, terleme	
Uyku	REM-davranış bozukluğu, aşırı gündüz uykusu, uyku apne sendromu	

Demansın değerlendirilmesinde tüm hastalarda dikkate alınması gereken laboratuvar testleri; biyokimya, tam kan sayımı, idrar tahlili, tiroit fonksiyon testleri, serum vitamin B12

düzeyi, folik asit incelemesi, sifilis için serolojik testleri ve görüntüleme yöntemlerinden tercihen manyetik rezonans (MR) veya kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesini içerir (25). Sonuç olarak ilk değerlendirme, hem hastadan hem de bakıcılardan alınan detaylı öyküyü, fiziksel muayeneyi, bilişsel değerlendirmeyi, laboratuvar testlerini ve nöro-görüntülemeyi içermelidir.

Ulusal Nörolojik ve İletişim Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (NINCDS-ADRDA) tüm nedenlere bağlı demans tanı kriterlerini özetlemiştir (Tablo 3) (29). Diğer taraftan Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) tarafından tanımlanan tanı ölçütleri de en sık kullanılan tanı kriterleridir (Tablo 4) (30).

Tablo 3. NINCDS-ADRDA Tüm Nedenlere Bağlı Demans Tanı Kriterleri (30)

1) İş yaşamında veya günlük yaşam aktivitelerinde bozulma
2) Önceki işleyiş ve performans düzeylerinden düşüş
3) Deliryum veya majör psikiyatrik bozuklukla açıklanamama
4) Hastadan veya bilgili bir yakınından alınan öykü ve objektif bir bilişsel değerlendirme ile zihinsel durum muayenesi veya nöro-psikolojik test yoluyla tespit edilen bilişsel bozukluk olması
5) Aşağıdakilerden en az ikisini içeren bilişsel veya davranışsal bozukluk, a. Yeni bilgi edinme ve hatırlama becerisinin bozulması b. Karmaşık görevleri yerine getirmede bozulma, zayıf muhakeme yeteneği c. Bozulmuş görsel uzamsal yetenekler d. Bozulmuş dil işlevleri (konuşma, okuma, yazma) e. Kişilik ve davranış değişiklikleri

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

Tablo 4. DSM-V Majör Nörobilişsel Bozukluk (Demans) Tanı Kriterleri (30)

A. Bir veya daha fazla bilişsel alanda (karmaşık dikkat, yürütme işlevi, öğrenme ve hafıza, dil, algısal-motor veya sosyal biliş) önceki performans seviyesine göre önemli bilişsel düşüşün kanıtı
B. Bilişsel bozuklukların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı etkilemesi (fatura ödeme veya ilaç yönetimi gibi günlük yaşam faaliyetlerinde yardıma ihtiyaç duyulması).
C. Deliryum olmaması
D. Bilişsel bozuklukların başka zihinsel bozukluklarla açıklanamaması

Demans tanısında önemli bir nokta demans sendromları ile benzer semptomları içeren durumların ayırt edilmesidir. Bu açıdan bakıldığında demans ile sık karışan bir tanı olan akut konfüzyonel durumun (deliryum) ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır. Çeşitli sistemik hastalıklar, enfeksiyonlar ve bazı ilaçların kullanımı ile ortaya çıkabilen akut konfüzyonel durum ile demans tablosu benzer özellikler taşıyabilir ve hatta iç içe geçebilir (25). Tablo 5'te deliryum ve demansın ayırıcı tanı ilkeleri yer almaktadır (31).

Tablo 5. Deliryum ve Demansın Ayırıcı Tanısı (31)

Deliryum	Demans
Aniden başlar	Yavaş seyirlidir
Dalgalanmalarla seyreder	Dalgalanmalar daha nadirdir ancak bilişsel bozukluk ilerleyicidir
Saatlerce-haftalarca sürer	Aylarca-yıllarca sürer
Bilinç bozukluğu vardır	Bilinç bozukluğu bulunmaz
Dikkat bozukluğu ön plandadır	Bellek bozukluğu ön plandadır
Uyku-uyanıklık döngüsü bozuktur	Genellikle etkilenmez
Düşünce bozukluğu sıktır (enkoherans, raydan çıkma vb.)	Genellikle düşünce içeriğinde fakirleşme vardır. Erken dönemde sağlamdır
Algı bozuklukları sıktır	Algı bozuklukları daha nadirdir (özellikle erken dönemde)
Davranış bozuklukları sıktır	Davranış bozuklukları daha nadirdir (özellikle erken dönemde)

4.6. Demans Sendromları

4.6.1. Alzheimer Hastalığı

Alzheimer hastalığı, sinsi başlangıçlı ve hafıza, kavrama, dil, dikkat, akıl yürütme ve muhakeme dahil olmak üzere davranışsal ve bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulma gösteren nörodejeneratif bir hastalıktır (32). Hastalığı ilk kez 1906 yılında Alman psikiyatrist ve nöropatolog Alois Alzheimer, 1901'de gördüğü bilişsel bozukluk, yönelim bozukluğu, sanrılar ve diğer davranış değişiklikleri olan 51 yaşındaki Auguste Deter vakası ile tanımlamıştır (33).

Alzheimer hastalığı tipik olarak yaşlılık hastalığıdır ve görülme sıklığı, 65 yaşından sonra her 5 yılda bir ikiye katlanmaktadır. Yaşa özgü insidans, 65 yaşından önce yılda %1'in altındayken, 85 yaşından sonra yılda %6'ya kadar artmaktadır. Prevalans oranları 65 yaşından sonra %10 iken 85 yaşından sonra %40'a yükselmektedir. Alzheimer hastalığının görülme oranları, özellikle 85 yaşından sonra kadınlarda biraz daha yüksektir (32).

Alzheimer hastalığı, tüm demans vakalarının %70-80'inden sorumlu olduğu için demansın en yaygın nedenidir. Sporadik olarak ortaya çıkabilir veya ailesel olabilir (22). AH, hastalığın ne zaman ortaya çıktığına ve kalıtsal olup olmadığına göre sınıflandırılabilir. Erken başlangıçlı Alzheimer hastalığı 65 yaşından önce ortaya çıkarken, geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı 65 yaşından sonra ortaya çıkmakta ve vakaların %95'inden fazlasını oluşturmaktadır (34). Epidemiyolojik veriler, PSEN1 (presenilin 1), PSEN2 (presenilin 2) ve APP (amiloid öncülü protein) mutasyonları ile otozomal dominant ailesel AH'nin, tüm vakaların yaklaşık %0,5'ini oluşturduğunu göstermektedir; buna karşın, erken başlangıçlı AH grubunda ailesel formun payı %13'e yükselmektedir. Geç başlangıçlı AH gelişiminde rol oynayan çok daha fazla gen ile yüksek bir kalıtsallık göstermektedir. Bununla birlikte, geç başlangıçlı AH'nin ilerlemesinin genetik ve çevresel faktörlerin kombinasyonu ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır (35,36).

Apolipoprotein E, beta-amiloid proteinine afinitesi olan ve AH riskini artıran, trigliseridden zengin lipoproteinlerin normal katabolizmasında rol oynayan başka bir genetik belirteçtir. APOE geninin izoform e4'ü (APOE e4) 65 yaşından sonra ortaya çıkan AH'nin sporadik ve ailesel formları ile ilişkilendirilmiştir. Bir kişide APOE e4 allelinin varlığı her zaman AH'ye yol açmaz, ancak bir APOE e4 alleli taşıyan kişilerin AH geliştirme riski yaklaşık %50'dir ve iki alleli olanların %90'ı AH geliştirmektedir. Her APOE e4 alleli aynı zamanda hastalığın

başlama yaşını da düşürmektedir. APOE e4 allelinin varlığı, AH için önemli bir risk faktörüdür (32,37).

Sporadik AH sıklıkla genetik ve çevresel risk faktörlerinin kombinasyonundan kaynaklanmaktadır. Serebral hipoperfüzyon ve inflamasyon en yaygın olanlarıdır. Travma, sepsis ve enfeksiyon kaynaklı inflamasyon hem kısa hem de uzun dönem bilişsel bozulmaya neden olmaktadır (38,39). Travmatik beyin hasarı ve hatta yaşlılarda kemik kırıkları demans riskinde rol oynamaktadır. Vasküler hastalık ile demans arasında güçlü bir bağlantı vardır. Yüksek tansiyon ve kalp krizi dahil kardiyovasküler hastalık ve iskemi gibi serebrovasküler hastalıklar artmış AH riski ile ilişkilidir. Kötü beslenme, obezite, yüksek kolesterol ve hareketsiz yaşam tarzı gibi vasküler hastalıkların gelişmesine yönelik risk faktörleri demans için de risk faktörleridir. Kötü beslenme ve yüksek kolesterol, hem sistemik olarak hem de beyinde metabolik değişiklikler oluşturabilir ve oksijen seviyelerini değiştirebilir. Ek olarak, tip 2 diyabet, demans riskini yaklaşık iki katına çıkarmaktadır (39,40).

Alzheimer Hastalığı, korteksin yaygın atrofisi ve dejenerasyonlarına katkıda bulunan, nöronlarda senil amiloid plakların (SAP) ve nörofibriler yumakların (NFY) birikmesi ile oluşan spesifik nörotransmitterlerde azalma, sinaptik kayıp ve seçici nöron ölümü ile karakterizedir (41). Senil plakların (SP) oluşumu hastalığın en önemli histopatolojik belirtisidir ve ilk olarak neokorteksin frontal, temporal ve oksipital loblarında ortaya çıkarlar. Hipokampal oluşum ve entorinal bölgenin yanı sıra neokortikal alanlar boyunca ilerlerler ve sonunda serebral korteks boyunca striatum ve talamusa kadar yayılırlar (42). Amiloid plakların ana bileşeni olan beta-amiloid peptit, 21. kromozomda kodlanan, amiloid öncü protein (APP) olarak bilinen bir transmembran proteinden türetilir. İlk birikim yeri neokortekstir ve gevşek plaklar halindedir. Bu plaklardaki amiloidin büyük bir kısmı fibriler değil granüler beta-amiloid oligomerlerini içermektedir. Gevşek plaklar kognitif bozukluk geliştirmeden ölmüş olan yaşlı beyinlerinde de büyük miktarlarda bulunabilmektedir. Ayrıca bu plaklar striatum, talamus, serebellum gibi bölgelerde ve çevrelerinde gliosis ve nöritik sitopatolojik değişiklikler olmaksızın görülebilmekte, AH'de semptom oluşturduğu düşünülmemektedir. Buna karşılık diğer plak şekli olan katı (kompakt) plaklar fibriler beta-amiloidden meydana gelmektedir. Bu aşamadan sonra dejenere nöritler içeren katı plaklara nöritik plaklar adı verilir. Nöritik plaklar immun cevabı tetikleyerek mikrogliya ve astrosit aktivasyonu ile inflamasyon, eksitotoksisite, kompleman aktivasyonu ve serbest radikal oluşumu ile muhtemelen apoptozisten oluşan sekonder kaskad ek hasarına aracılık ederler. Bu immun aktivasyon nörotoksitenin başlıca

ana faktörlerinden biri gibi görünmektedir. Nöritik plaklar sadece demanslı beyinlerde görülmektedir (20).

Tau adı verilen bir protein tarafından oluşturulan nöronlardaki fibriler intrasitoplazmik yapılar olan nörofibriler yumaklar, AH'nin başka bir patolojik ayırt edici özelliğidir (32). Tau proteininin birincil işlevi, aksonal mikrotübüllerin stabilize edilmesidir. Mikrotübüller, nöronal aksonlar boyunca uzanırlar ve hücre içi nakil için gereklidirler. Mikrotübül düzeneği, tau proteini tarafından bir arada tutulur (32). NFY oluşumundan önce, tau proteini hiperfosforile olur. Tau fosforilasyonu sadece tau fonksiyonunun düzenlenmesinde büyük bir rol oynamakla kalmaz, aynı zamanda bu proteinin birikmesine ve NFY'lerin oluşumuna neden olur. Oluşan NFY'ler potansiyel toksisiteye neden olarak hücre iskeletinin bütünlüğünü ve aksonal transportu bozarak hücre ölümüne neden olur (39). AH'deki kognitif kötüleşmenin ciddiyeti amiloid depozisyonundan ziyade NFY miktarı ile doğru orantılıdır. AH'de demans ağırlığı ve süresiyle paralel biçimde NFY'ler öncelikle paralimbik alanlara, sonrasında entorinal kortekse, daha sonra ise heterojen bir şekilde neokortikal alanlara yayılırlar. Patolojik olarak NFY'lerin bu bölgesel dağılımı, klinikte normal yaşlanma, HBB, hafif ve ağır demans evrelerini oluşturmaktadır. NFY ve SP'lerin yanısıra gliosis, inflamasyon, nöron ve sinaps kayıpları, kortikal kolinerjik innervasyon ve diğer nörotransmitter sistemlerinde kayıplar AH nöropatolojisinin bileşenlerini meydana getirmektedir (41,42).

Alzheimer hastalığı sinisi bir seyir gösterir. Demansın bilişsel semptomları dört A olarak tanımlanabilir: amnezi (bozulmuş bellek), apraksi (uzaydaki hareket dizilerini organize etme becerisinde bozulma), agnozi (bozulmuş algı) ve afazi (bozulmuş dil yeteneği). İlk semptom çoğu kez yeni bilgileri öğrenme yeteneğinin kaybıdır (amnezi). Amnezi önce kısa süreli hafızayı daha sonra da uzun süreli hafızayı etkiler. Apraksi, giyinmek, yemek yemek ve yürümek gibi günlük görevleri yerine getirmede sorunlara neden olur. Agnozi, örneğin renkleri, kişileri, nesneleri, kokuları, şekilleri ve sesleri tanımada zorluklara neden olur. Afazi, hem konuşma hem de konuşmayı anlamada zorluklara yol açar (43). AH'nin uyarı işaretleri tablo 6'da verilmiştir (44).

Alzheimer hastalığını teşhis etmek için tek ve basit bir test yoktur. AH'yi teşhis etmek, dikkatli ve kapsamlı bir tıbbi değerlendirme gerektirmektedir. Tanı, ayrıntılı psikiyatrik öykü, bilişsel ve davranışsal değişiklik öyküsü dahil olmak üzere tıbbi ve aile öyküsü, nöropsikolojik bilişsel testler ile fiziksel ve nörolojik muayeneler, laboratuvar ve nöro-görüntüleme çalışmalarının tamamının bir bütün olarak değerlendirilmesi ile konur.

Tablo 6. AH'nin Uyarı İşaretleri (44)

- Günlük hayatı bozan hafıza kaybı.
- Planlama veya problem çözmedeki zorluklar.
- Evde, işte veya boş zamanlarında tanıdık görevleri tamamlamada güçlük.
- Zaman veya yer ile ilgili kafa karışıklığı.
- Görsel imgeleri ve mekansal ilişkileri anlamakta güçlük çekmek.
- Konuşma veya yazmada sözcüklerle ilgili yeni sorunlar.
- Bir şeyleri yanlış yerleştirmek ve adımları geri izleme yeteneğini kaybetmek.
- Azalmış veya zayıflamış karar verme yetisi.
- İşten veya sosyal faaliyetlerden çekilme.
- Ruh hali ve kişilikteki değişiklikler.

AH tanısı için Ulusal Nörolojik ve İletişim Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (NINCDS-ADRDA) tarafından geliştirilen tanı kriterleri ve Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) tarafından tanımlanan tanı ölçütleri en sık kullanılanlardır (29,30).

Tablo 7. NINCDS-ADRDA Olası AH Tanı Kriterleri (29)

A. Olası AH klinik tanı kriterleri:

1. Muayene ve objektif testler ile belgelenmiş demans varlığı
 - İki ya da daha fazla kognitif alanda bozulma
 - Bellek ve kognitif fonksiyonlarda ilerleyici kayıp
2. Bilinç bozukluğunun olmaması
3. Başlangıç 40-90 yaşları arasında
4. Bellek ya da diğer bilişsel süreçlerde ilerleyici bozukluğa yol açabilecek sistemik ya da nörolojik başka bir hastalık olmaması

B. Olası AH tanısını destekleyenler

- Dil (afazi), motor yeti, (apraksi) ve algılamada (agnozi) ilerleyici kayıp,
- Davranış değişikliği,
- Günlük yaşam aktivitesinde bozulma,
- Ailede benzer hastalık öyküsü
- Uyumlu laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri (görüntülemede serebral atrofi).

4.6.2. Vasküler Demans

Vasküler demans (VaD), yaşlı nüfusu etkileyen AH'den sonra ikinci önde gelen demans şeklidir. VaD, bilişsel yetenekleri etkileyen ve beyne giden kan akışının azalmasından kaynaklanan ilerleyici bir hastalıktır. VaD hastaları, yavaşlamış düşünme, unutkanlık, depresyon ve anksiyete, yönelim bozukluğu ve problem çözme, çalışma belleği, düşünme, muhakeme, yargı, planlama ve görevlerin yerine getirilmesi gibi yürütücü işlevlerin kaybından muzdarip olabilirler ve performansın artan görev karmaşıklığıyla birlikte düşmesinden şikayetçi olabilirler (45). Özellikle yaşlı popülasyonda yaygın olan VaD, tüm demans hastalarının yaklaşık %17-20'sini oluşturur ve AH'den sonra ikinci önde gelen demans formudur (46). VaD insidansı yaşla birlikte artar ve risk yaklaşık olarak her beş yılda iki katına çıkar. Prevalansı 65-75 yaş grubunda %1,5 kadarken, 80 yaş ve üstünde %15 civarındadır (47).

VaD için risk faktörleri iki gruba ayrılabilir: değiştirilebilir ve değiştirilemez. Değiştirilemeyen en önemli iki risk faktörü cinsiyet ve yaş olup, bunu genetik yatkınlık, etnik köken ve önceki bir inme öyküsü takip eder. VaD'nin hem görülme sıklığı hem de yaygınlığı yaşla birlikte artar ve erkeklerde daha yüksek olma eğilimindedir. VaD için değiştirilebilir risk faktörleri, serebrovasküler kan akışını bozan durumlar, yani hipertansiyon, diabetes mellitus (DM), iskemik kalp hastalığı (İKH), periferik vasküler hastalık (PVH), beyaz madde lezyonları, sigara ve hiperlipidemidir (48).

4.6.3. Lewy Cisimcikli Demans

Lewy cisimcikleri ilk olarak 1912'de Dr. Alois Alzheimer'ın laboratuvarında Parkinson hastalığının (PH) nöropatolojisi üzerinde çalışan Alman nörolog Dr. Friedrich Lewy tarafından keşfedilmiştir. Lewy cisimcikli demans (LCD), Alzheimer hastalığından sonra en yaygın ikinci nörodejeneratif demanstır (49). Lewy cisimcikli demansın görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla beraber 65 yaş öncesi başlaması da nadir değildir ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (50).

LCD; demans, psikoz ve parkinsonizm özellikleri ile karakterize, ilerleyici dejeneratif bir beyin hastalığıdır. LCD'nin klinik özellikleri Parkinson hastalığı ve Alzheimer hastalığı gibi diğer daha yaygın bozukluklarla örtüştüğü için teşhisi daha zordur ve kapsamlı klinik muayene

gerektirmektedir. Ancak alışmalar, tüm demans vakalarının %20 ile %30'unu oluşturduğunu göstermiştir (51).

Lewy cisimciklerinin temel bileşeni olan α -sinüklein proteinin işlevi kesin bilinmemekle beraber nöronal terminallerde hücre zarının yeniden şekillenmesinde işlev gördüğü düşünülmektedir. Yanlış katlanmış, aşırı eksprese edilmiş α -sinüklein kümeleri nöronlarda veya nöronları çevreleyen glial hücrelerde biriktiğinde, Lewy cisimcikleri oluşur (49). Lewy cisimciklerinin yeri klinik görünümü belirler. Lewy cisimcikleri başlangıçta beyin sapı ve serebral kortekste gelişirse, demans erken başlar ve buna Lewy cisimcikli demans denir; ancak, Lewy cisimcikleri başlangıçta sadece beyin sapında gelişir ve daha sonra serebral kortekse uzanırsa, bu durumda demans hastalık sürecinin geç döneminde ortaya çıkar ve buna Parkinson hastalığı demansı (PHD) denir (51).

Hastalar arasında başlangıç semptomları ve semptomların başlama zamanı arasında büyük farklılıklar vardır. Ana zellikler arasında demans; esas olarak dikkati ve yürütücü işlevi etkiler, hafıza kaybı yaygın değildir, ancak hastalık sürecinde daha sonra ortaya çıkabilir. Bilişsel işlevlerde dalgalanma, görsel halüsinasyonlar, sanrılar, senkop ve parkinsonizm semptomları olan kas sertliği, titreme ve bradikinezi görülebilmektedir. Diğer daha az yaygın özellikler arasında REM uyku davranış bozukluğu, otonomik disfonksiyon, açıklanamayan düşmeler, depresyon ve antipsikotik ilaçlara duyarlılık bulunmaktadır (51–53).

LCD olan hastaların tedavisi zordur. Hastalığı değiştiren ilaçlar olmadığından tedavi semptomlara yöneliktir. LCD'nin bilişsel semptomlarını tedavi etmek için kolinesteraz inhibitörleri kullanılır ve tedavinin temelini oluşturur. Karbidopa ve levodopa hareket semptomlarını tedavi etmek için kullanılır, ancak ciddi yan etkileri vardır ve sanrılara, halüsinasyonlara, kafa karışıklığına yol açabilir. Standart kolinesteraz inhibitörlerine yanıt vermeyen hastalarda halüsinasyonları tedavi etmek için atipik antipsikotikler kullanılabilir. Bu hastalarda ilaçlar nöroleptik duyarlılık nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. Klonazepam ve melatonin REM uyku davranış bozukluğu için kullanılabilir. Depresyon; LCD'li hastalarda yaygındır ve sıklıkla selektif serotonin reuptake inhibitörü (SSRI) tedavisi gerektirir. Memantin, klinik çalışmalarda araştırılmıştır ve hastalığın erken dönemlerinde olan hastalarda içe yarayabileceği bildirilmiştir (50,51,54).

4.6.4. Frontotemporal Demans

İlk olarak 1892'de Arnold Pick tarafından tanımlanan frontotemporal demans (FTD), frontal ve anterior temporal lobların progresif, fokal nörodejenerasyonu ile ortaya çıkan davranış, yürütme işlevi veya dilde ilerleyici eksikliklerle karakterize edilen bir grup nörodejeneratif hastalığı kapsayan genel bir klinik sendromlar grubudur. FTD, Alzheimer hastalığı ve Lewy cisimcikli demanstan sonra tüm yaş gruplarında en yaygın üçüncü demans türüdür ve genç başlangıçlı demansın ikinci en yaygın nedenidir (55,56). FTD vakalarının yaklaşık %40'ının pozitif bir aile öyküsü vardır ve bu vakaların yaklaşık %10'u otozomal dominant olarak kalıtılır (57).

Frontotemporal lob dejenerasyonu ile ilgili temel klinik sendromlar, erken ve baskın semptomlarla ayırt edilen üç klinik alt tip olarak FTD başlığı altında sınıflandırılır: Davranışsal varyant FTD akıcı olmayan varyant primer progresif afazi ve semantik demans olarak adlandırılan anlamsal varyant PPA (58).

Davranışsal varyant frontotemporal demans: Tüm FTD vakalarının yaklaşık yarısını oluşturur. Fokal ve belirgin bilateral frontal atrofi ile karakterizedir, ancak bazı çalışmalar sağ hemisferin daha fazla tutulduğunu belirtmektedir (59,60). İlgörü eksikliği ve hastalığın aşamalı olarak başlaması, davranışsal varyant FTD'nin iki ayırt edici özelliğidir (61). Davranışsal varyant FTD'li hastalar kişilik ve davranışlarında belirgin değişiklikler, sıklıkla ilgisizlik ve disinhibisyonun bir karışımını gösterirler. Apati, kişisel işlere ve sorumluluklara ilgi kaybı, sosyal geri çekilme ilerlemiş hastalığın karakteristik bulgularıdır (58). Ayrıca şizofreni, obsesif-kompulsif bozukluk, sınırda kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk gibi birincil psikiyatrik bozukluklarla birçok belirtiyi paylaşır (62).

Akıcı olmayan varyant primer progresif afazi: Sol inferior frontal ve insüler atrofi ile ilişkili ilerleyici motor konuşma bozukluğudur. Hastalar, yavaş, zahmetli konuşma, bozulmuş gramer (agrammatizm) ve motor konuşma bozuklukları ile başvurur. Konuşmayı başlatmada güçlük, yavaş konuşma, kelimeleri yanlış sıralama veya apraksi, hastalığın oldukça karakteristik özelliğidir. Dizatri ise daha değişken bir şekilde mevcuttur. Okuma akıcı değildir ve zahmetlidir (58,63). Anatomik olarak, sol frontal operkül, premotor ve tamamlayıcı motor alanların ve anterior insulanın atrofisi, hipometabolizması ve hipoperfüzyonu ile ilişkilidir (64).

Semantik demans (SD): Anlamsal varyant primer progresif afazi, bilateral anterior temporal lob atrofisi ile birlikte nesne ve kelime bilgisi kaybı ile karakterizedir. FTD teşhisi

konan hastaların %20-25'i SD'ye sahiptir. İlk ve en belirgin semptom, nesne bilgisinin kaybıdır (59,63). Anlamsal kayıp, fakirleşmiş konuşma içeriği, kelime bulmada zorluk, yerleri ve nesneleri isimlendirmede zorluk, parafazik hatalarla kendini gösterir (65). Başlangıçta sağ temporal atrofinin belirgin olduğu hastalarda kişilik bozukluğu, empati eksikliği, kompulsif davranışlar, yeme-içme ve uyku bozuklukları daha erken ortaya çıkmaktadır (58).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma Ankara ilinde görev yapan Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve yönetimini değerlendirmek amacıyla dizayn edilen, gereken verilerin prospektif yöntemle toplandığı kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.2. Etik Kurul Onayı

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüş olup 14.04.2021 tarihinde İ4-255-21 sayılı kararla onaylanmıştır.

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Nisan 2021 ve Mayıs 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır. Ankara ilinde görev yapan tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ile sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri çalışmaya dahil edilmiştir.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Güncel verilere göre Türkiye’de toplam 2.765, Ankara’da ise yaklaşık 595 tane aile hekimliği uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır. Çalışma evrenini Ankara ilinde eğitim almakta olan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmaya tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri birlikte dahil edilmiştir. Tanımlayıcı çalışma olduğu için örneklem hesaplanmamıştır, ulaşılabilecek maksimum sayıya ulaşılmaya çalışılmıştır. Nisan 2021 ve Mayıs 2021 tarihleri arasında çalışmaya katılan ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 172 aile hekimliği uzmanlık öğrencisine ulaşılmıştır.

5.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak;

- ✓ Ankara ilinde aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmak

Çalışmadan hariç tutulma ölçütü olarak:

- ✓ Anket formunun eksik veya hatalı doldurulması,
- ✓ Anket formunu doldurmak için gönüllü olmamak,
- ✓ Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikiyatrik hastalık varlığı yer almaktadır.

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırmamız Ankara ilinde eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde eğitim alan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine elektronik ortamda uygulanan, her uzmanlık öğrencisinin sadece bir defa cevap verebileceği şekilde tasarlanan anket formlarıyla gerçekleştirilmiştir (Ek 2). Anketimiz; sosyodemografik özellikler, 30 soruluk Alzheimer hastalığı bilgi ölçeği (ADKS), 7 soruluk farkındalık düzeyinin belirlenmesi, 20 soruluk demans/Alzheimer Hastalığı yönetimine dair düşünceleri ölçmeyi amaçlayan bölüm olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Alzheimer hastalığı bilgi ölçeği 2009 yılında Carpenter ve ark.'ları tarafından geliştirilmiştir ve 2020 yılında Yılmaz ve ark.'ları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayandırılmıştır (Ek 3).

5.7. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Versiyon 15.0, Chicago, IL paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; nicel değişkenler için normal dağılıma uygunluk durumuna göre ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca (median), minimum ve maksimum (min-max), nitel değişkenler için ise kişi sayısı ve frekans (yüzde) olarak sunulmuştur.

Katılımcıların anket verileri, nicel değişkenler için grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney testi ile araştırılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar

arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA varyans analizi testi ile ortalanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher's exact testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak $p<0,05$ çıkan sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişki araştırılırken dağılım normal olmadığında Spearman korelasyon testi ile normal olduğunda Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

$p<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



6. BULGULAR

6.1. Sosyo-demografik Veriler

Çalışmada, dahil edilme kriterlerine uyan ve Ankara ilinde görev yapan 172 adet aile hekimliği uzmanlık öğrencisine ulaşılmıştır. Çalışmamızın Ankara ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerini temsil etme oranı %29'dur. Katılımcıların %23,8'ini (n=41) erkekler oluşturmakta olup yaş ortalamaları 29, %76,2'sini (n=131) kadınlar oluşturmakta olup yaş ortalamaları 29'dur. Yaşları 24 ile 50 yıl arasında değişmekte olup ortanca değer 28 (ortalama $29,16 \pm 4,92$) yıl olarak bulunmuştur. Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinden 30 yaş ve altında olan hekimler %88,6'lık bir orana sahipti.

Sosyodemografik veriler ayrıntılı bir şekilde tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Sosyodemografik Veriler

		Yaş						
		n	%	Min	Max	Mean	Median	Standart Sapma
Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	KADIN	113	65,7	24	35	27,61	28,00	1,82
	ERKEK	38	22,1	25	39	28,24	27,00	2,81
Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	KADIN	18	10,5	28	50	39,00	37,50	7,31
	ERKEK	3	1,7	35	50	40,33	36,00	8,39
Total	KADIN	131	76,2	24	50	29,18	28,00	5,03
	ERKEK	41	23,8	25	50	29,12	27,00	4,58
		172	100,0	24	50	29,16	28,00	4,92

6.2. Mesleki Özellikler ile İlgili Veriler

Hekimlerin mesleki özellikleri incelendiğinde meslekte geçirdikleri süre 1 ile 24 yıl arasında olup tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin hekimliği icra süreleri 1 ile 14 yıl arasında değişirken sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin hekimliği icra süreleri 5 ile 25 yıl arasında değişmekteydi.

Hekimlerin görev tanımlarına göre meslekte geçirdikleri sürelerle bakıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinden anlamlı olarak daha uzun süre geçirdikleri görülmüştür, $p<0,001$.

Tablo 9’da detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 9. Hekimlerin Meslekte Geçirdikleri Sürelerle İlgili Veriler

	Meslekte geçirilen yıl							p
	n	%	Min	Max	Mean	Median	Standart Sapma	
Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	151	87,8	1	14	3,18	3,00	1,71	<0,001
Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	21	12,2	5	25	14,14	12,00	7,02	
Total	172	100,0	1	25	4,52	3,00	4,61	

Asistanlık durumuna bakıldığında %87,8’i (n=151) tam zamanlı, %12,2’si (n=21) sözleşmeli aile hekimi asistanı olarak görev yapmaktaydı. Katılımcılardan tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin asistanlıktaki çalışma süreleri 1 ile 50 ay arasında değişmekte olup ortanca değer 15 (ortalama $17,14\pm12,01$) iken, sözleşmeli aile hekimliği öğrencilerinin asistanlık süreleri 2 ile 69 ay arasında değişmekte olup ortanca değer 20 (ortalama $32,19\pm23,28$) ay bulunmuştur.

Hekimlerin uzmanlık öğrencisi olarak geçirdikleri sürelerle baktığımızda sözleşmeli aile hekimliği asistanlarının tam zamanlı asistanlara göre asistanlık sürelerinin daha fazla olduğu görülmüştür, $p=0,004$.

Tablo 10’da detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 10. Hekimlerin Asistanlık Süreleri İle İlgili Veriler

	Uzmanlık öğrencisi olarak geçirilen ay							p
	n	%	Min	Max	Mean	Median	Standart Sapma	
Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	151	87,8	1,00	50,00	17,14	15,00	12,01	0,004
Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	21	12,2	2,00	69,00	32,19	20,00	23,28	
Total	172	100,0	1,00	69,00	18,98	16,00	14,64	

Çalıştıkları kurumlar incelendiğinde %32'si (n=55) üniversite hastanesinde, %68'i (n=117) eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapmaktaydı.

Tablo 11'da detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 11. Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Verileri

Görev tanımı	Üniversite Hastanesi		Eğitim Araştırma Hastanesi (Şehir Hastanesi dahil)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	46	30,5	105	69,5	151	87,8
Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	9	42,9	12	57,1	21	12,2
Total	55	32	117	68	172	100

6.3. Hekimlerin Demans ile İlgili Eğitim Durumu

Hekimlere demans ile ilgili eğitim durumları sorulduğunda %68'i (n=117) sadece mezuniyet öncesi, %5,8'i (n=10) sadece mezuniyet sonrası, %26,2'si (n=45) ise hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitim aldıklarını bildirmiştir.

Tablo 12'da hekimlerin demans ile ilgili eğitim alma durumları verilmiştir.

Tablo 12. Hekimlerin Demans Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	Görev tanımı					
	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi		Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mezuniyet öncesi	105	69,5	12	57,1	117	68,0
Mezuniyet sonrası	6	4,0	4	19,0	10	5,8
Mezuniyet öncesi ve Mezuniyet sonrası	40	26,5	5	23,8	45	26,2
Total	151	100,0	21	100,0	172	100,0

Araştırmaya katılan hekimlere, ailelerinde demans ya da Alzheimer Hastalığına sahip bir aile üyesi var mı veya var mıydı şeklinde bir soru sorulmuştur. Katılımcıların %32'si (n=55) bu soruya evet cevabını vermiştir.

Hekimlerin aile üyelerinde demans hastası varlığı ile cinsiyet (p=0,410), eğitim aldıkları kurum (p=0,620), görev tanımları (p=0,250) ve ASM tecrübesi olma durumları (p=0,550) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 13'de detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 13. Hekimlerin Aile Üyelerinde Demans Varlığı ile Demografik Verilerin Karşılaştırılması

Ailenizde demans/Alzheimer hastalığı olan var mı?						
		EVET		HAYIR		
		n	Tablo %	n	Tablo %	p
Cinsiyet	KADIN	44	25,6	87	50,6	0,410
	ERKEK	11	6,4	30	17,4	
Eğitim aldığınız kurum	Üniversite Hastanesi	19	11,0	36	20,9	0,620
	Eğitim Araştırma Hastanesi	36	20,9	81	47,1	
Görev tanımınız	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	46	26,7	105	61,0	0,250
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	9	5,2	12	7,0	
Daha önce ASM'de çalıştınız mı?	EVET	13	7,6	23	13,4	0,550
	HAYIR	42	24,4	94	54,7	
Total		55	32,0	117	68,0	

Pearson Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

6.4. Hekimlerin ASM Tecrübesi

Katılımcılara aile hekimliği uzmanlık eğitimi öncesinde Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) çalışıp çalışmadıkları sorgulandığında %79,1'i (n=136) "Hayır çalışmadım", %20,9'u (n=31) "Evet çalıştım" şeklinde yanıtlamıştır.

Tablo 14'te detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların ASM Tecrübeleri

Daha önce ASM'de çalıştınız mı?		Görev tanımı		
		Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	Total
EVET	n	15	21	36
	%	9,9	100,0	20,9
HAYIR	n	136	0	136
	%	90,1	0,0	79,1
Total	n	151	21	172

Daha önce ASM'de çalışma hikayesi bulunan hekimlere kendi pratiklerinde psikometrik testleri hangi amaçla kullandıkları sorulduğunda %52,7'si (n=19) akli meleke raporu vermek için kullandığını, %5,5'i demans takibinde kullandığını, %11,1'i tarama amaçlı kullandığını, %13,9'u kullanmadığını belirtmiş, 8 hekim ise her hangi bir durum belirtmemiştir.

Hekimlerin eğitim aldıkları kurumlar ile uzmanlık öğrencisi olarak geçirdikleri süreler karşılaştırıldığında üniversite hastanelerinde eğitim görenlerin uzmanlık öğrencisi olarak geçirdikleri süre, eğitim araştırma hastanesinde eğitim görenlerin uzmanlık öğrencisi olarak geçirdikleri süreden anlamlı olarak fazla bulunmuştur, $p=0,002$.

Hekimlerin görev tanımları yaş, meslekte geçirilen yıl ve asistanlıkta geçirilen ay açısından karşılaştırıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yaş ($p<0,001$), meslekte geçirdikleri yıl ($p<0,001$) ve asistanlıkta geçirdikleri süreler ($p=0,004$) tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinden anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Tablo 15'de detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 15. Hekimlerin Bazı Numerik Verileri ile Görev Tanımları, AH Eğitim Durumu, Ailede AH Varlığı ve ASM'de Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Eğitim aldığınız kurum	Görev tanımınız	Daha önce demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili eğitim aldınız mı?	Ailenizde demans/Alzheimer hastalığı olan var mı?	Daha önce ASM'de çalıştınız mı?
Yaş	0,948*	0,306*	0,000*	0,000**	0,263*	0,000*
Meslekte Geçirilen Yıl	0,834*	0,085*	0,000*	0,000**	0,024*	0,000*
Asistanlıkta Geçirilen Ay	0,586*	0,002*	0,004*	0,000**	0,006*	0,000*

*Mann Whitney U Testi ve **Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

6.5. Hekimlerin Demans Hakkındaki Bilgi Durumu

Katılımcıların demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup yeterli psikometrik özelliklere sahip güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılan Alzheimer hastalığı bilgi ölçeği (ADKS) kullanılmıştır (66). Ölçek, “hastalığın tedavisi ve yönetimi” ile ilgili 4 madde, “hastalığın yaşama etkisi” ile ilgili 3 madde, “hastalığın seyri” ile ilgili 4 madde, “hastalığın değerlendirilmesi ve teşhisi” ile ilgili 4 madde, “hastalığın risk faktörleri” ile ilgili 6 madde, “hastalığın semptomları” ile ilgili 4 madde ve “hastaların bakımıyla” ilgili 5 madde olmak üzere birbiriyle ilişkili olan toplam 30 maddeden oluşan “doğru-yanlış” testidir. Alınabilecek maksimum puan 30 olup, alınan puan ne kadar yüksekse bilginin de o kadar iyi olduğunu gösterir.

Alzheimer hastalığı bilgi ölçeği ile değerlendirilen aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans bilgisinin genel ortalama puanı 30 üzerinden 21.81 (± 2.95) olup, doğru cevap verenlerin oranı %73 ($\pm 0,1$) olarak bulunmuştur.

Detaylı sonuçlar tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Hekimlerin ADKS Sonuçları

Görev tanımı	Bilgi ölçeği Puan Dağılımı					Doğru cevap verenlerin dağılımı	
	n	Ortalama puan	Min	Max	SS	%	SS
Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	151	21,91	13	29	3,00	73	0,10
Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	21	21,05	16	27	2,50	70	0,08
Total	172	21,81	13,00	29,00	2,95	73	0,10

“Değerlendirme ve teşhis” ile ilgili maddeler en yüksek oranda yanıtlanmış, ortalama doğru oranı %91,5, “risk faktörü” ile ilgili maddeler en düşük oranda yanıtlanmış, ortalama doğru oranı %58,2 olarak bulunmuştur. En yüksek oranda doğru yanıtı sahip maddeler, “Yetersiz beslenme, Alzheimer hastalığının semptomlarını daha da kötüleştirebilir.”, “Alzheimer hastalığı henüz şiddetli olmayan kişiler, depresyon ve anksiyete için psikoterapiden yararlanabilir.”, “Alzheimer hastalığı olan bir kişinin, hastalık kötüleştikçe düşme olasılığı giderek artar.” ve “Alzheimer hastalığı olan kişiler özellikle depresyona yatkındır.” şeklindeydi. En düşük oranda yanıtlananlar “Zihinsel egzersizin bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanmasını önleyebileceği bilimsel olarak kanıtlanmıştır.”, “Bir kişi Alzheimer hastası olduğunda, hatırlatıcı notların kullanılması hastalığın gerilemesine katkıda bulunabilir.”, “İnsanlar Alzheimer hastalığına yakalandıktan sonra, artık kendi bakımları hakkında bilinçli kararlar veremezler.” ve “Alzheimer hastalığı tedavi edilemez.” ifadelerine aitti.

Daha fazla ayrıntı tablo 17 ve tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 17. Hekimlerin Alanlara Göre Demans Bilgisi

Alanlar	Öğeler	Toplam puan aralığı	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama doğru oran (%)
Tedavi ve yönetim	9,12,24,29	0–4	2,71 $\pm$ 0,77	67,7
Yaşam etkisi	1,11,28	0–3	2,37 $\pm$ 0,68	78,9
Hastalığın seyri	3,8,14,17	0–4	3,16 $\pm$ 0,74	87,5
Değerlendirme ve teşhis	4,10,20,21	0–4	3,66 $\pm$ 0,58	91,5
Risk faktörü	2,13,18,25,26,27	0–6	3,49 $\pm$ 1,17	58,2
Semptom	19,22,23,30	0–4	3,08 $\pm$ 0,86	76,9
Bakım	5,6,7,15,16	0–5	3,35 $\pm$ 1,09	67,1

Tablo 18. Hekimlerin Demans Bilgisi

Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği İfadeleri	Doğru cevap verenlerin sayısı	Doğru cevap verenlerin yüzdesi	SS
1. Alzheimer hastalığı olan kişiler özellikle depresyona yatkındır.	166	96,5	0,184
2. Zihinsel egzersizin bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanmasını önleyebileceği bilimsel olarak kanıtlanmıştır.	18	10,5	0,307
3. Alzheimer hastalığının semptomları ortaya çıktıktan sonra, ortalama yaşam beklentisi 6-12 yıldır.	110	64,0	0,482
4. Alzheimer hastalığı olan bir kişi tedirgin olduğunda, tıbbi muayene, ajitasyona neden olan diğer sağlık sorunlarını ortaya çıkarabilir.	164	95,3	0,211
5. Alzheimer hastalığı olan kişiler adım adım verilen basit talimatları daha iyi şekilde yerine getirirler	147	85,5	0,353
6. Alzheimer hastalığı olan kişiler kendilerine bakmakta güçlük çekmeye başladığında, bakıcılar hemen görevi devralmalıdır.	109	63,4	0,483
7. Alzheimer hastalığı olan bir kişi geceleri uyanık ve tedirgin olursa, kişinin gün boyunca bol miktarda fiziksel aktivite yapmasını sağlamaya çalışmak iyi bir strateji olabilir.	138	80,2	0,399
8. Nadir durumlarda, insanlar Alzheimer hastalığından kurtulmuşlardır.	101	58,7	0,494
9. Alzheimer hastalığı henüz şiddetli olmayan kişiler, depresyon ve anksiyete için psikoterapiden yararlanabilir.	168	97,7	0,151
10. Hafıza ve kafa karışıklığı ile ilgili sorunlar aniden ortaya çıkarsa, bu muhtemelen Alzheimer hastalığından kaynaklanmaktadır.	144	83,7	0,370

Tablo 18'in Devamı

Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği İfadeleri	Doğru cevap verenlerin sayısı	Doğru cevap verenlerin yüzdesi	SS
11. Alzheimer hastalığı olan çoğu insan huzurevlerinde yaşıyor.	117	68,0	0,468
12. Yetersiz beslenme, Alzheimer hastalığının semptomlarını daha da kötüleştirebilir.	169	98,3	0,131
13. 30'lu yaşlarındaki insanlar Alzheimer hastalığına sahip olabilir.	118	68,6	0,465
14. Alzheimer hastalığı olan bir kişinin, hastalık kötüleştikçe düşme olasılığı giderek artar.	168	97,7	0,151
15. Alzheimer hastalığı olan kişiler aynı soruyu veya hikâyeyi birkaç kez tekrarladıklarında, onlara kendilerini tekrarladıklarını hatırlatmak yardımcı olur.	111	64,5	0,480
16. İnsanlar Alzheimer hastalığına yakalandıktan sonra, artık kendi bakımları hakkında bilinçli kararlar veremezler.	72	41,9	0,495
17. Son dönem Alzheimer hastalığı olan bir kişinin 24 saat denetime ihtiyacı olacaktır.	164	95,3	0,211
18. Yüksek kolesterole sahip olmak, bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanma riskini artırabilir.	101	58,7	0,494
19. Ellerin veya kolların titremesi veya titremesi, Alzheimer hastalığı olan kişilerde yaygın bir semptomdur.	147	85,5	0,353
20. Şiddetli depresyon semptomları, Alzheimer hastalığının semptomları ile karıştırılabilir.	156	90,7	0,291
21. Alzheimer hastalığı bir tür demanstır.	165	95,9	0,198
22. Parayı idare etmekte zorlanmak veya faturaları ödemek, Alzheimer hastalığının yaygın bir erken belirtisidir.	141	82,0	0,386
23. Alzheimer hastalığında ortaya çıkabilecek bir semptom, başkalarının eşyalarını çaldığına inanmaktır.	93	54,1	0,500
24. Bir kişi Alzheimer hastası olduğunda, hatırlatıcı notların kullanılması hastalığın gerilemesine katkıda bulunabilir	55	32,0	0,468
25. Alzheimer hastalığını önleyen reçeteli ilaçlar mevcuttur.	89	51,7	0,501
26. Yüksek tansiyona sahip olmak, bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanma riskini artırabilir.	109	63,4	0,483
27. Genler, Alzheimer hastalığının gelişimini ancak kısmen açıklayabilir.	165	95,9	0,198
28. Alzheimer hastalığı olan kişilerin, arabada her zaman bir refakatçileri olduğu sürece araç kullanmaları güvenlidir.	124	72,1	0,450
29. Alzheimer hastalığı tedavi edilemez.	74	43,0	0,497
30. Alzheimer hastalığı olan çoğu insan, son olayları geçmişte olanlardan daha iyi hatırlar.	148	86,0	0,348

Hekimlerin ADKS puanları ile cinsiyetleri ($p=0,180$), eğitim aldıkları kurum ($p=0,530$), görev tanımları ($p=0,100$), demans eğitim durumları ($p=0,160$), ailede demans hastası varlığı ($p=0,051$) ve daha önce ASM tecrübesi olma durumları ($p=0,220$) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 19’da detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 19. Hekimlerin Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği Puanları İle Sosyo-demografik Verilerin Karşılaştırılması

		Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği						p
		n	Ort.	SS	Min	Max	%	
Cinsiyet	KADIN	131	21,96	2,90	14,00	28,00	76,2	0,180*
	ERKEK	41	21,32	3,11	13,00	29,00	23,8	
Eğitim aldığınız kurum	Üniversite Hastanesi	55	22,04	3,46	13,00	28,00	32,0	0,530*
	Eğitim Araştırma Hastanesi (Şehir Hastanesi dahil)	117	21,70	2,69	15,00	29,00	68,0	
Görev tanımınız	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	151	21,91	3,00	13,00	29,00	87,8	0,100*
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	21	21,05	2,50	16,00	27,00	12,2	
Daha önce demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili eğitim aldınız mı?	Mezuniyet öncesi	117	21,50	2,77	14,00	27,00	68,0	0,160**
	Mezuniyet sonrası	10	21,50	2,22	18,00	25,00	5,8	
	Mezuniyet öncesi ve Mezuniyet sonrası	45	22,67	3,42	13,00	29,00	26,2	
Ailenizde demans/Alzheimer hastalığı olan var mı/mıydı?	EVET	55	22,38	3,27	14,00	29,00	32,0	0,0510*
	HAYIR	117	21,54	2,77	13,00	28,00	68,0	
Daha önce ASM’de çalıştınız mı?	EVET	36	21,47	2,83	16,00	28,00	20,9	0,220*
	HAYIR	136	21,90	2,99	13,00	29,00	79,1	

*Mann-Whitney U Testi ve **Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

6.6. Hekimlerin Demans ile İlgili Farkındalık Düzeyi

Hekimlere bilişsel işlevleri değerlendirmek amacıyla her hangi bir test kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda %58,7'si (n=101) kullandıklarını, %41,3'ü (n=71) ise kullanmadıklarını belirtmiştir.

Hekimlerin bilişsel işlevleri değerlendirmek için özel bir test kullanıp kullanmamaları ile eğitim aldıkları kurum (p=0,118), görev tanımları (p=0,752), ailelerinde demans hastası olup olmaması (p=0,058) ve daha önce ASM tecrübeleri (p=0,142) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan kadınlar lehine anlamlı bir fark vardır, p=0,027.

Araştırmaya katılan hekimlerin bilişsel işlevleri değerlendirmek için özel bir test kullanıp kullanmamaları ile ilgili verilerin detaylı analizi tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Bilişsel İşlevleri Değerlendirmek İçin Test Kullanıp Kullanmamaları İle Cinsiyet, Görev Tanımları, Ailede Demans Varlığı ve ASM 'de Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması

Hastanızda bilişsel bozukluktan şüpheleniyorsanız bilişsel işlevleri test etmek için özel bir test kullanıyor musunuz?						
		EVET		HAYIR		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	KADIN	83	48,3	48	27,9	0,027*
	ERKEK	18	10,5	23	13,4	
Eğitim aldığınız kurum	Üniversite Hastanesi	37	21,5	18	10,5	0,118*
	Eğitim Araştırma Hastanesi	64	37,2	53	30,8	
Görev tanımınız	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	88	51,2	63	36,6	0,752*
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	13	7,6	8	4,7	
Ailenizde demans/AH olan var mı/mıydı?	EVET	38	22,1	17	9,9	0,058*
	HAYIR	63	36,6	54	31,4	
Daha önce ASM'de çalıştınız mı?	EVET	25	14,5	11	6,4	0,142*
	HAYIR	76	44,2	60	34,9	
Total		101	58,7	71	41,3	

*Pearson Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Bilişsel işlevleri değerlendirmek amacıyla her hangi bir test kullanmayanlara (n=71) kullanmama nedenleri sorulduğunda ise, %35,3'ünün testin uzmanlar tarafından yapılması gerektiğini düşündükleri görülmüştür. %27,5'i testleri kullanmak için yeterli zamanlarının olmadığını belirtmiş olmakla beraber, "Bilişsel işlevleri test etmek için bir testin mevcut olduğunun farkında değilim" maddesi %23,5'lik bir orana sahipti. 1 hekimimiz ise fikir belirtmemiştir.

Detaylı analizler tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Özel Bir Test Kullanmayan Hekimlerin Test Kullanmama Nedenleri

Bilişsel bozukluğu değerlendirmek için özel bir test kullanmıyorsanız, bunu yapmama nedeniniz nedir?	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi		Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi		Total	
	n	%	n	%	n	%
Böyle bir testin mevcut olduğunun farkında değilim	20	19,6	4	3,9	24	23,5
Yeterli zamanım yok	25	24,5	3	2,9	28	27,5
Test etmeyi önemli bulmuyorum	3	2,9	0	0,0	3	2,9
Hafıza kaybı yaşla ilgili doğal bir süreçtir	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Hastayı ve yakınlarını korkutmak istemiyorum	2	2,0	0	0,0	2	2,0
Altı ay sonra kontrol edeceğim	2	2,0	1	1,0	3	2,9
Test uzmanlar tarafından yapılmalıdır	32	31,4	4	3,9	36	35,3
Henüz ASM'de çalışmadım	5	4,9	0	0,0	5	4,9
Total	62	88,2	8	11,8	70	100,0

Bilişsel işlevleri test etmek amacıyla her hangi bir psikometrik test kullananlara kendi pratiklerinde hangi testleri tercih ettikleri sorulmuştur. Mini mental durum muayenesi %34,9 (n=90) ile zaman yer oryantasyonu ile ilgili sorular %35,3 (n=91) oran ile en çok kullanılan testler olmuştur. Saat çizim testini kullananlar %24,4 (n=63), yazma sınavını kullananlar ise %5,4'lük (n=14) bir orana sahipti.

Detaylı analizler tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Test Kullanan Hekimlerin Test Tercihleri

Bilişsel fonksiyonları değerlendirmek için kendi pratiğinizde hangi aracı kullanıyorsunuz?	n	%
Mini-Mental Durum Muayenesi (MMSE)	90	34,9
Saat Çizimi Testi	63	24,4
Yazma sınavı	14	5,4
Zaman/yer oryantasyonu ile ilgili sorular	91	35,3
Total	258	100,0

Çoklu yanıt olduğu için n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Katılımcılara hangi semptomlar sizi bilişsel bozukluktan en çok şüphelendirir diye sorduğumuzda “Zamana ve yere yönelim bozukluğu” ifadesi %16,2 (n=158) oran ile en çok seçilen parametre olmuştur. Hemen arkasından “Günlük aktivitelerini yerine getirmede zorluk” ifadesi (n=148, %15,1) ve “Zayıf veya azalmış muhakeme” ifadesi (n=141, %14,4) sırasıyla ikinci ve üçüncü en çok seçilen parametreler olmuştur.

Sonuçların ayrıntısı tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23. Hekimleri Bilişsel Bozukluktan Şüphelendiren Semptomlar

Hangi semptomlar sizi en çok bilişsel bozukluktan şüphelendirir?	n	%
Günlük aktivitelerini yerine getirmede zorluk	148	15,1
Dil ile ilgili sorunlar	81	8,3
Zamana ve yere yönelim bozukluğu	158	16,2
Zayıf veya azalmış muhakeme	141	14,4
Soyut düşünceyle ilgili sorunlar	85	8,7
Eşyaları yanlış yerleştirme	91	9,3
Ruh hali veya davranışta değişiklikler	105	10,7
Kişilikteki değişiklikler	104	10,6
İnisiyatif kaybı	65	6,6
Total	978	100,0

Çoklu yanıt olduğu için n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Hekimlere, hastalarında bilişsel bozukluktan şüphelendikleri zaman neler yapacakları ile ilgili sorulduğunda %20,6 (n=155) oran ile “Anamnez/öykü genişletme” ifadesi ilk sırada yer almıştır. Hemen arkasından %17,6 (n=132) oran ile “Akrabalar/bakıcılar ile görüşme” ifadesi gelmiştir. “Bir uzmana başvuru” ifadesi %16,5’lik bir orana sahip olmuştur.

Tüm sonuçlar tablo 24’de ayrıntılı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 24. Hekimlerin Bilişsel Bozukluktan Şüphelendiklerinde Harekat Planları

Bilişsel bozukluktan şüpheleniyorsanız, yapacağınız şey ne olur?	n	%
Anamnez/öyküyü genişletme	155	20,6
Bekle ve gözlemler	33	4,4
Psikometrik testler	113	15,0
Akrabalar/bakıcılar ile görüşme	132	17,6
Genel fizik muayene	103	13,7
Biyokimyasal araştırmalar	92	12,2
Bir uzmana başvuru	124	16,5
Total	752	100,0

Çoklu yanıt olduğu için n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Hekimlere psikometrik testlerle ilgili fikirlerini sorduk. “Demans/Alzheimer Hastalığı şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olur” ifadesi %30,1’lik (n=100) oran ile en çok seçilen parametre olmuş, hemen arkasından “Takip için gerekli” ifadesi %27,7, “Teşhisi doğrulamak için gerekli” ifadesi 27,4 ile en çok oranlara sahip parametreler olmuştur.

Sonuçların tamamı ayrıntılı bir şekilde tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Hekimlerin Psikometrik Testlerle İlgili Düşünceleri

Psikometrik testlerle ilgili fikriniz nedir (örneğin MMSE)?	n	%
Teşhisi doğrulamak için gerekli	91	27,4
Takip için gerekli	92	27,7
Yeterli zaman yok	29	8,7
Demans/Alzheimer Hastalığı şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olur	100	30,1
Verimsiz ve spesifik değil	8	2,4
Testler Yetersiz	12	3,6
Total	332	100,0

Çoklu yanıt olduğu için n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Katılımcılara bilişsel bozukluğun teşhisi konusunda daha fazla eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz şeklinde sorduğumuzda hekimlerin %94,2’si evet cevabını vermiş, %0,7’si hayır demiş, %5,1’i ise kararsız kalmıştır.

Tablo 26’da ayrıntılı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 26. Bilişsel Bozukluğu Tanımada Eğitim İhtiyaçları İle İlgili Düşünceleri

		Bilişsel bozukluğun teşhisi konusunda daha fazla eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?							
		Evet		Hayır		Kararsızım		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	KADIN	123	71,5	1	0,6	7	4,1	131	76,2
	ERKEK	38	22,1	2	1,2	1	0,6	41	23,8
Eğitim aldığınız kurum	Üniversite Hastanesi	49	28,5	2	1,2	4	2,3	55	32,0
	Eğitim Araştırma Hastanesi	112	65,1	1	0,6	4	2,3	117	68,0
Görev tanımınız	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	141	82,0	3	1,7	7	4,1	151	87,8
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	20	11,6	0	0,0	1	0,6	21	12,2
Daha önce demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili eğitim aldınız mı?	Mezuniyet öncesi	113	65,7	1	0,6	3	1,7	117	68,0
	Mezuniyet sonrası	9	5,2	0	0,0	1	0,6	10	5,8
	Mezuniyet öncesi ve Mezuniyet sonrası	39	22,7	2	1,2	4	2,3	45	26,2
Ailenizde demans/Alzheimer hastalığı olan var mı/mıydı?	EVET	48	27,9	1	0,6	6	3,5	55	32,0
	HAYIR	113	65,7	2	1,2	2	1,2	117	68,0
Daha önce ASM’de çalıştınız mı?	EVET	34	19,8	0	0,0	2	1,2	36	20,9
	HAYIR	127	73,8	3	1,7	6	3,5	136	79,1

6.7. Hekimlerin Demans Yönetimi ile İlgili Düşünceleri

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans ön tanısı ve tanı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenleri ile demansın tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerini sorgulamak amacıyla literatür tarayarak ve beşli likert ölçeği kullanarak 20 maddeden oluşan bir ölçek oluşturduk. Tablo 27’de görüldüğü üzere yapılan KMO testi ile sonuç 0,87 çıkmış ve örneklemin analiz için yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (67). Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçları, ki-kare (2043,68; $p < 0.001$) değerinin anlamlı olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik analizi Cronbach’s Alpha değeri 0,90 olduğundan verilerin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğu ve iç tutarlılığa sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 27’de analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 27. Demans Yönetimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği		0,870
Bartlett Testi	Ki-kare	2043,684
	df	190
	p	0,000
Cronbach's Alpha		0,906

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans ön tanısı ve tanı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenleri ile demansın tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerinin genel ortalama puanı 100 üzerinden 66,7 (SS=12,1) çıkmıştır.

Tablo 28 ve 29 ‘da ölçeğin ve maddelerin özet istatistik sonuçları verilmiştir.

Tablo 28. Demans Yönetimi Ölçeğinde Bulunan Maddelerin Özeti

Maddelerin özet istatistikleri			
Ortalama	Min	Max	Madde sayısı
3,336	2,541	4,081	20

Tablo 29. Demans Yönetimi Ölçeğinin Puan Özeti

Ölçek İstatistikleri			
Ortalama	Varyans	Standart Sapma	Madde sayısı
66,72	146,682	12,111	20

Araştırmaya katılan hekimlerin demans ön teşhis becerilerine ilişkin özgüvenlerini irdeleyen önermelerin ortalaması 3,21 ($\pm$ 0,75) olup, hekimlerin bu konu ile ilgili becerilerinde kararsız kaldıkları görülmüştür. Bu önermeler içinde “Gerekirse şüpheli demans/Alzheimer hastalarını bir uzmana (nöroloji, geriatri, psikiyatri) sevk ederim ve gerektiğinde ilgili branş uzmanlıkları (nöroloji, geriatri, psikiyatri) ile iş birliği yapabilirim.” ifadesine hekimlerin %83,7’si “Katılıyorum” veya “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiş ve hekimlerin en çok katıldıkları önerme olmuştur. Psikometrik testlerle ilgili ifadeler içinde hekimlerin %62,2’sinin “Katılıyorum” veya “Kesinlikle katılıyorum” cevabını verdiği “Bilişsel değerlendirme için MMSE’yi (Mini-mental Durum Değerlendirme Testi) kullanabilirim.” önermesi olmuştur. “Demansın/Alzheimer Hastalığının davranışsal ve psikotik semptomları (BPSD) değerlendirmesi için NPI-Q (Nöropsikiyatrik Envanter Anketi) kullanabilirim.” önermesi en düşük puana sahip olup, hekimlerin %52,3’ü katılmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin demans tanısı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenlerini sorgulayan önermelerin ortalaması 3,13 ($\pm$ 0,71) olup, hekimlerin bu konuda da kararsız oldukları görülmüştür. Bu önermeler içinde “Yatağa bağımlı demans/Alzheimer hastalarını evde sağlık hizmeti almaları için yönlendirebilirim.” ifadesi en yüksek puana sahip olup hekimlerin %79,7’si “Katılıyorum” veya “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir. “Demansı/Alzheimer Hastalığı doğrulanmış hastalar için ilaç yönetimi yapabilirim.” önermesi en düşük puanı almış olup, hekimlerin %44,2’si “Kararsızım” cevabını vermiş, %40,1’i “Katılmıyorum” veya “Kesinlikle katılmıyorum” cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin demans tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerini sorgulayan önermelerin ortalaması 3,82 ($\pm$ 0,68) olup, hekimlerin diğer alanlara göre bu konuda daha olumlu oldukları gözlenmiştir. “Aile hekimlerinin demansın/Alzheimer Hastalığının erken tanısında önemli katkıları bulunur.” önermesi hem bu alan içinde hem de bütün önermeler içinde en yüksek puana sahip olup, hekimlerin %85,4’ü “Katılıyorum” veya “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermiştir. “Aile hekimlerinin demans/Alzheimer hastalarının bakımında çok sınırlı bir rolü vardır.” önermesi hem bu alan içinde hem de bütün önermeler içinde en düşük puanı almış olup, hekimlerin %56,4’ü bu önermeye katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 30 ve 31’de önermelere verilen cevapların detaylı analizi verilmiştir.

Tablo 30. Alanlara Göre Ölçek Puan Ortalaması ve Maddelerin Özet İstatistikleri

Alanlar	Önermeler	Toplam puan aralığı	Puan Ortalaması $\pm$ SS	Maddelerin ortalaması $\pm$ SS
Demans ön teşhis becerilerine ilişkin özgüvenleri	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	0-40	25,65 $\pm$ 6,02	3,21 $\pm$ 0,75
Demans tanısı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenleri	9, 10, 11, 14, 15, 16, 17	0-35	21,96 $\pm$ 5,00	3,13 $\pm$ 0,71
Demans tanı-tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşünceleri	12, 13, 18, 19, 20	0-25	19,11 $\pm$ 3,42	3,82 $\pm$ 0,68

Tablo 31. Hekimlerin Demans Yönetimi İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Önermeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ort.	SS
	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%		
1. Bilişsel bozukluk semptomları olan hastaları tanıyabilirim ve demans/Alzheimer Hastalığı olasılığına karşı değerlendirebilirim.	2 %1,2	27 %15,7	45 %26,2	85 %49,4	13 %7,6	3,47	0,89
2. Bilişsel sorunlara tanı koymada kendimi yeterli hissederim	6 %3,5	46 %26,7	84 %48,8	31 %18,0	5 %2,9	2,90	0,84
3. Bilişsel değerlendirme için MMSE'yi (Mini-mental Durum Değerlendirmesi) kullanabilirim.	14 %8,1	28 %16,3	23 %13,4	84 %48,8	23 %13,4	3,43	1,16
4. Bilişsel değerlendirme için CDT'yi (Saat Çizimi Testi) kullanabilirim	13 %7,6	29 %16,9	28 %16,3	79 %45,9	23 %13,4	3,41	1,14
5. Günlük yaşam aktivitesi değerlendirmesi için IADL'yi (Günlük yaşamın Enstrümental Aktivitesi ölçeği) kullanabilirim.	20 %11,6	42 %24,4	45 %26,2	53 %30,8	12 %7,0	2,97	1,14

Tablo 31'in Devamı

Önermeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ort.	SS
	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%		
6. Demansın/Alzheimer Hastalığının davranışsal ve psikotik semptomları (BPSD) değerlendirmesi için NPI-Q (Nöropsikiyatrik Envanter Anketi) kullanabilirim.	26 %15,1	64 %37,2	49 %28,5	29 %16,9	4 %2,3	2,54	1,02
7. Depresyon/Alzheimer Hastalığı değerlendirmesi için GDS'yi (Geriatrik Depresyon Ölçeği) kullanabilirim.	20 %11,6	50 %29,1	41 %23,8	51 %29,7	10 %5,8	2,89	1,13
8. Gerekirse şüpheli demans/Alzheimer hastalarını bir uzmana (nöroloji, geriatri, psikiyatri) sevk ederim ve gerektiğinde ilgili branş uzmanlıkları (nöroloji, geriatri, psikiyatri) ile iş birliği yapabilirim.	5 %2,9	11 %6,4	12 %7,0	87 %50,6	57 %33,1	4,05	0,96
9. Demansı/Alzheimer Hastalığı doğrulanmış hastalar için ilaç yönetimi yapabilirim.	28 %16,3	41 %23,8	76 %44,2	24 %14,0	3 %1,7	2,61	0,97
10. Demans/Alzheimer Hastalığı davranış sorunlarını yönetebilirim.	14 %8,1	35 %20,3	85 %49,4	34 %19,8	4 %2,3	2,88	0,90
11. Yatağa bağımlı demans/Alzheimer hastalarını evde sağlık hizmeti almaları için yönlendirebilirim	5 %2,9	14 %8,1	16 %9,3	92 %53,5	45 %26,2	3,92	0,97
12. Aile hekimlerinin demansın/Alzheimer Hastalığının <u>erken tanısında</u> önemli katkıları bulunur.	6 %3,5	7 %4,1	12 %7,0	89 %51,7	58 %33,7	4,08	0,94
13. Aile hekimlerinin demansın/Alzheimer Hastalığının <u>yönetiminde</u> önemli katkıları bulunur	6 %3,5	14 %8,1	20 %11,6	93 %54,1	39 %22,7	3,84	0,98

Tablo 31'in Devamı

Önermeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ort.	SS
	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%	Sayı (n) Yüzde%		
14. Demans/Alzheimer hastaları için bilişsel işlevi iyileştirme konusunda ilaç dışı rehberlik sağlarım (bilişsel stimülasyon terapisi vb. gibi).	13 %7,6	54 %31,4	63 %36,6	32 %18,6	10 %5,8	2,84	1,01
15. Son dönem demans/Alzheimer hastalarında beslenme desteği ve komplikasyonların önlenmesi konusunda bakım verenlere rehberlik edebilirim.	11 %6,4	34 %19,8	56 %32,6	57 %33,1	14 %8,1	3,17	1,04
16. Bakım verenlere psikolojik rehberlik sağlayabilirim	8 %4,7	37 %21,5	64 %37,2	50 %29,1	13 %7,6	3,13	0,99
17. Bakım verenler için mevcut olan günlük bakım hizmetleri, demans/Alzheimer hastalarının aile üyeleri için iletişim platformu gibi sosyal destek hizmetlerinin kaynaklarını öneririm	3 %1,7	31 %18,0	46 %26,7	75 %43,6	17 %9,9	3,42	0,96
18. Demans/Alzheimer Hastalığı en iyi şekilde uzman birimler (nöroloji, geriatri, psikiyatri) tarafından teşhis edilir.	6 %3,5	14 %8,1	22 %12,8	81 %47,1	49 %28,5	3,89	1,02
19. Aile hekimlerinin demans/Alzheimer hastalarının bakımında çok sınırlı bir rolü vardır.	29 %16,9	68 %39,5	40 %23,3	30 %17,4	5 %2,9	2,51	1,01
20. Demans/Alzheimer hastalarının bakıcılarının yaşam kalitesini arttırmada birinci basamağın rolü önemlidir.	7 %4,1	11 %6,4	34 %19,8	78 %45,3	42 %24,4	3,80	1,06

Hekimlerin demans ön teşhis ve tanı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenleri ile demans tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerinin değerlendirildiği ölçeğimizin normallik analizini yaptığımızda Kolmogorov-Smirnov sonucunu $p=0,096$ bulmuş olup $p>0,05$ olduğu için verilerimizin normal dağıldığı sonucuna ulaştık. Bu nedenle iki gruplu bağımsız örneklemimizi değerlendirirken bağımsız örneklem T- testini kullandık. T- testinde $p=0,015$ olduğu için kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamsal olarak fark bulunmuştur. Bağımsız örneklem T-testi sonucuna göre kadınların ($\text{ort}=3,40\pm0,57$) demans yönetimi puanlarının erkekler ($\text{ort}=3,14\pm0,68$) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Eğitim aldıkları kurum ($p=0,77$), görev tanımları ($p=0,59$) ve daha önce ASM’de çalışma durumlarına göre ($p=0,30$) değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ailesinde demans veya Alzheimer Hastalığı olanların ($\text{ort}=3,52\pm0,67$) demans yönetim puanları, olmayanlara göre ($3,25\pm0,56$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur, $p=0,006$.

Demans ile ilgili eğitim durumlarına bakıldığında hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitim alanlar ile sadece mezuniyet öncesi eğitim alanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur, $p=0,04$.

Tablo 32’de detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 32. Hekimlerin Demans Yönetimi ile Sosyo-Demografik Verilerin Karşılaştırılması

		Demans yönetimi				p
		n	ortalama	Std. Sapma	%	
Cinsiyet	KADIN	131	3,40	0,57	76,2	0,015
	ERKEK	41	3,14	0,68	23,8	
Eğitim aldığınız kurum	Üniversite Hastanesi	55	3,36	0,69	32,0	0,770
	Eğitim Araştırma Hastanesi	117	3,33	0,57	68,0	
Görev tanımınız	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	151	3,35	0,59	87,8	0,590
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	21	3,27	0,73	12,2	
Daha önce demans/AH ile ilgili eğitim aldınız mı?	Mezuniyet öncesi	117	3,26	0,54	68,0	0,040
	Mezuniyet sonrası	10	3,42	0,81	5,8	
	Mezuniyet öncesi ve Mezuniyet sonrası	45	3,52	0,69	26,2	
Ailenizde demans/AH olan var mı/mıydı?	EVET	55	3,52	0,67	32,0	0,006
	HAYIR	117	3,25	0,56	68,0	
Daha önce ASM’de çalıştınız mı?	EVET	36	3,43	0,63	20,9	0,300
	HAYIR	136	3,31	0,60	79,1	

Çalışmada bazı sayısal verilerin korelasyonları yapılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Spearman’ın Sıralama Korelasyon Katsayısı analizine göre yaş ve meslekte geçirilen yıl ile Alzheimer Bilgi Ölçeği Puanı ortalaması ve demans yönetimi ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamsal bir fark bulunamamıştır. Uzmanlık öğrencisi olarak geçirilen süre ile bilgi puanı ortalaması arasında da anlamsal fark bulunmamakla birlikte, uzmanlık öğrencisi olarak geçirilen ay ile demans yönetimi ortalaması arasında pozitif yönde ve çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r_{\text{spearman}}=0,203$, $p = 0,008$.

Tablo 33’de detaylı sonuçlar verilmiştir.

Tablo 33. Hekimlerin numerik verilerle ADKS ve Demans Yönetimi Korelasyon Verileri

		ADKS	Demans yönetimi
Yaş	Korelasyon katsayısı (r)	0,139	-0,051
	p	0,070	0,506
Meslekte geçirilen yıl	Korelasyon katsayısı (r)	0,083	-0,016
	p	0,279	0,832
Uzmanlık öğrencisi olarak geçirilen ay	Korelasyon katsayısı (r)	0,110	0,203
	p	0,151	0,008
Demans yönetimi	Korelasyon katsayısı (r)	0,146	.
	p	0,056	.

Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

7. TARTIŞMA

Aile hekimleri, birinci basamak bakım sağlayıcıları olarak, demans hastalarına yönelik bakım sisteminin önemli bir parçasıdır. Aile hekimleri yaşlı nüfusun çoğunluğu ile düzenli temas halindedir ve bu nedenle yeni başlayan bilişsel gerileme ve demansın değerlendirilmesi ile demansa özgü tedavi ve bakımın başlatılmasında, kapsamlı ihtiyaç değerlendirmesinin yapılmasında çok önemli bir rol oynamaktadır (4,5). Dünya Sağlık Örgütü, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin katılımı olmadan müdahale etmenin zor olacağını ve demansın halk sağlığının önceliği olması gerektiğini belirtmektedir (6). Bu bağlamda bu soruna değinmek üzere yapılan bu çalışma, gelecekte birinci basamakta görev yapacak olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans bilgi düzeyini belirlemeyi, demans ile ilgili farkındalıklarını ve hastalığın yönetimiyle ilgili düşüncelerini öğrenmeyi amaçlamıştır. Bu sayede geleceğin aile hekimliği uzmanı olan hekimlerin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve varsa bilgi eksikliklerinin giderilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızın Ankara ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerini temsil etme oranı %29'dur. Katılımcıların dörtte üçünü kadın hekimlerimiz oluştururken her iki cinsiyetin yaş ortalaması 29'dur. Kadın hekim sayısının ağırlıkta olması uzmanlık eğitimi alan kadın asistan nüfusunun fazla olmasına bağlanmıştır. Çalışmamızın büyük çoğunluğunu genç hekimler oluşturmaktadır, %80,2'si 30 yaş ve altındadır.

Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin asistanlıktaki çalışma süreleri 1 ile 50 ay arasında değişmekte olup ortanca değer 15 (ortalama $17,14 \pm 12,01$) iken, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin asistanlık süreleri 2 ile 69 ay arasında değişmekte olup ortanca değer 20 (ortalama $32,19 \pm 23,28$) ay bulunmuştur. Hekimlerin görev tanımları ile uzmanlık öğrencisi olarak geçirdikleri süreler karşılaştırıldığında sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin asistanlıkta geçirdikleri süreler anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu durum eğitim sürelerinin farklı olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Hekimlerimizin demans eğitim durumlarını sorguladığımızda %68'i sadece mezuniyet öncesi, %26,2'si hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitim aldıklarını belirtmiş, %5,8'lik kısım ise sadece mezuniyet sonrası eğitim aldığını söylemiştir. Tıp fakültesi eğitim müfredatı düşünüldüğünde mezuniyet öncesi eğitim almamalarının pek olası olmadığı düşünülmüştür (68). Bu katılımcıların aldıkları eğitimi unutmuş olabilecekleri veya eğitim

aldıkları dönemde tıp fakültelerinde demans eğitiminin verilmiyor olabileceği tahmin edilmiştir. Demans eğitiminin verilmiyor olması pek olası olmamakla birlikte bu durum bize bilgilerin tazelenmesi açısından mezuniyet sonrası eğitimin ve özellikle aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatının önemini göstermektedir.

Katılımcıların %32'si ailesinde demans hastası bulunduğunu veya daha önceden olduğunu belirtmiştir. Bu kişilerin demans ön tanısı ve tanı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüvenleri ile demansın tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerinin diğer katılımcılara göre anlamlı olarak daha olumlu olduğu görülmüş olmakla beraber ADKS puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ailesinde demans hastası bulunan hekimlerin ADKS puanlarının doğru orantılı olarak daha yüksek olmasını beklemiş olmamıza rağmen sonuçlar beklendiği gibi yüksek çıkmamıştır. Bu da bize hekimlerin demans ön tanısı ve tanı sonrası bakım becerilerine ilişkin özgüven eksiklerinin olabileceğini düşündürmüştür.

Hekimlerimizin birinci basamak tecrübelerini sordüğümüzda büyük çoğunluğunun (%79,1) ASM tecrübesi olmadığı görülmüştür. Daha önce ASM tecrübesi bulunan hekimlere (n=36) kendi pratiklerinde psikometrik testleri ne için kullandıkları sorulduğunda yarısından fazlası akli meleke raporu vermek için kullandığını, hekimlerin sadece %11'i tarama amaçlı olarak kullandığını belirtmiş, %5,5'i ise demans takibinde kullandığını belirtmiştir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin demans bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup yeterli psikometrik özelliklere sahip güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılan Alzheimer Hastalığı bilgi ölçeği (ADKS) kullanılmıştır (66). Alzheimer Hastalığı bilgi ölçeği ile değerlendirilen aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ADKS puanı 13 ile 29 arasında dağılım göstermekte olup genel ortalama puanı 30 üzerinden 21.81 (± 2.95), doğru cevap verenlerin oranı %73 olarak bulunmuştur. Bu da bize genel olarak orta düzeyde demans bilgisine sahip olduklarını göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2023 yılında ülkemizin 65 yaş üstü yaşlı nüfus oranının %10'un üzerine çıkacağı düşünüldüğünde, 3000 nüfuslu bir aile hekiminin kendisine kayıtlı 65 yaş üstü nüfus ortalama 300 olacaktır (3). Bu açıdan bakıldığında yaşlı nüfus ile temas halinde bulunan aile hekimlerinin demans bilgi ve farkındalık düzeyinin çok iyi olması gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan kadın ve erkek katılımcıların ortalama puanları benzerdir. Eğitim aldıkları kurumlar ve görev tanımlarına göre ortalama puanlarına bakıldığında onların da benzer olduğu görülmüştür. Ailesinde demans hastası olanların ortalama puanları olmayanlara göre biraz daha yüksek olmakla beraber anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hekimlerimizin en iyi puana sahip olduğu alan demansın değerdendirilmesi ve teğhisi (%98,5) iken demansın risk faktörleri (%58,2) en düşük puana sahip alan olmuştur. Bununla birlikte demans bakımı (%67,1) ile demans tedavi ve yönetimi (%67,7) alanlarının da yeterli olduğu söylenemez. Katılımcıların %89,5'i "Zihinsel egzersizin bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanmasını önleyebileceği bilimsel olarak kanıtlanmıştır." şeklinde yanlış olan bir ifadeye katılmıştır. Bu, hekimlerimizin demans hastalığının risk faktörlerini tanımada daha fazla bilgi sahibi olmaları gerektiğinin kanıtıdır.

Carpenter ve ark. tarafından 2009 yılında hazırlanan orijinal çalışmada ADKS farklı gruplara uygulanmıştır. Uygulanan gruplardan demans uzmanlarının ADKS puan ortalamaları 27,40 bulunurken, lisans öğrencilerinin puan ortalamaları 20,19 bulunmuş, demans hasta bakıcılarının ise 22,70 olarak bulunmuştur (69). Orijinal çalışma ile karşılaştırıldığında aile hekimliğı uzmanlık öğrencilerinin ADKS puanları demans uzmanları kadar iyi olmasa da en azından lisans öğrencileri ve demans bakıcılarından daha iyi olması beklenmekle beraber sonuçların benzer çıktığı görölmüştür.

Nordhus ve ark.'nın 2011 yılında Norveçli klinik psikologlar ile yaptığı bir çalışmada psikologların ADKS puan ortalaması 24,01 bulunmuş, bizim çalışmamıza göre sonuçlarının daha iyi olduğu görölmüştür (70). Bununla birlikte Wang ve ark.'nın 2020 yılında Pekin'de pratisyen hekimler ile yaptığı bir çalışmada ADKS puan ortalaması 21,41 bulunmuş ve bizim çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (6).

Alacreu ve ark.'larının 2019 yılında İspanya'da serbest eczacılar ve pratisyen hekimler ile yaptığı çalışmada pratisyen hekimlerin ADKS puan ortalaması 24,4, serbest eczacıların ADKS puan ortalaması 22,95 olduğu bulunmuştur (71). Bizim sonuçlarımızla karşılaştırdığımızda pratisyen hekimlerin daha yüksek puanlara sahip olduğu görölmüş, serbest eczacıların sonuçları bizim sonuçlarımızla benzer olsa da onların da daha iyi olduğu söylenebilir.

Aile hekimliğı asistanlarının bilişsel bozuklukların değerdendirilmesine ilişkin çıkan sonuçları, Amerikan aile hekimlerinin %93'ünün, demans şüphesi olan veya bunama teğhisi konmuş hastaların değerdendirilmesi ve rutin bakımıyla oldukça ilgili olduğuna ilişkin yayınlanan raporu ile uyuşmamaktadır (72). Sonuçlarımıza göre, hekimlerimizin yarısına yakını (%41,2) bilişsel işlevleri değerdendirmek amacıyla bir test kullanmadığını belirtmiş. Nedeni sorulduğunda ise %35,3'ünün testin uzmanlar tarafından yapılması gerektiğini düşündükleri görölmüş, %27,5'i testleri kullanmak için yeterli zamanlarının olmadığını belirtmiştir. Bu

sonuçlar bize hekimlerimizin kendilerini yetkin görmediğini düşündürmüş, yetersiz zaman ve bilgi eksikliğinin önemli engeller olduğunu göstermiştir.

Heim ve ark.'larının 2019'da Macar pratisyen hekimler ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %47,7'sinin bilişsel bozukluk şüphesi olsa bile herhangi bir test kullanmadıklarını bildirmiştir. Pratisyen hekimlerin %50'si ana neden olarak zaman eksikliğini ve %14,4'  herhangi bir test yöntemi hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiştir (73). Macar pratisyenlerin çoğunluğu ana neden olarak zaman eksikliğini gösterirken bizim sonuçlarımızda asıl neden olarak testin uzmanlar tarafından yapılması gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca zaman eksikliğinin bizim hekimlerimiz için de sorun olduğu g r lm ştir. Zaman eksikliği ile ilgili sonuçlar diğer ülkelerde yapılan önceki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (7,74).

Öte yandan, çalışmamızdaki hekimlerin %23,5'inin "Bilişsel işlevleri test etmek için bir testin mevcut olduğunun farkında değilim" maddesini seçmiş olması bilişsel değerlendirme araçları konusundaki bilgi eksikliğinden kaynaklandığını göstermektedir. Bu bulgu, diğer ülkelerde elde edilen bazı sonuçlarla uyumludur (75–77).

Çalışmamızda bilişsel işlevleri değerlendirmek için hekimler en çok zaman yer oryantasyonunu değerlendirdiğini ve MMSE testini kullandığını belirtirken, Macar pratisyen hekimler en çok saat çizim testi ile MMSE testini kullandıklarını söylemiştir (73).

Araştırmaya katılan hekimlerin demans  n teşhis becerilerine ilişkin düşünceleri beşli likert  leği ile değerlendirilmiş, özgüvenlerinin eksik ve bu konu ile ilgili becerilerinde kararsız kaldıkları g r lm ştir. Hekimlerin  n teşhis becerilerine ilişkin 8 maddenin ortalaması 3,21 ($\pm$ 0,75) ıkmıştır. ADKS alanları içinde %91,5 ile en yüksek doğru cevaba sahip soruların olduğu demansın değerlendirilmesi ve teşhisi alanı olmasına rağmen hekimlerimizin bu konuda kendilerine güvenmedikleri ve kararsız kaldıkları g r lm ştir.

Katılımcılarımızın yarısından fazlasının bilişsel bozukluk semptomlarını tanıyabilme ve hastaları demans olasılığına karşı değerlendirme konusunda kendilerine güvenmesine rağmen demans tanısı koyma konusunda yaklaşık yarısına yakını kararsız kalmıştır. Bu durum bize aslında hekimlerimizin demansın öneminin farkında olduğunu, bilişsel sorunlarla ilgili tetikte olduklarını ama demans tanısı koymada bilgi ve güven eksikliklerinin olabileceğini düşündürmektedir (74). Ayrıca hekimlerimizin %83,7'sinin şüpheli demans olgularında bir uzmana sevk etme konusunda hemfikir olmaları güven eksiklikleri ile ilgili olarak bizi desteklemektedir. Bu bulgular Bernstein ve ark.'larının 2019 yılında ABD'de yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (78). Sonuçlarımıza göre hekimlerimizin %23,5'i tarama

testlerinden haberdar olmadığını söylemiş, katılımcılarımızın üçte ikisi sadece MMSE ve saat çizim testini kullanma konusunda kendilerine güvendiklerini belirtmişlerdir. Diğer testlerle ilgili kararsız kalmışlar, özellikle davranışsal ve psikotik semptomların değerlendirildiği nöropsikiyatrik envanter anketi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ortaya çıkmıştır. Bu da bize güven eksikliklerinin sebeplerinden birinin tarama araçları hakkında bilgi eksikliği olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız Wang ve ark.'larının sonuçlarıyla örtüşmektedir (6).

Hekimlerimizin demans tanısı sonrası bakım becerilerine de güvenmedikleri bu konuda da kararsız kaldıkları görülmüştür. Hekimlerin, beşli likert ölçeği ile değerlendirilen, demans tanısı sonrası bakım becerilerine ilişkin düşüncelerinin sorgulandığı 7 maddenin ortalaması 3,13 ($\pm 0,71$) çıkmıştır. ADKS içinde değerlendirilen bakım bilgisi ile orantılı bir sonuç elde edilmiştir. Hekimlerimizin yarısından fazlası (%58,1) “İnsanlar bir kez Alzheimer hastası olduklarında, artık kendi bakımları hakkında bilinçli kararlar veremezler” şeklindeki yanlış olan bir ifadeye katılmıştır. Bu da bize, Wang ve ark.'larının Çin’de yaptıkları çalışmada ulaştıkları sonuçlara benzer şekilde hekimlerimizin, demanslı kişilerin bağımsızlıklarını sürdürmelerini sağlamak için bakım verme konusunda daha fazla bilgi sahibi olmaları gerektiğini göstermektedir (6).

Hekimlerimiz tanısı konmuş hastaların farmakolojik tedavilerinin yönetimi konusunda ve hastaların davranışsal sorunlarının yönetiminde kararsız kalmışlardır. Aynı şekilde bakım verenlerin eğitimi ve desteklenmesi konusunda da kendilerine güvenmemekle birlikte bu konuyla ilgili daha olumlu düşündükleri görülmüştür. Bu güven eksikliğinin giderilmesine disiplinler arası iletişimin artırılması katkı sağlayabilir. Hastaların tedaviye uyumu ve bu sürecin daha kaliteli yönetimi için demansla ilgilenen uzmanlık alanları ile aile hekimliğinin iletişiminin sürekli olması gerekmektedir.

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşüncelerinin beşli likert ölçeği ile değerlendirildiği 5 önermenin ortalaması 3,82 ($\pm 0,68$) bulunmuştur. Hekimlerimizin orta demans bilgi düzeylerine rağmen, demans tanı ve tedavisinde birinci basamağın rolüne ilişkin düşünceleri olumlu ve birinci basamağın önemi konusunda hemfikir oldukları görülmüştür. Bulgularımız daha önce yapılan bazı çalışmaların sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir (4,79,80). Hekimlerimiz “Aile hekimlerinin demansın/Alzheimer Hastalığının erken tanısında ve yönetiminde önemli katkıları bulunur.” önermesinde hemfikirdir ve “Aile hekimlerinin demans/Alzheimer hastalarının bakımında çok

sınırlı bir rolü vardır.” önermesini reddetmektedir. Buna rağmen hekimlerimizin %75,6’sı “Demans/Alzheimer Hastalığı en iyi şekilde uzman birimler (nöroloji, geriatri, psikiyatri) tarafından teşhis edilir.” düşüncesini savunmaktadırlar. Bunun nedenleri, bilgi ve güven eksikliği olabileceği gibi yeterli zamanlarının olmaması ve tanı için uygun tıbbi kaynaklara ulaşımının uzmanlar kadar kolay olmaması da olabilir.

Dünya genelinde yapılan birçok araştırmada, daha kaliteli demans bakımı elde etmek için eğitimin önemi vurgulanmış, birinci basamak hekimleri için düzenli, geniş kapsamlı ve özel eğitim programlarına ihtiyaç olduğu sonucu çıkarılmıştır (7,77). Hekimlerin bilişsel semptomları değerlendirebilmek için gerekli bilgi, beceri, güvene ve yeterli zamana sahip olmaları, aynı zamanda gerekli tıbbi kaynaklara ulaşımının kolay olması gerekmektedir (81). Harmand ve ark.’larının 2018’de yaptığı Recaredem çalışmasına göre, daha yüksek güvene sahip hekimlerin, demansı yönetmek için belirli eylemleri gerçekleştirmeye daha hazırlıklı olduğu görülmüştür (82). Birçok çalışma, hekimlere verilen eğitim ve destek sonrası, rapor edilen demans vakalarının oranlarını iyileştirdiği ve demans yönetimine daha iyi katılım sağladığı için birinci basamak hekimleri için eğitim programlarının önemini doğrulamaktadır (83,84).

Bu çalışma, geleceğin aile hekimliği uzmanlarının demans bilgisini değerlendirmiş, demansla ilgili farkındalıklarına ve demans tanı, tedavi, yönetimiyle ilgili düşüncelerine dair önemli notlar ortaya çıkarmıştır. Bu bulgular hekimlerimizin demans bilgilerinin yeteri kadar iyi olmadığını ortaya çıkarmakla beraber demansın öneminin farkında olduklarını ve bu konuda kendilerini geliştirmeye hevesli olduklarını göstermiştir. Hekimlerimiz, birinci basamakta demansın öneminin farkındalar ancak demans teşhisini kendileri koyma ve birinci basamakta demanslı hastalarla iletişim kurma, onları yönetme, bakıcılarına rehberlik sağlama konusunda eşit derecede kararsızlardı veya bu konuda rahat değillerdi. Bu nedenle demans eğitimi ve öğretimi, demans bakımı için birinci basamak hekimlerin donatılmasında kritik bir adım olmalıdır. Böylece demanslı hastaları yönetmede hekimlerin bilgi, güven ve rahatlıklarını artırmaya daha fazla yardımcı olabilir.

Çalışmamızda bazı sınırlamalar mevcuttur. Öncelikle popülasyonumuzun temsiliyet oranı yeteri kadar olsa da çalışmamız sadece Ankara ili ile sınırlıdır. Ülkemizin diğer bölgelerindeki farklı çalışma ortamları ve farklı hasta-hekim popülasyonu göz önüne alındığında bulgularımızı genellemek gerçekleri yansıtmayabilir. Bu konuda daha doğru sonuçlar için ülke genelinde daha kapsamlı ve daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır. Anketimizin

bir kısmı, demanslı hastalara yönelik uygulama kalıpları ve beceriler üzerine bir öz değerlendirmeyi de kapsamakta ve bu da başka bir önemli sınırlamayı karşıımıza çıkarmaktadır: Sonuçların, kendi kendine algılanan güvenin gerçek etkinliği yansıtıp yansıtmadığını bilemeyecek olmamız. Örneğin, katılımcılar, bir uygulamayı hiçbir zaman pratiklerinde uygulamamalarına rağmen o alana güven duyduklarını gösterebilirler veya yeteneklerine aşırı güvenirlirler ancak uygulamada çok etkisiz kalabilirler.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara ilinde görev yapan Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve yönetimini değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmamızda toplam 172 uzmanlık öğrencisine ulaşıldı. Hekimlerimizin demans bilgilerinin orta düzey olduğu ve demans tanı, tedavi ve yönetimi konularında kendilerine güvenmedikleri ve kararsız kaldıkları ortaya çıktı. Bununla birlikte demansın öneminin farkında ve bu konuda kendilerini geliştirmek için hevesli oldukları görüldü. Bu nedenle, ayrıntılı demans tanı, tedavi ve yönetimi el kitabına, yeterli demans eğitimi veya sürekli mesleki gelişim programlarına ve bunları uygulamaya geçirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca hekimler, demansı değerlendirme açısından zaman sıkıntısı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu konuyla ilgili olarak çalışma vakitleri içinde yapılacak bazı değişiklikler ile belirlenecek belli günlerde hastaların demans açısından değerlendirilmesini sağlayacak bazı düzenlenmeler yapılabilir.

Çalışmamız Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine odaklanmış olsa da, bildiğimiz kadarıyla ulusal olarak aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin veya sahada görev yapan aile hekimliği uzmanlarının demans bilgi, farkındalık ve yönetimlerini değerlendiren hiçbir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, burada açıklanan sorunların ulusal olarak görülüp görülmediğini değerlendirmek için daha kapsamlı ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Literatüre katkı sağlayacağını düşündüğümüz bu çalışmamızın, konunun önceliklendirilmesi için bir başlangıç görevi göreceğine inanıyoruz.

9. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Dementia. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [Erişim Tarihi: 09.01.2021]
2. Alzheimer Europe. Dementia in Europe Yearbook. Estimating the prevalence of dementia in Europe. 2019;108.
3. Türkiye Alzheimer Derneği. Türkiye’de 600.000 aile Alzheimer hastalığı ile mücadele ediyor. Erişim adresi: <https://www.alzheimerdernegi.org.tr/2020/08/29/turkiyede-600-000-aile-alzheimer-hastaligi-ile-mucadele-ediyor/> [Erişim Tarihi: 08.01.2021]
4. Giezendanner S, Monsch AU, Kressig RW, Mueller Y, Streit S, Essig S, et al. General practitioners’ attitudes towards early diagnosis of dementia: A cross-sectional survey. BMC Family Practice. 2019;20:65.
5. Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Eichler T, Michalowsky B, Dreier-Wolfgramm A, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(10):996-1004.
6. Wang M, Xu X, Huang Y, Shao S, Chen X, Li J, et al. Knowledge, attitudes and skills of dementia care in general practice: A cross-sectional study in primary health settings in Beijing, China. BMC Family Practice. 2020;21:89.
7. Koch T, Iliffe S. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: A systematic review. BMC Family Practice. 2010;11(1):52.
8. De Vugt ME, Verhey FRJ. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. Progress in Neurobiology. 2013;110:54–62.
9. TÜİK Kurumsal. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslılar-2020-37227> [Erişim Tarihi: 06.05.2021]
10. Özmete E. Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması. TC Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Ankara. 2016.
11. Ageing and health. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Erişim Tarihi: 06.05.2021]
12. Kritsilis M, V Rizou S, Koutsoudaki PN, Evangelou K, Gorgoulis VG, Papadopoulos D. Ageing, Cellular Senescence and Neurodegenerative Disease. International Journal of

Molecular Sciences. 2018;19(10):2937.

13. Michel J-P, Leonardi M, Martin M, Prina M. WHO's report for the decade of healthy ageing 2021–30 sets the stage for globally comparable data on healthy ageing. *The Lancet Healthy Longevity*. 2021;2(3):121-122.
14. Alzheimer's & Dementia. Mild Cognitive Impairment (MCI) | Symptoms & Treatments Erişim adresi: https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment [Erişim Tarihi: 10.01.2021]
15. Apostolo J, Holland C, O'Connell MDL, Feeney J, Tabares-Seisdedos R, Tadros G, et al. Mild cognitive decline. A position statement of the Cognitive Decline Group of the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing (EIPAH). *Maturitas*. 2016;83:83-93.
16. Eshkoo SA, Hamid TA, Mun CY, Ng CK. Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clinical Interventions in Aging*. 2015;10:687-693.
17. Sanford AM. Mild Cognitive Impairment. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2017;33:325-337.
18. Petersen RC, Morris JC. Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Archives of Neurology*. American Medical Association. 2005;62(7):1160-1163.
19. Portet F, Ousset PJ, Visser PJ, Frisoni GB, Nobili F, Scheltens P, et al. Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: A critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2006;77(6):714-718.
20. Gürvit İH. Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. Erişim adresi: <http://www.itfnoroloji.org/demans/demans.htm> [Erişim Tarihi: 25.01.2021]
21. National Institute for Health and Care Excellence (UK). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2018.
22. Emmady PD, Tadi P. Dementia. StatPearls. StatPearls Publishing, 2021.
23. Dementia facts & figures | Alzheimer's Disease International (ADI). Erişim adresi: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/> [Erişim Tarihi: 11.04.2021]
24. Dementia statistics | Alzheimer's Disease International (ADI). Erişim adresi: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/> [Erişim Tarihi: 11.04.2021]

25. TC Sağlık Bakanlığı, Araştırma G ve STDDB. Alzheimer ve Diğer Demans Hastalıkları Klinik Protokolü. Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı; 2020.
26. Geldmacher DS, Whitehouse PJ. Evaluation of Dementia. *New England Journal of Medicine*. 1996;335(5):330-336.
27. Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *American Journal of Medicine*. 2018;131(10):1161-1169.
28. Paulson HL, Igo I. Genetics of dementia. *Seminars in Neurology*. 2011;31(5):449-460.
29. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*. 2011;7(3):263-269.
30. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste D V., Paulsen JS, et al. Classifying neurocognitive disorders: The DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology*. 2014;10(11):634-642.
31. Erguvan U, Özel-Kizil T, Turan E. DELİRYUM ve DEMANS. Erişim adresi: https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/41582/DELIRYUM_ve_DEMANS%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Erişim Tarihi: 06.05.2021]
32. Kumar A, Tsao JW. Alzheimer Disease: REVUE. StatPearls. StatPearls Publishing, 2018.
33. Soria Lopez JA, González HM, Léger GC. Alzheimer's disease. *Handbook of Clinical Neurology*. 2019;167:231-255.
34. Masters CL, Bateman R, Blennow K, Rowe CC, Sperling RA, Cummings JL. Alzheimer's disease. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015;1(1):1-18.
35. Finckh U, Kuschel C, Anagnostouli M, Patsouris E, Pantos G V., Gatzonis S, et al. Novel mutations and repeated findings of mutations in familial Alzheimer disease. *Neurogenetics*. 2005;6(2):85-89.
36. Polis B, Samson AO. A New Perspective on Alzheimer's Disease as a Brain Expression of a Complex Metabolic Disorder. In: *Alzheimer's Disease*. Codon Publications, 2019:1-22.
37. Nicolas G, Acuña-Hidalgo R, Keogh MJ, Quenez O, Stehouwer M, Lelieveld S, et al. Somatic variants in autosomal dominant genes are a rare cause of sporadic Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*. 2018;14(12):1632-1639.

38. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2010;304(16):1787-1794.
39. Sheppard O, Coleman M. Alzheimer's Disease: Etiology, Neuropathology and Pathogenesis. In: *Alzheimer's Disease: Drug Discovery*. Exon Publications; 2020:1-22.
40. Stampfer MJ. Cardiovascular disease and Alzheimer's disease: common links. *Journal of Internal Medicine*. 2006;260(3):211-223.
41. Öztürk GB, Karan MA. Alzheimer Hastalığının Fiziopatolojisi. *Klinik Gelişim*. 2009;22(3):36-45.
42. Braak H, Braak E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathologica*. 1991;82(4):239-259.
43. Norberg A. Sense of Self among Persons with Advanced Dementia. In: *Alzheimer's Disease*. Codon Publications; 2019:205-221.
44. Thies W, Bleiler L. 2012 Alzheimer's disease facts and figures Alzheimer's Association. *Alzheimer's and Dementia*. 2012;8(2):131-168.
45. Venkat P, Chopp M, Chen J. Models and mechanisms of vascular dementia. *Experimental Neurology*. 2015;272:97-108.
46. Van Der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. *Neurology in Practice*. 2005;76:2-7.
47. Uwagbai O, Kalish VB. Vascular Dementia. *StatPearls*. StatPearls Publishing, 2021.
48. McVeigh C, Passmore P. Vascular dementia: prevention and treatment. *Clinical interventions in aging*. 2006;1(3):229-235.
49. Sanford AM. Lewy Body Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2018;34(4):603-615.
50. Walker Z, Possin KL, Boeve BF, Aarsland D. Lewy body dementias. *The Lancet*. 2015;386(10004):1683-1697.
51. Haider A, Sánchez-Manso JC. Lewy Body Dementia. *StatPearls*. StatPearls Publishing, 2018.
52. Chin KS, Teodorczuk A, Watson R. Dementia with Lewy bodies: Challenges in the diagnosis and management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2019;53(4):291-303.
53. Hofmann W, Wille E, Kaminsky S. Guideline-conform exact diagnosis and coding of dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2019;52(2):179-194.

54. McKeith I, Mintzer J, Aarsland D, Burn D, Chiu H, Cohen-Mansfield J, et al. Dementia with Lewy bodies. *Lancet Neurology*. 2004;3(1):19-28.
55. Bang J, Spina S, Miller BL. Frontotemporal dementia. *The Lancet*. 2015;386(10004):1672-1682.
56. Devenney EM, Ahmed RM, Hodges JR. Frontotemporal dementia. *Handbook of Clinical Neurology*. 2019;167:279-299.
57. Deleon J, Miller BL. Frontotemporal dementia. *Handbook of Clinical Neurology*. 2018;148:409-430.
58. Rabinovici GD, Miller BL. Frontotemporal lobar degeneration: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*. 2010;24(5):375-398.
59. Bott NT, Radke A, Stephens ML, Kramer JH. Frontotemporal dementia: diagnosis, deficits and management. *Neurodegenerative disease management*. 2014;4(6):439-454.
60. Perry RJ, Graham A, Williams G, Rosen H, Erzinçlioglu S, Weiner M, et al. Patterns of Frontal Lobe Atrophy in Frontotemporal Dementia: A Volumetric MRI Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2006;22(4):278-287.
61. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. 1998;51(6):1546-1554.
62. Manoochchri M, Huey ED. Diagnosis and management of behavioral issues in frontotemporal dementia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2012;12(5):528-536.
63. Gorno-Tempini ML, Dronkers NF, Rankin KP, Ogar JM, Phengrasamy L, Rosen HJ, et al. Cognition and Anatomy in Three Variants of Primary Progressive Aphasia. *Annals of Neurology*. 2004;55(3):335-346.
64. Josephs KA, Duffy JR, Strand EA, Whitwell JL, Layton KF, Parisi JE, et al. Clinicopathological and imaging correlates of progressive aphasia and apraxia of speech. *Brain*. 2006;129(6):1385-1398.
65. Henry ML, Wilson SM, Ogar JM, Sidhu MS, Rankin KP, Cattaruzza T, et al. Neuropsychological, behavioral, and anatomical evolution in right temporal variant frontotemporal dementia: A longitudinal and post-mortem single case analysis. *Neurocase*. 2014;20(1):100-109.

66. Yılmaz F, Yavuz Çolak M. The Validity and Reliability of a Turkish Version of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS). *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 2020;5(3):594-602.
67. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, ve Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, 2010.
68. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020.
69. Carpenter BD, Balsis S, Otilingam PG, Hanson PK, Gatz M. The Alzheimer's disease knowledge scale: Development and psychometric properties. *Gerontologist*. 2009;49(2):236-247.
70. Nordhus IH, Sivertsen B, Pallesen S. Knowledge about Alzheimer's disease among Norwegian psychologists: The Alzheimer's disease knowledge scale. *Aging Mental Health*. 2012;16(4):521-528.
71. Alacreu M, Pardo J, Azorín M, Climent MT, Gasull V, Moreno L. Importance of increasing modifiable risk factors knowledge on Alzheimer's disease among community pharmacists and general practitioners in Spain. *Frontiers in Pharmacology*. 2019;10:860.
72. Stewart T V, Loskutova N, Galliher JM, Warshaw GA, Coombs LJ, Staton EW, et al. Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: A report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) National Research Network. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2014;27(2):275-283.
73. Heim S, Busa C, Pozsgai É, Csikós Á, Papp E, Pákási M, et al. Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Primary health care research & development*. 2019;20:e92.
74. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *British Geriatrics Society*. 2004;33(5):461-467.
75. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: The first survey of Irish general practitioners. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;21(4):319-324.
76. Pathak KP, Montgomery A. General practitioners knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging Mental Health*. 2015;19(10):912-920.

77. Veneziani F, Panza F, Solfrizzi V, Capozzo R, Barulli MR, Leo A, et al. Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: Pass or fail? *International Psychogeriatrics*. 2016;28(7):1111-1124.
78. Bernstein A, Rogers KM, Possin KL, Steele NZR, Ritchie CS, Kramer JH, et al. Dementia assessment and management in primary care settings: A survey of current provider practices in the United States. *BMC Health Services Research*. 2019;19:919.
79. Subramaniam M, Ong HL, Abdin E, Chua BY, Shafie S, Siva Kumar FD, et al. General Practitioner's Attitudes and Confidence in Managing Patients with Dementia in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2018;47(3):108-118.
80. Tang EYH, Birdi R, Robinson L. Attitudes to diagnosis and management in dementia care: views of future general practitioners. *International Psychogeriatrics*. 2018;30(3):425-430.
81. Murphy K, O'Connor DA, Browning CJ, French SD, Michie S, Francis JJ, et al. Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implementation science*. 2014;9:31.
82. Harmand MGC, Meillon C, Rullier L, Taddé OB, Pimouguet C, Dartigues JF, et al. Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study. *Aging Mental Health*. 2018;22(8):1040-1049.
83. Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, et al. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332(7543):692-695.
84. Caruana-Pulpan O, Scerri C. Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners--a national survey. *Aging Mental Health*. 2014;18(2):179-186.

10. EKLER

EK 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu

ANKARA İLİNDE EĞİTİM ARAŞTIRMA VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN
AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DEMANS/ALZHEİMER HASTALIĞI İLE İLGİLİ
BİLGİ, FARKINDALIK VE YÖNETİMİ

1. Yaşınız _____
2. Cinsiyet ☐ K ☐ E
3. Meslekteki kaçınıcı yılınız _____
4. Uzmanlık öğrencisi olarak kaçınıcı ayınız _____
5. Eğitim aldığınız kurum ☐ Eğitim Araştırma Hastanesi (Şehir Hastanesi dahil)
 ☐ Üniversite Hastanesi
6. Görev tanımınız ☐ Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi
 ☐ Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi
7. Daha önce demans/Alzheimer Hastalığı ile ilgili eğitim aldınız mı? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
☐ Mezuniyet öncesi
☐ Mezuniyet sonrası
8. Ailenizde demans / Alzheimer hastalığı olan var mı?
☐ Evet
☐ Hayır
9. Daha önce Aile Sağlığı Merkezinde(ASM) çalıştınız mı?
☐ Evet
☐Hayır (Lütfen 10. ve 11. Soruyu atlayınız)
10. ASM`de demans/Alzheimer hastası izlemi yaptınız mı?
☐Evet
☐Hayır

11. ASM`de Mini Mental Durum Muayenesi veya diğer piskometrik testleri hangi durumlarda kullandınız? _____

A. ADKS: Alzheimer Hastalığı Bilgi Ölçeği

	DOĞRU	YANLIŞ
12. Alzheimer hastalığı olan kişiler özellikle depresyona yatkındır.		
13. Zihinsel egzersizin bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanmasını önleyebileceği bilimsel olarak kanıtlanmıştır.		
14. Alzheimer hastalığının semptomları ortaya çıktıktan sonra, ortalama yaşam beklentisi 6-12 yıldır.		
15. Alzheimer hastalığı olan bir kişi tedirgin olduğunda, tıbbi muayene, ajitasyona neden olan diğer sağlık sorunlarını ortaya çıkarabilir.		
16. Alzheimer hastalığı olan kişiler adım adım verilen basit talimatları daha iyi şekilde yerine getirirler		
17. Alzheimer hastalığı olan kişiler kendilerine bakmakta güçlük çekmeye başladığında, bakıcılar hemen görevi devralmalıdır.		
18. Alzheimer hastalığı olan bir kişi geceleri uyanık ve tedirgin olursa, kişinin gün boyunca bol miktarda fiziksel aktivite yapmasını sağlamaya çalışmak iyi bir strateji olabilir.		
19. Nadir durumlarda, insanlar Alzheimer hastalığından kurtulmuşlardır.		
20. Alzheimer hastalığı henüz şiddetli olmayan kişiler, depresyon ve anksiyete için psikoterapiden yararlanabilir.		
21. Hafıza ve kafa karışıklığı ile ilgili sorunlar aniden ortaya çıkarsa, bu muhtemelen Alzheimer hastalığından kaynaklanmaktadır.		
22. Alzheimer hastalığı olan çoğu insan huzurevlerinde yaşıyor.		
23. Yetersiz beslenme, Alzheimer hastalığının semptomlarını daha da kötüleştirebilir.		
24. 30'lu yaşlarındaki insanlar Alzheimer hastalığına sahip olabilir.		

25. Alzheimer hastalığı olan bir kişinin, hastalık kötüleştikçe düşme olasılığı giderek artar.		
26. Alzheimer hastalığı olan kişiler aynı soruyu veya hikâyeyi birkaç kez tekrarladıklarında, onlara kendilerini tekrarladıklarını hatırlatmak yardımcı olur.		
27. İnsanlar Alzheimer hastalığına yakalandıktan sonra, artık kendi bakımları hakkında bilinçli kararlar veremezler.		
28. Son dönem Alzheimer hastalığı olan bir kişinin 24 saat denetime ihtiyacı olacaktır.		
29. Yüksek kolesterole sahip olmak, bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanma riskini artırabilir.		
30. Ellerin veya kolların titremesi veya titremesi, Alzheimer hastalığı olan kişilerde yaygın bir semptomdur.		
31. Şiddetli depresyon semptomları, Alzheimer hastalığının semptomları ile karıştırılabilir.		
32. Alzheimer hastalığı bir tür demanstır.		
33. Parayı idare etmekte zorlanmak veya faturaları ödemek, Alzheimer hastalığının yaygın bir erken belirtisidir.		
34. Alzheimer hastalığında ortaya çıkabilecek bir semptom, başkalarının eşyalarını çaldığına inanmaktır.		
35. Bir kişi Alzheimer hastası olduğunda, hatırlatma notlarını kullanmak, düşüşe katkıda bulunabilecek bir koltuk değneği olabilir.		
36. Alzheimer hastalığını önleyen reçeteli ilaçlar mevcuttur.		
37. Yüksek tansiyona sahip olmak, bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanma riskini artırabilir.		
38. Genler, Alzheimer hastalığının gelişimini ancak kısmen açıklayabilir.		
39. Alzheimer hastalığı olan kişilerin, arabada her zaman bir refakatçileri olduğu sürece araç kullanmaları güvenlidir.		
40. Alzheimer hastalığı tedavi edilemez.		
41. Alzheimer hastalığı olan çoğu insan, son olayları geçmişte olanlardan daha iyi hatırlar.		

B. FARKINDALIK

42. Hastanızda bilişsel bozukluktan şüpheleniyorsanız bilişsel işlevleri test etmek için özel bir test kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet (Lütfen 44. Soruyu atlayınız)
- ☐ Hayır (Lütfen 43. Soruyu atlayınız)

43. Bilişsel fonksiyonları değerlendirmek için kendi pratiğinizde hangi aracı kullanıyorsunuz? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- ☐ Mini-Mental Durum Muayenesi (MMSE)
- ☐ Saat Çizimi Testi
- ☐ Yazma sınavı
- ☐ Zaman / yer oryantasyonu ile ilgili sorular
- ☐ Başka bir özel tarama aracı (belirtiniz) _____

44. Bilişsel bozukluğu değerlendirmek için özel bir test kullanmıyorsanız, bunu yapmama nedeniniz nedir? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- ☐ Böyle bir testin mevcut olduğunun farkında değilim
- ☐ Yeterli zamanım yok
- ☐ Test etmeyi önemli bulmuyorum
- ☐ Hafıza kaybı yaşla ilgili doğal bir süreçtir
- ☐ Hastayı ve yakınlarını korkutmak istemiyorum
- ☐ Altı ay sonra kontrol edeceğim
- ☐ Test uzmanlar tarafından yapılmalıdır
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz) _____

45. Hangi semptomlar sizi en çok bilişsel bozukluktan şüphelendirir? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- ☐ Günlük aktivitelerini yerine getirmede zorluk
- ☐ Dil ile ilgili sorunlar

- ☐ Zamana ve yere yönelim bozukluğu
- ☐ Zayıf veya azalmış muhakeme
- ☐ Soyut düşünceyle ilgili sorunlar
- ☐ Eşyaları yanlış yerleştirme
- ☐ Ruh hali veya davranışta değişiklikler
- ☐ Kişilikteki değişiklikler
- ☐ İnisiyatif kaybı
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)_____

46. Bilişsel bozukluktan şüpheleniyorsanız, yapacağınız ilk şey ne olur? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- ☐ Anamnez/öyküyü genişletme
- ☐ Bekle ve gözlemle
- ☐ Psikometrik testler
- ☐ Akrabalar / bakıcılar ile görüşme
- ☐ Genel fizik muayene
- ☐ Biyokimyasal araştırmalar
- ☐ Bir uzmana başvuru
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)_____

47. Psikometrik testlerle ilgili fikriniz nedir (örneğin MMSE) (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- ☐ Teşhisi doğrulamak için gerekli
- ☐ Takip için gerekli
- ☐ Yeterli zaman yok
- ☐ Demans/Alzheimer Hastalığı şiddetinin değerlendirilmesine yardımcı olur
- ☐ Verimsiz ve spesifik değil
- ☐ Testler Yetersiz
- ☐ Testlerle ilgili fikrim yok
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)_____

48. Bilişsel bozukluğun teşhisi konusunda daha fazla eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Karasızım

C. YÖNETİM

	1	2	3	4	5
49. Bilişsel bozukluk semptomları olan hastaları tanıyabilirim ve demans/Alzheimer Hastalığı olasılığına karşı değerlendirebilirim.					
50. Bilişsel sorunlara tanı koymada kendimi yeterli hissedirim					
51. Bilişsel değerlendirme için MMSE'yi (Mini-mental Durum İncelemesi) kullanabilirim.					
52. Bilişsel değerlendirme için CDT'yi (Saat Çizimi Testi) kullanabilirim					
53. Günlük yaşam aktivitesi değerlendirmesi için IADL'yi (Günlük yaşamın Enstrümental Aktivitesi ölçeği) kullanabilirim.					
54. Demansın/Alzheimer Hastalığının davranışsal ve psikotik semptomları (BPSD) değerlendirmesi için NPI-Q (Nöropsikiyatrik Envanter Anketi) kullanabilirim.					
55. Depresyon/ Alzheimer Hastalığı değerlendirmesi için GDS'yi (Geriatrik Depresyon Ölçeği) kullanabilirim.					
56. Gerekirse şüpheli demans/ Alzheimer hastalarını bir uzmana (nöroloji, geriatri, psikiyatri) sevk ederim ve gerektiğinde ilgili branş uzmanlıkları (nöroloji, geriatri, psikiyatri) ile iş birliği yapabilirim.					
57. Demansı/ Alzheimer Hastalığı doğrulanmış hastalar için ilaç yönetimi yapabilirim.					

58. Demans/ Alzheimer Hastalığı davranış sorunlarını yönetebilirim.					
59. Yatağa bağımlı demans/ Alzheimer hastalarını evde sağlık hizmeti almaları için yönlendirebilirim.					
60. Aile hekimlerinin demansın/ Alzheimer Hastalığının <u>erken tanısında</u> önemli katkıları bulunur.					
61. Aile hekimlerinin demansın/ Alzheimer Hastalığının <u>yönetiminde</u> önemli katkıları bulunur					
62. Demans/ Alzheimer hastaları için bilişsel işlevi iyileştirme konusunda ilaç dışı rehberlik sağlarım (bilişsel stimülasyon terapisi vb. gibi).					
63. Son dönem demans/ Alzheimer hastalarında beslenme desteği ve komplikasyonların önlenmesi konusunda bakım verenlere rehberlik edebilirim.					
64. Bakım verenlere psikolojik rehberlik sağlayabilirim					
65. Bakım verenler için mevcut olan günlük bakım hizmetleri, demans/Alzheimer hastalarının aile üyeleri için iletişim platformu gibi sosyal destek hizmetlerinin kaynaklarını öneririm					
66. Demans/ Alzheimer Hastalığı en iyi şekilde uzman birimler (nöroloji, geriatri, psikiyatri) tarafından teşhis edilir.					
67. Aile hekimlerinin demans/ Alzheimer hastalarının bakımında çok sınırlı bir rolü vardır.					
68. Demans/ Alzheimer hastalarının bakıcılarının yaşam kalitesini arttırmada birinci basamağın rolü önemlidir.					

1-Kesinlikle katılmıyorum

2-Katılmıyorum

3-Kararsızım

4-Katılıyorum

5-Kesinlikle katılıyorum

EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu

ANKARA İLİNDE EĞİTİM ARAŞTIRMA VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DEMANS/ALZHEİMER HASTALIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ, FARKINDALIK VE YÖNETİMİ

Değerli katılımcı;

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda; "Ankara İlinde Eğitim Araştırma ve Üniversite Hastanelerinde Eğitim Gören Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Demans/Alzheimer Hastalığı ile İlgili Bilgi, Farkındalık ve Yönetimi" isimli bir bilimsel araştırma çalışması yürütülmektedir. Veri toplama formunun tamamlanması ortalama yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir.

Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen sonuçları talep etmeniz durumunda herhangi bir ücret talep etmeksizin sizlere bildireceğiz. Araştırma ile ilgili soru ve katkılarınız için Dr. Öğrt. Üyesi A. Selde Tekiner'e, Dr. Fatma Nur Pampal Durnagölü'ne ulaşabilirsiniz.

Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Dr. Fatma Nur PAMPAL DURNAGÖLÜ

Dr. Öğrt. Üyesi A. Selde TEKİNER