

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ İLİ' NDEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE
KOGNİTİF BOZUKLUK PREVELANSI**

**Hazırlayan
Ayşe ARICI GÜNEŞ**

**Danışman
Doç. Dr. Elçin BALCI**

Yüksek Lisans Tezi

**Haziran 2015
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ İLİ' NDEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE
KOGNİTİF BOZUKLUK PREVELANSI**

**Hazırlayan
Ayşe ARICI GÜNEŞ**

**Danışman
Doç. Dr. Elçin BALCI**

Yüksek Lisans Tezi

**Haziran 2015
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

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

Adı-Soyadı: Ayşe ARICI GÜNEŞ

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Kayseri İli’ ndeki 65 yaş ve Üzeri Bireylerde Kognitif Bozukluk Prevelansı” adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Ayşe ARICI GÜNEŞ

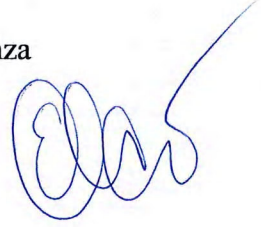
İmza



Danışman

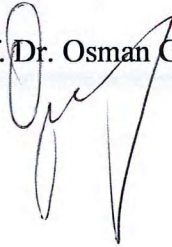
Doç. Dr. Elçin BALCI

İmza



Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Osman GÜNAY



KABUL ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Elçin BALCI danışmanlığında Ayşe ARICI GÜNEŞ tarafından hazırlanan “Kayseri İli’ ndeki 65 yaş ve Üzeri Bireylerde Kognitif Bozukluk Prevelansı” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

..... / /

JÜRİ:

Danışman : Doç. Dr. Elçin BALCI (Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye :Doç. Dr. İskender GÜN .(Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye :Yrd. Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI (Melikşah Üniv.
Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı)



.....

ONAY:

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

..... / /

.....
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Hemşirelik lisans mezunu olarak geldiğim Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda her şeyden önce Anabilim Dalı'na adaptasyonumda, çalışmalarımı yönlendirmesinde, araştırmalarımın her aşamasında bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam sayın Doç. Dr. Elçin Balcı' ya, yüksek lisans öğrenimimin ders aşamasında derslerime ve çalışmalarına devam edebilmem için gösterdiğim gayretlere sağladıkları kolaylıklar için Ortaköy Devlet Hastanesindeki mesai arkadaşlarıma, anket çalışmamda sahada yanımda olan arkadaşım Hatice Yiğen'e çalışmalarım süresince birçok fedakârlıklar gösterip beni destekleyerek her an yanımda olan eşime, yaşamımın her döneminde bana duydukları güven için aileme en derin duygularla teşekkür ederim.

AYŞE ARICI GÜNEŞ

Kayseri, Haziran 2015

KAYSERİ İLİ' NDEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE KOGNİTİF BOZUKLUK PREVELANSI

Ayşe ARICI GÜNEŞ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Haziran 2015

Danışman: Doç. Dr. Elçin BALCI

ÖZET

Bu çalışmayla Kayseri il merkezinde, Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde kognitif bozukluk prevalansının araştırılması planlanmıştır.

Araştırma Kayseri il merkezinde 2012 yılında yapıldı. Araştırmamızda Kayseri İli' n de toplam kognitif bozukluğun % 10 olduğu varsayılarak rastgele örnekleme ile 407 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya alınan dört aile hekimine kayıtlı, 65 yaş ve üzeri 407 birey ile yüz yüze görüşülmüştür. Sosyodemografik değişkenler ve kognitif bozukluk için risk faktörü olabilecek etkenlerin anket ile sorgulamalarından sonra uygulanacak Mini Mental Durum Muayenesi testi ve Alzheimer hastalığında işbirliği çalışması- günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ile kognitif bozukluk değerlendirmesi yapılmıştır. Otuz puan üzerinden yapılan MMSE değerlendirmesinde, 24 puan altı alan yaşlılar kognitif bozukluk yönünden riskli, 24 puan ve üstü alan yaşlılar ise normal olarak kabul edilmişlerdir. ADCS-ADL ölçeğinde ise her bir madde tam bağımsızdan tam bağımlıya doğru hiyerarşik olarak sıralanmış, 0-78 arasında puanlanmış ve düşük skorlar bağımlılığı göstermiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; Shapiro-Wilk testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi (Post hoc Dunn's), Sperman Korelasyon Analizi, ki kare testinin exact yöntemi ve logistic regresyon analizi kullanıldı.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin MMSE ölçeğindeki ortalaması 21.30 ± 4.30 , ADCS-ADL ölçeğindeki ortalaması ise 52.02 ± 11.21 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanlardan demans olan (24 puan altı) bireylerin %32.3' ünün cinsiyetinin erkek, %67.7' sinin ise kadın olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Araştırmaya katılan bireylerin yaş ile MMSE (-.397) ve ADCS-ADL (-.419) ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$).

Araştırma grubundaki yaşlıların ortalama MMSE puanları düşük olup, kognitif bozukluk oranı yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin yaş ile MMSE ve ADCS-ADL ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Demansif hastalıklar erken tanındığında ve tedaviye başlandığında ilerlemesi önlenebilir ve kişinin daha uzun süre bağımsız yaşaması sağlanabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, kognitif bozukluk, AH.

65 YEARS AND OLDER PERSONS OF PREVALENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN KAYSERİ

Ayşe ARICI GÜNEŞ

Erciyes University, Institute Of Health Sciences

Department Of Public Health

Master Thesis, June 2015

Supervisor: Doç. Dr. Elçin BALCI

ABSTRACT

Within the context of this research, the aim was to examine the prevalence of cognitive impairment of 65 years and older who were registered to Family Health Center in Kayseri.

Research was conducted in 2012 in the province of Kayseri center. Kayseri province has a total of cognitive impairment research by random sampling, assuming % 10 is targeted to reach 553 people. In the research, cognitive impairment evaluation was conducted with 407 individuals who are 65 years and over registered four family physicians by the help of face-to-face interview method. It was conducted for sociodemographic versions and mini-mental state examination testing and collaboration in Alzheimer's disease Working- activities of daily living which will be implemented after the request with the research of the factors that may be a risk factor. In the evaluation which was performed out of 30 points, the people having under 24 points were accepted as risky while the people having 24 points and over are accepted as normal. In the ADCS-ADL scale, each item was ranked hierarchically from full independent through full dependent, was marked between 0-78 and low marks show the dependency. In the statistical analysis of data; Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis variance analysis (Post hoc Dunn's), Sperman Korelasyon analysis, exact method of chi-square test, logistic regression analysis was applied.

The average on the scale MMS of people under the research was found out 21.30 ± 4.30 while it was 52.02 ± 11.21 on the scale ADCS-ADL. Among the people included in the research, it was detected that %32.3 of them is male while %67.7 is female and the relationship between them was found out meaningful. The relationship between age and MMSE (-.397), ADCS-ADL (-.419) scale of the people included in the research has a negative direction which is on the medium level.

Average MMSE score of the elderly is lower in the study group was assessed as a high rate of cognitive impairment. The relationship between age MMSE, ADCS-ADL scale has a negative direction which is on the medium level. When diagnosed early and begin to be treated, improvement of it can be prevented and the people might live for a longer time independently.

Keywords: Elderly, cognitive impairment, AH.

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
KABUL ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2. 1. DEMANS	3
2. 1. 1. Demans Epidemiyolojisi.....	4
2. 1. 2. Demansta Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi.....	5
2. 1. 2. 1. Yaş.....	5
2. 1. 2. 2. Aile Öyküsü	5
2. 1. 2. 3. Cinsiyet	5
2. 1. 2. 4. Kafa Travması.....	6
2. 1. 2. 5. Düşük Eğitim Düzeyi	6
2. 1. 2. 6. Down Sendromu.....	6
2. 1. 2. 7. Apolipoprotein E (Apo-E)	6
2. 1. 2. 8. Ateroskleroz	7
2. 1. 2. 9. İnme (Stroke)	7
2. 1. 2. 10. Hipertansiyon	7
2. 1. 2. 11. Hipotansiyon	8
2. 1. 2. 12. Kolesterol (Dislipidemi)	8
2. 1. 2. 13. Oksidatif Hasar ve Beslenme	8
2. 1. 2. 14. Diyabetes Mellitus (DM)	9
2. 1. 2. 15. Homosistein	9
2. 1. 2. 16. İnflamasyon.....	10
2. 1. 2. 17. Sigara	10
2. 1. 2. 18. Alkol	11
2. 1. 2. 19. Obesite	11

2. 1. 2. 20. Östrojen.....	11
2. 1. 2. 21. Diğer risk faktörleri	12
2. 1. 3. Yaşlılık ve Kognitif Bozukluk Prevelansı	12
2. 1. 4. Demansın Nedenleri	13
2. 1. 5. Semptomlar ve Klinik Seyir.....	16
2. 1. 5. 1. Hafif Kognitif Bozukluk (HKB)	18
2. 1. 6. Tanı Kriterleri.....	21
2. 1. 6. 1. NINCDS-ADRDA Alzheimer Hastalığının Klinik Tanı Kriterleri.....	22
2. 1. 7. Demansta Ayırıcı Tanı.....	24
2. 1. 8. Yaşlı Bireylerde Demans Yönünden Fizik Muayene ve Mental Durum Değerlendirmesi	26
2. 1. 9. Tarama Testleri.....	27
2. 1. 9. 1. Kognitif Tarama Testleri	27
2. 1. 9. 1. 1. Mini-Mental Durum Muayenesi (Mini Mental State Examination) (MMSE).....	28
2. 1. 9. 2. Davranışsal Ölçekler	29
2. 1. 9. 3. İşlevsel Ölçekler.....	29
2. 1. 9. 4. Motor Ölçekler	30
2. 1. 9. 5. Evrelendirme Ölçekleri.....	30
2. 1. 10. Demansta Laboratuvar Değerlendirilmesi ve Görüntüleme Teknikleri.....	30
2. 1. 11. Demansta Kognitif Bozukluğa Yönelik Tedaviler.....	30
2. 1. 12. Demansta Davranış Bozukluklarının Tedavisi	35
2. 1. 13. Demans Hastasında Sağlığın Korunması ve Hasta Yakınları İle İletişim	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	i
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	36
3.2. Araştırmanın Yeri	36
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3. 4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	37
3. 5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	37
3. 5. 1. Ön Uygulama	37

3. 5. 2. Saha Uygulaması	37
3.6. Standardize Mini Mental Test Ölçeğinin Değerlendirilmesi	38
3. 7. Alzheimer Hastalığı İşbirliği Çalışması–Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (ADCS-ADL)	38
3. 8. Verilerin değerlendirilmesi	38
4. BULGULAR	68
5.TARTIŞMA ve SONUÇ	69
SONUÇ VE ÖNERİLER	80
6.KAYNAKLAR	83
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

Ach	: Asetilkolin
ADCS-ADL	: Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living (Alzheimer Hastalığında İşbirliği Çalışması- Günlük Yaşam Aktiviteleri)
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AH	:Alzheimer Hastalığı
Apo-E	:Apolipoprotein E
Ark	:Arkadaşları
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BEHAVE-AD	: Alzheimer Hastalığında Davranışsal Bozukluklar Ölçeği
BOMC	: Blessed Oryantasyon Bellek Konsantrasyon Testi
BT	:Beyin Tomografisi
CERAD-BRSD	: CERAD Demansta Davranışsal Değerlendirme Ölçeği
DDPS	: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Semptomları
İİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DM	:Diyabetes Mellitus
DNA	:Deoksiribonükleik Asit
DSM-IV-TR	: Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2000
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	:Elektroensefalografi
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYAÖ	: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
HKB	: Hafif Kognitif Bozukluk
KB	:Kognitif Bozukluk
MMSE	: Mini Mental State Examination (mini mental durum muayenesi)

NINCDS-ADRDA	:Ulusal ve Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği
NPI	: Nöropsikiyatrik Envanter
NSAİİ	: Non-steroid anti inflamatuvar ilaç
PET/SPECT	: Pozitron emisyon tomografisi/ Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi
STMS	: Kısa Mental Durum Testi
TGYA	: Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VD	:Vasküler Demans
YGYA	: Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Çeşitli Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	41
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılanların Yaşama Koşulları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....	42
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların Tanısı Konmuş Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....	43
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların Bazı Sağlık Durumları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları ...	44
Tablo 4. 5: Araştırmaya Katılanların Bazı Alışkanlıkları ve Bazı Özgeçmiş Özellikleri İle İlgili Dağılımları	45
Tablo 4. 6: Araştırmaya Katılanların Bilişsel ve Beceri Özelliklerine Göre Dağılımları.....	46
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Bilişsel Durumlarına Göre Dağılımları	46
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Mini Mental Puan Dağılımına Göre Durumları	47
Tablo 4.9. Araştırmaya Katılanların Kesim Noktası Değerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4.10. Araştırmaya katılanların MMSE ve ADCS-ADL ölçeklerindeki ortalama puanları	47
Tablo 4.11. Araştırmaya Katılanların Çeşitli Tanımlayıcı Özellikleri İle MMSE Ölçeğinin Karşılaştırılması	49
Tablo 4.12. Araştırmaya Katılanların Yaşama Koşulları İle İlgili Özellikleri İle MMSE Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.13. Araştırmaya Katılanların Tanısı Konmuş Hastalıkla İlgili Özellikleri İle MMSE Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.14. Araştırmaya Katılanların Bazı Alışkanlıkları ve Bazı Özgeçmiş Özellikleri İle MMSE Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.15. Araştırmaya Katılanların Bilişsel-Beceri Özellikleri İle MMSE Ölçeğinin Karşılaştırılması	57
Tablo 4.16. Araştırmaya Katılanların Çeşitli Tanımlayıcı Özellikleri İle ADCS-ADL Ölçeğinin Karşılaştırılması... ..	58

Tablo 4.17. Araştırmaya Katılanların Çeşitli Tanımlayıcı Özellikleri İle ADCS-ADL Ölçeğinin Karşılaştırılması (Devam).....	59
Tablo 4.18. Araştırmaya Katılanların Yaşama Koşulları İle İlgili Özellikler İle ADCS-ADL Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.19. Araştırmaya Katılanların Yaşama Koşulları İle ADCS-ADL Ölçeğinin Karşılaştırılması (Devam).....	60
Tablo 4.20. Araştırmaya Katılanların Tanısı Konmuş Hastalıkla İlgili Özellikleri İle ADCS-ADL Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.21. Araştırmaya Katılanların Tanısı Konmuş Hastalıkla İlgili Özellikleri İle ADCS-ADL Ölçeğinin Karşılaştırması (Devam)	63
Tablo 4.22: Araştırmaya Katılanların Bazı Alışkanlıkları ve Bazı Özgeçmiş Özellikleri İle İlgili ADCS-ADL Ölçeğinin Karşılaştırması	64
Tablo 4.23. Araştırmaya Katılanların Bazı Özgeçmiş Özellikleri İle ADCS- ADL Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.24. Araştırmaya Katılanların Bilişsel-Beceri Özellikleri İle ADCS- ADL Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.25. Araştırmaya Katılanların Bilişsel-Beceri Özellikleri İle ADCS- ADL Ölçeğinin Karşılaştırması (Devam).....	67
Tablo 4.26. Yaşın, MMSE ve ADCS-ADL Ölçeklerinin Toplam Puanı İle İlişkisi.....	67
Tablo 4.27. MMSE Ölçeğinin Toplam Puanı İle ADCS-ADL Ölçeğinin Toplam Puanı Arasındaki İlişki.....	67
Tablo 4.28. Kognitif bozukluğun bazı bağımsız değişkenlerle ilgili lojistik regresyon analizi sonuçları	68

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ortalama yaşam süresinin uzaması yaşlı nüfusunun son yıllarda artmasına neden olmuştur. Ortalama yaşam süresi 1950-2000 yılları arasında 66 yıl iken 2010'da 72 yaşa ulaştı. 2050 yıllarında ise ortalama yaşam süresinin 76 yıl olacağı beklenmektedir. 2013 yılı Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi ise 76.3 yıldır. Ayrıca ülkemizde Devlet İstatistik Enstitüsü' nün (DİE) nüfus sayımı sonuçlarına göre, 65 yaş üzeri nüfus 1985'de %4.2 iken, 2000 yılında bu oran % 5.6 olarak saptanmıştır (1). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre 21.01.2008 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu (TUiK) tarafından bildirilen rakamlara göre Türkiye nüfusunun %7.1' i 65 yaş ve üzerinde iken (2) 27/01/2012 tarihli TUiK rakamları ise ülkemiz nüfusunun, %7.3'ünün (5.490.715 kişi) 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunduğunu belirtmiştir ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır (3).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte, bu nüfusa özel sorunlar ortaya çıkmakta, bunlar da yeni tutum ve hizmet gereksinimlerini gündeme getirmektedir. Geriatrik yaş grubu hastaların hastaneye başvurularındaki sağlık sorunu her ne olursa olsun, eşlik eden hastalıkları nedeniyle yapılan sağlık harcamaları katlanarak artmakta bu durum ise geriatrik hastaların mevcut hastalıklarının erken teşhisinin ve koruyucu hekimliğin önemini arttırmaktadır (1, 4). Ayrıca bu yaş grubunun bakım ihtiyacının hastalıklar nedeniyle artması da topluma hizmet yönünden yük oluşturmaktadır. Bu hastalıklardan en çok karşılaştığımız, yaşla ilgili önemli bir kognitif bozukluk olan demans (bunama) grubu hastalıklardır. 65 yaşından sonra demans görülme sıklığı her 5 yılda 2 kat artarken, 85 yaş ve üzeri bireylerde demans görülme sıklığı %30- 50 arasında değişmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte kognitif bozukluk olan demans grubu hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya başlamıştır (4).

Demans unutkanlığın ön planda gittiği birçok hastalığın genel adıdır ve sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. Demans; kişinin zaman içerisinde belleğinin bozulması ile birlikte karar verme, yargılama, konuşma, kendi bakımını sağlama ve günlük işlerini yürütme gibi temel işlevlerini etkileyerek bireyi bağımlı ve sürekli bakım gereksinir hale getiren önemli bir sendromdur (1, 4). Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi'nde yapılan çalışma sonucunda %14.4 demans ve bunun %80.0'ı Alzheimer tipi demans hastası olarak saptanmıştır (1). Demans görülme sıklığı 65 yaş ve üzeri kişilerde %10-15, 85 yaş ve üzerinde %30-50'dir. Dünyada 15 milyon, ABD'de 4 milyon ve Türkiye'de 250-500.000 tahmini demans hastası vardır. Ayrıca demans öncesi bir klinik tablo olan Hafif Kognitif Bozukluk hastalığı ülkemiz yaşlılarında için tahmini rakam 500.000- 1.000.000'dir. Ancak kayıtlı ve bilinen demans hasta sayısı on binlerdedir (1, 4).

Araştırmada MMSE ve ADCS-ADL ölçekleri kullanılmıştır. İstanbul da yapılan bir araştırmanın sonucuna göre günlük yaşam aktiviteleri ile bilişsel yetiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bilişsel durumda bozukluk arttıkça günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirme yetisinde azalma görülmüştür (5).

Kognitif bozukluk olan demans grubu hastalıklar erken tanındığında ve tedaviye başlandığında ilerlemesi önlenabilir ve kişinin daha uzun süre bağımsız yaşaması sağlanabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Kayseri ilinde 65 yaş ve üzeri bireylerde yaş, cins, eğitim düzeyi ve diğer sosyo-demografik özelliklerin kognitif bozukluk sıklığı üzerine etkilerini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. DEMANS

Kognitif bozukluğu içeren demans, hem kişide neden olduğu ciddi morbidite ve giderek artan mortalite oranı ile hem de hastaya bakan kişilere yüklediği ağır yük ve sigorta sistemlerine getirdiği ekonomik yük nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemi olmaktadır (6). 2001 yılında dünya üzerinde 24 milyon olarak tahmin edilen demanslı hasta sayısının eğer tedavi ve önleme konusunda büyük bir gelişme olmazsa 2050 yılında 81 milyona yükselmesi beklenmektedir (7).

Demans sözcüğü, Latince de ‘de’ (harici) ve ‘mans’ (akıl) kelimelerinden gelir ve uzun yıllar boyunca çeşitli zihinsel anormalliklerle ilişkilendirilmiştir. Günümüzde bu terim Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayımladığı Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-IV-TR) zihinsel ve davranışsal bozukluklardan oluşan karakteristik bir tablo olarak tanımlanmaktadır (8).

Kişinin aklını yitirmesi anlamına gelen demansın günümüzdeki bilimsel tanımı ise kısaca “nonspesifik organik nedene bağlı, sonradan edinilmiş entellektüel yıkım” halidir. Bilinç düzeyinde bir değişme olmaksızın bilişsellikteki azalmadır ki; yıkım sürekli ve değişmez olmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabında (DSM-IV-TR) demans; bilinçte bozulma olmaksızın bellek yıkımını da içeren birçok bilişsel bozukluğun bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (9).

Demans tanısı için olması gereken ilk temel özellik hastada premorbid düzeye göre zihinsel bir bozulmanın olmasıdır. Demanslı hastaların zihinsel fonksiyonlarında

sonradan oluşan bir bozulma, kazanılmış zihinsel işlevlerin kaybı söz konusu olmaktadır. Demans bu özellikleriyle normal zihinsel işlevlerin kazanılmadığı oligofreni (yetersiz zihin) gibi gelişimsel bozukluklardan ayrılmaktadır. Demans tanısının koyulabilmesi için gereken ikinci temel özellik zihinsel bozulmanın birden fazla alanda saptanmasıdır (10). Zihinsel alanlar ise: bellek, dikkat, dil, görsel-mekânsal işlevler, yürütücü işlevler, apraksi ve agnozidir. Bu alanların herhangi birisindeki izole bozukluk (örn. serebrovasküler olay sonrası afazi veya ihmal) olduğunda demanstan söz edilemezken demans tanısının koyulabilmesi için gereken son temel özellik ise hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bozulma meydana gelmesidir (11). Günlük yaşam aktivitesi (GYA) bozulmamış bir hastada teknik olarak demans tanısından söz edilemez. Günlük yaşam aktiviteleri içinde mesleki performans, sokakta ve mali işlerde bağımsızlık, sıradan aletlerin kullanımı, hobiler, ev işleri ve kendine bakım sayılabilir. Nörodejeneratif demanslarda günlük yaşam aktivitelerindeki bozulma zamansal seyir içinde hafiften şiddetliye doğru ilerler. Buna karşın vasküler nedenler, enfeksiyonlar veya travma sonrası gelişen demanslarda günlük yaşam aktivitelerinde hızlı bir bozulma olabilmektedir. Birçok nörodejeneratif ve semptomatik demansın ilk aşaması olan hafif kognitif bozukluk evresinde ise demanstan söz edilememektedir (10).

Demans bilişsel, davranış ve psikolojik bozukluklarla seyreder. Hafıza, dil, görsel-uzamsal yetenekler, kişilik ve diğer yardımcı kognitif yetiler (soyutlama, hesap, yargılama vb.) olmak üzere beş alanı etkiler ve demans denilebilmesi için en az üç alanın bozukluğu söz konusu olmalıdır (12).

2. 1. 1. Demans Epidemiyolojisi

Kognitif bozukluğa sahip hasta popülasyonunun artması ile birlikte, demans, önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmektedir. Demansla ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlıdır, çünkü özellikle orta derecede bilişsel bozukluğu bulunan hastalarda olmak üzere vaka saptanmasında standardize teşhis kriterleri yoktur. Ancak son yıllarda hem Alzheimer (AH) tipi demansın, hem de vasküler demans (VD) gibi diğer demans gruplarının tanımlanmasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (13). 65 yaşından sonra kişilerin %5.0' ında demansiyel belirtiler izlenmektedir. Yaşla birlikte bu oran artarken 85 yaş ve üzeri bireylerde demans görülme sıklığı %30- 50 arasında değişmektedir. Böylece demans görülme sıklığı her 5 yılda 2 kat artmaktadır (4).

2. 1. 2. Demansta Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Ailede KB öyküsünün varlığı, yaş, kadın cinsiyeti, Down Sendromu, 1,14 ve 21. kromozomlarda spesifik mutasyonların varlığı, apolipoprotein E-4 genotipi ve kafa travması AH için bilinen risk faktörleridir. Vasküler demans için ise inme için risk faktörleri sayılan hipertansiyon, hiperlipidemi, DM, sigara, yaş, erkek cinsiyeti geçerli olmaktadır. Bu faktörlerden korunma ve değiştirilebilir olanların tedavisinin sağlanmasının, VD için olduğu kadar AH için de yararlı olduğu gösterilmektedir (6, 14, 15).

2. 1. 2. 1. Yaş

Yaş ve genetik, demansa sebep olan AH için en çok kabul edilen ve çalışmalarla ispatlanmış risk faktörleridir. Demans için yaş kesin bir belirleyici olmamakla birlikte yaşın ilerlemesi ile birlikte demans prevalansı ve insidansının çok arttığı gözlenmektedir (6, 15). 65 yaşından sonra demans görülme sıklığı her 5 yılda 2 kat artarken, 85 yaş ve üzeri bireylerde sıklık %30- 50 arasında değişmektedir (4). Yaş belirgin bir risk faktörü olmakla birlikte tek risk faktörü de değildir. 85 yaş sonrası demans oranları farklı ülkelere farklı sonuçlarla %40-70 arasında değişen şekilde bildirilmektedir. İnsidans ve prevalans rakamları o ülkedeki ortalama yaşam beklentisinden etkilenmektedir. Türkiye’de ise ileri yaşta demans çalışmaları oldukça azdır (6, 16).

2. 1. 2. 2. Aile Öyküsü

Ailesinde birinci derecede yakınlarında AH olanlarda demans geliştirme riski, olmayanlara göre 2-4 kat daha fazladır. Bu tip ailelerde 80-90 yaşına gelenlerin ortalama %50’ si hastalığa yakalanmaktadır (1).

2. 1. 2. 3. Cinsiyet

Birçok çalışmada kadınlarda AH tipi demansın daha sık görüldüğü rapor edilse de karışık yayınlarda mevcuttur (6). Kadınlarda daha sık görülme nedenini, kadınların daha uzun yaşamasına ve eğitim seviyelerinin daha düşük olmasına bağlayan yayınlar vardır (16). Bunun dışında VD tipi de erkeklerde daha sıktır. Çünkü vasküler hastalıklar erkeklerde daha sık görülmektedir. Japonya’da erkeklerde vasküler hastalıklar daha sık görüldüğünden vasküler demans riski Japon erkeklerinde daha sıktır (6).

Kadınlarda yıllık demans insidansı erkeklerden daha fazla olarak birçok çalışmada saptanmıştır (17). Yaş ve eğitim lojistik regresyon metoduyla incelendiğinde dahi birçok çalışmada kadınlarda demans daha fazla olarak gösterilmiştir. Araştırmalarda östrojen eksikliği, menapoz yaşı üzerinde de durulmuş ancak açıklanamamıştır (6).

2. 1. 2. 4. Kafa Travması

Bazı çalışmalar eskiden geçirilmiş kafa travmalarının AH için risk faktörü olduğunu bildirirken, birkaç çalışmada bu bulgu doğrulanmamıştır. Komaya sokacak derecede tek kafa travması ile multipl kafa travmaları hastalığa yakalanma riskini arttırmaktadır (1). Tekrarlı mikrotravmalar yanında major kafa travmalarında sonraki 5-7 yıl içinde AH risk artmaktadır (11, 16).

2. 1. 2. 5. Düşük Eğitim Düzeyi

Çalışmaların çoğunluğunda düşük eğitim düzeyi demans için bir risk faktörü olarak bildirilmiştir. 75 yaşında eğitimsiz biri aynı yaşta olup en az 8 yıl eğitim almış birine göre demans gelişimi açısından iki kat daha fazla risk altında olmaktadır (18). Bunun yanında eğitim düzeyi fark etmeksizin fazla bilişsel aktivite gerektirmeyen işlerde çalışan düşük kognitif fonksiyonlu kişilerde risk taşımaktadırlar (17).

2. 1. 2. 6. Down Sendromu

Down sendromlu hastaların çoğunluğu 40 yaşlarına geldiklerinde demansa sebep olan AH' nın tüm klinik ve nöropatolojik bulgularına sahip olmaktadır. Down sendromu ile hem erken hem de geç başlangıçlı AH' nın ailesel birikim gösterdiğini bildiren çalışmalar vardır (6, 16, 19).

2. 1. 2. 7. Apolipoprotein E (Apo-E)

Apolipoprotein E (Apo-E) geninin E4 aleli genel popülasyonda sporadik Alzheimer tipi demans için çok önemli bir genetik risk faktörüdür. Avrupa' da yapılan çalışmalarda bilinen demans türlerinden biri olan Alzheimerlılarda Apo-E E4 sıklığı %40 iken, aynı yaştaki sağlıklı bireylerde sıklık %15-20 olarak bildirilmiştir. Diğer genotiplerle karşılaştırıldığında, Apo-E epsilon E4' ün heterozigot konfigürasyonu AH sıklığını 2 kat, homozigot konfigürasyonu ise 5 kat arttırmaktadır (1).

Apo-E4 AH patogenezinde tek başına yeterli olmayan ama kesin bir risk faktörü olup, demans tanısında rutin olarak bakılmamaktadır. Hastalığın başlangıç yaşını, korteks ve hipokampustaki senil plakların oluşumunu, bazal gangliadaki kolinerjik nöron

yoğunluğunu, hipokampus hacmini etkilemektedir (6, 15, 20). Apo-E ile ilişkili nörofibriller dejenerasyon gelişmektedir. Aynı zamanda Apo-E4 antioksidan aktiviteyi azaltmaktadır (15). Apo-E4 alleli riski arttırır ve başlangıç yaşını göreceli olarak düşürmektedir. Apo- E4 taşıyanlarda başlangıç yaşı 60' dan yukarı, Amiloid beta plak yoğunluğu ve vasküler faktörlerde artış olmaktadır. Apo-E4 alelinin varlığının kolinomimetik ilaçlara yanıtı olumsuz etkilediği bildirilmiştir. BOS' ta Tau protein ve A β -42 protein ölçümleri de araştırma amaçlı bakılmaktadır. Erken başlangıçlı AH olanların ve ailesinde birden fazla AH olanların yakınları yakın klinik takibe alınmalı ve genetik danışmanlık verilmelidir. Apo-E4 incelenmesi etik açıdan rutin bir test olarak önerilmez. Bu tiplendirme ile başlangıç yaşını tahmin etmek, hastalık riskini tam olarak ortaya koymak mümkün değildir (6).

2. 1. 2. 8. Ateroskleroz

Demansa sebep olan Alzheimerlı hastaların %30' unun beyinde bir kısım serebrovasküler patolojik değişiklikler bulunmakta ve tüm hastaların beyinlerinde periventriküler beyaz cevher değişiklikleri, mikro damar dejenerasyonu, serebral amiloid anjiyopati veya bunların kombinasyonu bulunmaktadır. Ateroskleroz, beyinde demansın patolojik belirtilerini çoğaltabilir veya hastalığın başlangıcını öne alabilmekte veya şiddetini arttırabilmektedir (1).

2. 1. 2. 9. İnme

İnme sonrası %20-30 olgudan sonra demans gelişebilmektedir ve bunların 1/3' ünden AH sorumlu olmaktadır (16).Araştırmalar inme hikayesi ile demans arasında ilişki olduğunu göstermiş, inme hikayesi olan kişilerde olmayanlara göre hastalık riski daha da artmış bulunmuştur. İnmeli hastalarda hipertansiyon, tip 2 diyabet veya kalp hastalığı varsa riski daha da çoğaltmaktadır. Ayrıca inme hikayesi varlığında demansın başlangıcı daha erken olmaktadır (1).

2. 1. 2. 10. Hipertansiyon

Hipertansiyonun (HT) demans gelişimindeki rolü hakkında farklı çalışmalar ortaya konmuştur. Bir prospektif çalışmada, 70 ve üzeri yaşlardaki kişiler 15 yıl boyunca izlenmiş ve demans gelişimi ile kan basıncı arasındaki ilişki araştırılmıştır. 70 yaşında iken sistolik HT ve 75 yaşında iken diyastolik HT olan olgularda 79-85 yaşlarında demansın daha sık olarak geliştiği görülmüştür. 70 yaşında diyastolik hipertansiyonu

olan olgularda AH' nin, 75 yaşında diyastolik hipertansiyonu olan olgularda ise VD' nin daha sıklıkla geliştiği, 85 yaşında iken beyin tomografisinde (BT) beyaz cevher lezyonu bulunan olguların kan basınçlarının, bu bulgunun bulunmadığı olgulardan daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (21, 22).

VD için hipertansiyonun çok belirgin bir risk faktörü olmasına karşılık, HT genel olarak AH riskinde de artışa sebep olmaktadır (15). AH' nda hipertansiyonun etkisine ait çalışmalar farklı gözlemler getirmektedir. Özetle bu çalışmaların bir kısmında HT bir risk faktörü olarak gözükmez iken, bazı çalışmalarda yüksek sistolik kan basıncı, bazılarında ise düşük diyastolik kan basıncı yüksekliği öyküsünün riski arttırdığı rapor edilmiştir (23).

2. 1. 2. 11. Hipotansiyon

Düşük kan basıncının ilerde AH ve diğer demans türlerinin riskini arttırdığı ileri sürülmüştür. Serebral hipoperfüzyon nörodejeneratif patolojik değişiklikleri arttırabilir, böylece ileri yaş, özellikle antihipertansif tedaviden kaynaklanan hipotansiyona bağlı azalmış serebral kan akımı, AH ve demans patogenezinde kritik rol oynayabilmektedir (1).

2. 1. 2. 12. Kolesterol

Kolesterol düzeyi artışı, koroner vasküler hastalık için artan bir risk faktörüdür. Birçok çalışmada kolesterol düzeylerinin gençlerde inme riskini arttırdığı saptanırken yaşlılarda bu paralellik yoktur. AH ve kolesterol düzeyleri ile ilgili birçok çalışma literatürde vardır. Küçük bir hastane temelli olgu kontrol çalışmasında AH yüksek kolesterol düzeyli olgularda normal kolesterol düzeyli olgulara göre daha fazla AH saptanmıştır. Ayrıca APOE genotipinin kolesterol düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. APOE ve ateroskleroz arasında güçlü bir ilişki vardır. En azından bir APOE ε4 aleli ve ciddi ateroskleroza olan olgularda AH riski 20 kat artmaktadır (21, 22).

2. 1. 2. 13. Oksidatif Hasar ve Beslenme

Vitamin E, vitamin C, karoten, vitamin B12, folat gibi maddelerin yetersizlikleri, hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi, HT ve tuz fazlalığı, DM gibi klinik durumlar nutrisyon ve kognitif fonksiyon ve demans ilişkisinde önemli rol oynamaktadır (24). Antioksidan özelliği olan bu besin öğeleri hücrel membranları, organelleri ve makromolekülleri tahrip eden serbest radikalleri ve diğer reaktif oksijen türlerini

temizlemektedir. Reaktif oksijen türlerinin birikimi, hücrelerde antioksidanların koruyucu etkisini azaltabilmektedir. Özellikle serbest radikallerin ortaya çıkardığı zedelenmeye hassas nöronlarda, bu süreç beyin yaşlanmasında ve demansın patogenezinde önemli olabilmektedir. Bu nedenle, diyetle antioksidan almak koruyucu olabilir (1). Multiple antioksidan kullanımının demansta koruyucu ve tedavi edici rolünün olduğunu savunan yayınlar olmakla birlikte E vitamini ve demans çalışmalarının meta analizinde E vitamini verilmesinin AH' da tedavi edici yönünü desteklemediğini savunan çalışmalar da vardır (25).

2. 1. 2. 14. Diyabetes Mellitus (DM)

1980' lerden bu yana yapılan birçok kesitsel ve vaka kontrollü çalışmalarda DM ve kognitif bozukluklar arasında pozitif ilişli saptanmıştır. Kognitif bozuklukla ilişki olduğundan demansı da etkileyeceği düşünülürken tersi çalışmalar da mevcuttur. Bunun yanı sıra yapılan araştırmalarda DM' nin demans riskini arttırdığı ve vakaların %82' sinin Alzheimer tipi demans olduğu saptanmıştır. DM' nin AH' ı nasıl etkilediğine dair çeşitli açıklamalar yapılmıştır (1, 24). Kronik hiperglisemi ve ileri glikozilasyon son ürünlerinin yapımı vasküler dokuları ve endotelial fonksiyonu, DNA ve beyindeki mitokondrileri hasara uğratabilmekte ve serbest radikaller, inflamatuvar süreçler ve amiloid depolanmasını arttırabilmektedir. Kronik hiperglisemi ayrıca serebral kan akımını, nörotransmitter fonksiyonunu veya beynin beslenmesini etkileyebilmektedir. Bunun yanında DM kognitif fonksiyonları, kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylara neden olarak bozabilir (1). Sonuç olarak hiperglisemi veya tekrarlayan hipoglisemik olaylar ve ilişkili metabolik ve vasküler bozukluklar kognitif fonksiyonu uzun süreli etkileyebilmektedir (12).

2. 1. 2. 15. Homosistein

Bir aminoasit olan homosistein iyi bilinen bir vasküler risk faktörüdür ve diyetle alınmaz. Homosistein VD da, aterosklerotik plak oluşumunda, karotid aterosklerozunda, kardiyovasküler ölümlerde ve AH patogenezinde yer almaktadır. Aterosklerotik vasküler hastalık ve AH arasındaki bağlantıyı sağlamaktadır. Folat, pridoksin veya B12 vitamin eksikliklerinde düzeyi yükselmektedir (1).

Homosistein yüksekliği kesitsel çalışmalarda kognitif performansın azalmasıyla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca Framingham çalışmasının bir alt kolunda demansı olmayan kişilerde 8 yıllık takip sonunda AH geliştirenlerde homosistein yüksekliği önemli risk

faktörü olarak saptanmıştır. Homosistein artışı, AH riskini 1.4 kat arttırmaktadır. Plazma homosistein düzeyindeki 5 $\mu\text{mol/l}$ artış, AH gelişimini aynı prospektif çalışmada %40.0 arttırmıştır (26).

2. 1. 2. 16. İnflamasyon

Alzheimer hastalarının beyinlerindeki patolojik incelemelerde inflamatuvar reaksiyonların olduğunu ilk kez gözlemleyen Dr. Alois Alzheimer'dır. Bu gözlem yüksek doz non-steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ) alan ve AH insidansı düşük olan romatoid artritli hastalarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarla desteklenmiştir. Yaklaşık 15 yıldır yapılan araştırmalarda arterioskleroz ve Alzheimer tipi demansın patogenezinde inflamasyonun önemini göstermektedir (1).

2. 1. 2. 17. Sigara

Sigara içenlerde demansa neden olan AH riskinin arttığını, değişmediğini ve azaldığını bildiren çalışmalar vardır. Bir meta analizde sigara içenlerde riskin azaldığı bildirilmiştir. Alzheimer hastalarında sigara içme oranının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Sigara içiminin az olmasının nikotinik reseptörlerin aktif kalmasını sağlayarak demans riskini azaltabileceği üstünde durulmuştur (6, 16, 19). Prospektif olarak yapılan Eurodem çalışmasında ise sigaranın AH için koruyucu olmadığı, sigara içenlerde daha fazla AH geliştiği bildirilmiştir. Kanada sağlık çalışmasında ve Rotterdam çalışmalarında sigara AH için risk faktörü olarak bildirilmiştir (6, 27). Sigaranın Apo-E4 ekspresyonunu azalttığı ve bu sayede Alzheimer riskini azalttığını bildiren yayınlar vardır. Deneysel çalışmalarda nikotinin kognitif fonksiyonları arttırabildiği gösterilmiştir (16, 19, 28).

Orta yaşta olup sigara içenlerde yıllar sonra gelişebilecek AH ve VD ilişkisi büyük bir çalışmada ele alınmıştır. 2011 yılında Archives of Internal Medicine dergisinde yayınlanan çalışmada 1978-1985 arasında sisteme kaydedilen toplam 21123 hastanın 1994-2008 arasındaki durumları araştırılmış, ortalama 23 yıllık takip sırasında 5367 kişide (%25.0) demans geliştiği belirlenmiştir. Sonuçlar, çeşitli faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, evlilik durumu, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, kalp hastalığı, inme, alkol kullanımı gibi) göz önüne alınarak yeniden analiz edilmiştir (2, 29).

Tüm diğer faktörlerin etkisi de göz önüne alınarak sigara içmeyenlere kıyasla, günde 2 paketten daha fazla içenlerde demans için belirgin bir risk artışı gözlemlenmiştir (zarar

oranı 2.14). Bu önemli sayıda bireyde yapılmış uzun süreli izlem çalışması orta yaşta yoğun sigara içmenin, ileri yaşta demans riskini %100'den daha fazla artırdığını ortaya koymaktadır (2, 6, 29).

2. 1. 2. 18. Alkol

Fazla miktarda alkol içme ve kronik alkolizm uzun evrede beyinde tahribata yol açarak alkole bağlı demansa neden olmaktadır. Diğer yandan son zamanlarda hafif-orta miktarda içki içmenin yaşlılarda koroner arter hastalığı, inme genel olarak ölüm riskini azalttığı bildirilmektedir. Vasküler hastalıklar ile kognitif bozukluk ve demans arasında ilişki olduğu belirtilirken, hafif-orta miktar alkol alımının demans ve AH riskini azaltabileceği düşünülmektedir (1, 6). 1980-1999 yılları arasında yapılan alkol tüketimi ile zihinsel sağlık arasındaki ilişkiyi araştıran 17 çalışmanın 11' inde orta derecede alkol içenlerin, hiç içmeyenlere göre, daha avantajlı bulunması da ilgi çeken bir sonuç oluşturmaktadır. 2000' li yıllarda yapılan çalışmalarda da hafif-orta miktarda alkol tüketen kişilerde, hiç içmeyen veya aşırı içki tüketenlere göre, demans ve AH riskini değişik oranlarda daha düşük bulunduğu saptanmıştır (1).

2. 1. 2. 19. Obesite

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelen obesite en sık olarak 50 ve üzerinde gözlenmektedir. Obesite, ateroskleroz, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği, DM gibi birçok kalp-damar hastalığı risk faktörleri ile ortak paydayı oluşturmakta ve bütün bunların AH ve VD için de risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (1).

Birçok çalışmada demanslı hastalarda, hastalığın başlangıcında vücut kütle indeksinin yüksek olduğu belirtilmektedir. İleri yaşta demans gelişme ihtimali, orta yaşlarda obez ve aşırı kilolu olanlarda, normal kilolu kişilere göre daha yüksek oranda bulunmaktadır. Araştırmacılar aşırı kilo ve obesitenin demans gelişmesinde önlenabilir majör faktörlerden biri olarak kabul etmektedirler (1,6).

2. 1. 2. 20. Östrojen

Östrojen eksikliğinin ve menapozun, demanstaki rolü tartışmalıdır. Bazı yayınlarda östrojen eksikliğinin serebral kan akımını, nöronların stimülasyonunu, glial hücrelerin gelişimini ve Apo-E ekspresyonunu etkileyebileceği bildirilmektedir (6, 16). Hem olgu kontrol hem de kohort çalışmalarında östrojen kullanımının demans gelişimini

azalttığına ulaşılmaktadır (16). Kawas ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 472 kadın 16 yıl izlendiğinde östrojen kullanımının demans gelişiminde %54.0 risk azaltımı sağladığı bildirilmektedir. Östrojen kullanımının geç ya da erken başlangıçlı demansta koruyucu olabileceği konusunda çelişkili sonuçlar içeren çalışmalar vardır. Östrojen replasmanının demanstan korumadığı ancak başlangıç yaşını geciktirebileceği ileri sürülmektedir (30-32).

2. 1. 2. 21. Diğer risk faktörleri

Annenin doğum esnasındaki yaşı, babalık yaşı, çocuk sayısı gibi faktörler bazı az sayıdaki olguyu içerisine alan çalışmalarda risk faktörü olabileceği ileri sürülmüşse de, fazla olguyu içeren çalışmalarda bu faktörlerin kanıtlanmış risk faktörleri olmayacağı ortaya konmaktadır. Eurodem çalışma grubunun sonuçlarına göre hem erken hem de geç anne yaşı demans için bir risk faktörü olarak bildirilmektedir. Anne ve baba yaşı ile ilgili farklı sonuçlar vardır (6, 16).

2. 1. 3. Yaşlılık ve Kognitif Bozukluk Prevelansı

Yaşlılık sözcüğü yaşam sürecinin geç dönemindeki gelişmenin devamını ve bireydeki değişimleri anlatmaktadır. Yaşlılık yaşam konusunda kayıpların ve çöküşün görüldüğü bir dönem olmakla birlikte, aynı zamanda kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerin hazırladığı bir sonuçtur. Yaşlılık; çocukluk, ergenlik, gençlik, olgunluk gibi insanoğlunun yaşam dönemlerinden biridir. Biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kronolojik boyutları olan yaşlılık, değişik yönlerden tanımlanabilen bir kavramdır (33).

Yaşlılık yaşamın diğer evreleri gibi doğal ve kaçınılmazdır. Tüm insanlar için söz konusu olan bu durum aynı zamanda da bireyseldir. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalara göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olmaktadır. Bugün birçok ülkede 65 yaş, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmekte ve genellikle bu yaşta zorunlu emeklilik olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı ayrıma göre, 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır (6, 15, 16, 19).

Yaşlılık pek çok sağlık probleminin eşlik edebildiği bir yaşam dönemidir. Düzensiz beslenme, ağır çalışma koşulları, stres, sigara, alkol, karbonhidrat ağırlıklı beslenme

gibi yaşlanma sürecini hızlandıran faktörlerin etkisiyle erken yaşlarda karşılaşılan bireyler; günlük pratikte obezite, DM, HT, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler olaylar, gonartroz, kas iskelet problemleri, demans, depresyon gibi hastalıklarla karşımıza çıkmaktadır (12). Bunlara rağmen yaşlılık durağan ve değişmez bir yaşam dönemi değil tam tersine, çeşitli güçlerin etkileşimini içermektedir. Bu güçlerin temelinde yaşamın tüm evrelerinin zorlamalarına karşın varoluşunu sürdürebilmiş olmanın bilgeliği ve iç görüşü bulunmaktadır (12, 15).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte, bu yaş grubunun oluşturduğu nüfusa özel sorunlar ortaya çıkmakta, bunlar da yeni tutum ve hizmet gereksinimlerini gündeme getirmektedir. Geriatrik yaş grubu hastaların hastaneye başvurularındaki sağlık sorunu her ne olursa olsun, ko-morbid hastalıkları nedeniyle yapılan sağlık harcamaları katlanarak artmakta; bu durum ise geriatrik hastaların mevcut hastalıklarının erken teşhisinin ve koruyucu hekimliğin önemini arttırmaktadır. Ayrıca bu yaş grubunun bakım ihtiyacının hastalıklar nedeniyle artması da topluma hizmet yönünden yük oluşturmaktadır. Bu hastalıklardan en çok karşılaştığımız, yaşla ilgili önemli bir kognitif bozukluklardan biri demans (bunama) grubu hastalıklardır. Dünyada 15 milyon, ABD’de 4 milyon ve Türkiye’de 250-500.000 tahmini demans hastası vardır. Ayrıca demans öncesi bir klinik tablo olan Hafif Kognitif Bozukluk (HKB) hastalığında ülkemiz yaşlıları için tahmini rakam 500.000- 1.000.000’dir. Ancak kesin olmamakla birlikte 300-400 bin Alzheimer ve demans hastası olduğu tahmin edilmektedir. İstanbul Kadıköy’de yapılan bir çalışma da ise Türkiye’deki demans ve Alzheimer sıklığının Batı dünyasındakine benzer oranlara sahip olduğunu belirtmektedir (6, 16, 19).

2. 1. 4. Demansın Nedenleri

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin tanı sınıflandırması DSM-IV’te, Demans 13 başlık altında toplanmaktadır (9).

1. Erken başlangıçlı Alzheimer Tipi Demans (65 yaşından önce)
2. Geç başlangıçlı Alzheimer Tipi Demans (65 yaş sonrasında)
3. Vasküler Demans
4. HIV Hastalığına Bağlı Demans
5. Kafa Travmasına Bağlı Demans

6. Parkinson Hastalığına Bağlı Demans
7. Huntington Hastalığına Bağlı Demans
8. Pick Hastalığına Bağlı Demans
9. Creutzfeld-Jacob Hastalığına Bağlı Demans
10. Diğer Tıbbi Nedenlere Bağlı Demans
11. Madde Kullanımına Bağlı Demans
12. Çoğul Etiyolojiye Bağlı Demans
13. Başka Türlü Adlandırılmayan Demans

Demans bir hastalık değil bir sendromdur ve klinik olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Demansa neden olan 100'den fazla hastalık bildirilmektedir. Bunlardan bazıları çok nadir olarak görülen hastalıklardır. Genelde, özellikle de 65 yaşın üzerindeki demans sendromunun en sık nedeni AH'dır. Alzheimer hastalığını (sıralama farklı çalışmalarda değişmek üzere) VD, Lewy Cisimcikli Demans ve Frontotemporal Demans takip etmektedir (10, 34).

Demansa neden olabilecek durumlar Tablo 2. 1 de ayrıntılı olarak verilmiştir (10).

Tablo 2.1: Demans nedenlerinin sınıflandırılması

Demans nedenleri	
PRİMER (Nörodejeneratif) Alzheimer hastalığı Fronto-temporal Demans • Pick hastalığı • Non-spesifik fokal atrofiler • Kromozom 17 - FTD • ALS-FTD Hareket bozukluğu ve demans • Lewy Cisimcikli Demans • Parkinson Hastalığı Demansı • Progresif supranükleer felç • Huntington hastalığı • Kortikobazal dejenerasyon • Spinocerebellar ataksiler (bazı formları) • ALS-Parkinson-demans kompleksi • Wilson hastalığı • Multistem atrofi • Pantotenat kinaz ilişkili nörodejenerasyon Prion hastalıkları • Creutzfeldt-Jacob hastalığı • Gerstmann-Sträussler-Scheinker • Fatal familyal insomni Diğer • Nöronal seroid lipofuskinosis • Gaucher hastalığı • Niemann-Pick hastalığı • “Arjinofilik grain” hastalığı • Mitokondriyel hastalıklar	SEKONDER Vasküler demans • Multi-infarkt demans • Binswanger hastalığı • Stratejik infarkt demansı • Serebral otozomal dominant arteriopati • subkortikal infarktlar (CADASIL) • Postanoksik Normal basınçlı hidrosefali Toksik-Metabolik demanslar • Wernicke-Korsakoff hastalığı • B12 vitamin eksikliği • Nikotinik asit eksikliği • Hipotiroidi • Kronik karaciğer hastalığı • Organik çözücülere maruz kalma • İlaçlar • Alkolizm • Enfeksiyonlar • Herpes Simplex ansefaliti • Nörosifiliz • Kronik menenjitler • Subakut sklerozan panensefalit • Progresif multifokal lökoensefalopati • HIV-demans kompleksi • Whipple hastalığı Kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar ve travma • Neoplazi • Subdural hematoma • Dementia pugilistica Otoimmün-inflammatuar hastalıklar • Multipl skleroz • Behçet hastalığı • Sarkoidoz • Sistemik vaskülitler • Primer sinir sistemi vaskuliti • Paraneoplastik limbik ensefalit • Nonvaskülitik otoimmün inflammatuar • meningoensefali

2. 1. 5. Semptomlar ve Klinik Seyir

Demans bilişsel, davranış ve psikolojik bozukluklarla seyretmektedir. Demans temel olarak 5 alanı etkilemekte ve tanı koymak için en az 3 alanın bozukluğu söz konusu olmaktadır. Bu alanlar; hafıza, dil, görsel-uzamsal yetenekler, kişilik, davranışsal ve psikolojik belirtiler ve diğer yardımcı kognitif yetiler (soyutlama, hesap, yargılama vb.) dir (12).

Uluslararası Geriatrik Psikiyatri Birliği, 1996 yılında düzenlediği bir uzlaş konferansında bu önemli belirti grubunu Demansın Davranışsal ve Psikolojik Semptomları (DDPS) olarak tanımlamaya karar vermiştir. Algı, düşünce içeriği, duygu durumu ve davranış alanlarındaki belirtileri kapsayan bu semptom grubunun demansın seyri boyunca hastaların %80-90'ında görüldüğü bilinmektedir (12, 35).

Kişilerde demansın ilk evresinde ılımlı düzeyde unutkanlık vardır ve hastalar çoğunlukla bellek bozukluğundan yakınmaktadırlar. Hastalar bu evrede kaygılı bir görünüm halinde olabilmektedir. Fakat klinik görüşme sırasında bellek bozukluğuna ilişkin veriler saptanamadığı gibi herhangi bir sosyal veya mesleki sorunları da bulunmamaktadır (35).

Bellek bozukluğunun biraz daha ilerlemesi sonucu işlevsellikte azalma ortaya çıkmaktadır. Hastalar konsantrasyon güçlüğünden yakınır, kelimeleri ve isimleri bulmakta güçlük çekmektedirler. Artık yakınları ve çalışma arkadaşları da hastanın performansının bozulduğunu farketmektedirler (12).

Hastalar demans ilerledikçe yeterince iyi bilmedikleri yerlere seyahat ettiklerinde kaybolabilmektedirler. İlk dönemde hastalar bellek bozukluğunun farkında oldukları için çoğu zaman bu tür bir yeti yitimine bunaltı ve çökkünlük oluşumu ile tepki gösterebilmektedirler. Kısa bir süre sonra hastalar kendilerindeki bellek bozukluğunu inkâr etmeye başlamaktadırlar. Karmaşık işlevlerin yerine getirilmesinde bozukluklar da bu evrede ortaya çıkabilmektedir (12, 36).

Demansın ileri evrelerinde yargı bozukluğu da tabloya eklenmektedir. Bellekteki yıkım artık belirginleşmektedir. Hasta artık destek olmaksızın yaşamını tek başına idare edemeyecek duruma gelmektedir. Günlük yaşamdaki önemli olayları; yakın arkadaşlarının, hasta aile üyelerinin isimlerini bile unutabilmekte; bununla beraber sanrılar, kişilik ve davranış değişiklikleri gibi psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (36).

Ağır bir yıkımın olduğu son evrede ise hastalar tüm kapasitelerini yitirmişlerdir. Eşlerini tanıyamaz hale gelmişler, kendi isimlerini bile unutmuşlardır. Tüm sözel yetenekler, motor beceriler kaybolmuştur. Kendi başlarına yıkanamadıkları gibi tuvalet temizliklerini dahi beceremedikleri görülmektedir (12). Ardından idrar ve dışkı kaçırmaya başlarlar. Bu evrede yüksek kortikal işlev bozuklukları da çok belirgin hale gelmektedir. Bunama, bazen davranışlardaki inhibisyonun ortadan kalkmasına yol açabilir. Böyle bir durumda kişi uygunsuz şaka yapabilmekte, kişisel bakımını ihmal edebilmekte, hiç tanımadığı kişilere uygunsuz bir samimiyet gösterebilmekte ve sosyal kurallara hiç aldırış etmeyebilmektedir. Özellikle Parkinson veya Huntington hastalığına bağlı bunamalar ile damarsal hastalıklara bağlı bunamalarda hastalarda sarhoşvari konuşma bulunabilmektedir (12, 36).

Demansın en son döneminde hasta ileri derecede kilo kaybetmiş olup oldukça bitkin ve düşkün olmakta, yatalak hale gelebilmektedir. Bu hastalarda açlık dürtüsü halen bulunduğu için kendilerine iyi bakım sağlanmayan kişiler dışkılarını yiyebilmekte veya duvarlara ya da diğer eşyalara sürebilmektedirler. Bunamanın vardığı bu son nokta gaitizm olarak bilinir. Hastalar çoğunlukla araya giren enfeksiyonlarla kaybedilebilmektedir (12, 36).

Özetle demansın belirtileri (37);

- Unutkanlık: Demanslı kişiler esas olarak yakın zamanda gerçekleşen olayları, biraz önce ne söylendiğini, ne yapmak üzere olduklarını unutabilmektedir. Daha önceki olayları unutma ise daha sonraki evrelerde görülmektedir.
- Oryantasyon sorunları: Demanslı bir kişi kolaylıkla yolunu kaybeder ya da nerede olduğunu unutabilmektedir.
- Plan yapma ve ileriye düşünme zorluğu: Örneğin randevu almaları son derece zor olmaktadır.
- Düşünme bozuklukları: Demanslı kişiler konuşma güçlükleri ve hesap yapma güçlükleri yaşamaktadırlar.
- Belirli eylemlerde zorluk: Örneğin giyinmeleri artık o kadar kolay olmamaktadır.

- Değişen karakter özellikleri: Davranış bozuklukları görülmektedir. Demanslı kişiler ajite, çoğu zaman geceleri huzursuz, bazen kuşkucu ya da saldırgan olabilmektedirler.

Zamanla, bu bozukluklar normal yaşamı etkileyecek kadar ciddi bir hal almaktadır. İş yapma, diğer etkinlikler ve günlük temaslar giderek daha güçleşmektedir. Hastalık ilerledikçe, sonunda hasta günlük bakımı için başkalarına daha bağımlı hale gelmektedir (37).

2. 1. 5. 1. Hafif Kognitif Bozukluk (HKB)

Alzheimer hastalığı ile normal yaşlanma arasındaki kliniği HKB durumu tanımlamaktadır. Bu kişilerde yaşına göre daha fazla unutkanlık vardır, fakat Alzheimer hastalığı tanı kriterlerini karşılamamaktadır. AH' na yakalanmada yüksek oranda HKB'si olan kişilerin riski taşıdığına inanılmaktadır (38).

HKB, tipik olarak bellek gibi bir veya birden fazla kognitif alandaki bozukluğu veya kişinin yaşına veya eğitimine göre daha fazla kognitif yeteneklerde genel olarak hafif yıkımı tanımlamaktadır. Ancak bu bozukluk demans tanısı koyduracak derecede kişinin günlük yaşam aktivitelerini etkilememektedir (38, 39).

HKB için klinik kriterler (40);

- Hasta yakını tarafından da doğrulanan bellek bozukluğu yakınması,
- Yaşa ve eğitime göre objektif bellek bozukluğu,
- Genel kognitif fonksiyonların geniş oranda korunmuş olması,
- Günlük yaşam aktivitelerinin büyük miktarda sağlam olması ve demans bulunmamasıdır.

Klinik perspektif açısından en az üç tip tablo vardır. Amnestik HKB birinci tipi oluşturmaktadır. Belirgin bellek bozukluğu ile birlikte AH' na dönüşme riski ve potansiyeli taşımaktadır. Multipl alanda HKB ise ikinci tiptir. Bu tip HKB de birden çok kognitif alanda (bellek, lisan, dikkat, görsel-mekansal beceriler, yürütücü işlevler gibi) fakat demans oluşturacak kadar şiddette olmayan, hafif bozukluk mevcuttur (39). Bu tipteki kişiler normal yaşlanmayı temsil edebildikleri gibi, ileride AH' na veya vasküler demansa dönüşebilmektedir. Bellek dışında tek alanda HKB de üçüncü tipi oluşturmaktadır. Bellek dışında lisan, yürütücü fonksiyonlar gibi tek bir kognitif alanda

bozukluk olmakta, diğer kognitif fonksiyonlar korunmakta fakat demans oluşturacak derecede günlük yaşam aktiviteleri bozulmamaktadır. Bu tipteki kişiler ileride frontotemporal demans, primer progresif afazi veya Lewy cisimcikli demansa dönüşebilmektedir (38, 39).

Alzheimer hastalığına bağlı patolojik değişikliklerin klinik bulgular ortaya çıkmadan 15–20 yıl önce başladığına işaret edilmektedir. AH klinik olarak altı grupta incelenmektedir (38);

1. Preseptomatik dönem

Beyinde yavaş ilerleyen bir patolojik süreç olmaktadır. Ancak mental veya davranışsal semptomlar, günlük aktivitelerde bozulma, performanstaki azalma yönünden, duyarlı testler kullanıldığında bile, nörofizyolojik testlerde bir bozukluk olmamaktadır (38, 41).

2. Preklinik dönem

Özellikle hafızada kolaylıkla fark edilmeyen kayıplar kognitif performanstaki testler ile saptanabilmektedir. Ancak bu kayıplar günlük aktivitelerde herhangi bir aksama ile ilişkili olmamaktadır (38).

3. Erken “şüpheli” Alzheimer hastalığı

Bu evredeki kişilerde demansı akla getirecek işlevsel ve kognitif bozulmanın bulguları ortaya çıkar. Bu kişiler hafif unutkanlık ve beraberindeki karar verme yeteneğinde, evdeki, işindeki ve toplumdaki etkinliklerinde hafif bozulma gösterirler (38, 41).

4. Hafif Alzheimer hastalığı

- İlerleyici günlük hayatı etkileyen unutkanlık
- Kelime bulmada güçlük, afazi
- Kişilik değişikliği
- Hesaplama zorlukları
- Eşyaları kaybetme, yerini karıştırma, uygunsuz yerlere koyma
- Soruların veya cümlelerin tekrarlanması
- Hafif oryantasyon bozukluğu

5. Orta dönem Alzheimer hastalığı

- Unutkanlıkta artış
- Afazide artış, uygunsuz kelimeler kullanma
- Temel günlük yaşam aktivitelerinde, öz bakımda bozulma
- Kişilik değişikliği
- Akrabaları, arkadaşları hatırlayamama
- İletişim kurmakta zorluklar
- Davranışsal ve psikiyatrik bozukluklar; ajitasyon, anlamsız gezinme, hallüsinasyon gibi

6. Ağır (şiddetli) dönem Alzheimer hastalığı

- Beslenmede bağımlılık
- Üriner ve fekal inkontinans
- Mobilite problemleri, yatağa bağımlılık
- Konuşamama

AH' nın klinik belirtilerinin başında amnezi, afazi, apraksi ve agnozi gelmektedir (41).

Amnezi

Amnezi, yeni bilgileri öğrenme yeteneğinin kaybı anlamına gelmekte ve AH' da ilk semptomu olmaktadır. AH' daki ana belirti epizodik belleğin kaybı olmaktadır. Epizodik bellek özellikle hipokampusla ilgilidir. Başlangıçta hasta unutkan olur, aynı şeyleri tekrarlar, eşyalarını kaybeder ve randevularını unuttur. Böylece epizodik belleğin depo edilmesi ve hatırlanması ileri derecede yıkılmıştır. Bellekteki bozulma seçici bir şekilde yakın zamandaki olaylarla ilgili olmaktadır hasta yaşamın erken dönemleri ile ilgili yaşanmış olayları ve emosyonel yükü fazla olan yakın zaman olaylarını hatırlayabilmektedir. En belirgin sorun başlangıçta sistemli hatırlamaya özgündür. Hastaya çoktan seçmeli sorularla ilgili ipuçları verildiğinde hatırlama kolaylaşabilmektedir. Semantik bellek ise oluşmuş sosyal olaylar ve genel bilgi ile ilgili olmaktadır. AH' nın erken döneminde epizodik bellek kadar belirgin şekilde yıkılmaz. Ancak hastalık ilerledikçe semantik bellekte de yıkım başlamaktadır. Semantik bellekte tarihi gerçeklerin veya isimlerin hatırlanmasında yıkım oluşmaktadır. Semantik bellek

özellikle sol anterior temporal neokorteksin fonksiyon yapmamasına bağlı olmaktadır ve Alzheimer hastalığında bu alanda belirgin değişiklikler oluşmaktadır (38, 42).

Afazi

Spontan konuşmada kelime bulmada zorluk ve objeleri isimlendirme yeteneğinde bozukluk ile birlikte ilk görülen dil bozukluklarından olmaktadır. AH olan kişilerde sık rastlanan bir bozukluktur. Patolojik bozukluklar Wernicke alanının ön yüzüne yayılır ve Wernicke afazisi görülür. Hastalık ilerledikçe hastaların sözcük bulma ve konuşma becerilerindeki kayıplar olarak mutizm boyutuna ulaşmaktadır (38, 42).

Apraksi

Sonradan öğrenilen, pratik olarak yapılan ve motor beceri gerektiren hareketleri uygulama becerisinin bozulmasına apraksi denilmektedir. Genellikle hastada bir şekli kopya etmesi sırasında (örneğin kesişen altıgen veya üç boyutlu cisimler çizme) veya birbirini ardı sıra yapılması gereken bir iş istendiğinde ortaya çıkmaktadır. Hastalığın erken döneminde anamnezden, hastanın teknik ya da yeni öğrenilmiş bilgi gerektiren karmaşık becerileri yapamadığı öğrenilebilmektedir (araba kullanmada problem yaşama gibi). Hastalık ilerledikçe elbiselerini belli bir sırada giyemediği, bıçak ve çatal kullanarak doğru şekilde yemek yiyemediği öğrenilebilmektedir. Sol parietal fonksiyon bozukluğu apraksi nedenidir (38, 42).

Agnozi

Hastanın bedeninin çeşitli bölümlerini tanıyamamasına ise agnozi denilmektedir. Agnozinin özel şekli olan Gerstman Sendromu'nda parmak agnozisi, sağ-sol dezoryantasyonu, akalküli (basit hesapları yapamama) ve agrafi (yazı yazamama) bulunmaktadır. Yüzleri tanıyamama (prosopagnozi) hastada yakınlarının gerçek olmadığı, yakınlarının kopyaları ile yer değiştirdiği inancına yol açmaktadır. (Capgras sendromu). Bunların yanında soyut kavramları kullanma becerisinde bozulma olmakta, günlük mali ve mesleki sorunları çözmede yetersiz kalmakta ve karar verme yetisinde ve yargılamada bozukluk görülebilmektedir (38, 42).

2. 1. 6. Tanı Kriterleri

Demans ve AH'nın klinik tanısı için yayınlanmış olan ve bugün yaygın biçimde Ulusal ve Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (NINCDS-ADRDA) (National Institute of Neurological and

Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) (42) ve Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) tanı kriterleri kullanılmaktadır (44).

2. 1. 6. 1. NINCDS-ADRDA Alzheimer Hastalığının Klinik Tanı Kriterleri

I. Muhtemel AH klinik tanı kriterleri şunları içermektedir:

- Klinik muayene ile saptanan, Mini-Mental Test (MMT), Blessed Demans Ölçeği ya da benzer bir test ile dokümanite edilen ve nöropsikolojik testlerle de doğrulanan demans tablosu;
- İki ya da daha fazla bilişsel süreçte bozulma;
- Bilinç bozukluğu yok.
- Başlangıç 40-90 yaşları arasında, büyük sıklıkla da 65 yaşından sonra;
- Bellek ya da diğer bilişsel süreçlerde ilerleyici bozukluğa yol açabilecek sistemik ya da beyne ait başka bir hastalık yok.

II. Muhtemel AH tanısı şunlarla desteklenir:

- Dil (afazi), motor yetenekler (apraksi) ve algı (agnozi) gibi özgül bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulma;
- Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve davranış biçiminde değişme,
- Ailede benzer bozukluk öyküsü (özellikle patolojik olara kanıtlanmışsa),
- Laboratuarda:

o Standart tekniklerle normal lomber ponksiyon,

o EEG'nin normal olması yada yavaş dalga aktivitesinde artış gibi non-spesifik değişiklikler,

o Bilgisayarlı Tomografide (BT) serebral atrofiye ilişkin bulgular ve seri incelemelerde bu bulguların ilerleyişi.

III. Alzheimer hastalığı dışındaki nedenler dışlandıktan sonra, muhtemel AH tanısı ile uyumlu olabilecek diğer klinik özellikler şunlardır:

- Hastalığın seyrinde platolar,

- Depresyon, uykusuzluk, inkontinans, hezeyan, illüzyon ve halusinasyonlar, verbal, emosyonel ya da fiziksel katastrofik patlamalar, cinsel bozukluklar ve kilo kaybı gibi eşlikçi bulgular,
- Bazı hastalarda, özellikle hastalığın ileri dönemlerinde, kas tonusunda artış, myoklonus ya da yürüme güçlüğü gibi diğer nörolojik bozukluklar,
- Hastalığın ileri evresinde nöbetler,
- Yaş için normal BT.

IV. Muhtemel AH tanısını belirsizleştiren ya da ihtimal dışına çıkaran özellikler şunlardır:

- İnme tarzında ani başlangıç,
- Hemiparezi, duysal kayıp, görme alanı defektleri ve inkoordinasyon gibi fokal nörolojik bulguların hastalığın erken evrelerinde bulunması,
- Nöbetler ya da yürüyüş bozukluklarının, daha başlangıçta ya da hastalığın çok erken evrelerinde bulunması,

V. Mümkün AH tanı kriterleri şunlardır:

- Demansa neden olabilecek diğer nörolojik, psikiyatrik ya da sistemik bozukluklar olmaksızın, başlangıç, presentasyon ya da klinik seyirde varyasyonların bulunması durumunda konulabilir,
- Demansa neden olabilecek, ancak demansın nedeni gibi görünmeyen ikinci bir sistemik ya da beyin hastalığının bulunması durumunda konulabilir,
- Diğer belirlenebilir nedenlerinin dışlandığı, tek ve yavaş ilerleyici bir bilişsel bozukluğun bulunması durumunda, araştırma çalışması amaçlı olarak kullanılabilir.

VI. Kesin Alzheimer Hastalığı tanısı kriterleri şunlardır:

Biyopsi ya da otopsiyle elde edilen histopatolojik kanıtlar.

DSM-IV Alzheimer Tipi Demans İçin Tanı Kriterleri (43, 44)

A. Birden fazla bilişsel alanı içeren bozukluk kendini aşağıdaki iki maddeyi de kapsayacak şekilde göstermektedir:

1. Bellek bozukluğu (yeni bir bilgi öğrenme ve öğrenilmiş eski bir bilgiyi hatırlama yeteneğinin bozulması)

2. Aşağıda sıralanan bilişsel bozuklardan en az biri:

a. Afazi (dil bozukluğu)

b. Apraksi (motor işlevlerin normal olmasına karşın belirli motor eylemlerin yerine getirilmesi yeteneğinde bozulma)

c. Agnozi (duyusal işlevlerin salim olmasına karşın nesneleri tanımakta güçlük)

d. Yürütücü işlevlerde bozulma (planlama, organize etme, sıralama, soyutlama)

B. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar toplumsal ve mesleki işlevselliği ciddi biçimde bozmakta ve eski işlevsellik düzeyine göre anlamlı bir gerilemeyi temsil etmektedir.

C. Seyir, sinsi başlangıç ve yavaş ilerleyici kognitif yıkım özelliklerindedir.

D. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar aşağıda sıralanan nedenlerden herhangi birine bağlı değildir:

1. Bellek ve diğer bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulmaya neden olabilecek merkez sinir sistemine ait diğer durumlar (örn. serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrocefali, beyin tümörü),

2. Demansa neden olabileceği bilinen sistemik durumlar (örn. Hipotiroidizm, B12 vitamini ya da folik asid eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifiliz, HIV enfeksiyonu),

3. İlaçlar ve madde kullanımı ile ilgili durumlar,

E. Bozukluklar delirium seyri dışında ortaya çıkmıştır,

F. Bozukluk başka bir Eksen I hastalığı ile açıklanabilir nitelikte değildir (43,44).

2. 1. 7. Demansta Ayırıcı Tanı

Demans değerlendirmesi sırasında yaşlı hastada dikkat edilecek diğer bir nokta demans ile karışabilecek ve ayırıcı tanıda önemli diğer durumlar olmaktadır. Bunlar metabolik hastalıklar, yapısal santral sinir sistemi lezyonları, ilaçlar, alkolizm, depresyon, delirium, amnestik bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıklardır. Demanslı hastaların yarısında aynı zamanda depresyon da var olduğu bilinmektedir. Ayrıca, depresyonun da

tek başına bir kognitif fonksiyon bozukluğu nedeni olduğu unutulmamalıdır (6). Ayırıcı tanıda önemli bir özellik, demanslı hastaların kognitif fonksiyon bozukluklarını önemsememe veya olduğundan daha az göstermeye çalışma eğilimlerine karşılık, depresyona bağlı kognitif fonksiyon bozukluklarının hasta tarafından objektif olarak ölçülenden daha fazla olarak anlatılması olmaktadır (45). Ayrıca depresyonları sırasında kognitif fonksiyon bozukluğu izlenen yaşlı bireylerde, ilk 5 yılda demans gelişme riski belirgin olarak artmaktadır. Deliryum en sık olarak hospitalize ileri yaş hastada izlenen ve akut gelişen fluktuasyon gösteren bilinç değişikliği, azalmış dikkat, özellikle görsel hallusinasyonlarla karakterize bir tablodur. Altta yatan organik bir nedene bağlı olarak gelişebileceği gibi demansın kendisinin de sık rastlanan bir komplikasyonu olarak karşılaşılabilmektedir. Bu nedenle hastanın, akut tablosu düzeldiğinde var olan mevcut hastalıkları dışında, demans yönünden değerlendirmesi yapılmalıdır. İlaçlar ve duyu kusurları demans ayırıcı tanısında önemli olmaktadır (6, 45). İlaçlar yaşlı hastalardaki konfüzyon ve kognitif fonksiyon bozukluğu ile yakından ilişkilidir. Komorbid diğer hastalıkları nedeniyle sürekli almakta oldukları ve aralıklı olarak örneğin ağrı, uykusuzluk nedeniyle aldıkları ilaçlar bu etkileri yapabilmektedir. Örn; opioidler, benzodiazepinler, nöroleptikler, antikolinergik ilaçlar, H₂ reseptör blokörleri, kortikosteroidler gibi (14). Ayrıca hastanın ilaç olarak değerlendirmedeği, ancak kullanmakta olduğu bitkisel ürünlerin de benzer etkileri olabileceği unutulmamalıdır. Hastanın kognitif fonksiyonlarında bozukluk olduğuna karar vermeden önce duysal problemleri minimize edilerek değerlendirme yapılmalıdır. Demans değerlendirmesinde hastanın kullanmakta olduğu ve daha önce kullandığı alkol miktarı da bilinmelidir (6, 14). Alkol akut gelişimli kognitif fonksiyon bozukluğu, yürütücü faaliyetlerin yavaşlamasına, kazalara neden olabileceği için ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hastada depresyon dışında kronik psikiyatrik hastalıkların var olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. Deliryum, ajitasyon, agresyon, deluzyon, hallusinasyon, paranoya, depresyon, uyku bozuklukları demansın bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca kronik şizofreni gibi bazı psikiyatrik hastalıkların seyrinde demans gelişmesi, sağlıklı bireylerde gelişme riskinden daha fazla olmaktadır (6, 16, 19, 45).

Mental muayene yapılamayan ileri derecede demansı olan hastalara öykü ve laboratuvar özelliklerine bakılarak tanı yaklaşımı yapılmaktadır. Demans tanısı konulan veya şüphelenilen her hastaya basit bir biyokimya, tam kan sayımı, tiroit fonksiyon testleri,

serum vitamin B12 incelemesi ve kraniyal BT veya MR (MR tercih edilir) incelemesi yapılmaktadır (6, 19). Özellikle kranyal MR incelemesi demans ayırıcı tanısı yapabilmek için yararlı olmaktadır. Atrofi paterni, ak madde bozukluğunun olması, hidrosefalinin olması ve yer kaplayıcı lezyonun bulunup bulunmaması gibi çeşitli bulgular ayırıcı tanıda önemli olmaktadır. Lomber ponksiyon, EEG, PET/SPECT, serolojik incelemeler, sistemik hastalıklara yönelik ayrıntılı tetkikler ve beyin biyopsisi sadece ayırıcı tanı gerekli olduğu zamanlarda söz konusu olmaktadır (6, 46). Belirgin aile öyküsü olan, nedeni bilinmeyen erken başlangıçlı demansı bulunan olgularda ileri genetik inceleme yapılabilmektedir. Yakın bir gelecekte Alzheimer hastalığı başta olmak üzere bazı nörodejeneratif demansların ayırıcı tanısı için biyobelirteçlerin günlük klinik pratiğe girmesi beklenmektedir (46).

2. 1. 8. Yaşlı Bireylerde Demans Yönünden Fizik Muayene ve Mental Durum Değerlendirmesi

Demans değerlendirmesi ve tanısı zor olan bir durumdur. Teşhis için, hastanın önceki durumuna göre hafıza fonksiyonundaki kayba ek olarak, en az bir kognitif fonksiyonunda bozukluk olması ve bu durumun hastanın günlük hayatını etkiliyor olması gerekmektedir. Bireyin hikayesi, demans yönünden değerlendirilmesinde en önemli kısım olmaktadır (6, 43, 44). Demansın erken ipuçları çoğu kez aynı hikâyelerin tekraren anlatılması ve aynı soruların tekraren sorulması olabilmektedir. Hastanın önceden uğraştığı hobilere karşı ilgisinde azalma, ev içerisinde yaşanan kazalarda artış önceden düzgün olarak uyguladığı şeylerin aksamaya başlaması, çocuklarının, torunlarının, iyi tanınıp bilinen arkadaş isimlerinin, eşya isimlerinin unutulması gibi belirtiler saptanabilmektedir. Hikâye alınırken hastanın yakın ve uzak hafıza fonksiyonları, günlük hayatındaki otonomi düzeyi, hastada sorgulanma hissi oluşturulmadan yapılmalıdır (6, 18). Örneğin çocuklukla ilgili bilgiler, okuduğu okul, askerlik yaptığı yer, kaç çocuğu olduğu gibi sorulara verilen cevaplar, uzak hafızayı değerlendirmek için kullanılabilirken, şu anda kullanmakta olduğu ilaçlar sorgulanarak yakın hafıza test edilebilmektedir. Ayrıca hastanın şikâyetlerinin ne zaman başladığı, yavaş, hızlı, basamaklı veya giderek kötüleşen bir seyir izleyip izlemediği değerlendirilmelidir (15, 18). Sorgulama sırasında, hastada yeni şeyler öğrenememe, nesnelerin adını unutma, cümle içeriğinin azalması, hesap yapamama, bir işi planlayıp bitiremememe, bildiği ve tanıdığı yerlerde kaybolma, davranışsal ve psikiyatrik problemlerin olup olmadığı incelenmelidir (6). Demans nedenlerinin ancak %5'den az

bir kısmı geri döndürülebilir olduğu düşünülmektedir. Buna rağmen hastanın demans açısından değerlendirilmesi sırasında, şu an varolan komorbid hastalıklarının bilinmesi ve daha önceye ait medikal problemlerinin sorgulanması, aldığı ilaçların, bitkisel ürünlerin, kullandığı veya halen kullanmakta olduğu uyarıcı ilaçlar ve alkol miktarının kaydedilmesi, geri döndürülebilir nedenlerin ve risk faktörlerinin tespiti açısından önemli olmaktadır (6, 15).

Fizik muayenede demansa neden olabilecek ipuçlarının ve komorbid hastalık varlığı ve bulgularının araştırılması gerekmektedir. Nörolojik muayenede önceden geçirilmiş serebrovasküler olaya ait lateralize edici bulgu, parkinsonizme ait rijidite, bradikinezi, tremor gibi bulguların varlığı araştırılmalı, hastanın yürüyüş ve denge fonksiyonları değerlendirilmelidir (6, 47). Karotis arter üfürümleri, periferik arter nabızları, tansiyonu VD varlığına işaret etmesi açısından yararlı olabilmektedir. Demanslı olmadıkları halde ileri işitme ve görme kaybına sahip hastaların görünüş ve davranışları demanslı hastalara çok benzeyebilmekte ve bu yetersizlikleri nedeniyle mental testlere ait skorları düşük çıkabilmektedir. Bu nedenle demans tanısı konulmadan önce hastanın özellikle duyuşsal bozukluğunun olup olmadığı mutlaka gözden geçirilmektedir (6, 47, 48).

2. 1. 9. Tarama Testleri

Ölçekler, genel demans değerlendirme ölçekleri, kognitif tarama ölçekleri, genel ve özgül davranışsal ölçekler, günlük yaşam aktivitelerini (GYA, EGYA, ADCS-ADL vb) değerlendirme amaçlı işlevsel ölçekler, hareket bozukluklarının eşlik ettiği demanslarda motor bozukluğun ölçüldüğü ölçekler ve demans evrelendirme ölçekleri olarak sınıflandırılmaktadır (49).

2. 1. 9. 1. Kognitif Tarama Testleri

Alzheimer hastalığında kognitif yıkımın düzeyini saptamak, yıkımın zaman içindeki ilerleme hızını ve ilaca cevabı izlemekte kullanılan kısa global kognitif muayene araçlarıdır. Epidemiyolojik çalışmalar gibi geniş saha çalışmalarında duyarlılık ve özgüllük oranları uyarınca normalleri demanslılardan ayırmak için kullanılabilmektedir (6, 49). Ancak klinikte bir hastanın muayenesinde, kognitif alanların nitel değerlendirmesiyle bir kognitif profil belirleme amaçlı mental durum muayenesi yerine tanı amaçlı kullanılmamaktadırlar. Uluslararası literatürde en fazla adı geçen ve ülkemizde de yaygın olarak kullanılanların testlerin başında: MMSE, Blessed

Oryantasyon Bellek Konsantrasyon Testi (BOMC) ve Kısa Mental Durum Testi (STMS) gelmektedir (49).

2. 1. 9. 1. 1. Mini-Mental Durum Muayenesi (Mini Mental State Examination) (MMSE)

En yaygın kullanılan kognitif tarama aracı MMSE dir. Depresyonu demanstan ayırmak için geliştirilmiştir (50), kognitif bozukluğun ağırlığının ve zaman içinde değişikliğin nicel bir ölçütü olarak kullanılabileceği ileri sürülmüştür. Günümüze kadar duyarlılık ve güvenilirliğini arttırmak amaçlı çok sayıda değişiklik önerisi geliştirilmiştir (örn., standardize MMSE (SMMSE), modifiye MMSE (MMMSE veya 3MSE) (49).

MMSE ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (1975). MMSE, standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirebilmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu anlamda kullanılan testlerin çok fazla soru içermeleri ve uygulamada 30 dakikadan daha fazla zaman almalarından dolayı MMSE yaşlıların, özellikle de deliryumda olan ve/veya demanslı yaşlıların muayenesinde uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak üretilmiştir (12, 50).

Cerrahpaşa Geriyatrik Psikiyatri ekibi tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (51). Güngen ve arkadaşları (51) okur-yazar olmayanlar için de testin bir modifikasyonunu önermiştir. Bu çalışmada MMSE' nin duyarlılığı 0.91, özgüllüğü 0.95 gibi çok yüksek bulunmuşsa da, bu yüksek rakamlar çalışmada normal ve demansın tanımlanmasındaki metot ile ilişkili olabilmektedir. Gürvit ve arkadaşları (49) tarafından gerçekleştirilen Türkiye AH Prevalans çalışmasında (Turkish Alzheimer's Prevalence Study - TAPS) 24 puanlık sınırın demansı belirlemedeki duyarlılık ve özgüllüğü %75 olarak belirlenmiştir. Otuz puan üzerinden yapılan değerlendirmede, 24 puan altı alan yaşlılar demans yönünden riskli, 24 puan ve üstü alan yaşlılar ise normal olarak değerlendirilmektedir (12, 51). En yüksek puanın 30 olduğu MMSE, 10 puanlık zaman ve mekan oryantasyonu, 3 kayıt ve 3 hatırlama olmak üzere 6 puanlık bellek, 5 puanlık dikkat, 8 puanlık dil ve 1 puanlık görsel-mekansal işlevleri ölçen maddelerden oluşmaktadır. Genel olarak dil maddelerinin çok kolay, 100'den geriye 7'şer çıkartmayla (7'lik dizi) (bizim testimizde bu bölüm haftanın günlerini geriye doğru saydırmaktan oluşmaktadır) değerlendirilen dikkat maddelerinin çok zor olduğu söylenebilir. Ancak bunlara rağmen dünya çapında en yaygın biçimde

kullanılan testin pratikte tek bir hastada tanı amaçlı değil de kognitif bozulma konusunda genel bir fikir edinme ve zaman içinde değişimi izlemede kullanıldığı takdirde çok yararlı olmaktadır (49).

2. 1. 9. 2. Davranışsal Ölçekler

Davranışsal belirtilerin düzeyini saptamak, zaman içindeki seyirlerini ve ilaca cevaplarını izlemekte davranışsal ölçekler kullanılmaktadır (12, 49). Bazı davranışsal ölçekler; Alzheimer Hastalığında Davranışsal Bozukluklar Ölçeği (BEHAVE-AD), Nöropsikiyatrik Envanter (NPI), araştırma çalışmalarında uygunluğuyla CERAD inisiyatifince geliştirilen CERAD Demansta Davranışsal Değerlendirme Ölçeği (CERAD- BRSD), ADAS ölçeğinin kognitif olmayan AH' daki davranışsal değişikliklerin ölçülmesi için geliştirilen alt bölümü (ADAS-nonCog), özellikle frontal lobların hasarlanması sonrası gelişen davranışları, fronto-temporal demans ve Alzheimer hastalığındaki bu türden davranışsal değişiklikleri ölçmek amaçlı kullanılan Frontal Davranış Envanteri (FBI), Frontal Sistemler Davranış Ölçeği (FrSBe), geriyatrik popülasyon ve demansta depresyonu ölçmekte kullanılan Geriyatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric DS) ve Cornell Demansta Depresyon ölçekleri, demansta ajitasyon ve saldırganlığı ölçen Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri (CMAI) ve Yaşlılarda Saldırgan Davranış için Değerlendirme Ölçeği (RAGE) sayılabilmektedir (49).

2. 1. 9. 3. İşlevsel Ölçekler

Kognitif yıkıma bağlı olarak GYA' lardaki bozulmayı nicel olarak saptamayı hedefleyen bazı ölçekler arasında; Günlük Yaşam Aktiviteleri/Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (ADL/IADL), Alzheimer Hastalığı İşbirliği Çalışması– Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (ADCS-ADL), Blessed Demans Derecelendirme Ölçeği – CERAD versiyonu (BDRS-CE- RAD), Fiziksel Kendine Bakım Ölçeği (PSMS) sayılabilmektedir (52).

- Alzheimer Hastalığı İşbirliği Çalışması - Günlük Yaşam Envanteri Faaliyetleri (The Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities Of Daily Living Inventory) (ADCS-ADL)

Demans spesifik bir ölçek olup demans şiddetinin geniş bir aralığında fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmek üzere yapılandırılmış bir ankettir. Bu ölçek 23 sorudan oluşmakta 6 soru temel GYA, 17 soru enstrümental GYA ve daha komplike GYA'ni

değerlendirmektedir. Her bir madde tam bağımsızdan tam bağımlıya doğru hiyerarşik olarak sıralanmış şekilde düzenlenmiştir ve 0-78 arasında puanlanır, düşük skorlar bağımlılığı göstermektedir. Hasta yakınına uygulanır ve hastanın son 4 hafta içinde yaptığı aktiviteleri ve bunları ne ölçüde kendi başına yapabildiğini sorgulanmaktadır. Bu ölçek 12 ay üzerinde değişikliklere duyarlılık göstermektedir. MMSE ile koreledir, iyi geçerlilik ve güvenilirliğe sahiptir (52).

2. 1. 9. 4. Motor Ölçekler

Hareket Bozuklukları kliniklerinde parkinsonizmin şiddetini nicel olarak belirlemekte kullanılan Birleşik Parkinson Hastalığı Derecelendirme Ölçeği'nin motor alt bölümü (UPDRS-III) bu amaçla kullanılmaktadır (49).

2. 1. 9. 5. Evrelendirme Ölçekleri

Kognitif bozukluğun şiddetini ve/veya demansın evresini derecelendirmekte kullanılan ölçeklerdir. Bu amaçla yaygın olarak kullanılan iki ölçek; Klinik Demans Derecelendirme Ölçeği (CDR) ve Global Bozulma Ölçeği (GDS) dir (49).

2. 1. 10. Demansta Laboratuvar Değerlendirilmesi ve Görüntüleme Teknikleri

Demans yönünden geriatrik bir hasta değerlendirilirken elektrolitleri, üre, kreatinin, glukoz, kalsiyum ve karaciğer fonksiyon testleri gibi biyokimyasal parametreleri, tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri ve vitamin B12 düzeyine bakılmalıdır. Bu taramalar ile hastada kognitif bozukluğa sebep olabilecek vitamin B12 yetmezliği, tiroid hastalıkları, hiperkalsemi, depresyon, alkolizm, ilaç etkileri gibi tanılar değerlendirilir. Bunların yanında HIV ve latent sifiliz taramaları da yapılabilmektedir (6, 53).

Demans tanısı alan her hastada en az bir kez nörogörüntüleme yöntemleri (BT veya MRG) yapılması önerilmektedir. İntrakraniyal tümör, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali gibi geri döndürülebilir demans sebeplerinin ve enfarkt alanlarının saptanmasının yanında global serebral atrofi, temporal bölgede ve hipokampusta atrofi, korteks atrofisi, sulkuslarda genişleme gibi AH' na özgü sayılabilecek bulguların saptanması tanıda yardımcı olmaktadır (6). Özellikle yeni başlangıçlı, hızlı seyirli, fokal nörolojik bulgular gösteren ve erken yaşta başlayan demans tablolarında AH dışındaki demans nedenlerinin ekartasyonu için bu yöntemlere başvurulmaktadır. (6, 53).

2. 1. 11. Demansta Kognitif Bozukluğa Yönelik Tedaviler

Kognitif bozukluğa yönelik tedavide kullanılan stratejiler şunlardır;

1. Hastalığı modifiye edici tedaviler

2. Semptomatik tedaviler

3. Koruyucu tedaviler

Demans tedavisinden beklenenler;

1.Kognitif ve fonksiyonel bozulmayı stabilize etmek ya da yavaşlatmak,

2.Davranışsal ve psikiyatrik semptomları tedavi etmek,

3.Bakıcı yükünü azaltmak,

4.Bakımevi ya da hastaneye yatışı mümkün olduğunca geciktirmektir (54, 55).

Demans' ta en sık görülen tür AH'dır ve diğer demans türleri gibi evreler halinde ilerlemektedir. AH' nda halen kullanılmakta olan tedaviler, hastalık sürecini oluşturduğu öngörülen döngünün son evrelerine yöneliktir. Çalışmalardaki tedaviler ise, daha erken evreleri hedef almaktadır. Kullanılmakta olan tedaviler aslında daha çok semptomlara yöneliktir, hastalık sürecini tam anlamıyla tedavi etme şansı olmamaktadır (55).

AH tipi demansın küratif bir tedavi protokolü yoktur. Temel sorun kolinerjik sistemdeki azalma ve glutamat toksisite artışı sonucunda nöron kaybı oluşmasıdır. Kolinerjik etkinliğin artırılması (Kolinesteraz inhibitörleri ile) ve glutamat toksisitesinin azaltılması (Memantine) hastanın yaşam kalitesinde ve hastalığın ilerlemesinde düzelme sağlar ancak nöron kaybı geri dönüştürülemez (6, 28). Hastanın kognitif kapasitesinde bir değişiklik olmaması ya da azalma olması tedavi başarısızlığı anlamına gelmemekle birlikte ilaçlara düzenli olarak devam edilmelidir. İleri evre demansta tedavi tartışmalıdır. Ancak yaşam kalitesi, bakıcı ve hekim memnuniyeti değerlendirildiğinde düzelme sağladığı için ilaçlara devam edilmektedir. Her üç kolinesteraz inhibitörü ile ve Memantine ile davranış semptomlarının azaltılmasında etkin olduklarına dair çalışmalar olmaktadır (6, 28, 56, 57). Ayrıca AH ve depresyon birlikteliği açısından hasta mutlaka değerlendirilmelidir. Hastanın ilaç uyumu da mutlaka yakını ya da bakıcısı ile birlikte takip edilmelidir. İlaçların tolerabiliteleri ve pozolojileri mümkün olduğunca kolaylaştırılmalıdır. Hastanın kullandığı diğer ilaçlar ve muhtemel ilaç etkileşimleri açısından kişi mutlaka detaylı değerlendirilmeli, ilaçlarının maliyeti, tedavinin sürekliliği ve 1-2 haftada bir kutu kullanma gerekliliği sebebiyle

mutlaka ilaç raporuyla verilmelidir (56, 58). Yaşlının diğer sistemik hastalıklarının uygun tedavisi, fiziksel ve mental aktiviteyi yerinde tutma, uygun beslenmenin sağlanması, merkezi sinir sistemini olumsuz etkileyen ilaçlardan kaçınılması, geri dönüşlü demans sebeplerinin incelenmesi, enfeksiyon, kardiyovasküler hastalık, subdural hematoma, ağrı, epilepsi, uyku bozukluğu gibi araya giren hastalıkların tedavisi AH tedavisinde önemli yer tutmaktadır (28). Hasta ve yakınları ile tedavi sınırlarının görüşülmesi, tedavi hedeflerinin saptanması ve karşılıklı bilgi alışverişinin sağlanması mutlaka gerekli olmaktadır. Semptomatik tedavi özellikle ajitasyon, depresyon, agresyon, letarji, stupor durumlarında yararlı olurken, bununla birlikte inkontinans ve halüsinasyon tedavisi sıklıkla gerekmektedir (28, 56, 58). Fonksiyonel değerlendirme içinde stres ve karışık durumlardan hastanın uzak tutulması, evde güvenli ve takipli yaşam, hastaya hafıza kaybının derecesine göre bakıcı desteği, fizyolojik ihtiyaçları, genel hijyenin sağlanması için yardım ve bakım, hasta ve yakınlarının eğitimi, hastalık ve hastalık prognozu hakkında aile ve bireyin bilgilendirilmesi, yeni çıkan ve çıkmakta olan tedavilerin hasta ve yakınları ile görüşülmesi, sosyal aktivitenin ve günlük yaşama katılımın desteklenmesi, gerektiğinde ileri evrelerde sürekli gözetim, kısıtlı yaşam yer almaktadır (16, 19).

Demansla kognitif bozukluğa yönelik, günümüzde kullanılan bazı tedaviler şunlardır: (16, 19, 28).

1-Kolinerjik etkili ilaçlar: Asetil kolin esterase inhibitörleri (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin, Tacrine)

2-Glutamat toksisitesini azaltan ilaçlar: Memantine

3-Metabolik ve vasküler etkili ilaçlar

- Antioksidanlar (Vitamin E ve C, ginkobiloba ekstraktları, ginseng ekstraktları, pentoksifilin, idebenon, selenyum...)
- Nootropikler (pirasetam, oxaracetam, aniracetam, etiracetam, pramiracetam)

4-Büyüme faktörleri: Sinir hücresi büyüme faktörü

5-Amyloid oluşumunu etkileyen ilaçlar: Amyloid beta peptid aşısı, sekretaz inhibitörleri (henüz yok)

6-Olası ilaçlar: Nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), östrojen, statinler

7-Davranış semptomlarına yönelik ilaçlar: Nöroleptikler, antipsikotikler (risperidone, olanzapin, quetiapine, klozapin), benzodiazepinler (diazepam, oxazepam, klonozepam, lorazepam), antikonvulzanlar (karbamazepine, valproik asit), antidepresanlar (serotonin geri alım inhibitörleri- sertralin, sitalopram ve trisiklik antidepresanlar)

AH'da özellikle serebral korteks ve beyin sapında kolinerjik sistemle ilgili nöronal iletim yetersizliği, hastalığın patogenezi ve tedavi hedeflerini belirlemektedir. Kolinerjik sistem işlevlerinin artırılması önemli düzeltilmeler sağlamaktadır. Kolinesteraz inhibitörleri, asetilkolinin intrasynaptik yıkılımını geciktirmekte ve etkisini uzatmaktadır. Kolinesteraz inhibitörlerinin etkinliği sağlam kolinerjik nöronların varlığına bağlıdır, bu sebeple tedaviye mümkün olduğunca erken başlanmalıdır ve tedavi aralıksız sürdürülmelidir (28, 56).

Beynin bellek ile ilgili bölgelerinde asetilkolin (ACh) önemli bir nörotransmitterdir. ACh azalması AH'da bellek bozukluğu ile koreledir. Kolinerjik fonksiyonda düzelme sağlayan ajanlar kognitif fonksiyonlarda stabilizasyon veya düzelme sağlayabilirler. Ancak bu tedaviler hastalığın fizyopatolojik ilerlemesini durdurmamaktadır (16). Bu amaçla kullanılan temel ilaçlar asetilkolinesteraz inhibitörleridir. Sıklıkla kullanılan üç kolinesteraz inhibitörünün farmakolojik özellikleri Tablo 2. 2' de gösterilmiştir. Bu ilaçlarda dikkat edilmesi gereken nokta yan etkilerden korunmak için ilacın başlangıçta düşük dozlarda başlanıp, ideal doza haftalar içinde çıkarılmasıdır (6, 16).

Kolinesteraz inhibitörlerinden birine yanıt vermeyen hastanın diğer bir kolinesteraz inhibitöründen yarar görebileceğine dair yeterli veri yoktur. Bir ilaçtan diğerine ancak alerjik bir reaksiyonun varlığı gibi durumlarda geçilebilmekte ancak bu ilaçların kombine kullanılması önerilmemektedir. Ancak her üç ilaç da E vitamini ve memantin ile kombine olarak kullanılabilir. Memantine, AH patogeneziindeki artmış glutamat toksisitesini azaltan, hücre içine kalsiyum girişini düzenleyen bir ilaçtır (6, 59). Tek başına ya da kolinesteraz inhibitörleri ile birlikte kullanılmaktadır. Food and Drug Administration (FDA) tarafından AH tedavisi için onay verilen son ajan olan memantin, glutaminerjik eksitotoksisteyi önleyerek özellikle hippokampal nöronlar üzerinde nöroprotektif etkisiyle Alzheimer hastalığında semptomatik düzelme sağlayabilir (59).

Demans tedavisinde kullanılan (Food and Drug Administration) (FDA) onaylı ilaçların genel özellikleri Tablo 2. 2 de verilmiştir (6).

Tablo 2.2: Demans Tedavisinde Kullanılan (Food and Drug Administration) (FDA) Onaylı İlaçların Genel Özellikleri

Demans Tedavisinde Kullanılan (Food and Drug Administration) (FDA) Onaylı İlaçların Genel Özellikleri	
Donepezil	1997'den beri kullanımda Asetilkolinesteraz inhibisyonu Hafif-orta-ağır derecede AH için Doz (başlangıç): 1x5 mg Doz (maksimum): 1x10 mg Oral biyoyararlanımı %100 ve yarılanma ömrü 60 saattir. Yan etkileri: bulantı, kusma, uykusuzluk, kramplar, yorgunluk hissi, kabus görme, ishal
Rivastigmin	2000'den beri kullanımda Asetilkolinesteraz inhibisyonu Butirilkolinesteraz inhibisyonu Hafif-orta derecede AH için Doz (başlangıç): 2 x 1,5 mg Doz (maksimum): 2 x 6 mg Gastrointestinal yan etkiler özellikle titrasyon döneminde rivastigminde daha fazladır.
Galantamin	2001'den beri kullanımda Asetilkolinesteraz inhibisyonu Nikotinik reseptör inhibisyonu Hafif-orta derecede AH için Doz (başlangıç): 2 x 4 mg Doz (maksimum): 2 x 12 mg Yan etkiler açısından rivastigmine benzemektedir.
Memantin	N-metil-D-aspartat (NMDA) antagonizması Orta-ağır AH için Doz (başlangıç): 1x 5 mg Doz (maksimum): 2 x 10 mg Yan etkileri arasında halüsinasyon vardır.

2. 1. 12. Demansta Davranış Bozukluklarının Tedavisi

AH sürecinde sıklıkla karşılaşılan davranışsal semptomların tedavisinde, pratik ve etkili olmaları nedeniyle ilk olarak farmakolojik olmayan yöntemlerin denenmesi önerilmektedir (6, 58). Özellikle bakım evlerinde kalan hastalara yönelik müzik dinletilmesi, hasta yakınlarının video kayıtlarının seyrettirilmesi, bakıcının ses kaydının dinletilmesi, yürüme ve ışık egzersizleri, duyuşal stimölasyon ve gevşeme egzersizleri gibi yöntemler denenmiştir (58).

Demansta gözlenen davranış bozuklukları muhtemelen limbik sistemdeki kolinergic yetmezliğe bağılı olduğı için temel olarak kognitif yetmezlik için kullanılan kolinesteraz inhibitörlerinin demansta davranış semptomları üzerine de etkili olabilecekleri düşünülmektedir. Her üç kolinesteraz inhibitörü ilacın da demans davranışsal semptomları üzerinde etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur (6, 58).

2. 1. 13. Demans Hastasında Sağlığın Korunması ve Hasta Yakınları İle İletişim

Demansın ileri dönemlerinde ölüme neden olabilecek sepsis, pnömoni, üst solunum yolu enfeksiyonları, beslenme problemleri, bası yaraları, kırıklar gibi ikincil problemler gelişebilmektedir. Bu problemlerin etkili bir şekilde tedavisi önemlidir. Erken evrelerde egzersiz önerileri, hipertansiyon ve diğerk sağlık problemlerinin kontrolü, düzenli grip ve pnömokok aşılması, ağız bakımı, gözlük ve işitme cihazı kullanımı gibi genel sağlık önerilerinin yanında, ileri evrelerde beslenme ve cilt bakımı gibi konularda rehberlik verilmesi bu tür ikincil komplikasyonların gelişmesini en aza indirecektir (6).

Alzheimer hastasının tedavisinde doktor ile bakıcı arasındaki işbirliği için iletişim çok önemlidir. Doktor hastanın tedavisini her ne kadar optimal şekilde ayarlasa da, o tedaviyi uygulayacak olan hasta yakını veya bakıcı olmaktadır. Hasta yakını ve bakıcıların ev içi güvenlik tedbirleri, ilaçların kullanım şekli, hastanın transferi, genel bakım kuralları, internetten hastalık hakkında bilinçlenebileceğı güvenli siteler konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir (6, 58). Diğerk bir önemli nokta da bakıcıların sağlığıdır. Yapılan çalışmalarda bakıcıların normal popölasyona göre kendilerini daha sağlıksız hissettikleri, somatik yakınmaların, depresyon anksiyete gibi şikâyetlerin daha sık olarak görüldüğü saptanmıştır. Bu nedenle hastanın yanında bakıcıların da sağlığına dikkat edilmesi gerekmektedir. Alzheimer hastalarının yakınları ve bakıcıları arasında danışma gruplarının kurulmasının teşvik edilmesi yararlı olabilmektedir (6).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma kesitsel tipte olup, Kayseri il merkezinde, Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerde MMSE ile kognitif bozukluk prevalansının araştırılması, bireylerin bakımını üstlenen yakınlarına ADCS-ADL ölçeği uygulanarak örneğe çıkan bireylerin kendi başlarına yapabildikleri aktivitelerin sorgulanması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Kayseri İli Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde yer alan Melikgazi (nüfusu 520.319, ASM sayısı 20) bölgesinden iki, Kocasinan (nüfusu 377.051, ASM sayısı 18) bölgesinden ve Talas (nüfusu 113.372, ASM sayısı 6) ilçe merkezinden aile sağlığı merkezlerinden birer aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre 2012 il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri birey sayısı 86.924 dür (3).

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni: Kayseri il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırmamızda Kayseri İli' n de toplam demansın % 10 olduğu varsayılarak rastgele örnekleme ile 407 kişiye ulaşılmıştır. Kişilere rastgele seçilen ASM kayıtlarından alınan adresler aracılığıyla ulaşılması planlanmış, seçilen kişiler ASM'lere davet edilerek, gelenlerle ASM binasında görüşülmüş, gelemeyenler evlerinde ziyaret edilmişlerdir. ASM' ler deki aile hekimleri kura yöntemi ile belirlenmiştir.

Etik kurul izni ve gerekli idari izinlerin alınmasını takiben, araştırmacı tarafından 65 yaş ve üzeri bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle sosyodemografik değişkenler ve demans için risk faktörü olabilecek etkenlerin anket ile sorgulamalarından sonra uygulanacak MMSE ve ADCS-ADL ölçeği ile kognitif bozukluk değerlendirmesi yapılmıştır.

3. 4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan ve sosyodemografik özellikleri sorgulayan 28 soruluk anket, MMSE ve ADCS-ADL ile toplanmıştır.

3. 5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

3. 5. 1. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması, 03 Eylül- 07 Eylül 2012’de, Kayseri il Merkezi Beşparmak Aile Sağlığı Merkezi’nde, 65 ve üzeri yaştaki 10 birey üzerinde yapılmıştır. Ön uygulamada soru formu her bireye araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra asıl uygulamaya geçilmiştir. Ön uygulamada MMSE ve ADCS-ADL ölçeği bireylerle yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır. Bu formların uygulaması yaklaşık 15-20 dakika arasında sürmüştür.

3. 5. 2. Saha Uygulaması

Soru formlarının uygulanabilmesi için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Onayı alınmıştır. Daha sonra, aile hekimi kayıtlarından, örnekleme alınacak 65 ve üzeri yaş bireylerin adresleri ve telefon numaraları belirlenmiştir. Veriler 8 Eylül 2012- 10 Ocak 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Örnekleme çıkan yaşlılarla telefonla görüşülerek ASM’ye davet edilmiş, anket uygulamadan önce katılımcılardan aydınlatılmış onam formu okutularak sözel onam alınmış ve yüz yüze görüşme yöntemiyle sosyodemografik özelliklerle birlikte MMSE ve ADCS-ADL ölçeği araştırmacı tarafından bireylere uygulanmıştır. Aile sağlığı merkezine gelemeyen yaşlılar evlerinde ziyaret edilmiş, anket ve ölçekler evlerinde uygulanmıştır. İleri derecede işitme ve konuşma güçlüğü olanlar, iletişim kurmakta güçlük çekenler ve çalışmaya katılmak istemeyenler çalışmadan çıkarılmış, bu kişilerin yerine yedek listeden sırasıyla bireyler alınmıştır.

3.6. Standardize Mini Mental Test Ölçeğinin Değerlendirilmesi

MMSE ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (1975). MMSE, standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirebilmek amacıyla hazırlanmıştır (50, 51).

Güngen ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (51). Güngen ve arkadaşları okur-yazar olmayanlar için testin bir modifikasyonunu önermiştir. Bu çalışmada MMSE' nin duyarlılığı 0.91, özgüllüğü 0.95 gibi çok yüksek bulunmuşsa da, bu yüksek rakamlar çalışmada normal ve demansın tanımlanmasındaki metot ile ilişkili olabilmektedir. Otuz puan üzerinden yapılan değerlendirmede, 24 puan altı alan yaşlılar kognitif bozukluk yönünden riskli, 24 puan ve üstü alan yaşlılar ise normal olarak değerlendirilmektedir (51). 18-23 puan hafif kognitif bozukluk, 17 puan ve altı ciddi kognitif bozukluk ve 24-30 puan normal kabul edilmiştir. En yüksek puanın 30 olduğu MMSE, 10 puanlık zaman ve mekan oryantasyonu, 3 kayıt ve 3 hatırlama olmak üzere 6 puanlık bellek, 5 puanlık dikkat, 8 puanlık dil ve 1 puanlık görsel-mekansal işlevleri ölçen maddelerden oluşmaktadır (51).

3. 7. Alzheimer Hastalığı İşbirliği Çalışması–Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (ADCS-ADL)

Demansa spesifik bir ölçek olup, demans şiddetinin geniş bir aralığında fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmek üzere yapılandırılmış bir ankettir. Bu ölçek 23 sorudan oluşmakta 6 soru temel GYA, 17 soru enstrümental GYA ve daha komplike GYA'ni değerlendirmektedir. Her bir madde tam bağımsızdan tam bağımlıya doğru hiyerarşik olarak sıralanmış şekilde düzenlenmiştir ve 0-78 arasında puanlanır, düşük skorlar bağımlılığı göstermektedir. Hasta yakınına uygulanır ve hastanın son 4 hafta içinde yaptığı aktiviteleri ve bunları ne ölçüde kendi başına yapabildiğini sorgulanmaktadır. Bu ölçek 12 ay üzerinde değişikliklere duyarlılık göstermektedir. MMSE ile koreledir, iyi geçerlilik ve güvenirliğe sahiptir (52).

3. 8. Verilerin değerlendirilmesi

Sosyo-demografik anket, Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Alzheimer Hastalığı İşbirliği Çalışması–Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (ADCS-ADL) kullanılarak elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistiks 21.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin özet istatistikleri birim sayısı (n), yüzde (%), medyan (%25 persentil-%75 persentil) değerleri olarak verilmiştir. Sayısal

değişkenlerin normalliği Shapiro-Wilk testi ve Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiştir. İki grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmaları Kruskal-Wallis Analizi ile değerlendirilmiştir. Çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arası ilişkiye Sperman Korelasyon Analizi ile, kategorik değişkenler arası ilişkiye ki kare testinin exact yöntemi ile bakılmıştır. Demans üzerine etkili faktörlerin belirlenmesinde ikili lojistik regresyon analizinin geriye doğru elemeli yöntemi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma 407 kişiye ulaşılarak tamamlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireylerin ortalama yaşının 72.79, %56.3' ünün kadın, %64.9 'unun evli, %39.3' ünün okur-yazar olmadığı, %99.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %55.3' ünün mesleğinin ev hanımı olduğu yada bir mesleğinin olmadığı, %56.0 'ının emekli olmadığı, %85.0' ının ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1: Araştırmaya katılanların çeşitli tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	178	43.7
Kadın	229	56.3
Yaş (X±SD) ortalama yıl	72.79±6.47	
Medeni durum		
Evli	264	64.9
Hiç Evlenmemiş	1	0.2
Boşanmış	1	0.2
Dul	138	34.0
Ayrı Yaşıyor	3	0.7
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	160	39.3
Okur-yazar	58	14.3
İlkokul mezunu	154	37.8
Ortaokul mezunu	14	3.4
Lise mezunu	15	3.7
Yüksekokul/üniversite mezunu	6	1.5
Sosyal güvencesi		
Var	404	99.3
Yok	3	0.7
Mesleği		
Ev Hanımı	225	55.3
Emekli	180	44.2
Çalışıyor	2	0.5
Nerden emekli		
Emekli değil	227	56.0
İşçi	95	23.3
Çiftçi	13	3.3
Esnaf	40	9.8
Şoför	14	3.4
Memur	17	4.2
Ekonomik durum		
Çok iyi	1	0.2
İyi	34	8.4
Orta	346	85.0
Kötü	26	6.4
Çok Kötü	0	0.0
Toplam	407	100.0

Araştırmaya alınan 65 yaş ve üzeri bireylerin %47.7' sinin eşi ile birlikte yaşadığı, %97.1' inin çocuğunun olduğu bunun %32.9' unun 2 kız çocuğu %34.2 ' inin 2 erkek çocuğa sahip olduğu ve %99.0 'ının il merkezinde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2: Araştırmaya katılanların yaşama koşulları ile ilgili özelliklerine göre dağılımları

Yaşama Koşulları İle İlgili Özellikler	Sayı	%
Şuan kimlerle yaşıyor		
Yalnız başıma yaşıyorum	50	12.3
Eşimle yaşıyorum	194	47.7
Eşim ve çocuk/çocuklarımla	70	17.2
Çocuğum veya Çocuğumun ailesi ile birlikte	93	22.9
Çocuğunuz var mı		
Var	395	97.1
Yok	12	2.9
Kız çocuğu sayısı		
Yok	45	11.1
1 çocuk	108	26.5
2 çocuk	134	32.9
3 çocuk	73	17.9
4 çocuk	26	6.4
5 ve üzeri sayıda çocuk	21	5.2
Erkek çocuğu sayısı		
Yok	25	6.1
1 çocuk	109	26.8
2 çocuk	139	34.2
3 çocuk	88	21.6
4 çocuk	31	7.6
5 ve üzeri sayıda çocuk	15	3.7
Genelde nerede yaşıyorsunuz		
İlçe merkezi	403	99.0
İlçe kırsalı	4	1.0
Toplam	407	100.0

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %82.6' sının tanısı konmuş bir hastalığa sahip olduğu, %61.4' ünde HT, %25.6' sında DM, %24.1' inde kardiovasküler hastalık, %14.3' ünde romatizma, %0.5' inde Alzheimer, %11.3' ünde osteoporoz, %4.4' ünde ateroskleroz, %1.0' unda böbrek yetmezliği, %1.7 'sinde psikolojik rahatsızlık, %3.9' unda prostat, %0.2' sinde Parkinson, %0.7' sinde kanser, %8.8' inde astım bronşit olduğu saptanmıştır. %23.6' sında ise ailede kalıtsal hastalık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3: Araştırmaya katılanların tanısı konmuş hastalıklarla ilgili özelliklerine göre dağılımları

Hastalıkla İlgili Özellikler	Yok		Var	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanısı konmuş hastalık	71	17.4	336	82.6
HT	157	38.6	250	61.4
DM	303	74.4	104	25.6
Kardiovasküler hastalık	309	75.9	98	24.1
Romatizma	349	85.7	58	14.3
Alzheimer	405	99.5	2	0.5
Osteoporoz	361	88.7	46	11.3
Ateroskleroz	389	95.6	18	4.4
Böbrek yetmezliği	403	99.0	4	1.0
Psikolojik rahatsızlık	400	98.3	7	1.7
Prostat	391	96.1	16	3.9
Parkinson	406	99.8	1	0.2
Kanser	404	99.3	3	0.7
Astım bronşit	371	91.2	36	8.8
Aile kalıtsal hastalık	311	76.4	96	23.6
Toplam	407	100.0	407	100.0

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %12.0' sında ailedeki kalıtsal hastalığın kardeşlerde olduğu, %80.8' inin sürekli kullandığı ilacı olduğu, %56.3' ünün çoklu ilaç kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4: Araştırmaya katılanların bazı sağlık durumları ile ilgili özelliklerine göre dağılımları

Bazı Sağlık Durumları	Sayı	%
Ailede Kalıtsal Hastalık Kimde Var		
Hastalık yok	311	76.4
Anne-baba da	47	11.5
Kardeşlerde	49	12.0
Sürekli kullandığımız ilaç		
Yok	78	19.2
Var	329	80.8
Ne ilacı		
Kullanmıyorum	78	19.2
Antihipertansif	66	16.2
Antidiyabetik	11	2.7
Antiromatizmal	5	1.2
Antihiperlipidemik	1	0.2
Kalp İçin	15	3.7
Çoklu İlaç	229	56.3
Psikolojik İlaç	2	0.5
Toplam	407	100.0

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireylerin %74.0' ının sigara kullanmadığı, %20.4' ünün sigarayı bıraktığı, %93.6' sının alkol kullanmadığı, %5.9' unun da alkolü bıraktığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların sadece %34.6' sının her gün güneşe maruziyet durumunun olduğu, %13.0' ının her gün meyve sebze yiyebildiği, %41.5' inin haftada 1-2 kez yürüyüşe çıktığı, %19.7' sinin hiç yürüyüş yapmadığı, %30.2' sin de kolesterol olduğu, %5.9' unun geçmişte kafaya darbe aldığı, %17.9' un da depresyon öyküsü olduğu, %1.2' sinin istemsiz kilo değişikliği yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5: Araştırmaya katılanların bazı alışkanlıkları ve bazı özgeçmiş özellikleri ile ilgili dağılımları

Alışkanlıklar ve özgeçmiş ile İlgili Özellikler	Sayı	%
Sigara kullanımı		
Evet	23	5.7
Hayır	301	74.0
Bıraktım	83	20.4
Alkol kullanımı		
Evet	2	0.5
Hayır	381	93.6
Bıraktım	24	5.9
Güneşe maruziyet		
Her gün	141	34.6
Gün aşırı	211	51.8
Haftada 1-2	52	12.8
Ayda 1-2	1	0.2
Nadiren	2	0.5
Meyve Sebze		
Her gün	53	13.0
Gün aşırı	239	58.7
Haftada 1-2	111	27.3
Ayda 1-2	2	0.5
Nadiren	2	0.5
Yürüyüş		
Her gün	16	3.9
Gün aşırı	101	24.8
Haftada 1-2	169	41.5
Ayda 1-2	41	10.1
Hiç	80	19.7
Kolesterol		
Var	123	30.2
Yok	176	43.2
Bilmiyorum	108	26.5
Kafaya darbe öyküsü		
Evet	24	5.9
Hayır	383	94.1
Depresyon öyküsü		
Evet	73	17.9
Hayır	334	82.1
Kilo değişikliği		
Hayır	402	98.8
Evet	5	1.2
Toplam	407	100.0

Araştırmaya katılan kişilerin kendilerinden ve yakınlarından ayrı ayrı alınan bilgilere göre unutkanlık ve becerilerle ilgili elde edilen bulgular tablo 4.6' da verilmiştir.

Tablo 4. 6: Araştırmaya katılanların bilişsel ve beceri özelliklerine göre dağılımları

Bilişsel-Beceri Özellikler	Sayı	%
Unutkanlık durumu (bireye göre)		
Evet	334	82.1
Hayır	73	17.9
Unutkanlık durumu (yakınına göre)		
Evet	350	86.0
Hayır	57	14.0
Unutkanlık önemli mi (bireye göre)		
Unutkanlık yok	73	17.9
Evet	168	41.3
Hayır	166	40.8
Unutkanlık önemli mi (yakınına göre)		
Unutkanlık yok	57	14.0
Evet	171	42.0
Hayır	179	44.0
Beceri azaldı mı (bireyden bilgi)		
Evet	395	97.1
Hayır	12	2.9
Beceri azaldı mı (yakınından bilgi)		
Evet	398	97.8
Hayır	9	2.2
Toplam	407	100.0

Katılımcıların bilişsel durum değerlendirilmesine yarayan MMSE’ nin alt puanlarına göre dağılımları Tablo 4.7’ de verilmiştir.

Tablo 4. 7: Araştırmaya katılanların bilişsel durumlarına göre dağılımları

Bilişsel durum puanları	(X±SD)Ortalama
MMSE_YT (yönelim)	7.88±1.85
MMSE_KT (kayıt hafızası)	2.84±0.44
MMSE_DT (dikkat)	1.22±1.71
MMSE_HT (hatırlama)	1.67±0.96
MMSE_LT (lisan)	7.64±1.22
Toplam MMSE Puanı	21.30±4.30

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireylerin %44.7' si MMSE ölçeğinden 18-23 puan (hafif kognitif bozukluk) , %16.2' si 17 puan ve altı (ciddi kognitif bozukluk) , %39.1' i ise 24-30 puan (normal) almış olarak saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8: Araştırmaya katılanların mini mental puan dağılımına göre durumları

MMSE Puanı	Sayı	%
17 puan ve altı (ciddi kognitif bozukluk)	66	16.2
18-23 puan (hafif kognitif bozukluk)	182	44.7
24-30 puan (normal)	159	39.1
Toplam	407	100.0

Araştırmaya katılanların kesim noktası değeri olan 24 puana göre dağılımında %60.9' u 24 puan altı (kognitif bozukluğu olan), %39.1' i ise 24 puan veya üzeri (kognitif bozukluğu olmayan) almış olarak saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9: Araştırmaya katılanların kesim noktası değerine göre dağılımı

Kesim Noktası Değerine Göre Dağılım	Sayı	%
24'ün altı (kognitif bozukluğu olan)	248	60.9
24 veya üzeri (kognitif bozukluğu olmayan)	159	39.1
Toplam	407	100.0

Araştırma kapsamına alınan bireylerin MMSE ölçeğindeki ortalaması ($X \pm SD$) 21.30 ± 4.30 , ADCS-ADL ölçeğindeki ortalaması ise 52.02 ± 11.21 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10: Araştırmaya katılanların MMSE ve ADCS-ADL ölçeklerindeki ortalama puanları

Ölçekler	($X \pm SD$) Ortalama
Mini Mental Durum Muayenesi Testi (MMSE)	21.30 ± 4.30
Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (ADCS-ADL)	52.02 ± 11.21

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan (24-30 puan almış olan) bireylerin % 61.9' unun cinsiyetinin erkek, kognitif bozukluğu olanların (24 puan altı) ise %67.7' sinin kadın olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %77.4' ünün evli, muhtemel kognitif bozukluk olanların %43.1' inin dul/bekâr olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %48.4' ünün ilköğretim mezunu, kognitif bozukluğu olanların %51.2' sinin okur-yazar olmadığı belirlenmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %99.4' ünün kognitif bozukluğu olanların da %99.2' sinin sosyal güvencesinin olduğu saptanmış ve aralarında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %63.5' inin herhangi bir işte çalışmış sonrasında emekli olduğu, kognitif bozukluğu olanların %67.3' ünün ise herhangi bir işte çalışmamış yani ev hanımı olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %28.9' unun işçi emeklisi olduğu, kognitif bozukluğu olanların %67.7' sinin emekli olmadığı belirlenmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %88.7' sinin ekonomik durumunun orta derecede olduğu, kognitif bozukluğu olanların %9.7' sinin ise kötü olduğu belirlenmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Araştırmaya katılanların çeşitli tanımlayıcı özellikleri ile MMSE ölçeğinin karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	MMSE						χ^2	P
	KB Olmayan (24-30 puan)		KB Olan (24 puan altı)		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet							33.97	0.00
Erkek	98	61.6	80	32.3	178	43.7		
Kadın	61	38.4	168	67.7	229	56.3		
Medeni durum							17.87	0.00
Evli	123	77.4	141	56.9	264	64.9		
Dul/bekâr	36	22.6	107	43.1	143	35.1		
Eğitim durumu							73.22	0.00
Okur-yazar değil	33	20.8	127	51.2	160	39.3		
Okur-yazar	17	10.7	41	16.5	58	14.3		
İlkokul mezunu	77	48.4	77	31.0	154	37.8		
5 Yıl üzeri eğitilmiş	32	20.1	3	1.2	35	8.6		
Sosyal güvence							0.04	0.83
Yok	1	0.6	2	0.8	3	0.7		
Var	158	99.4	246	99.2	404	99.3		
Mesleğiniz							37.32	0.00
Ev Hanımı	58	36.5	167	67.3	225	55.3		
Emekli	101	63.5	81	32.7	182	44.7		
Nerden emekli							44.58	0.00
Emekli değil	60	37.7	168	67.7	228	56.0		
İşçi	46	28.9	49	19.8	95	23.3		
Çiftçi	6	3.8	7	2.8	13	3.3		
Esnaf	23	14.5	17	6.9	40	9.8		
Şoför	10	6.3	4	1.6	14	3.4		
Memur	14	8.8	3	1.2	17	4.2		
Ekonomik durum							11.81	0.00
İyi	16	10.1	19	7.7	35	8.6		
Orta	141	88.7	205	82.7	346	85.0		
Kötü	2	1.3	24	9.7	26	6.4		
Toplam	407	100.0	407	100.0	407	100.0		

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olan bireylerin %14.5' inin, kognitif bozukluğu olmayanların ise %8.8' inin yalnız başına yaşadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %95.6' sının, kognitif bozukluğu olanların ise %98.0' inin çocuk sahibi olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin % 32.7' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise % 33.1' inin 2 tane kız çocuğuna sahip olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin % 34.6' sının, kognitif bozukluğu olanların ise % 33.9' unun 2 tane erkek çocuğuna sahip olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin % 99.4' ünün, kognitif bozukluğu olanların ise % 98.8' inin genelde il merkezinde yaşadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Araştırmaya katılanların yaşama koşulları ile ilgili özellikleri ile MMSE ölçeğinin karşılaştırılması

Yaşama Koşulları İle İlgili Özellikler	MMSE						χ^2	P
	KB Olmayan (24-30 puan)		KB Olan (24 puan altı)		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Şuan kimlerle yaşıyorsunuz							19.70	0.00
Yalnız başıma	14	8.8	36	14.5	50	12.3		
Eşimle	86	54.1	108	43.5	194	47.7		
Eşim ve Çocuk/çocuklarımla	37	23.3	33	13.3	70	17.2		
Çocuğum veya çocuğumun ailesi ile	22	13.8	71	28.6	93	22.9		
Çocuk							1.92	0.16
Yok	7	4.4	5	0.2	12	2.9		
Var	152	95.6	243	98.0	395	97.1		
Kız çocuğu sayısı							2.14	0.82
Yok	20	12.6	25	10.1	45	11.1		
1 çocuk	40	25.2	68	27.4	108	26.5		
2 çocuk	52	32.7	82	33.1	134	32.9		
3 çocuk	29	18.2	44	17.7	73	17.9		
4 çocuk	8	5.0	18	7.3	26	6.4		
5 ve üzeri sayıda çocuk	10	6.3	11	4.4	21	5.2		
Erkek çocuğu sayısı							13.14	0.02
Yok	14	8.8	11	4.4	25	6.1		
1 çocuk	52	32.7	57	23.0	109	26.8		
2 çocuk	55	34.6	84	33.9	139	34.2		
3 çocuk	25	15.7	63	25.4	88	21.6		
4 çocuk	8	5.0	23	9.3	31	7.6		
5 ve üzeri sayıda çocuk	5	3.1	10	4.0	15	3.7		
Genelde nerede yaşıyorsunuz							0.33	0.56
İl merkezi	158	99.4	245	98.8	403	99.0		
İlçe	1	0.6	3	1.2	4	0.1		
Toplam	407	100.0	407	100.0	407	100.0		

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %25.2' sinin tanısı konmuş bir hastalığının olmadığı, kognitif bozukluğu olanların %87.5' inin ise herhangi bir hastalığının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %47.8' inin HT hastalığının olmadığı, kognitif bozukluğu olanların %67.3' ünün HT tansının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %8.8' inin, kognitif bozukluğu olanların ise %14.1' inin kardeşlerde tanısı konmuş bir hastalığı olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %73.6' sının, kognitif bozukluğu olanların ise %85.5' inin sürekli kullanmış olduğu en az bir ilacının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %49.7' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise %60.5' inin sürekli kullanmış olduğu birden fazla ilacının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılanların tanısı konmuş hastalıklarının varlığı ve MMSE arası ilişki Tablo 4.13' de verilmiştir.

Tablo 4.13: Araştırmaya katılanların tanısı konmuş hastalıkla ilgili özellikleri ile MMSE ölçeğinin karşılaştırılması

Hastalıkla İlgili Özellikler	MMSE						χ2	P
	KB Olmayan (24-30 puan)		KB Olan (24 puan altı)		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Tamısı konmuş hastalık								
Yok	40	25.2	31	12.5	71	17.4	10.77	0.00
Var	119	74.8	217	87.5	336	82.6		
HT								
Yok	76	47.8	81	32.7	157	38.6	9.36	0.00
Var	83	52.2	167	67.3	250	61.4		
DM								
Yok	126	79.2	177	71.4	303	74.4	3.15	0.07
Var	33	20.8	71	28.6	104	25.6		
Kardiovasküler hastalık								
Yok	122	76.7	187	75.4	309	75.9	0.09	0.76
Var	37	23.3	61	24.6	98	24.1		
Romatizma								
Yok	143	89.9	206	83.1	346	85.7	3.74	0.05
Var	16	10.1	42	16.9	58	14.3		
Alzheimer								
Yok	159	100.0	246	99.2	405	99.5	1.28	0.25
Var	0	0.0	2	0.8	2	0.5		
Osteoporoz								
Yok	147	92.5	214	86.3	361	88.7	3.67	0.05
Var	12	7.5	34	13.7	46	11.3		
Ateroskleroz								
Yok	150	94.3	239	96.4	389	95.6	0.94	0.33
Var	9	5.7	9	3.6	18	4.4		
Böbrek yetmezliği								
Yok	157	98.7	246	99.2	403	99.0	0.20	0.65
Var	2	1.3	2	0.8	4	1.0		
Psikolojik rahatsızlık								
Yok	158	99.4	242	97.6	400	98.3	1.83	0.17
Var	1	0.6	6	2.4	7	1.7		
Prostat								
Yok	152	95.6	239	96.4	391	96.1	0.15	0.69
Var	7	4.4	9	3.6	16	3.9		
Parkinson								
Yok	158	99.4	248	100.0	406	99.8	1.56	0.21
Var	1	0.6	0	0.0	1	0.2		
Kanser								
Yok	158	99.4	246	99.2	404	99.3	0.04	0.83

Var	1	0.6	2	0.8	3	0.7		
Astım bronşit								
Yok	144	90.6	227	91.5	371	91.2	0.11	0.73
Var	15	9.4	21	8.5	36	8.8		
Aile kalıtsal hastalık								
Yok	119	74.8	192	77.4	311	76.4	0.35	0.55
Var	40	25.2	56	22.6	96	23.6		
Kimde var								
Hastalık yok	119	74.8	192	77.4	311	76.4	7.56	0.02
Anne-baba da	26	16.4	21	8.5	47	11.5		
Kardeşlerde	14	8.8	35	14.1	49	12.0		
Sürekli kullandığınız ilaç								
Yok	42	26.4	36	14.5	78	19.2	9.55	0.00
Var	117	73.6	214	85.5	329	80.8		
Ne ilacı								
Kullanmıyorum	42	26.4	36	14.5	78	19.2	9.21	0.01
Bir ilaç	38	23.9	62	25.0	100	24.6		
Çoklu ilaç	79	49.7	150	60.5	229	56.3		
Toplam	407	100.0	407	100.0	407	100.0		

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %65.4' ünün, kognitif bozukluğu olanların ise %79.4' ünün sigara kullanmadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %89.9' unun, kognitif bozukluğu olanların ise %96.0' ının alkol kullanmadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %53.5' inin, kognitif bozukluğu olanların ise %22.6' sının her gün güneşe maruziyet olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %63.5' inin, kognitif bozukluğu olanların ise %55.6' sının gün aşırı meyve sebze tükettiği saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %42.1' inin, kognitif bozukluğu olanların ise %41.1' inin haftada 1-2 kez yürüyüş yaptığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %23.3'ünde, kognitif bozukluğu olanların ise %34.7'inde hiperkolesterolemi olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %4.4'ünün, kognitif bozukluğu olanların ise %6.9'unun kafaya darbe alma öyküsünün olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %14.5'inin, kognitif bozukluğu olanların ise %22.2'sinin depresyon öyküsünün olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %98.1'inin, kognitif bozukluğu olanların ise %99.2'sinin önemli bir kilo değişikliği öyküsünün olmadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Araştırmaya katılanların bazı alışkanlıkları ve bazı özgeçmiş özellikleri ile MMSE ölçeğinin karşılaştırılması

Alışkanlıklarla ve Bazı Özgeçmişle İlgili Özellikler	MMSE						χ ²	P
	KB Olmayan (24-30 puan)		KB Olan (24 puan altı)		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara kullanımı							10.89	0.00
Evet	14	8.8	9	3.6	23	5.7		
Hayır	104	65.4	197	79.4	301	74.0		
Bıraktım	41	25.8	42	16.9	83	20.4		
Alkol kullanımı							9.33	0.00
Evet	*0	0.0	2	0.8	2	0.5		
Hayır	143	89.9	238	96.0	381	93.6		
Bıraktım	16	10.1	8	3.2	24	5.9		
Güneşe maruziyet							45.00	0.00
Her gün	85	53.5	56	22.6	141	34.6		
Gün aşırı	65	40.9	146	58.9	211	51.8		
Haftada 1-2 kez	8	5.0	44	17.7	52	12.8		
Ayda 1-2 kez/ Nadiren	1	0.6	2	0.8	3	0.7		
Meyve sebze							47.95	0.00
Her gün	38	23.9	15	6.0	53	13.0		
Gün aşırı	101	63.5	138	55.6	239	58.7		
Haftada 1-2 kez	20	12.6	91	36.7	111	27.3		
Ayda 1-2 kez /Nadiren	*0	0.0	4	1.6	4	1.0		
Yürüyüş							77.37	0.00
Her gün	14	8.8	2	0.8	16	3.9		
Gün aşırı	63	39.6	38	15.3	101	24.8		
Haftada 1-2 kez	67	42.1	102	41.1	169	41.5		
Ayda 1-2 kez	9	5.7	32	12.9	41	10.1		
Hiç	6	3.8	74	29.8	80	19.7		
Kolesterol							8.54	0.01
Var	37	23.3	86	34.7	123	30.2		
Yok	82	51.6	94	37.9	176	43.2		
Bilmiyorum	40	25.2	68	27.4	108	26.5		
Kafaya darbe							1.05	0.30
Evet	7	4.4	17	6.9	24	5.9		
Hayır	152	95.6	231	93.1	383	94.1		
Depresyon							2.13	0.14
Evet	23	14.5	50	20.2	73	17.9		
Hayır	136	85.5	198	79.8	334	82.1		
Kilo değişikliği							0.93	0.33
Hayır	156	98.1	246	99.2	402	98.8		
Evet, istemsiz verdim	3	1.9	2	0.8	5	1.2		
Toplam	407	100.0	407	100.0	407	100.0		

*Fisher kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %76.1' i, kognitif bozukluğu olanların ise %85.9' u kendisinde unutkanlık olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %76.7' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise %91.9' unun yakını bireyde unutkanlık olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %19.5' i, kognitif bozukluğu olanların ise %54.9' u kendisindeki unutkanlığın önemli derecede olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %17.6' sının, kognitif bozukluğu olanların ise %57.7' sinin yakını bireydeki unutkanlığın önemli derecede olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %95.0' ı, kognitif bozukluğu olanların ise %98.4' ü motor becerilerinde azalma olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %96.2' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise %98.8' inin yakını bireydeki becerilerin azaldığını belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Araştırmaya katılanların bilişsel-beceri özellikleri ile MMSE ölçeğinin karşılaştırılması

Bilişsel-Beceri Özellikler	MMSE						χ^2	P
	KB Olmayan (24-30 puan)		KB Olan (24 puan altı)		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Unutkanlık durumu (bireye göre)							6.30	0.01
Evet	121	76.1	213	85.9	334	82.1		
Hayır	38	23.9	35	14.1	73	17.9		
Unutkanlık durumu (yakınına göre)							18.60	0.00
Evet	122	76.7	228	91.9	350	86.0		
Hayır	37	23.3	20	8.1	57	14.0		
Unutkanlık önemli mi (bireye göre)							50.03	0.00
Unutkanlık yok	39	24.5	34	14.1	73	17.9		
Evet	31	19.5	137	54.9	168	41.3		
Hayır	89	56.0	77	31.0	166	40.8		
Unutkanlık önemli mi (yakınına göre)							65.63	0.00
Unutkanlık yok	36	22.6	21	8.5	57	14.0		
Evet	28	17.6	143	57.7	171	42.0		
Hayır	95	59.7	84	33.9	179	44.0		
Beceri azaldı mı (bireyden bilgi)							3.95	0.04
Evet	151	95.0	244	98.4	395	97.1		
Hayır	8	5.0	4	1.6	12	2.9		
Beceri azaldı mı (yakınından bilgi)							2.94	0.08
Evet	153	96.2	245	98.8	398	97.8		
Hayır	6	3.8	3	1.2	9	2.2		
Toplam	407	100.0	407	100.0	407	100.0		

Araştırma kapsamındaki yaşlıların cinsiyetine göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde kadınların ve erkeklerin ADCS-ADL ölçeğindeki durumları yapabilmeleri ortalama aynı değerlerde (54.00) saptanmış ve arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde evli olanların dul/bekar olanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (55.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sosyal güvencelerinin olması durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların mesleğine göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde emekli olanların ev hanımlarına göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (54.50) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Araştırmaya katılanların çeşitli tanımlayıcı özellikleri ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			u	p
		Median	%25	%75		
Cinsiyet						
Erkek	178	54.00	49.00	61.00	18354.00	0.08
Kadın	229	54.00	48.00	58.00		
Medeni durum						
Evli	264	55.00	51.00	61.00	25063.00	0.00
Dul/bekar	143	51.00	41.50	56.00		
Sosyal güvence						
Var	404	54.00	48.00	59.50	504.00	0.61
Yok	3	59.00	47.75	61.25		
Meslek						
Emekli+Çalışıyor	182	54.50	49.00	61.00	18094.50	0.04
Ev hanımı	225	54.00	47.75	58.00		

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde okur-yazar olmayanların en düşük (50.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların nereden emekli olduğuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde memur emeklilerinin en yüksek (59.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların ekonomik durumlarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde durumu kötü olanların en düşük (50.50) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Araştırmaya katılanların çeşitli tanımlayıcı özellikleri ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırılması (devam)

Tanımlayıcı Özellikler (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			KW	p
		Median	%25	%75		
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	160	50.00	43.00	55.00	67.95	0.00
Okur-yazar	58	56.00	51.00	60.00		
İlkokul mezunu	154	56.00	50.00	61.00		
5 Yıl üzeri eğitilmiş	35	62.00	58.00	66.50		
Nerden emekli						
Emekli değil	228	54.00	48.00	58.00	25.45	0.00
İşçi	95	53.00	44.00	61.00		
Çiftçi	13	52.00	45.25	59.25		
Esnaf	40	56.50	50.00	61.00		
Şoför	14	58.50	50.00	61.00		
Memur	17	59.00	58.00	62.25		
Ekonomik durum						
İyi	35	54.00	51.25	60.00	6.69	0.03
Orta	346	54.00	48.00	60.00		
Kötü	26	50.50	41.00	56.00		

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaşama koşullarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde çocuğu olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların nerede yaşadıklarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde il merkezinde yaşayanların ilçede yaşayanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Araştırmaya katılanların yaşama koşulları ile ilgili özellikler ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırılması

Yaşama Koşulları ile İlgili Özellikler (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			u	p
		Median	%25	%75		
Çocuk						
Var	395	54.00	48.00	59.75	1952.00	0.29
Yok	12	56.00	52.00	61.00		
Genelde nerede yaşıyorsunuz						
İl merkezi	403	54.00	48.25	60.00	1407.00	0.01
İlçe	4	33.50	18.50	47.00		

Araştırma kapsamındaki yaşlıların kimlerle yaşadıklarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde çocuğu veya çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayanların en düşük (48.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların sahip oldukları kız çocuğu sayısına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde 5 ve üzeri sayıda kız çocuğuna sahip olanların en yüksek (56.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların kimlerle yaşadıklarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde 5 ve üzeri sayıda erkek çocuğuna sahip olanların en düşük (50.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Araştırmaya katılanların yaşama koşulları ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırılması (devam)

Yaşama Koşulları İle İlgili Özellikler (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			KW	p
		Median	% 25	% 75		
Şu an kimlerle yaşıyorsunuz						
Yalnız başıma	50	53.00	49.00	56.00	39.21	0.00
Eşimle	194	56.00	51.00	61.00		
Eşim ve çocuk/çocuklarımla	70	54.00	50.00	61.00		
Çocuğum veya çocuğumun ailesi ile	93	48.00	34.75	55.25		
Kız çocuğu sayısı						
Yok	45	55.00	50.00	58.25	8.57	0.12
1 çocuk	108	54.00	49.00	60.00		
2 çocuk	134	54.00	50.00	60.00		
3 çocuk	73	54.00	50.00	60.00		
4 çocuk	26	49.00	37.00	55.00		
5 ve üzeri sayıda çocuk	21	56.00	46.75	61.00		
Erkek çocuğu sayısı						
Yok	25	56.00	52.75	64.00	24.31	0.01
1 çocuk	109	57.00	50.00	62.00		
2 çocuk	139	54.00	48.25	59.00		
3 çocuk	88	52.00	45.00	56.00		
4 çocuk	31	51.00	41.25	55.75		
5 ve üzeri sayıda çocuk	15	50.00	45.75	58.50		

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin tanısı konmuş hastalığının olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde hastalığı olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (58.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin HT hastalığının olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde hastalığı olmayanların olanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (55.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin DM hastalığının olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde hastalığı olmayanların olanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin alzheimer olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde hastalığı olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (24.50) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin psikolojik rahatsızlık olması durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde hastalığı olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (40.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sürekli ilaç kullanma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde kullananların kullanmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (53.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.19).

Araştırmaya katılanların tanısı konmuş hastalıklarının varlığı ve ADCS-ADL ölçeği arasındaki ilişki Tablo 4.20' de verilmiştir.

Tablo 4.20: Araştırmaya katılanların tanısı konmuş hastalıkla ilgili özellikleri ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırılması

Hastalıkla İlgili Özellikler (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			u	p
		Median	%25	%75		
Tanısı konmuş hastalık						
Yok	336	53.00	47.00	59.00	8405.00	0.00
Var	71	58.00	52.00	62.00		
HT						
Yok	157	55.00	51.00	61.00	16590.00	0.00
Var	250	53.00	47.00	59.00		
DM						
Yok	303	54.00	49.00	60.00	17745.00	0.05
Var	104	53.00	47.00	58.00		
Kalp Rahatsızlığı						
Yok	309	54.00	49.00	60.00	16751.50	0.11
Var	98	52.00	45.00	59.00		
Romatizma						
Yok	349	54.00	49.00	60.00	11229.00	0.18
Var	58	53.00	41.00	59.00		
Alzheimer						
Yok	405	54.00	48.00	60.00	783.00	0.02
Var	2	24.50	20.00	29.00		
Osteoporoz						
Yok	361	54.00	48.00	60.00	9234.50	0.21
Var	46	54.00	46.00	57.00		
Ateroskleroz						
Yok	389	54.00	49.00	60.00	4233.50	0.13
Var	18	51.50	41.00	57.00		
Böbrek yetmezliği						
Yok	403	54.00	48.00	60.00	1116.00	0.18
Var	4	51.00	28.00	53.50		
Psikolojik rahatsızlık						
Yok	400	54.00	49.00	60.00	2296.50	0.00
Var	7	40.00	30.00	50.25		
Prostat						
Yok	391	54.00	48.25	59.75	3298.50	0.71
Var	16	58.00	36.50	59.50		
Kanser						
Yok	404	54.00	48.00	60.00	600.50	0.98
Var	3	56.00	51.50	56.00		
Astım bronşit						
Yok	371	54.00	48.00	60.00	6897.50	0.74
Var	36	53.00	47.00	59.00		
Aile kalıtsal hastalık						
Hayır	311	53.00	48.00	60.00	14794.50	0.89
Evet	96	55.00	48.50	59.00		
Sürekli ilaç						
Hayır	77	58.00	52.00	62.25	9120.00	0.01
Evet	330	53.00	47.00	59.00		

Araştırma kapsamındaki yaşlıların ailede hastalığın kimde olduğuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde anne-babasında hastalık olanların en yüksek (56.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların hangi ilacı kullandıklarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde çoklu ilaç kullananların en düşük (53.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4. 21: Araştırmaya katılanların tanısı konmuş hastalıkla ilgili özellikleri ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırması (devam)

Hastalıkla İlgili Özellikler (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			KW	p
		Median	%25	%75		
Ailede Hastalık Kimde Var						
Hastalık yok	311	53.00	48.00	60.00	0.45	0.79
Anne-baba da	47	56.00	50.00	59.00		
Kardeşlerde	49	55.00	46.00	59.00		
Ne ilacı						
Kullanmıyorum	78	57.50	52.00	62.00	15.26	0.00
Bir ilaç	100	54.00	48.50	61.00		
Çoklu ilaç	229	53.00	46.75	58.00		

Araştırma kapsamındaki yaşlıların güneşe maruziyet durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde ayda 1-2 kez/ nadiren güneşe çıkanların en düşük (15.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların meyve-sebze tüketimine göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde ayda 1-2 kez/ nadiren meyve-sebze tüketenlerin en düşük (46.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların yürüyüş durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde hiç yürüyüş yapmayanların en düşük (48.50) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlılarda kolesterol olması durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde olmayanların en yüksek (55.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.21).

Araştırmaya katılanların alışkanlıklarıyla ilgili özellikleri ile ADCS-ADL ölçeği arasındaki ilişki Tablo 4.22’ de verilmiştir.

Tablo 4.22: Araştırmaya katılanların bazı alışkanlıkları ve bazı özgeçmiş özellikleri ile ilgili ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırması

Alışkanlıklar ve bazı özgeçmiş ile ilgili Özellikler (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			KW	p
		Median	%25	%75		
Sigara kullanımı					2.45	0.29
Evet	23	55.00	51.00	61.50		
Hayır	301	54.00	48.00	59.00		
Bıraktım	83	54.00	48.25	61.00		
Alkol kullanımı					4.37	0.11
Evet	2	37.50	32.00	43.00		
Hayır	381	54.00	48.00	59.00		
Bıraktım	24	54.00	51.00	60.50		
Güneşe maruziyet					46.80	0.00
Her gün	141	58.00	52.00	62.00		
Gün aşırı	211	53.00	47.00	57.75		
Haftada 1-2 kez	52	49.50	41.00	56.50		
Ayda 1-2 kez/ Nadiren	3	15.00	7.50	26.25		
Meyve Sebze					66.12	0.00
Her gün	53	60.00	55.00	64.00		
Gün aşırı	239	55.00	49.25	60.00		
Haftada 1-2 kez	111	50.00	44.00	54.00		
Ayda 1-2 kez/ Nadiren	4	46.00	31.50	48.50		
Yürüyüş					82.48	0.00
Her gün	16	62.00	58.50	66.50		
Gün aşırı	101	59.00	54.00	62.00		
Haftada 1-2 kez	169	53.00	49.00	59.00		
Ayda 1-2 kez	41	51.00	46.00	57.25		
Hiç	80	48.50	37.50	53.00		
Kolesterol					6.65	0.03
Var	123	54.00	48.00	59.75		
Yok	176	55.00	50.00	61.00		
Bilmiyorum	108	52.00	44.50	58.50		

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kafaya darbe alma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde alanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (50.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin depresyon olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kilo değişikliği olması durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde olmayanların olanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: Araştırmaya katılanların bazı özgeçmiş özellikleri ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırılması

Bazı Özgeçmiş Özellikleri (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			u	p
		Median	%25	%75		
Kafaya darbe						
Hayır	383	54.00	49.00	60.00	5819.00	0.02
Evet	24	50.00	42.50	56.00		
Depresyon						
Evet	73	52.00	46.00	58.00	13716.50	0.09
Hayır	334	54.00	49.00	60.00		
Kilo değişikliği						
Hayır	402	54.00	48.00	59.00	1070.00	0.80
Evet, istemsiz verdim	5	51.00	38.25	62.25		

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kendilerine sorulduğunda unutkanlığın olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde unutkanlığı olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yakınlarına sorulduğunda unutkanlığın olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde unutkanlığı olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (53.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kendilerine sorulduğunda becerilerin azalma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde becerileri azalanların azalmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük (54.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yakınlarına sorulduğunda becerilerin azalma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde becerileri azalmayanların azalanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek (62.00) olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: Araştırmaya katılanların bilişsel-beceri özellikleri ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırılması

Bilişsel-Beceri Özellikleri (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			u	p
		Median	%25	%75		
Unutkanlık durumu (bireye göre)					10089.0 0	0.02
Evet	334	54.00	48.00	59.00		
Hayır	73	56.00	50.00	62.25		
Unutkanlık durumu (yakınına göre)					6557.50	0.01
Evet	350	53.00	47.00	59.00		
Hayır	57	60.00	51.75	63.25		
Beceri azaldı mı (bireyden bilgi)					1429.50	0.01
Evet	395	54.00	48.00	59.00		
Hayır	12	60.50	54.50	63.50		
Beceri azaldı mı (yakınından bilgi)					1173.00	0.07
Evet	398	54.00	48.00	59.00		
Hayır	9	62.00	51.250	64.000		

Araştırma kapsamındaki yaşlıların kendilerine sorulduğunda unutkanlığın önemli olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde unutkanlığı önemli olanların en düşük (51.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların yakınlarına sorulduğunda unutkanlığın önemli olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde unutkanlığı önemli olanların en düşük (51.00) ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: Araştırmaya katılanların bilişsel-beceri özellikleri ile ADCS-ADL ölçeğinin karşılaştırması (devam)

Bilişsel-beceri Özellikleri (n:407)	n	ADCS-ADL Puanı			KW	p
		Median	%25	%75		
Unutkanlık önemli mi (bireyden bilgi)					31.82	0.00
Unutkanlık yok	74	56.50	50.00	62.00		
Evet	167	51.00	43.25	56.00		
Hayır	166	56.00	51.00	61.00		
Unutkanlık önemli mi (yakından bilgi)					41.37	0.00
Unutkanlık yok	57	59.00	51.00	63.25		
Evet	171	51.00	43.25	55.00		
Hayır	179	56.00	51.00	61.00		

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ile MMSE (-.397) ve ADCS-ADL (-.419) ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: Yaşın, MMSE ve ADCS-ADL ölçeklerinin toplam puanı ile ilişkisi

Ölçekler	Yaş	
	rho	p
Yaş	1	
Toplam MMSE puanı	-.397	0.00
Toplam ADCS-ADL puanı	-.419	0.00

Araştırmaya katılan bireylerin MMSE (.615) ile ADCS-ADL (.615) ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe bireylerin MMSE ve ADCS-ADL ölçeklerindeki puanları düşmekte dolayısıyla kognitif bozukluk olma riski ve bağımlılıkları artmaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27: MMSE ölçeğinin toplam puanı ile ADCS-ADL ölçeğinin toplam puanı arasındaki ilişki

Ölçekler	Toplam MMSE Puanı		Toplam ADCS-ADL Puanı	
	rho	p	rho	p
Toplam MMSE puanı	1		.615	0.00
Toplam ADCS-ADL puanı	.615	0.00	1	

Araştırmaya katılan bireylerin kognitif bozukluk açısından; ailedeki kalıtsal hastalığın anne-baba da olması kardeşlere göre 3.46 (1/0.289) kat daha az riskli, unutkanlığı olanlar olmayanlara göre 2.828 kat daha çok riskli, kendilerine sorulduğunda unutkanlığın önemli olmasının olmayanlara göre 5.349 kat daha çok riskli ve ev hanımı olanlar emekli olanlara göre 3.749 kat daha çok riskli bulunmuştur. Ailedeki kalıtsal hastalığın kardeşlerde olması kognitif bozukluk açısından riskli bulunmuştur. Bireylerin yaşlarından dolayı anne-babalarında olan hastalıkları anımsayamamalarından dolayı kardeşlerde hastalık oranının fazla çıktığı düşünülebilir. Yakını tarafından bireyde unutkanlığı olduğu söylenen bireylerin ve kendisindeki unutkanlığının önemli derecede olduğu belirtenlerin bireyler kognitif bozukluk açısından daha fazla riskli bulunmuştur. Unutkanlık demansın en önemli belirtisi olduğu için beklenen bir bulgudur. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28: Kognitif bozukluğun bazı bağımsız değişkenlerle ilgili lojistik regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişkenler		KB Olan (24 puan altı)			OR (%95 Alt Güven Sınırı- %95 Üst Güven Sınırı)
		<i>n</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	
Ailede kalıtsal hastalık kimde var	Kardeşlerde	49	35	14.1	1.00
	Hastalık Yok	311	192	77.4	1.002 (0.474-2.117)
	Anne-Babada	47	21	8.5	0.289 (0.112-0.746)
Unutkanlık yakınından bilgi	Unutkanlık Yok	57	20	8.1	1.00
	Unutkanlık Var	350	228	91.9	2.828 (1.300-6.152)
Unutkanlık önemli mi bireyden bilgi	Önemsiz Hayır	166	77	31.0	1.00
	Unutkanlık Yok	74	34	14.1	1.868 (0.899-3.881)
	Önemli Evet	167	137	54.9	5.349 (3.130-9.141)
Mesleğiniz	Emekli	182	81	32.7	1.00
	Ev Hanımı	225	167	67.3	3.749 (2.345-5.992)
Constant					0.185

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Demans genellikle ileri yaşıta görülen, mental fonksiyonlarda ve sosyal ilişkilerde ilerleyici bozulma ile seyreden nöropsikiyatrik bir sendromdur. Günümüzde yaşlı nüfusun giderek artması özellikle gelişmiş ülkelerde, demansı toplumsal bir problem haline getirmektedir. Gelişmiş ülkelerde demans ile ilgili araştırmalar ve klinik çalışmalar hızla artarken, ülkemizde bu konu ile ilgili çalışma yok denecek kadar azdır. Özellikle tamamlanmış toplum tabanlı kognitif bozukluk prevalans çalışmasına rastlanmak çok zor olmaktadır (60).

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri 407 bireyin ortalama yaşının 72.79 yıl, % 56.3' ünün kadın, % 64.9 'unun evli, % 39.3' ünün okur-yazar olmadığı, %99.3'ünün sosyal güvencesinin olduğunu, %55.3' ünün mesleğinin ev hanımı olduğu ya da bir mesleğinin olmadığı, %56.0 'ının emekli olmadığı, % 85.0' inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Bulut ve ark. (60) 2002 de Elazığ da yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması bu çalışmada yakın (78.38 yıl) saptanmıştır. Liu ve ark. (61) 1998 de yaptıkları araştırma verilerinde kadınların oranının erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bu çalışma grubunda da kadınların oranı (%56.3) daha fazladır. Araştırma kapsamındaki bireylerin bir mesleğinin olmaması ve emekli olmama durumunun yüksek düzeyde saptanmasının sebebi araştırmaya katılanlardan kadın cinsiyetinin fazla olmasına bağlanabilir.

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireylerin %47.7' sinin eşi ile birlikte yaşadığı, %22.9' unun çocuğunun ailesiyle yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Bu durum

yaşlıların bakımları için destek almaya elverişli geleneksel aile yapısı içinde bulunmaları ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %82.6' sının tanısı konmuş bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. %23.6' sını da ailede hastalık olduğu, %12.0' sını da hastalığın kardeşlerde olduğu, %80.8' inin sürekli kullandığı ilacı olduğu, %56,3' ünün çoklu ilaç kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ayrancı ve ark. (62) Eskişehir'deki çalışmalarında kronik sağlık sorunu olanların oranı %76.0 olarak saptanmıştır. Bu durum bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur. Çoklu ilaç kullanım oranının yüksek bulunmasını yaşlı bireylerin tanısı konmuş birden çok kronik hastalığın olmasına bağlanabilir.

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireylerin %74.0' ünün sigara kullanmadığı, %20.4' ünün de sigarayı bıraktığı, %93.6' sının alkol kullanmadığı, %5.9' unun da alkolü bıraktığı saptanmıştır. Bu durum bireylerde yaş ilerledikçe sigara ve alkol alışkanlıklarının azalması ve mevcut hastalıkları yüzünden alkol ve sigara kullanımının yasaklanmasıyla açıklanmaktadır. Araştırmaya katılanların sadece %34.6' sının her gün güneşe maruziyet durumunun olduğu, %13.0' inin her gün meyve sebze yiyebildiği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu oranların düşük çıkması araştırma kapsamındaki yaşlı bireylerin ekonomik durumlarının iyi derecede olmaması veya bu konuyla ilgili yeterli bilgi ve eğitimlerinin olmaması ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılanların %82.1' i kendisinde unutkanlık olduğunu belirtmiş, %86.0 oranında yakınları bireyde unutkanlık olduğunu belirtmiş, %41.3' ü kendisinde olan unutkanlığın önemli derecede olduğunu düşünürken %44.0 oranında ise bireyin yakınları unutkanlığın önemli düzeyde olmadığını ifade etmiştir. %97.1' i kendi becerilerinin azaldığını belirtirken %97.8 oranıyla yakınları kişinin becerilerinin azaldığını bildirmiştir (Tablo 4.5). Kişinin unutkanlığı algılayışı ve yakınlarının ifadeleri arasındaki farkın bireylerin unutkanlıklarını önemsemiyor veya kabullenmek istemiyor olmalarından kaynaklandığını düşünebiliriz. Sluss ve arkadaşları çalışmalarında (63), affekt ve kognitif fonksiyonu normal olan yaşlı bireylerin %80.0' inin, değişik süre ve şiddette unutkanlık şikayetinin olduğu bir periyod bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu durum bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların bilişsel durumlarının ortalaması($X \pm SD$) MMSE_YT (yönelim) için 7.88 ± 1.85 , MMSE_KT (kayıt hafızası) 2.84 ± 0.44 , MMSE_DT (dikkat) 1.22 ± 1.71 , MMSE_HT (hatırlama) 1.67 ± 0.96 ve MMSE_LT (lisan) için ise 7.64 ± 1.22 olarak

hesaplanmıştır. Toplam MMSE puanının ortalaması ise 21.30 ± 4.30 saptanmıştır (Tablo 4.6). Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri bireylerin %44.7' si MMSE ölçeğinden 18-23 puan (hafif kognitif bozukluk) , % 16.2' si 17 puan ve altı (ciddi kognitif bozukluk) , %39.1' i ise 24-30 puan (normal) almış olarak saptanmıştır (Tablo 4.7). Wind ve ark (65) tarafından Amsterdam' ın farklı bölgelerinde yürütülen bir çalışmada, yaşlı nüfus arasında en düşük yanıt yüzdeleri hafıza ve dikkat-hesap yapma bölümlerinde saptanırken prevalans yönünden hafif kognitif bozukluk için %9.9, orta kognitif bozukluk için %2.6, ve şiddetli kognitif bozukluk için %0.9 olarak bulunmuştur. Bu durum bu çalışmayla benzerlik göstermekte olup hafif kognitif bozukluk görülme oranı ciddi kognitif bozukluğa oranla daha fazla bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların kesim noktası değerine göre dağılımında %60.9' u 24 puan altı (kognitif bozukluğu olan), %39.1' i ise 24 puan veya üzeri (kognitif bozukluğu olmayan) almış olarak saptanmıştır (Tablo 4.8). Keskinoglu ve ark. (64) İzmir' de yapmış oldukları çalışmada MMSE ölçeği ile %22.9 demans oranı belirlenmiştir. Bu durum bu çalışmayla uyumlu bulunmamıştır. Türkiye'de ve dünyada demans prevalansını belirlemeye yönelik olarak yapılan saha çalışmalarında elde edilen oranlar çalışmadan çalışmaya ya da bölgeden bölgeye değişmekle beraber %2,4-22,9 arasında değişmektedir (66-69). Demans oranı gerçekte bilinenden çok daha fazladır ve hastaların büyük bir kısmının toplum içerisinde tanı konulmadan yaşamaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlılık ile ilgili hazırladığı rapora göre; sağlık kuruluşlarına başvuran olgulardan; hafif ve orta demansı olan bireylerin %66.0' sına hekimler tarafından tanı konulmasının atlandığı tespit edilmiştir. Bu nedenle dünyada %76.0 oranında tanı konulmayan orta ve ciddi demans olgusu olduğu tahmin edilmektedir (71).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin MMSE ölçeğindeki ortalaması ($X \pm SD$) 21.30 ± 4.30 , ADCS-ADL ölçeğindeki ortalaması ise 52.02 ± 11.21 olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan (24-30 puan almış olan) bireylerin %61.9' unun cinsiyetinin erkek, kognitif bozukluğu olanların (24 puan altı) ise %67.7' sinin kadın olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Litaratürde Kawas ve Katzman (19), Fratiglioni ve ark. (60), Lobo ve ark. (67) yıllarında yapmış oldukları demans ile ilgili çalışmaların çoğunda,

kadınların erkeklere göre %30.0 daha yüksek demans riskine sahip olduğu, kadınlar AH için daha yüksek risk altındayken, VD açısından ise erkeklerin daha yüksek risk altında bulunduğu bildirilmiştir. Bachman ve ark. (72) Framingham insidans çalışmasında ise, cinsiyetler arasında insidans farkı saptanmamış ve bu gözlem araştırmacıların prevalans ile ilgili bulgularını, demans geliştikten sonra iki cinsiyetin farklı sağ kalımlarına başlamalarına neden olmuştur. Bulut ve ark. (61). 2002 de Elazığ da yaptığı çalışmada da cinsiyet spesifik prevalansın kadınlarda erkeklerden fazla olduğu dikkat çekmektedir. Ancak demans olmayan ve muhtemel demans olan iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmada ise kadınlarda kognitif bozukluğu olanların oranı %67.7 olarak hesaplanmış ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmaların bazılarında kognitif bozukluk üzerine cinsiyetin etkisi anlamsızken kadın cinsiyetinin demansta risk olduğunu gösteren bu çalışmayla uyumlu örneklerde mevcuttur. Kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması, ev dışında sosyal hayatta aktif olmayışı, çalışma oranlarının düşük olması ve kadın ömrünün erkeklere göre fazla olması ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %77.4' ünün evli, kognitif bozukluğu olanların %43.1' inin dul/bekâr olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.10). Değişkenlerden biri olarak belirlenen medeni duruma göre yaşlı bireylerde olası demans sıklıkları karşılaştırıldığında, evli ve bekâr olan grupların olası demans oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Literatürde demans hastalarında medeni duruma göre demans olasılığı ile ilgili pek fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Uçku ve ark. (68) yaptığı çalışmada evli bireylerde demans görülme oranı %6,2 iken, dul boşanmış ya da bekâr bireylerde %24.0 olarak bulunmuştur. Bu durumun ailesinden destek gören, sevgi ve saygı gören bir birey ile her sorununu kendi çözmek durumunda olan bireylerin psikolojilerinin farklılığından kaynaklandığını düşündürebilir. Çünkü psikolojik sorunlar nörolojik problemlerle birlikte görülebildiği gibi sebebi de olabilmektedirler. Bu sonuçlar bu çalışmayla uyumludur.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %48.4' ünün ilköğretim mezunu, kognitif bozukluğu olanların %51.2' sinin okur-yazar olmadığı belirlenmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.10). Kawas ve Katzman (19) yapmış oldukları çalışmada yüksek demans prevalansı ile düşük eğitim düzeyi arasında anlamlı

bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Ayrıca birçok çalışmada yüksek eğitim düzeyinin AH ve inme ilişkili demanstan koruyucu olduğu gösterilmiştir (22, 73, 74). Eğitim düzeyi yüksek yaşlı bireylerde demans riskinin daha düşük olduğu bunun nedeni olarak sürekli yeni bilgiler öğrenmenin, okumanın zihinsel fonksiyonları uyarıcı etkisinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu durum bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin tamamına yakınının sosyal güvencesinin olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.10). Ancak araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %88.7' sinin ekonomik durumunun orta derecede olduğu, kognitif bozukluğu olanların %9.7' sinin ise kötü olduğu belirlenmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Literatürde demans sıklığının sosyo ekonomik düzeyi düşük ve belirli sağlık güvencesinden yoksun yaşlılarda demans sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (66, 70, 75). Düşük sosyoekonomik durumun demansla ilişkisi bu çalışmayla uyumlu bulurken sağlık güvencesinin demansla ilişkisi uyumlu bulunmamıştır. Bu durum genelde eğitim seviyesi düşük olanların ekonomik durumunun da kötü olmasıyla ilgili kognitif bozukluk için risk oluşturabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %54.1' inin eşiyle yaşadığı, kognitif bozukluğu olanların %14.5' inin yalnız başına yaşadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.11). Yalnız yaşayan bireylerin kognitif bozukluk açısından riskli olmasını bu bireylerin depresyon gibi bazı psikolojik sorunlarla daha sık karşılaşmalarıyla açıklanabilir. Çünkü psikolojik sorunlar nörolojik problemlerle birlikte görülebildiği gibi sebebi de olabilmektedirler.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %25.2' sinin tanısı konmuş bir hastalığının olmadığı, kognitif bozukluğu olanların %87.5' inin ise herhangi bir hastalığının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12) .

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin yaklaşık yarısının HT hastalığının olmadığı, kognitif bozukluğu olanların %67.3' ünün HT tanısının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Hofman ve ark. 1997 yılında yaptıkları prospektif çalışmada, 70 ve üzeri yaşlardaki kişiler 15 yıl boyunca izlenmiş ve kognitif bozukluk gelişimi ile kan basıncı arasındaki ilişki araştırılmıştır. 70 yaşında iken sistolik HT ve 75 yaşında iken diyastolik HT olan

olgularda 79-85 yaşlarında demansın daha sık olarak geliştiği görülmüştür. HT' nin demansa neden olabileceğini 85 yaşında iken beyin tomografisinde (BT) beyaz cevher lezyonu bulunan olguların kan basınçlarının, bu bulgunun bulunmadığı olgulardan daha yüksek bulunmasından dolayı düşünülebilir (21, 22). Ayrıca HT' nun vasküler bozukluklara neden olarak özellikle VD gelişimine etkisi olabileceği düşünülebilir. Kognitif bozukluğun HT ile ilişkisi bu çalışmayla da olduğu gibi anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %20.8' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise %28.6' sının DM tanısının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.12). Katzman ve arkadaşlarının çalışmasında DM rastlanma oranı vasküler veya vasküler/mikst demans geliştiren olgularda demansı olmayan olgulara göre daha yüksek oranda bulunmuştur (76). Mortel ve arkadaşları DM hikayesinin VD ile pozitif olarak birlikte olduğunu fakat AH ile ilişkili olmadığını vurgulamıştır (22, 77). Kognitif bozukluk ve diyabet arasındaki ilişki bazı çalışmalarda anlamlı bulunurken bazılarında anlamsız sonuçlanmıştır. Bu çalışmada ise aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. DM' nin demansa etkisini kronik hipergliseminin ayrıca serebral kan akımını, nörotransmitter fonksiyonunu veya beyin beslenmesini etkileyebilmesiyle açıklanabilir. Bunun yanında DM kognitif fonksiyonları, kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylara neden olarak bozabilir (1). Sonuç olarak hiperglisemi veya tekrarlayan hipoglisemik olaylar ve ilişkili metabolik ve vasküler bozukluklar kognitif fonksiyonu uzun süreli etkileyebilmektedir.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireyler ile kognitif bozukluğu olanlar karşılaştırıldıklarında kardiyovasküler hastalık, romatizma, osteoporoz, ateroskleroz, böbrek yetmezliği, psikolojik rahatsızlık, prostat, parkinson, kanser ve astım bronşit tanılarının olduğu bireyler saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.12). Rotterdam çalışmasında ateroskleroz bulgularının varlığı demans ile ilişkili olarak bulunmuştur (21). 2003 yılı Mirage çalışmasında depresyonun demans için bir risk faktörü olduğunu saptanırken daha az sayıdaki olguyu toplayan ve öyküde depresyonun bir risk faktörü olmadığını ileri süren çalışmalar da mevcuttur (6, 78). Ancak bugün kabul edilen görüş, bireylerde depresyon öyküsünün bir risk oluşturduğu, hatta yaşlılarda depresyon ortaya çıktığında, ileride demans için daha dikkatli olunması gerektiğidir (6, 16, 19). Bu çalışmada bireylerin tanısı konmuş herhangi bir hastalıktan sadece HT tanısının olması demansla ilişkili bulunmuştur. Bu

durumun nedeni olarak araştırma kapsamındaki bireylerin çoğunda HT tanısının mevcut olduğu diğer hastalıkların ise çok görülmemesi ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %25.2' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise %22.6' sının ailesinde kalıtsal hastalık olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.12). Bu durumun nedenini yaşlı bireylerin birçoğunun ailesinin rahatsızlıklarını anımsayamamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %8.8' inin, kognitif bozukluğu olanların ise %14.1' inin kardeşlerde tanısı konmuş bir hastalığının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Yapılan çalışmalarda birinci dereceden akraba, anne-baba ya da kardeşte AH varlığının demans gelişme riskini 3 kat arttırdığı bildirilmiştir (16, 19). Bu durum bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerle kognitif bozukluğu olanların çoğunun sürekli kullanmış olduğu en az bir ilacının olduğu ayrıca sürekli kullanmış olduğu birden fazla ilacının olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Bu durumun nedeni araştırmaya katılan bireylerin çoğunda tanısı konmuş en az bir hastalığının olduğu ve bunun için ilaç kullandığı düşünülmüştür. Bu yaş grubunda sürekli ve düzenli ilaç kullanımını gerektiren hastalıkların varlığı beklenen bir bulgudur.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %65.4' ünün, kognitif bozukluğu olanların ise %79.4' ünün sigara kullanmadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13). Rotterdam çalışması, sigara içenlerin iki kat daha fazla demansa neden olan AH riskine sahip olduklarını göstermektedir (21). Bunun yanında Shinton ve Beevers (80), Letenneur ve ark. (81), Ott ve ark. (79) yılında yapmış oldukları çalışmalarda özellikle sigaranın önleyici etkilerinin gençlerde gösterilmiş olduğu tartışması olmakla birlikte sigara ve demans arasındaki ilişki farklı genetik yatkınlıklardan dolayı yaş bağımlı olduğu düşünülmektedir. Sigara demans riski üzerine farklı ve ters etkiler gösterebilmektedir. Vasküler mekanizma yoluyla genellikle zararlı olurken fakat ApoE ε4 aleli taşıyan kişilerde kısmen faydalı olabilmektedir. Bu hipotez daha az nikotinik reseptör bağlanma yerine sahip olan ApoE ε4'ü taşıyan

hastalardaki gözlemlere dayanmaktadır. (22, 79-81). Görüldüğü gibi sigara ile demans arasındaki ilişki tartışmalıdır.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %89.9' unun, kognitif bozukluğu olanların ise %96.0' ının alkol kullanmadığı saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13). Orta derecede alkol alanlarda demans oranını gösteren yeterli çalışma olmamakla birlikte Orgogozo ve ark. (83) populasyon temelli prospektif çalışmada alkol alımının demans için koruyucu faktör olduğu saptanmıştır (83). Ayrıca Rotterdam çalışmasının sonuçları bu bulguları destekler gibi görünmektedir (22, 79).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireyler ile kognitif bozukluğu olanlar karşılaştırıldıkların da güneşe maruziyet, meyve sebze tüketimi ve yürüyüş yapma durumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13). Kognitif bozukluğu olmayan bireylerin güneşe maruziyet, meyve sebze tüketimi ve yürüyüş yapma durumları kognitif bozukluğu olanlara göre daha fazla saptanmıştır. Bu durumda bireylerin beslenme ve yaşamsal alışkanlıklarının iyi olmasının kognitif bozukluğu olumlu yönde etkilediğini düşünebiliriz.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %23.3' ünde, kognitif bozukluğu olanların ise %34.7' sin de hiperkolesteromi olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13). AH ve kolesterol düzeyleri ile ilgili birçok çalışma literatürde vardır. Küçük bir hastane temelli olgu kontrol çalışmasında AH yüksek kolesterol düzeyli olgularda normal kolesterol düzeyli olgulara göre daha fazla saptanmıştır (79, 82). Bu durum bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %4.4' ünün, kognitif bozukluğu olanların ise %6.9' unun kafaya darbe alma öyküsünün olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.13). Kafa travması ile demans ilişkisinin varlığını destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar vardır. Bazı çalışmalarda tersi gösterilse de, çalışmaların çoğunluğunda geçmişte kafa travması öyküsü olanlarda (boksörlerle ilgili mirage çalışması ve 2. dünya savaşı gazilerinin çalışmalarında olduğu gibi) AH riskinin arttığı gözlenmektedir (6, 83).

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %76.1' i, kognitif bozukluğu olanların ise %85.9' u kendisinde unutkanlık olduğunu belirtirken kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %76.7' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise %91.9'

unun yakını bireyde unutkanlık olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.14). Sluss ve ark. (63), affekt ve kognitif fonksiyonu normal olan yaşlı bireylerin %80'inin, değişik süre ve şiddette unutkanlık şikâyetinin olduğu bir periyod bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu selim vakaların %5-15'inde zamanla kognitif bozulmanın artabileceği ifade edilmiştir. Bu kişilerde normal yaşlı ile demans arasında olabilen anatomopatolojik değişiklikler tespit edilmiştir (63). Gönen ve ark. (70) yaptıkları çalışmada yakınları tarafından evde unutkanlık şikâyetinin olduğu belirtilen (n:114) kişilerde %41.2 oranında demans ile ilişkili olabilecek bulgular saptanırken evde unutkanlık şikâyeti olmadığını belirtilen deneklerde (n: 159) %27.7 oranında saptanmıştır. Bu durum bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur. Demansın en erken belirti ve bulguları arasında unutkanlık gelmektedir. Dolayısı ile kişilerin ve yakınlarının unutkanlığı belirtmeleri beklenen bir durumdur.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %19.5' i, kognitif bozukluğu olanların ise %54.9' u kendisindeki unutkanlığın önemli derecede olduğunu belirtirken kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %17.6' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise %57.7' sinin yakını bireydeki unutkanlığın önemli derecede olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.14). Bu durum unutkanlık düzeyinin demansın erken tanısında önemli bir yere sahip olması ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılanlardan kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %95.0' ı, kognitif bozukluğu olanların ise %98.4' ü becerilerinde azalma olduğunu belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunurken (Tablo 4.14) kognitif bozukluğu olmayan bireylerin %96.2' sinin, kognitif bozukluğu olanların ise % 98.8' inin yakını bireydeki becerilerin azaldığını belirtmiş ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Griffith ve ark. (84) çalışmasında bireylerdeki becerilerde bozulmanın alzhmeir tipi demans ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Zihinsel ve motorsal becerilerin azalması demansta görülmesi muhtemel bir durumdur.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların cinsiyetine göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde kadınların ve erkeklerin ADCS-ADL ölçeğindeki durumları yapabilmeleri aynı değerlerde saptanmış ve arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Galasko ve ark. (52) çalışmasında erkekler kadınlara göre bağımsız olarak saptanmış anlamlı bulunmuş bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde evli olanların dul/bekar olanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Evli olan bireylerin ADCS-ADL puanının yüksek olması sorumlulukların fazla olması, günlük işlerini kendilerinin yapması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların mesleğine göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde emekli olanların ev hanımlarına göre ADCS-ADL puanının daha yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Emekli olanların geçmişte aktif çalışma hayatları olduğu için ADCS-ADL puanının daha yüksek olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde okur-yazar olmayanların en düşük ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Düşük eğitim düzeyinin yaşlıların gazete/dergi okuma, tv izleme gibi aktiviteleri yapmamalarına bağlı olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların kimlerle yaşadıklarına göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde çocuğu veya çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayanların en düşük ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kalabalık ailede yaşayan bireylerin temel günlük yaşam aktiviteleri (banyo yapabilme, giyinip soyunma, tuvalete gitme, ev içerisinde ve yatakta hareket etme, idrar ve büyük abdestini kontrol edebilme) dışındaki faaliyetlere katılmadıkları yada bakıma ihtiyacı olduğu için yalnız yaşamadığı bunun için düşük ADCS-ADL puanına sahip olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin psikolojik rahatsızlık ve AH olması durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde hastalığı olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bu rahatsızlıkların bulunması unutkanlık belirtileriyle birlikte bireylerin ev içerisindeki birçok faaliyeti (yatağa yatmak/kalkmak, giyinmek, yemek yemek, tuvalete gitmek, banyo yapmak) yapmasına engel olabilmesi gibi durumları düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin sürekli ilaç kullanma ve hangi ilacı kullandıkları sorusuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde ADCS-ADL puanının düşük olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sürekli ve çok ilaç kullanımının kişinin hastalıklarının çok olması bu sebeble ADCS-ADL puanının daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların güneşe maruziyet ve yürüyüş durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde ayda 1-2 kez/ nadiren güneşe çıkanların ve hiç yürüyüş yapmayanların en düşük ADCS-ADL puanına sahip olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. ADCS-ADL puanının düşük olmasının sebebini yatağa bağımlı hastaların yeterince güneşe çıkamamaları olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin kendilerine ve yakınlarına sorulduğunda unutkanlığın olma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde olanların olmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bu durumun nedeni olarak unutkanlığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersiz kaldıkları düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin kendilerine sorulduğunda becerilerin azalma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde motor becerisi azalanların azalmayanlara göre ADCS-ADL puanının daha düşük olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ancak yakınlarına sorulduğunda becerilerin azalma durumuna göre ADCS-ADL puanı değerlendirildiğinde azalmayanların azalanlara göre ADCS-ADL puanının daha yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bunun sebebi olarak bireylerin motor becerilerindeki azalmanın günlük yaşam aktivitelerini yapmalarını olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ile MMSE ve ADCS-ADL ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Yaş ilerledikçe bireylerin MMSE ve ADCS-ADL ölçeklerinden aldıkları puan azalmaktadır. Dolayısı ile bireylerin muhtemel demans riski artmakta ve günlük yaşamsal aktivitelerini yapamama durumları ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin MMSE ile ADCS-ADL ölçekleri arasında pozitif iyi yönde ilişki bulunmaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Galasko ve ark. (52) çalışmasında MMSE ve ADCS-ADL arası ilişki anlamlı bulunmuş bu sonuçlar bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur. Bireylerin MMSE ölçeğinden aldığı puanı

azaldıkça kognitif bozukluk riski artmakta, ADCS-ADL ölçeğindeki puanın azalması ile de bireylerin bağımlılığı artmaktadır. Kognitif bozukluğu olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini tam anlamıyla yerine getiremediklerini düşünebiliriz.

Araştırmaya katılan bireylerin kognitif bozukluk açısından; ailedeki kalıtsal hastalığın anne-baba da olması kardeşlere göre 3.46 (1/0.289) kat daha az riskli, unutkanlığı olanlar olmayanlara göre 2.828 kat daha çok riskli, kendilerine sorulduğunda unutkanlığın önemli olmasının olmayanlara göre 5.349 kat daha çok riskli ve ev hanımı olanlar emekli olanlara göre 3.749 kat daha çok riskli bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Kognitif bozukluk açısından önemli risk oluşturan unsurlar, bireyde unutkanlık olması ve bu unutkanlığın önemli derecede olmasıyla düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kayseri ili 65 yaş ve üzeri popülasyonda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve diğer sosyo-demografik özelliklerin kognitif bozukluk sıklığı üzerine etkilerini araştırmak, bunları etkileyen faktörleri belirleyerek uygun öneriler geliştirmek amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen sonuçlar ve öneriler şunlardır:

- Araştırmaya katılanların kesim noktası değerine göre dağılımında % 60.9' u 24 puan altı (kognitif bozukluk prevalansı), %39.1' i 24 puan veya üzeri (kognitif bozukluğu olmayan) almış olarak saptanmıştır.
- Cinsiyetin kadın olması, medeni durumun dul/bekâr olması, düşük eğitim seviyesinin olması ve yalnız yaşama gibi durumlarda kognitif bozukluk daha yüksek oranda tespit edilmiştir.
- Bireylerin tanısı konmuş herhangi bir hastalığa sahip olması ve özellikle HT tansına sahip olmaları ayrıca kardeşlerde tanısı konmuş bir hastalığın olma durumu kognitif bozukluk açısından daha riskli bulunmuştur.
- Bireylerin daha az güneşe maruziyet, nadiren yürüyüş yapma durumları ve az meyve sebze tüketiminde kognitif bozukluk daha yüksek oranda tespit edilmiştir.
- Kendisinde unutkanlık olduğunu bu durumun önemli derecede olduğunu belirten bireyler ile yakını tarafından unutkanlığının olduğunu ve unutkanlığın önemli

derecede olduğunun belirtilmesi bireyde kognitif bozukluğun bulunmasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan bireylerin okur-yazar olmayanların en düşük ADCS-ADL puanına sahip olduğu görülmüştür.
- Çocuğu veya çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayan bireylerin ADCS-ADL puanının düşük olduğu görülmüştür. Kalabalık ailelerde yaşlı bireylerin de ev hayatında (günlük ev işleri vs) aktif olarak rol alması sağlanmalıdır.
- Bireylerin psikolojik rahatsızlık, AH olanların ve kendilerine ve yakınlarına sorulduğunda unutkanlığı olanların ADCS-ADL puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Unutkanlık sebebiyle bireyler günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirmekte zorlanabilirler. Bu yüzden bu bireylerin yalnız bırakılmamaları ilaçlarını düzgün almaları sağlanmalıdır.
- Bu çalışmada bireylerde MMSE kesim noktası puanı 24 olarak kabul edildi. Ancak 24 puan kesim noktasının bu bölge için yüksek kaldığı düşünülmüştür. Türk insanı için daha uygun testlerin geliştirilmesi önerilmektedir. Bununla beraber her ülkenin kendine göre toplumsal özelliklerine uygun bir MMSE ölçeğinin olması gerekmektedir.
- Eğitim seviyesinin artırılması, toplumun bu konuda duyarlı hala getirilmesi ve özellikle kadınların bilinçlendirilmesi gerekmektedir.
- Kronik hastalığı olan bireylerin ve ailede hastalık öyküsü bulunan bireylerin kognitif bozukluk konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Bu durum erken tanı için fayda sağlayacaktır.
- Beslenme, her yaşta önemli olduğu gibi yaş ilerledikçe daha dikkatli olunması gereken bir konudur. Önemliliği ve nasıl beslenmeli konusunda ASM veya TSM lere bireylere eğitimler düzenlenebilir.
- Unutkanlığa yenik düşmemek için; sosyal hayattan kopmamak, bulmaca çözmek, satranç oynamak, kitap okumak ve yeni bir hobiye başlamak gibi durumlar ile beyin egzersizleri faydalı olabileceği düşünülebilir.
- Yaşlılara dönük egzersiz programları, yaşlıların fonksiyonel kapasitelerinin güçlenmesine, stresin azalmasına ve sonuçta yaşam kalitesinin iyileşmesine ve

kognitif bozukluğun önlenmesine katkıda bulunabilir. Aile, yakın çevre, yerel ve merkezi yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının katkılarıyla; yaşlıların yaşamlarını kolaylaştırıcı, riskleri azaltıcı, yaşlının sosyal ilişkilerini güçlendirici çevresel düzenlemeler yapılabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Selekler K. Alzheimer Hastalığı: Patoloji, Risk Faktörleri, Koruyucu Etkenler, Klinik, Tanı ve Ayırıcı Tanı. Nörolojide Yeni Ufuklar, Alzheimer ve Diğer Demanslar içinde Selekler K, Ed. Güneş Tıp Kitabevleri Yayınları, 2009, ss.1-27.
2. Givens J. Archives of Internal Medicine Dergisi 01/2011; 171(1):93-94
3. WEB_2(2014).TC. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı. [\(http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736\(18.09.2014\)\)](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736(18.09.2014)) (Erişim Tarihi 19.03.14)
4. Hugh C. Hendrie Epidemiology of Dementia and Alzheimer's Disease Am J Geriatr Psychiatry 1998;6: 3-18.
5. Camcı Y, Ekşioğlu Y, Karabulut T, Yücel N, Karagöz M. Demans Tanılı Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ile MMSE Skorları Arasındaki İlişki, Geriatri Dergisi 2009;1:45-55.
6. Cankurtaran M, Arıoğlu S. Alzheimer Hastalığı ve Vasküler Demansta Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Ünitesi Yan Dal Uzmanlık Tezi, Ankara, 2004:1-35.
7. Ferri CP, Prince M, Brayne C. et al. Global Prevalence Of Dementia: A Delphi Consensus Study Lancet 2005; 9503: 2112-2117.
8. Bayles K, Tomoeda C. Demansta Bilişsel-İletişimsel Bozukluklar, Şenol M.G. (Edt), İstanbul, Euromat Entegre Matbaacılık A.Ş. 2009;1:ss.1-2

9. Frances A, Pincus HA, First MB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM IV). Washington: American Psychiatric Association 1994:133–56
10. Hanağası H. Klinik Gelişim, Demans Kavramı ve Hastaya Yaklaşım, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2010;1: ss.44.
11. Cankurtaran M, Yavuz BB, Halil M, Daglı N, Cankurtaran ES, Arıoğlu S. Are Serum Lipid And Lipoprotein Levels Related To Dementia Arch Gerontol Geriatr 2005;41;1:9-31
12. Yıldırım KÖ. Diabetik ve Non-diabetik Hastalarda Demansı Etkileyen Faktörlerle Birlikte Mini-mental Test Skorlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007:1-76
13. Koçer B. Demans Epidemiyolojisi, Demans Dizisi, Ankara, 1999;1:41-44
14. Kurt GS. Alzheimer Hastalığında Genetik Dışı Etyolojik Faktörler, Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi 2003;1:38-44.
15. Arıoğlu S. Alzheimer Tip Demansta Risk Faktorleri. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı 2003; ss.102-105.
16. Karaman Y. Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar, Ankara, Lebib Yalkın Matbaası, 2002; ss.1
17. Clare L. Awareness İn Early Stage Alzheimer’s Disease, A Review Of Methods And Evidence. Br J Clin Psychol 2004; 43: 177-196.
18. Marquia BS, Moore M, Diane B. et al. Independent Predictors Of Cognitive Decline İn Healthy Elderly Persons. Arch Neurol 2002;59: pp.601-606.
19. Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisodia SS. Alzheimer Hastalığı, Gürvit H (Edt), Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2001: ss.95-116
20. Baysal Aİ. Alzheimer Hastalığı Klinik Bulgular, Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi 2003; 181:1-6

21. Hofman A, Ott A, Breteler MMB et al. Atherosclerosis, Apolipoprotein E, And The Prevalance Of Dementia And Alzheimer's Disease İn The Rotterdam Study. Lancet, 1997; 349 pp.:151-154.
22. Bakar M. Demans Gelişiminde İnme Risk Faktörleri, Demans Dergisi 2003;3: 59-63
23. Wu C. Relationship Between Blood Pressure And Alzheimer Disease İn Linxian County, China. Life Sci 2003; 72: 1125-1133
24. Gonzalaz M, Marcos A, Klaus P. Nutrition And Cognitive İmpairment İn Elderly. British J Nutrition 2001; 86: 313-321.
25. Behl C. Oxidative Stress İn Alzheimer's Disease: İmplications For Prevention And Therapy, Subcell Biochem 2005; 38: pp.65-78.
26. Religa D, Styczynska M., Peplonska B et al. Homocysteine, Apolipoprotein E And Metylenetetrahydrofolate Reductase İn AD And Mild Cognitive İmpairment. Dement Geriatr Cogn 2003; 16: 64-70.
27. Pansari K, Gupta A, Thomas P. Alzheimer's Disease And Vascular Factors, Facts And Theories. Int J Clin Psychiatry 2002; 56: 197-203
28. Cummings JL. Alzheimer's Disease. NEJM 2004; 351: 56-67
29. Özsaras R. Orta Yaşta Sigara, İleri Yaşta Demans, Sağlıkta Nabız Dergisi 2013;28:10-20
30. Zandi P. Hormone Replacement Theraphy And İncidence of ad İn Older Women. JAMA 2002; 288: 2123-2129
31. Geerlings MJ. Endogenous Estrodiol And The Risk Of Dementia İn Women And Men. The Rotterdam Study. Ann Neurol 2003; 53: 607-615
32. Kawas C, Resnick S, Morrison A et al. A prospective study of estrogen replacement therapy and the risk of developing Alzheimer's disease: The Baltimore Longitudinal Study of Aging published erratum appears in Neurology 1997;48:1517-1521.
33. Kulaksızoğlu IB. Yücel N, Demanslı Yıllara Değer Katan Aktiviteler, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Demanslı

Yaşlıların Kurumsal Bakıma Uyum Sağlaması ve Bakım Verenlerin Tükenmişlik Sendromu, İstanbul Darülaceze Müdürlüğü Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul 2009; ss.325-330

34. Small SA, Mayeux R. Delirium and Dementia. In: Rowland LP ed. Merritt's Neurology. 11th edition, Delirium and Dementia. Philadelphia Lippincott Williams&Wilkins; 2005: pp.3-7.
35. Tariot PN, Mack JL, Patterson MB, et al. The Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. The Behavioral Pathology Committee of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. Am J Psychiatry 1995;152:1349-1357
36. Koyuncu A, Özyıldırım İ. Duygudurum Bozukluğu Eştanısının Sosyal Anksiyete Bozukluğu Üzerine Klinik Etkisi. Psychol Med 1999;29; 555-567.
37. WEB_1(2008).Psikolojikrehberiniz.http://psikolojiyardim.blogspot.com.tr/2008_12_01_archive.html (Erişim Tarihi 24.11.2014)
38. Günaydın FM, Demans Hastalarında Homosistein, Vitamin B12 Ve Folat İlişkisi, Nöroloji Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008: 26-30
39. Selekler K. Alzheimer Hastalığının Öncesi Hafif Kognitif Bozukluk; Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35: 199–206
40. Petersen RC, Smith GE, Waring SC et al. Mild Cognitive İmpairment: Clinical Characterization And Outcome. Arch Neurol 1999;56: 303–308
41. White L, Petrovitch H, Ross W. Prevalence Of Dementia İn Older Japanese-American Men İn Hawaii: The Honolulu-Asi Aging Study. JAMA 1996;276:955–960
42. Eker E. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar türkiye klinikleri, Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 2005;1:3-16
43. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease, Neurology 1984;34:939–944

44. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (DSM-IV), E.Körođlu (Edt), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994:ss.4
45. Lindsay J. Risk Factors For Alzheimer's Disease, A Prospective Analysis From The Canadian Study Of Health And Aging. Am J Epidemiol 2002; 156: 445-453.
46. Hanağası HA. Alzheimer Dışı Demansların Ayırıcı Tanısında Nelere Dikkat Edelim?, İstanbul Tıp Fakóltesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Davranış Nörolojisi Ve Hareket Bozuklukları Birimi, 6. Akademik Geriatri Kongresi. 2013:54-55
47. Cankurtaran M, Arıoğul S. Alzheimer Hastalığı ve Tedavisinde Yenilikler, Türkiye Tıp Dergisi Dahili Tıp Bilimleri 2002; 9: 128-136
48. Souder E, Beck C. Overview of Alzheimer's Disease, Nurs Clin North Am 2004; 39:545- 559
49. Gürvit H, Baran B. Demanslar ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakóltesi Nöroloji Anabilim Dalı, Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi, İstanbul, Nöropsikiyatri Arşivi 2007; 44: 58-65
50. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR "Mini Mental State" A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician. J Psychiatr Res, 1975: 12;189-198
51. Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13: 273-281
52. Galasko D, Bennett D, Sano M et al. An Inventory to Assess Activities of Daily Living for Clinical Trials in Alzheimer's Disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study, Alzheimer Dis Assoc Disord, 1997;11 (Suppl.2):33-39
53. Gifford Dr, Holloway RG, Vickrey BG. Systematic Review Of Clinical Prediction Rules For Nueroimaging İn The Evaluation Dementia. Arch Intern Med 2000;160:2855
54. Daiello LA. Current İssues İn Dementia Pharmacothe- Rapy Am J Manag Care 2007;13 (Suppl 8) 198-202

55. Ergün U. Demansta Kognitif Semptomların Güncel Tedavisi, Türk Geriatri Dergisi (Özel Sayı 3) 2010: 53-60
56. Jones R. The Dementias, Clinical Medicine 2003; 3: 404-408
57. Religa D, Styczynska M, Peplonska B. et al. Therapeutic Strategies For AD Based On New Molecular Mechanisms, Acta Neurobiol Exp 2003; 63: 393-396
58. Pinkston EM, Linsk NL, Young RN. Home-Based Behavioral Family Treatment Of The Impaired Elderly, Behav Ther 1988;19:331-44
59. Tariot PN, Farlow M., Grossberg GT et al. Memantine Treatment in Patients With Moderate To Severe AD Already Receieving Donepezil. JAMA 2004; 291: 317-324
60. Bulut S, Ekici İ, Polat A, Berilgen MS, Gönen M, Dağ E, Demir CF. Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları. Demans Dergisi 2002;2: 105-110
61. Liu CK, Lai CL, Tai CT et al. Incidence of subtypes in southern Taiwan: impact of sociodemographic factors Neurology 1998;50:1572-1579.
62. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç. Eskişehir'de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları 2005; 14:113-119
63. Sluss TK, Robina P, Gruenberg EM. Memory complaints in community residing men abstracted. Gerontologist 1980; 20:115-201
64. Keskinoglu P. et al. Archives of Gerontology and Geriatrics 2006;43:93–100
65. Wind AW, Schellevis, FG, Van Staveren G, Scholten RP, Jonker C, Van Eijk JT. Limitation of the MMSE in diagnosis in general practices. Int. J. Geriatr. Psychiatry 1997;12:101–108
66. Arslantaş D, Özbabalık D, Metintaş S, et al. Prevelance of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia. J Clin Neurosci 2009;16:1455-1459
67. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts, Neurology 2000;54 (Suppl 5):4-9

68. Uçku R, Keskinoglu P, Yener G, Yaka E, Tunca Z, Meseri R. Türk toplumuna göre yeniden düzenlenmiş standartize minimental testin toplumda yaşayan eğitimli ve eğitimsiz yaşlılarda geçerlilik güvenirliliği. Tübitak proje no: SBAG- HD-145, İzmir, 2007: ss.106-131
69. Gürvit H, Emre S, Tınaz B. et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimer Dis Other Demen* 2008; 23: 67- 76
70. Gönen S, Küçükgülü Ö, Yener G. Hastanede yatan yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek işlevsel-bilişsel bozukluk sıklığının incelenmesi, *Journal of Neurological Sciences Turkish* 2010;27: 446-456
71. WEB_3(2008).World Health Organization [WHO], United Nations, population division, department of economic and social affairs, aging, <http://www.who.int/GHO/> (Erişim Tarihi 20.10.2014)
72. Bachman DL, Wolf PA, Linn R. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham Study, *Neurology* 1993;43:515-519
73. Beard CM, Kökmen E, Offord KF et al. Lack of association between Alzheimer's disease and education, occupation, marital status, or living arrangement, *Neurology* 1992;42:2063-2068
74. Katzman R. Education and prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 1993;43:13-20
75. Barlett H, Gray L, Byrne G, Travers C, Lui C. Dementia a national health priority, dementia research mapping project final report. Commonwealth Department of Health and Ageing, Queensland, Australia, 2006: pp.82-101
76. Katzman R, Aronson M, Fuld P et al. Development and dementing illness in an 80 year volunteer cohort, *Ann Neurol* 1989;25:317-324
77. Mortel KF, Wood S, Pavol MA et al. Analysis of familial and individual risk factors among patients with ischemic vascular dementia and Alzheimer's disease, *Angiology* 1993;44:599-605
78. Green, Robert C et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study, *Archives of neurology* 60.5 2003: 753-759.

79. Ott A, Slioter AJC, Hofman A et al. Smoking and the risk of dementia and Alzheimer disease in a population based cohort study, The Rotterdam study, Lancet, 1998;351:pp.1840-1843
80. Shinton R, Beevers G. Meta analysis of the relation between cigarette smoking and stroke, BMJ 1989;298:789-794
81. Letenneur L, Dartigues JF, Commenges D et al. Tobacco consumption and cognitive impairment in elderly people, A population based study, Ann Epidemiol 1994;4:449-454
82. Gorelick PB, Schneck M, Berglund LF et al. Status of lipids as a risk factors for stroke, Neuroepidemiology 1997;16:107-115
83. Guo Z. Head injury and the risk of AD in Mirage study, Neurology 2000;54:16-23
84. Griffith RH, Belue K, Sicola A, Krzywanski S, Zamrini , Harreli L, Marson CD. Impaired Financial Abilites in Mildcognitiye Impairment, Neurology 2003; 60: 449-457

EKLER

Kayseri İli' ndeki 65 yaş ve Üzeri Bireylerde Kognitif Bozukluk Prevelansı

ANKET FORMU

Bu çalışma Kayseri İli' ndeki 65 yaş ve üzeri kişilerde kognitif bozukluk görülme sıklığının araştırılmasıdır. Yaşlanma ile görülme sıklığı arttığı bilinen bu durumun Kayseri'deki durumu belirlenecektir.

Aşağıda bulunan sosyodemografik bilgilerinizi tespit etmeye yönelik size okuyacağım soruları, size uygun olan seçenekleri belirterek cevaplayınız.

AD SOYAD:

TARİH:

...../...../.....

1. Bilginin elde edilme yolu: (1) Bilgi verilen kişilerle görüşme (2) Telefon görüşmesi

2. Bilginin kaynağı: (1) Bireyin kendisi (2) Bireyin yakını

3. Cinsiyetiniz 1() Erkek 2() Kadın

4. Kaç yaşındasınız? (bitirilen yaş)

5. Medeni durumunuz nedir? 1() Evli 2() Hiç Evlenmemiş 3() Boşanmış 4() Dul
5() Ayrı Yaşıyor

6. Eğitim durumunuz nedir? (bitirdiğiniz okul)

1() Okur-yazar Değil 2() Okur-yazar 3() İlkokul

4()Ortaokul 5() Lise 6() Yüksekokul/Üniversite

7. Sosyal güvenceniz var mı? 1() Yok 2() Var

a() Bağ-kur b() Emekli sandığı c() Yeşil kart d() SSK e() SGK f() Özel sigorta

8. Mesleğiniz: 1. Ev hanımı 2.Emekli (.....) 2.Çalışıyor (.....)

9. Ekonomik durumunuz nedir? 1() Çok iyi 2() İyi 3() Orta 4() Kötü
5() Çok kötü

10. Şu an kimlerle yaşıyorsunuz? 1() Yalnız başıma 2() Eşim ile 3() Eşim ve çocuk/çocukla

4() Çocuğumun ailesi ile birlikte 5() Diğer.....

11. Çocuğunuz var mı? 1() Yok 2() Var (kaç tanekız erkek)

12. Genelde nerede yaşıyorsunuz? 1() İl merkezi 2() İlçe 3() Köy

13. Uzun süre devam eden hastane yada sağlık kuruluşunda tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?

(Birden çok olabilir)

1() Yok 2() Var (.....)

14. Ailenizde (anne babadan geçen-irisi) kalıtsal hastalık var mı? 1() Yok 2() Var (Adı)

15. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? (Birden çok olabilir) 1() Yok 2() Var

16. Sigara kullanıyor musunuz? 1() Evet 2() Hayır 3() Bıraktım

17. Alkol kullanıyor musunuz? 1() Evet 2() Hayır 3() Bıraktım

18. Güneşe maruziyet durumunuz hangi sıklıktadır?

1() Her gün 2() Gün aşırı 3() Haftada 1-2 4() Ayda 1-2 5() Nadiren

19. Beslenmenizde meyve ve sebzenin tüketim sıklığı nasıldır?

1() Her gün 2() Gün aşırı 3() Haftada 1-2 4() Ayda 1-2 5() Nadiren

20. Yürüyüşü (en az 30 dk aralıksız) hangi sıklıkla yapar sınız?

1() Her gün 2() Gün aşırı 3() Haftada 1-2 4() Ayda 1-2 5() Hiç

21. Kolesterol yüksekliği var mı? 1() Var 2() Yok 3() Bilmiyorum

22. Kafaya önemli bir darbe (bayılmaya neden olan) hiç oldu mu? 1() Evet 2() Hayır

23. Hiç depresyon (ruhi çöküntü) hastalığı geçirdiniz mi? 1() Evet 2() Hayır

24. Son yıllarda önemli bir kilo değişikliği yaşadınız mı? 1() Hayır 2() Evet

25. Unutkanlığınız var mı?(bireyden bilgi) 1() Evet 2() Hayır

25. Yakınınızın unutkanlığı var mı?(yakınından bilgi) 1() Evet 2() Hayır

26. Unutkanlığınız varsa size göre önemli derece de mi? (bireyden bilgi) 1() Evet 2() Hayır

27. Yakınınızın unutkanlığınız varsa size göre önemli derece de mi? (yakınından bilgi) 1() Evet 2() Hayır

28. Eskisine göre becerilerinizde, dikkatinizde azalma oldu mu? (bireyden bilgi)

1() Evet 2() Hayır

28. Yakınınızın eskisine göre becerilerinde, dikkatinde azalma oldu mu? (yakınından bilgi)

1() Evet 2() Hayır

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

T. Puan:

.....

Aktif El: 1. Sağ el..... 2. Sol el 3. Her iki el

YÖNELİM (Toplam puan 10) (Her bir madde için 1 puan verilir.)

T. Puan:

.....

1.Hangi yıl içindeyiz.....

()

2.Hangi mevsimdeyiz

()

3.Hangi aydayız

()

4.Bu gün ayın kaç(eğitimsiz bireyler bir sonraki soruyu

cevaplayınız)..... ()

4.Şu an sabah mı öğlen mi, akşam

mı..... ()

5.Hangi gündeiz

()

6.Hangi ülkede yaşıyoruz

..... ()

7.Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız

..... ()

8.Şu an bulunduğunuz semt neresidir

..... ()

9.Şu an bulunduğunuz bina neresidir

..... ()

10.Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız

..... ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

T. Puan:

.....

1.Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

..... ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

T. Puan:

.....

- 1.Dünya kelimesinin harflerini tersten söyleyiniz. Her doğru işlem 1 puan. (eğitimsiz bireyler için sonraki soruya geçin)..... ()
- 1.Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (örneğin Pazar’ dan önce cumartesi gelir, ondan önce ne gelir.)..... ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

T. Puan:

.....

- 1.Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

T. Puan:

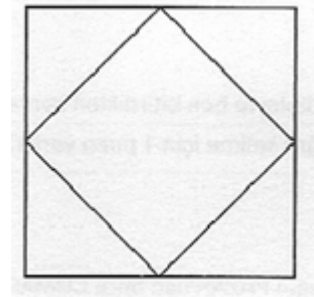
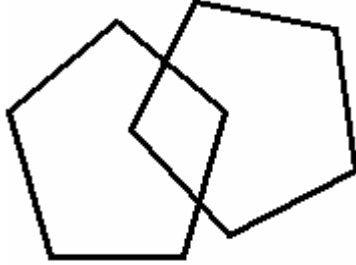
.....

1. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
2. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer o giderse ben de giderim" (10 sn tut) (1puan)..... ()
3. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem (1puan)..... ()
4. Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)(eğitimsiz bireyler bir sonraki soruyu cevaplasın)()
4. Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın. (1 puan)"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"..... ()
5. Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (eğitimsiz bireyler bir sonraki soruyu cevaplayınız)..... ()
5. Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin.(30 sn süre tanınır.) (1 puan).....()
6. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) (eğitimsiz bireyler bir sonraki soruyu cevaplayınız)()
6. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)()

Şekli aşağıya çizdiriniz:

Eğitilmiş bireyler için şekil:

Eğitimsiz bireyler için şekil:



ADCS-ADL SORU FORMU VE YÖNERGESİ /ADCS-ADL

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

0. Bilginin elde edilme yolu: (1) Bilgi veren kişilerle görüşme (2) Telefon görüşmesi

Yönerge: Başlamadan önce bilgi veren kişiye anket rehberini okuyun.

Yemek yeme ile ilgili olarak;

1. Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?

(Puan.....)

- 3 () Yardımsız yedi ve bıçak kullandı.
- 2 () Yemek için çatal ve kaşık kullandı fakat bıçak kullanmadı.
- 1 () Genellikle elleriyle yedi.
- 0 () Daima ya da genellikle biri tarafından beslendi.

Yürüme (veya tekerlekli sandalye ile gezme) ile ilgili olarak;

2. Geçen 4 hafta içinde hastanın en iyi performansını aşağıdakilerden hangisi en doğru tanımlamaktadır? (Puan.....)

- 3 () Ev dışında yardım almadan hareket edebildi.
- 2 () Yardım almadan oda içinde dolaşabildi.
- 1 () Yardım almadan yataktan sandalyeye geçebildi.
- 0 () Yürümek ya da yer değiştirmek için yardıma ihtiyacı oldu.

Tuvalet ihtiyacını görme (mesane ve barsak işlevleri) ile ilgili olarak;

3. Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır? (Puan.....)

- 3 () Gözetim ve yardım gerekmeksizin gereken her şeyi yaptı.
- 2 () Gözetime ihtiyaç oldu ancak fiziksel yardıma ihtiyaç olmadı.
- 1 () Fiziksel yardıma ihtiyaç oldu ancak genelde idrarını/dışkısını tutabildi.
- 0 () Fiziksel yardıma ihtiyaç oldu ve genellikle idrarını/dışkısını kaçırdı.

4. Banyo yapma ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır? (Puan.....)

- 3 () Hatırlatma veya fiziksel yardım olmaksızın banyo yaptı.
- 2 () Tam olarak banyo yapabilmesi için fiziksel yardım gerekmedi ancak gözetim/hatırlatma gerekti.
- 1 () Tam olarak banyo yapabilmesi için biraz yardım (örneğin saçlarını yıkamada) gerekti.
- 0 () Tam olarak banyo yapabilmesi sürekli yardım gerekti.

5. Kendine bakım ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın en iyi performansını aşağıdakilerden hangisi en doğru tanımlamaktadır?
(Puan.....)

- 3 () Fiziksel yardım olmaksızın tırnaklarını kesip temizledi.
2 () Fiziksel yardım olmaksızın saçlarını fırçaladı ya da taradı.
1 () Fiziksel yardım olmaksızın yüz ve el temizliğini sağlayabildi.
0 () Saç, yüz, el, tırnak bakımı için yardıma ihtiyacı oldu.

6. Son 4 haftada giyinme ile ilgili olarak;

A) Hasta gün içinde giyineceği elbiselerin seçimini yaptı mı? (Puan.....)

- 1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt Evet ise hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır? (Puan.....)

- 3 () Gözetim ya da yardım olmaksızın
2 () Gözetim ile
1 () Fiziksel yardım ile

B) Elbiseleri giyme ile ilgili olarak;

Geçen 4 hafta içinde hastanın genel performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır? (Puan.....)

- 4 () Gözetimsiz ve fiziksel yardımsız tam olarak giyindi.
3 () Fiziksel yardımsız fakat gözetimle tam olarak giyindi.
2 () Sadece düğme, kopça ya da ayakkabı bağları için fiziksel yardım gerekti.
1 () Elbiseleri bağlamak ya da düğmelemek gerekmiyorsa yardımsız giyindi.
0 () Hangi tip giysi olursa olsun daima yardım gerekti.

7. Geçen 4 hafta içinde hasta telefon kullandı mı? (Puan.....)

- 1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt Evet ise hastanın en yüksek performansını aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlamaktadır? (Puan.....)

- 5 () Bilmediği numaraları telefon rehberine bakarak ya da telefon servisleri aracılığı ile arayabildi.
4 () Sadece iyi bildiği numaraları rehber ya da listeye bakmadan arayabildi.
3 () Sadece iyi bildiği numaraları bir rehber ya da liste kullanarak arayabildi.
2 () Gelen telefonları yanıtlayabildi ancak kendisi arayamadı.
1 () Telefonları yanıtlayamadı ancak telefon eline verilince konuşabildi.

8. Geçen 4 hafta içinde hasta televizyon seyretti mi? (Puan.....)

- 1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun. (Puan.....)

- 1 () 0 () 0 () a) Genellikle farklı programları veya sevdiği programları seçti veya seçilmesini istedi.
1 () 0 () 0 () b) Genellikle programı seyrederken programın içeriği hakkında konuştu.
1 () 0 () 0 () c) Bir programı seyrettikten sonraki 24 saat içinde onun içeriği hakkında konuştu.

9. Geçen 4 hafta içinde hasta en az 5 dakika süre ile küçük bir konuşma ya da sohbete katıldı mı ? (Puan.....)

Not: Hastanın sohbeti başlatan kişi olması gerekmiyor.

- 1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi genel olarak hastanın katılımını en iyi tanımlamaktadır?

- 3 () Genellikle konu ile ilgili şeyler söyledi.
2 () Genellikle konu ile ilgisi olmayan şeyler söyledi.
1 () Nadiren konuştu ya da hiç konuşmadı.

10. Hasta bir öğün ya da ara öğünden sonra masadan bulaşıkları kaldırdı mı? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın genel performansını en iyi tanımlamaktadır?

3 () Yardımsız ve gözetimsiz

2 () Gözetim ile

1 () Fiziksel yardım ile

11. Geçen 4 hafta içinde hasta genellikle evdeki kişisel eşyalarını bulabildi mi? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın genel performansını en iyi tanımlamaktadır?

3 () Yardımsız ve gözetimsiz.

2 () Gözetim ile

1 () Fiziksel yardım ile

12. Geçen 4 hafta içinde hasta kendisi için sıcak ya da soğuk bir içecek hazırladı mı? (Puan.....)

(soğuk içecek bir bardak suyu da içerir)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise, aşağıdakilerden hangisi hastanın en yüksek performans düzeyini en iyi tanımlamaktadır?

3 () Genellikle fiziksel yardım olmaksızın sıcak bir içecek hazırladı.

2 () Genellikle su ısıtan biri olursa kendine içecek sıcak bir şeyler hazırladı.

1 () Genellikle fiziksel yardım olmaksızın kendine soğuk bir içecek hazırladı.

13. Geçen 4 hafta içinde hasta kendisi için yemek ya da atıştırarak bir şeyler hazırladı mı? (

Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi yiyecek hazırlamada hastanın en yüksek performans düzeyini en iyi tanımlamaktadır?

4 () Çok az yardımla ya da yardımsız yemek pişirdi ya da mikrodalgada yiyecek hazırladı.

3 () Epeyce bir yardımla yemek pişirdi ya da mikrodalgada yiyecek hazırladı.

2 () Pişirmeden ya da fırın kullanmadan kendine yiyecek bir şeyler (örneğin: sandviç hazırlamak gibi) hazırladı.

1 () Pişirmeden ya da herhangi bir hazırlık yapmadan bulduğu şeyleri yedi.

14. Geçen 4 hafta içinde hasta çöp ve döküntüleri evdeki çöp kutusuna ya da uygun bir yere attı mı? (

Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın genel performansını en iyi tanımlamaktadır?

3 () Yardımsız ve gözetimsiz.

2 () Gözetim ile

1 () Fiziksel yardım ile

15. Geçen 4 hafta içinde hasta evinin dışında dolaştı ya da seyahat etti mi? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın en iyi performansını en doğru tanımlamaktadır?

4 () Evinden en az 1,5 km uzağa tek başına gidebildi.

3 () Evinden tek başına çıkabildi ancak 1,5 km mesafeyi geçmedi.

2 () Mesafeye bakmaksızın eşlik veya gözetim altında gidebildi.

1 () Mesafeye bakmaksızın yalnızca fiziksel yardımla gidebildi.

16. Geçen 4 hafta içinde hasta hiç alışverişe gitti mi? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise A ve B sorularını sorun.

A) Alacaklarını nasıl seçtiğini en iyi tanımlayan aşağıdakilerden hangisidir?

3 () Yardımsız ve gözetimsiz

2 () Biraz yardım ve gözetim ile

1 () Alışveriş yapamadı ya da çoğunlukla rastgele ya da uygun olmayan şeyleri seçti.

B) Genellikle yardımsız ve gözetimsiz ödeme yaptı mı?

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

17. Hasta geçen 4 hafta içinde kuaför, doktor, akraba gibi diğer insanlarla olan buluşma ya da randevularına uyabildi mi?

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor
(Puan.....)

Yanıt evet ise aşağıdakilerden hangisi hastanın randevularını hatırlamasını en iyi tanımlamaktadır?

3 () Genellikle hatırladı, hatırlatıcı yazılara (not, günlük, takvim) ihtiyaç duyabildi.

2 () Randevularını sadece sözel olarak hatırlatıldığında hatırlayabildi.

1 () Sözel olarak hatırlatılmasına rağmen genellikle hatırlayamadı.

Not: Hasta bakımevinde kalıyorsa 18. soruyu sormayın ve burayı işaretleyin .

Gündüz bakım alıyorsa veya evde bakıcısı varsa tek başına yaşadığı anlamına gelmez.

18. Geçen 4 hafta içinde hasta hiç yalnız kaldı mı? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun.

1 () 0 () 0 () a) Gün boyunca 15 dakika ya da daha uzun bir süre için evden ayrıldı mı?

1 () 0 () 0 () b) Gün boyunca 1 saat ya da daha uzun bir süre evde yalnız kaldı mı?

1 () 0 () 0 () c) Gün boyunca 1 saatten kısa süre evde yalnız kaldı mı?

19. Geçen 4 hafta içinde hasta güncel olaylar hakkında konuştu mu? (Puan.....)

(Geçen ay içindeki günlük olaylar kastedilmektedir).

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun.

1 () 0 () 0 () a) İçinde yer almadığı ancak okuduğu, televizyonda seyrettiği veya duyduğu

olaylar hakkında konuştu mu?

1 () 0 () 0 () b) İçinde yer aldığı ev dışında olan aile, arkadaş, komşularla ilgili olaylar

hakkında konuştu mu?

1 () 0 () 0 () c) Evde olan içinde yer aldığı ya da izlediği olaylar hakkında konuştu mu?

20. Geçen 4 hafta içinde hasta 5 dakikadan daha uzun süre ile dergi, gazete ya da kitap okudu mu? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdaki tüm soruları sorun.

1 () 0 () 0 () a) Genellikle okurken ya da okuduktan sonraki 1 saatten daha kısa süre içinde ne okuduğu ile ilgili detaylar hakkında konuştu mu?

1 () 0 () 0 () b) Genellikle okuduktan 1 saat ya da daha uzun bir süre sonra okudukları hakkında konuştu mu?

21. Geçen 4 hafta içinde hasta herhangi bir şey yazdı mı? (Puan.....)

Not: Eğer yalnız cesaretlendirme ya da yardım ile birşeyler yazdıysa da cevap evet olmalıdır.

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise yazdığı en komplike şeyi hangisi tanımlar?

3 () Diğer insanların anladığı uzun mektuplar ya da notlar yazdı.

2 () Diğer insanların anladığı kısa notlar ya da mesajlar yazdı.

1 () Adını yazdı ya da imzasını attı.

22. Geçen 4 hafta içinde hasta herhangi bir hobi ya da uğraşı ile ilgilendi veya oyun oynadı mı? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise hangi uğraşlarla ilgilendi?

Aşağıdakilerin hepsini sorun, uygun olanları işaretleyin.

- () Kart ya da masa oyunları (briç, satranç, dama)
- () Tombala
- () Müzik aleti çalma
- () Okuma
- () Tenis
- () Bulmacalar
- () Balık tutmak

- () Örgü
- () Bahçe işleri
- () Atölye işleri
- () Resim
- () Dikiş
- () Golf
- () Diğer

NOT: Yürüyüş uğraş/hobi olarak kabul edilmez.

Eğer hasta hobilerini ya da uğraşlarını gündüz bakımevinde yapıyorsa burayı işaretleyin.

Yanıt evet ise hasta en sık ilgilendiği uğraşı genellikle nasıl yaptı?

3 () Yardımsız ve gözetimsiz

2 () Gözetim ile

1 () Yardım ile

23. Geçen 4 hafta içinde hasta günlük ev işlerini yapmak için ev aletleri kullandı mı? (Puan.....)

1 () Evet 0 () Hayır 0 () Bilmiyor

Yanıt evet ise aşağıdakilerin hepsini sorun ve kullandıklarını işaretleyin.

- () Çamaşır makinesi
- () Bulaşık makinesi
- () Ocak
- () Elektrikli süpürge
- () Mutfak robotu
- () Saç kurutma makinesi
- () Tost makinesi
- () Mikrodalga
- () Mini fırın
- () Diğer

Yanıt evet ise genellikle en çok kullandığı aleti nasıl kullandığını en iyi ifade eden aşağıdakilerden hangisidir?

4 () Fiziksel yardıma gerek olmadan, yalnızca açıp kapamakla yetinmeden aracı ya da aleti kullanabildi.

3 () Fiziksel yardıma gerek olmadan, ancak yalnızca aleti açıp kapamakla sınırlı kullanabildi.

2 () Fiziksel yardıma gerek olmadan fakat gözetim altında kullanabildi.

1 () Fiziksel yardım ile kullanabildi.

Toplam puan (0-78) (.....)

"Bilmiyor" cevaplarının sayısı (.....)

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ		
	DİĞER		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012/466	Karar Tarihi : 07.08.2012
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	



ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu	Bahri YANCAR Fakülte Şefi
---------------	--	------------------------------

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Fatih TANRIVERDİ	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	
Doç. Dr. Hasan B. ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	
Doç. Dr. Mehmet A. SOMDAŞ	KBB	Kayseri Eğitim Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil-Tiyatro Sanatçısı	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 40 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 62 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kayseri İl merkezindeki 65 yaş ve üzeri bireylerde demans prevalansı		
ARIŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Elçin Balçı		
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Elçin Balçı		
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Kayseri		
DESTEKLEYİCİ			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ			
ARAŞTIRMA FAZİ	FAZ 1	☐	
	FAZ 2	☐	
	FAZ 3	☐	
	FAZ 4	☐	
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐	
	Yüksek Doz Araştırması	☐	
	Diğer İse Belirtiniz	☒	Yüksek Lisans Tezi
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒	ÇOKMERKEZ ☐	ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER

BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER

BELGE ADI	Açıklama
TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐
SIGORTA	☐
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐
BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐
HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐
ILAN	☐
YILLIK BİLDİRİM	☐
SONUÇ RAPORU	☐

ASLI GİBİDİR

Bahri YANCAR
Fakülte Sekreteri

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Ayşe Arıcı Güneş

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 22 Aralık 1989, Adana

Medeni Durumu: Evli

Email: arteriyor@hotmail.com

Yazışma Adresi: M. Akif Ersoy mah., Sakarya sok., no:1 Murat Ap.

Ortaköy/AKSARAY

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	E.Ü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	N.Ü. Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu	2011
Lise	Kozanoğlu Lions Lisesi	2006
İlkokul	Ömer Kanaatbilen İlköğretim Okulu	2001

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
Eylül 2011- Halen	Ortaköy Devlet Hastanesi	Hemşire
Haziran-Temmuz 2011	Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce