

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ



**MALATYA VE ELAZIĞ İLLERİNDE EVDE BAKIM BİRİMİNE
KAYITLI 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA DEMANS SIKLIĞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Serap Sertkaya

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Burak Selçuk

MALATYA

2018

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ



**MALATYA VE ELAZIĞ İLLERİNDE EVDE BAKIM BİRİMİNE
KAYITLI 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA DEMANS SIKLIĞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Serap Sertkaya

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Burak Selçuk

MALATYA

2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ÖZET.....	IX
ABSTRACT.....	X
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Yaşlanma.....	3
2.2.Evde Bakım Hizmeti.....	4
2.2.1.Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi.....	5
2.2.2.Türkiye’de Evde Bakım Mevzuatı ve Tarihsel Gelişimi.....	6
2.2.3.Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı.....	7
2.2.4.Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu.....	9
2.2.5.Evde Bakım Hizmetlerinin Sonlandırılması ve Verilemeyeceği Durumlar.....	10
2.3. DEMANS.....	11
2.3.1. Demansın Tanımı, Önemi ve Epidemiyolojisi.....	11
2.3.2. Demansın Sınıflandırılması ve Etiyolojisi.....	12
2.3.3. Demansiyel Hastalıklarda Patofizyoloji.....	13
2.3.4. Alzheimer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	14
2.3.5.Alzheimer Hastalığı(AH)’nın Patofizyolojisi.....	15
2.3.6.Alzheimer Hastalığının Kliniği, Tanısı ve Tedavisi.....	16
3.MATERYAL ve METOD.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı, Şekli, Yeri ve Süresi.....	21
3.2. Sosyodemografik Form.....	21

3.3. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	22
3.4.Yesevage Geriatrik Depresyon Skalası.....	22
3.5.İstatistiksel Analiz.....	23
4.BULGULAR.....	24
4.1. Sosyodemografik özellikler.....	24
4.1.1. Yaş ve Cinsiyet.....	25
4.1.2.Eğitim durumu.....	27
4.1.3.Meslek.....	28
4.1.4.Aylık gelir.....	29
4.1.5.Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler	30
4.1.6.Katılımcıların yaşadığı il	31
4.2.Kronik hastalık ile demans arası ilişki.....	32
4.3.Kronik ilaç kullanımı ile demans arası ilişki.....	34
4.4.Demansa ait semptom ve şikâyetler ile demans arasındaki ilişki.....	35
4.5.Demans ile depresyon arasındaki ilişki.....	37
5.TARTIŞMA.....	38
6.SONUÇ.....	48
KAYNAKLAR.....	49
EK.1. ETİK KURUL KARAR FORMU.....	66
EK.2.ETİK KURUL 60 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN DAHİL EDİLMESİNE DAİR EK KARAR FORMU.....	67
EK.3.SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU.....	68
EK.4. ANKET ÇALIŞMA İZNİ.....	70-71
EK.5.HASTA ONAM FORMU.....	72
EK.6.STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT).....	73
EK.7. YESEVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI.....	74

TEŞEKKÜR

Hekimlik hayatımın dönüm noktalarından olan uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren çok değerli hocalarım Doç.Dr Engin Burak Selçuk'a ve Öğr. Üyesi Dr. Burcu Kayhan Tetik'e,

Birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum değerli asistan arkadaşlarıma, tıp eğitimim süresince birlikte çalıştığım tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve sağlık personellerimize,

Hayatımın her döneminde bana destek olan sevgili aileme,

Her zaman sevgisi ve desteğiyle yanımda olan, varlığıyla hayatımı anlamlı kılan, hayat arkadaşım olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim eşim Dr. Ahmet Sertkaya'ya,

Bana dünyanın en güzel duygusunu tattıran çok sevdiğim ve gurur duyduğum oğullarım Abdulvahap ve Serhat Gökay'a

Sonsuz teşekkürler...

TABLolar DİZİNİ

Tablo no	Sayfa no
Tablo.2.1. 65 yaş ve üstü nüfusun yıllar içindeki dağılımları.....	3
Tablo.4.1. Sosyodemografik özellikler.....	24-25
Tablo.4.2. Yaş gruplarına göre demans görülme sıklığı	26
Tablo.4.3. Cinsiyete göre demans görülme sıklığı.....	26
Tablo.4.4. Yaş gruplarına göre depresyon sıklığı.....	27
Tablo.4.5. Eğitim düzeyleri ile demans arası ilişki.....	28
Tablo.4.6. Meslek grupları ve demans arası ilişki.....	29
Tablo.4.7. Aylık gelir düzeyi ile demans arasındaki ilişki.....	30
Tablo.4.8. Birlikte yaşanan kişiler ve demans arasındaki ilişki.....	31
Tablo.4.9. Yaşadıkları illere göre katılımcılardaki demans sıklığı.....	32
Tablo.4.10. Katılımcılarda bulunan kronik hastalıklar ve sıklıkları ile kognitif durumları.....	32-33
Tablo.4.11. Kronik hastalık ile depresyon arasındaki ilişki.....	34
Tablo.4.12. Kronik ilaç kullanımı ile demans arası ilişki.....	34
Tablo.4.13. Unutkanlık şikâyeti ile demans arasındaki ilişki.....	35
Tablo.4.14. Hayal görme şikâyeti ile demans arasındaki ilişki.....	36
Tablo.4.15. Demansiyel semptomlar ile demans arasındaki ilişki	36
Tablo.4.16. Demansiyel semptomların kişinin genel yaşamını etkilemesi ve çevresindekiler tarafından fark edilmesi.....	37
Tablo.4.17. Demans ile depresyon arasındaki ilişki.....	37

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
HKB	: Hafif Kognitif Bozukluk
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
GNS	: Genel Nüfus Sayımı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
WONCA	: World Organization of Family Doctors
AH	: Alzheimer Hastalığı
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
SSS	: Santral Sinir Sistemi
EEG	: Elektroensefalografi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
MRG	: Manyetik rezonans görüntüleme
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
PSEN	: Presenilin
APP	: Amiloid Prekürsör Protein
Aβ	: Amiloid Beta
AUZSE	: Amerikan Ulusal Zihinsel Sağlık Enstitüsü
NINCDS-ADRDA	: Ulusal ve Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği

DSM-V : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5

NMDA : N-metil-D-aspartat

FDA : Food and Drug Administration

SMMT : Standardize Mini Mental Test



ÖZET

Malatya ve Elazığ illerinde Evde Bakım Birimine Kayıtlı 65 Yaş Üstü Hastalarda Demans Sıklığının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada, Elazığ ve Malatya illerinde evde bakım birimlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda demans sıklığının değerlendirilmesi, kognitif fonksiyon bozukluğu saptanan hastaların erken teşhis ve etkin tedavi için yönlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve gereç: Çalışmaya Malatya ve Elazığ illerinde evde bakım birimine kayıtlı 65 yaş üstü herhangi bir demansiyel hastalık tanısı almamış gönüllü hastalarla başlanmış fakat istenilen kriterlere uygun yeterli hasta sayısına ulaşamadığından gerekli etik kurul izinleri alındıktan sonra 60 yaş üstü hastalar da dâhil edilerek çalışma yürütülmüştür. Basit rastgele örneklem yöntemi ile tespit edilen 385 hastaya evde bakım ekibi ile birlikte ev ziyaretleri yapılmış sosyodemografik anket, kognitif fonksiyon değerlendirmesi ve geriatrik depresyon ölçekleri uygulanmıştır.

Bulgular: Bu araştırma kapsamında evde bakım birimine kayıtlı 385 hastaya ulaşılmış kognitif fonksiyonları ve bununla ilişkili olabilecek bir takım risk faktörlerinin varlığı değerlendirilmiştir. Katılımcıların %36,8'i ciddi demans ve %26,8'i hafif bilişsel bozuklukla uyumlu puanlar alırken, %36,4'ünde herhangi bir kognitif bozukluk saptanmamıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kişilerin yaşam ortamları, meslek ve ekonomik düzeyleri, kronik ilaç kullanımları, demansiyel semptom ve yakınmalarının varlığı, depresyon varlığı demans ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Evde bakım birimlerine kayıtlı hastalarda demans risk faktörleri ve sıklığı normal topluma göre daha fazladır. Bu nedenle çoğunluğunu yaşlı hastaların oluşturduğu evde bakım birimlerinde primer hastalıkların tedavisinin yanı sıra kapsamlı geriatrik değerlendirmeler yapılarak bireylerin sağlık durumlarını koruyucu önlemler alınması oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, Demans, Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme

ABSTRACT

Assessment of Dementia Frequency 65 Year Old and Over Patients Registered At Home Care Unit in Malatya and Elazığ

Aim: In this study it is aimed to assess the dementia frequency 65 year old and over patients registered at home care unit in Malatya and Elazığ and to direct patients who have cognitive dysfunction for early diagnosis and effective treatment.

Materials and methods: In Malatya and Elazığ, it was started with voluntary patients who have not received any demential disease diagnosis over 65 years of age registred at home care unit but since the number of patients could not be reached in accordance with the desired criteria, the study was carried out including the patients over the age of 60 after the necessary ethics committee approvals were obtained. Home visits were made with the home care team, socio-demographic questionnaire, cognitive function assessment and geriatric depression scales were administered to 385 patients who were diagnosed by simple random sampling method.

Results: Within the scope of this research, 385 patients registered at home care unit were reached and assessed for the presence of cognitive functions and associated risk factors. While 36.8% of the participants had severe dementia and 26.8% had mild cognitive impairment scores, no cognitive impairment was found in 36.4% of the participants. According to the results of our study, age, gender, educational status, living environments, job and economic levels, chronic drug use, presence of demential symptoms and complaints, presence of depression were found to be associated with dementia.

Conclusion: Dementia risk factors and frequency are higher in patients registered in home care units than in the normal population. It is very important to take preventive measures for the health status of the individuals by making comprehensive geriatric evaluations as well as treatment of primary diseases in home care units where the majority of the elderly patients.

Key words: Home Care, Dementia, Comprehensive Geriatric Assessment

1.GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) yaşlanmayı, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma olarak tanımlamaktadır (1). Türkiye genelinde 65 yaş üstü nüfus oranı 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre % 6.8 iken 2013'te % 8'e yükselmiştir (2). 2040 yılına kadar ülkemizdeki yaşlı nüfusun % 201 oranında artacağı öngörülmektedir (3).

Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetlerinin yaşlılar tarafından kullanımını artırmış, bu alanda sağlık politikalarının geliştirilmesine neden olmuştur (4). Yaşlıların sağlık hizmetlerine gereksinimleri artarken, fiziksel ve entelektüel kısıtlılıklarına bağlı olarak sağlık merkezlerine ulaşma imkânları azalmaktadır. İhtiyaç duydukları her türlü desteğin ev ortamında sunulması evde bakım olarak tanımlanmaktadır (5). Bu hizmetler sosyal, duygusal, bilişsel, tıbbi ve koruyucu hekimlik gibi birçok alanı kapsar (6). Evde bakım; aynı zamanda yaşlı, özürli veya iyileşme sürecindeki bireylerin kendi yaşam alanlarında tıbbi ve psikososyal bakımını üstlenerek topluma entegre olmalarını destekler, ailelerin yükünü hafifletirken hastanın bakımı konusunda bilgi düzeylerini geliştirir (7).

Multimorbiditenin görüldüğü ileri yaş evde bakım hastalarında, zaman ve imkânların kısıtlılığı nedeniyle sağlık çalışanları ve hasta yakınları tarafından genellikle en çok rahatsızlık veren hastalığın tedavisi amaçlanır. Ancak uygun aralıklarla yapılacak olan geriatrik değerlendirme ve testlerle hastanın yaşam konforundaki ve fonksiyonel bağımsızlığındaki bozulmaların önüne geçilebilir. Medikal, mental ve fonksiyonel durumun belirlenebilmesi için standardize objektif ölçeklerin kullanıldığı kapsamlı değerlendirmeler yapılmalıdır (8). Bu değerlendirmelerin sonuçlarına göre; ileri tetkik, özel bakım ve medikal tedavi gerekliliklerinin belirlenmesi, uzun dönem bakım planlarının yapılması geriatrik kapsamlı değerlendirmelerin temel amacıdır (8). Multidisipliner yürütülen bu değerlendirmeler sonucunda mortalite ve hayat kalitesindeki azalmanın, bakım maliyetlerindeki artışın önüne geçildiği, bakım evlerine yerleştirilme oranlarında azalma olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (9).

Demans; bilişsel, işlevsel, sosyal alanda kayıplarla giden uzun ve kısa dönem bellekte bozulmanın görüldüğü, soyut düşünme yetisinin kaybolduğu ilerleyici bir klinik tablodur (10). Demans için bilinen en önemli risk faktörü ileri yaş olup bunun dışında birçok biyopsikososyal faktörlerle ilişkilidir (11). Görülme sıklığı 65 yaş ve

üzeri kişilerde %10-15 iken, 80 yaş ve üzerinde bu oran %30-50'lere çıkmaktadır (12). Prevelansı; sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi ve yaşlı nüfusuna uygun olarak coğrafi bölgelere göre değişkenlik göstermektedir (13).

Etiyolojisinde yaşlanma dışında aile öyküsü, genetik faktörler, cinsiyet, vasküler ve kronik hastalıklar yer almaktadır (14). Ayrıca kognitif fonksiyon bozukluğuna yol açan ilaç kullanımı (antikolinerjikler, antidepresanlar...), alkol, sigara ve ağır metaller gibi toksik maddelere uzun dönemli maruziyetler, metabolik bozukluklar (azotemi, hiponatremi, hipoglisemi...), endokrin hastalıklar (hipotiroidizm, diyabet...), konjestif kalp yetmezliği ve kardiyak aritmiler, kronik nörodejeneratif enfeksiyonlar, serebrovasküler hastalıklar, kronik anemi, maligniteler, kronik hipoksik akciğer hastalıkları, beslenme yetersizlikleri nedeni ile gelişen ve nöronların korunmasında önemli yeri olan B12 vitamini ve folat eksikliği, sosyal izolasyon, depresyon ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar, fiziksel ve mental aktivitenin olmadığı yaşam biçimleri demansa predispozan faktörlerlerdendir. Evde bakım hastalarında da sıkça görülen ve demansa yatkınlığı artıran bu faktörler tedavi ile düzelebilen sekonder demans nedenlerindendir (15).

Sağlıklı yaşlanma ve demans spektrumu arasında yer alan hafif kognitif bozukluğu (HKB) olanlarda da sağlıklı bireylere göre demansa yatkınlık ve demans gelişim oranları artmaktadır. Bu oran 65 yaş üstü için her yıl yaklaşık %1-2 iken, HKB olgularında %10-15 kadardır. Standardize nörokognitif testlerle saptanabilen HKB'nin erken tanısı ve tedavisi ile demans gelişimi önemli ölçüde durdurulabilir (16).

Bu araştırmada, Elazığ ve Malatya illerinde evde bakım birimlerine kayıtlı ve daha önce demans tanısı almamış 65 yaş ve üzeri hastalarda demans sıklığının tespiti amaçlanmış fakat aranılan kriterlere uygun hasta sayısı yetersiz olması nedeni ile gerekli etik kurul izinleri alındıktan sonra 60 yaş üstü hastalar da çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmada kognitif tarama testleri kullanılmış, demansa ait semptomların varlığı ve demans risk faktörleri ayrıntılı olarak sorgulanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2. 1.Yaşlanma

Yaşlanma her birey için geri dönüşümü olmayan ve kaçınılmaz bir süreçtir. Biyolojik ve fizyolojik kayıpların yanında; sosyal, ekonomik, akademik alanda gerilemeleri de beraberinde getiren kayıplar dönemidir. İletişim, saygınlık, rol ve statülerin kaybı, fonksiyonel bağımsızlığın yitirilmesi, zaman içinde kişileri toplumdan uzaklaştırmakta ve zor olan bu süreci daha da karmaşık hale getirmektedir (17). Tüm dünyada ve ülkemizde sayısı giderek artmakta olan bu dejenerasyon sürecindeki bireylerin sosyal alanda ve sağlık politikaları ile desteklenmesi oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerindeki nitelikli gelişmeler, kronik ve enfektif hastalıkların kontrolü, koruyucu hekimlik alanındaki ilerlemeler, erken teşhis ve tedavilerin sağlanmasına bağlı olarak tüm toplumlarda yaşam süresi uzamıştır (18-19-20). Türkiye’de de yıllar içinde yüksek doğurganlık ve ölümlülük sürecinden, düşük doğurganlık ve ölümlülük sürecinin görüldüğü tabanı daralmış bir nüfus piramidine geçiş izlenmektedir. Son yıllardaki ölümlülük hızlarındaki bu düşüşün sonucu olarak Türkiye tarihindeki en yüksek yaşlı nüfus oranı izlenmektedir. Buna etki eden demografik faktörler, doğurganlıktaki hızlı düşüş, tüm yaş gruplarında yaşam beklentisinin artması ve eski yüksek doğurganlık oranlarına bağlı olarak 65 yaş ve üstüne ulaşan kuşakların sayısının artması şeklinde sıralanabilir (2).

Tablo1: 65 yaş ve üstü nüfusun yıllar içindeki dağılımları:

GNS 1990	TNSA 1993	TNSA 1998	GNS 2000	TNSA 2003	TNSA 2008	ADNKS 2013	TNSA 2013
4.3	5.6	5.9	5.7	6.9	6.8	7.7	7.9

(1990 ve 2000 Genel nüfus sayımı (GNS), TNSA-1993, TNSA-1998, TNSA-2003, TNSA-2008, TNSA-2013 ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS))

Dünya genelinde 60 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (21). Yaşlı nüfusundaki bu artışa bağlı olarak; üretken olmayan ve bakım maliyetleri oldukça fazla olan yaşlıların fiziksel, ruhsal ve mental sağlığının korunması, fonksiyonel bağımsızlıklarını devam ettirmelerinin desteklenmesi gerekmektedir (22-23).

Uluslararası ve ülkemizdeki geriatric çalışmalarda genellikle DSÖ'nün kronolojik sınıflaması kullanılmaktadır. Bu sınıflamaya göre 65 yaş ve üzeri yaşlı olarak tanımlanmış ve kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 75-84 yaş arası “yaşlı”, ve 85 yaş ve üstü “ileri yaşlı” olarak değerlendirilmektedir (24).

2. 2. Evde Bakım Hizmeti

Evde bakım, bu hizmet için gerekli koşulları taşıyan bireylerin sağlık, ekonomik ve sosyal alanlarda ihtiyaç duydukları gereksinimlerinin kendi ev ortamında sunulmasıdır (25). Evde bakım hizmetleri akut veya kronik hastalığı olan her yaş grubunu, engellileri, yaşlıları ve uzun süreli tıbbi bakıma ihtiyaç duyanları içine alan geniş bir yelpazeyi kapsar. Sağlığın korunması, sürdürülmesi, rehabilitasyon, tıbbi araç gereçlerin sağlanması, hastanın kendi yaşam alanında engellerinin en aza indirilerek kişiye ve aile bireylerine destek olmak için planlanan bir hizmet biçimidir (6). Medikal ve psikososyal iyileştirme ile kişilerin toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek amaçlanır.

2005 yılında ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 25751 sayılı resmi gazetede yayınlanan yönetmeliği ile evde bakım hizmetleri sağlık sigortası ödemeleri içine dâhil edilmiş ve görev tanımı yapılmıştır. Bu yönetmeliğe göre evde bakım; ihtiyacı olan bireylere kendi yaşam alanlarında ve sorumlu hekimlerin denetiminde uygun sağlık görevlileri tarafından tıbbi, psikolojik, rehabilite edici, fizik tedavi, medikal araç gereçlerin sağlanması gibi alanlarda destek olunması, bu hizmetin sürdürülmesi ve takiplerin yapılmasıdır. Gerektiğinde ikinci basamağa naklini de sağlamakla yükümlüdür (26). Evde bakım, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sürekliliğin devamı açısından önemli bir noktada yer almaktadır (27).

Kronik hastalıkların, malignitelerin, kazaların, yaşlı nüfusun ve özürllüklerin artması ile uzun süreli tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısı giderek artmaktadır. Hastanelerdeki tedavi sürecinin uzaması; hastane enfeksiyonlarının artması, hasta ve sağlık merkezleri açısından finansal ve tıbbi kaynakların yetersiz kalması, iş yükünün artması, sağlık merkezlerindeki aşırı yığılmalar gibi birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Ayrıca ev ortamlarından uzun süreli uzak kalma süreci hasta ve hasta yakınlarında psikososyal problemlere yol açmaktadır. Bu nedenlere bağlı olarak sağlık

hizmetlerinin sunumunda kalite ve maliyet etkinliğin azalması evde bakım modelinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (28). Özellikle tıbbi ve sosyal bakım ihtiyaçları artarken, fiziksel ve bilişsel kayıplar nedeni ile sağlık merkezlerine ulaşımını zorlaşan yaşlı hastalar evde bakım birimlerinin önemli hasta potansiyelini oluşturur (29-30).

Ülkemizde Türkiye Halk Sağlığı 2015 verilerine göre evde bakım hizmeti verilen hastaların yaşlara göre dağılımı; 0-2 yaş % 0, 3-18 yaş % 5, 19-45 yaş % 9, 46-65 yaş %17, 66-85 yaş % 49, 86 ve üzeri % 20 şeklindedir. Hastalıklar açısından bakıldığında ise kas hastalıkları %2, kardiyovasküler hastalıklar % 23, kronik ve endokrin hastalıklar % 10, hematolojik hastalıklar %1 akciğer hastalıkları % 5, ortopedik hastalıklar % 13, onkolojik hastalıklar % 4, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar % 42 olarak dağılım göstermektedir (31).

2.2.1.Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım hizmetinin tarihçesine bakıldığında ilk olarak, Roma'da sağlık görevlilerinin kendi medikal araç gereçlerini getirerek normal doğumları hastaların evinde yaptırmaları şeklinde karşımıza çıkmaktadır (32). 1883 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, evde bakımın hemşirelik hizmetleri arasına dâhil edilerek sağlık alanındaki yeni bir organizasyon olarak hizmet verdiğini görmekteyiz.

1900'lü yılların başlarında küreselleşen dünyanın etkisi ile sağlık hizmetleri de yaygınlaşıp geliştirilmiş ve evde bakım hizmetleri için bir dönüm noktası olmuştur. Bu yıllarda yine ABD'de evde bakım hizmetleri Halk Sağlığı Kurumlarınca yürütülmüş ve sosyal sigorta ödemeleri kapsamına alınmıştır. Diğer bir dönüm noktası ise New York'ta ilk hastane destekli ve multidisipliner evde bakım merkezinin kurulmasıdır. Bu merkez daha önceleri sadece hemşirelik hizmeti olarak uygulanan evde bakım yerine, sorumlu hekim denetiminde birçok yardımcı sağlık personelinin katıldığı hastane destekli modelin geliştirilmesine örnek teşkil etmiştir. (33-34-35-36). 1937 yılında Danimarka'da başlatılan ve 6 yıl süren bir çalışma, yapılan ev ziyaretlerinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranlarını düşürdüğünü göstermiştir. Bu sonuçlar evde bakım hizmetinin ve ev ziyaretlerinin geliştirilmesinde önemli rol oynamıştır (32).

2.2.2.Türkiye’de Evde Bakım Mevzuatı ve Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde ilk uygulamalar yalnızca belli alanlarda yürütülen kısıtlı sağlık hizmetleri şeklinde başlamıştır. 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda yer alan ‘Evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi’ evde bakım uygulamalarının ilk örneklerindendir (37-38). 1961 yılında çıkarılan diğer bir yasa ile kronik hastalığı olan bireylerin tedavilerinin kendi evlerinde halk sağlığı hemşireleri tarafından takip edilmeleri sağlanmıştır. 1963 yılında hazırlanan beş yıllık bir iyileştirme ve geliştirme planında maliyeti fazla ve ulaşılabilirliği az olan hastaneler yerine evlerde tedavi imkânını sağlayacak bir kurumun gerekliliğinden bahsedilmiştir. Bunlardan başka 1990’lı yıllarda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile birkaç ildeki belediyeler tarafından özellikle yaşlılara yönelik uygulamalar bulunmaktadır (39).

2004 yılında kamu hastaneleri bünyesinde hizmet verilmeye başlanmasından sonra evde bakım mevzuatında üç önemli dönüm noktası bulunur:

- a)10.03.2005 tarihli “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”
- b) 18.01.2010 tarihli “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”
- c) 27.02.2015 tarihli “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” (31).

10.03.2005 tarihinde yürürlüğe giren yönetmelik doğrultusunda Türkiye’deki evde bakım hizmetinin yasal alt yapısı hazırlanarak görev tanımları yapılmıştır. Evde sağlık hizmetinin sunumunda süreklilik esasına göre bu hizmeti yürütecek olan gerçek ve tüzel kişilerin sorumlulukları, açılacak olan merkezlerin nitelikleri ve çalışma koşulları belirlenmiştir. 1 Şubat 2010’da çıkarılan“Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde evde bakım merkezleri kurulması kararı alınmıştır. 81 ilde sağlık müdürlüklerine bağlı 34 gezici olmak üzere toplam 441 merkez kurulmuştur. Bu merkezlerde tıbbi, sosyal, psikolojik bakım ve rehabilitasyon ihtiyacı olan bireylere ev ortamlarında her türlü desteğin verilmesi planlanmıştır. Kayıt ve izlem sistemlerinin kurulması, her türlü tıbbi ve teknik araç gereç ile donanımın sağlanması, hizmet verecek

sağlık personellerinin atanarak görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi için alt yapı oluşturulmuştur. Yine bu yönerge ile merkezlerin denetimleri için usul ve esaslar belirlenmiş, sosyal devlet olma bağlamında sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirlik, etkinlik ve devamlılık açısından önemli bir adım atılmıştır (40). “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik” ile yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini idame ettirmeleri için tıbbi, sosyal ve psikolojik desteği sağlayan gündüz bakım evleri kurulması kararlaştırılmıştır (41-42).

Ülkemizdeki bu tarihsel gelişim basamaklarına ek olarak çeşitli tarihlerde çıkarılan yönetmeliklerle eksiklikler ve sorunlara yönelik iyileştirmeler yapılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın önerileriyle 2006 yılında yürürlüğe giren yasalar doğrultusunda uygun koşullara sahip engelli ve yaşlılar ile onlara bakım veren aile ve bakıcıları maddi açıdan desteklenmiş teşvik edilmiştir. 2015 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Belediyeler Birliği Başkanlığı tarafından imzalanan protokol ile evde sağlık, evde bakım ve sosyal destek hizmetlerinin ilgili kurumlar tarafından birlikte yürütülmesi planlanmıştır. Birimler arası koordinasyon ve iletişimi sağlamak üzere Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde “Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi” kurulmuştur (31).

2.2.3.Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı her ülkenin sağlık politikaları, sosyokültürel dinamikleri, ekonomik durumu, sağlık merkezlerinin ve personelin sayısı, hastalıkların yaygınlığı, ihtiyaç duyulan hizmetlere bağlı olarak farklılıklar gösterir. DSÖ’nün 2000 yılındaki raporunda özellikle tıbbi ve sosyal bakıma ihtiyaç duyan kişilerin günlük yaşam aktivitelerini idame ettirmelerinin desteklenmesi ve bu bakımın uzun süreli olması konusuna dikkat çekilmiştir (43).

Evde bakım hizmetlerinin sınıflandırılması bakımı veren kişilere ve verilen hizmete göre yapılmaktadır. Buna göre; aile bireyleri, arkadaş, akraba gibi hasta yakınları tarafından verilen bakım “informal bakım”, çeşitli alanlarda uzmanlar tarafından yürütülmesi “formal” bakım olarak adlandırılır. Hizmetler açısından ise verilen hizmetler “evde sağlık hizmetleri” ve “evde sosyal hizmetler” olarak sınıflandırılabilir (44-45).

Evde sağlık hizmetleri kapsamında; hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen dış hekimi, psikologlarla yürütülen tetkik, teşhis ve tedavi hizmetleri ile tıbbi malzeme ve

ilaçların sağlanması, psikolojik danışmanlık verilmesi, kayıt ve izlemlerin yapılması yer almaktadır (46).

Evde sosyal destek hizmetlerinin ise belediyeler, resmi, gönüllü veya vakıflar bünyesinde hizmet veren sosyal yardım kuruluşları, sosyal hizmet uzmanları, bakım ve temizlik elemanları, iş uğraşı terapistleri ve aile bireylerini de içine alan geniş bir çalışma alanı vardır. Sağlık hizmetleri dışında kişinin ihtiyaç duyduğu her türlü desteği verir (33).

Evde tıbbi bakım gerektiren durumlar şu başlıklar altında toplanabilir:

a)Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), maligniteler gibi uzun dönem tıbbi bakıma ihtiyaç duyan kronik hastalıklar ve bu hastalıkların alevlenme dönemleri,

b)Pnömoni, influenza ve bazı psikiyatrik rahatsızlıklar gibi akut epizodlarla seyreden hastalıklar,

c)Hastaneden taburcu olduktan sonra da tıbbi bakım gereken ve uzman hekimlerce belirlenen tedavi planlarıyla takip edilen hastalar,

d)Travmalar veya cerrahi sonrası komplikasyonların olmadığı fakat bir süre takip gereken hastalar,

e)Engellilik, inme, travma, bazı kronik hastalıklar, veya aşırı yaşlılık nedeniyle yatağa bağımlı hastalar,

f)Doğum öncesi ve sonrası bakıma ihtiyaç duyan anne ve yeni doğanlar,

g)Sağlık merkezinde takibinin gerekliliği için değerlendirme yapılması gereken hastalar,

h)Tedavi şansı olmayan kanserler veya çeşitli kronik hastalıklara sahip son dönemdeki hastalar,

ı)Diyabetik ayak, dekübit ülserleri, çeşitli yara pansumanları ve takibi gereken hastalar,

i)Terminal dönemde olup enteral veya parenteral beslenme ihtiyacı olan hastalar,

j)Kazalar, travmalar, ortopedik hastalıklar gibi doğuştan veya sonradan vücudunun çeşitli, uzuvlarını kullanamayan bakıma ihtiyacı olan hastalar

k)Fiziksel veya zihinsel engelliler

l)Madde bağımlıları

m)Çeşitli bulaşıcı hastalıklara yakalananlar (47-48-49).

2.2.4.Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu

Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde uluslararası bir standart olmamakla beraber her ülke kendi sağlık sistemine ve finansal koşullarına uygun biçimde hizmet vermektedir.

Birçok ülkede evde bakım hizmetlerinin birinci basamak düzeyinde verildiği görülmektedir. Aralık 2000 yılında Kanada Aile Hekimleri tarafından yayınlanan bir tartışma metninde evde bakımın aile hekimleri tarafından verilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. 1980 ve 1988 yıllarında İngiltere’de başlatılan iki ayrı “Ev Hastanesi Programı”, hastanede çalışan hekimlerle toplum tabanlı organizasyonların birleştirilmesi ile yürütülmeye çalışılmış fakat her ikisinde de başarılı olunamamıştır (47).

2007 yılında “Evde Bakım ve Bakım evlerinde Beslenme” konulu Belçika Ulusal Gıda ve Sağlık Planı tarafından düzenlenen forumda aile hekimlerinin; hastalarını en iyi tanıdığı, ulaşılabilirlik açısından hastalara en yakın konumda olduğu, hasta ve diğer sağlık kuruluşları arasındaki anahtar rolü vurgulanmıştır (50).

2002 World Organization of Family Doctors (WONCA) raporunda aile hekimliği disipliniinde yer alan; hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliği sağlamak için kişi merkezli bakım verebilme, hastalarla ilk tıbbi temas noktası olma, diğer sağlık çalışanları ve uzmanların verdiği hizmetleri koordine etme, bireyin hem akut hem kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme, hastaları biyopsikososyal yaklaşım ile değerlendirebilme, uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirme özellikleri nedeni ile aile hekimleri, evde bakım hizmetleri için uygun konumda olan hekimlerdir (51).

Ülkemizde önceleri özel sosyal ve sağlık kuruluşları ile yerel yönetimler ile başlayan evde bakım hizmetlerinin sunumuna 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından standartlar getirilmiştir. 2010 yılında yayınlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ile bu hizmetlerin aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezleri üzerinden

verilmesi sağlanmıştır. Yönetmelikte evde bakım hizmeti konusunda iki madde ile aile hekimlerinin görev tanımları yapılmaktadır:

- “Aile hekimi evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.
- “Aile Hekimi aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar” (52-53).

Evde bakım hizmetleri günümüzde aile hekimlikleri, toplum sağlığı merkezleri ve Sağlık Bakanlığına veya Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğine bağlı faaliyet gösteren hastaneler bünyesinde kurulan evde bakım birimlerince yürütülmektedir. Birimler arası koordinasyon ise halk sağlığı müdürlüklerindeki koordinasyon merkezince sağlanmaktadır (54).

Halk Sağlığı Kurumu Aralık 2015 verilerine göre ülkemizde hastaneler bünyesinde 545, toplum sağlığı merkezlerine bağlı 295 ve aile hekimlikleri bünyesinde 107 birim olmak üzere toplam 947 evde bakım birimi ve 272934 kayıtlı hasta bulunmaktadır (31).

2.2.5.Evde Bakım Hizmetlerinin Sonlandırılması ve Verilemeyeceği Durumlar

2015 yılında yayınlanan evde bakım yönetmeliğine göre; hastanın iyileştiği, bakım planında hedeflenen amaca ulaşıldığı durumlarda, hasta ve yakınlarının devam etmek istememesi halinde, hastanın hastaneye yatması gerektiği durumlarda ve donanım ve personel yetersizliği gibi hallerde evde sağlık hizmetleri sonlandırılabilir.

Hastanın evde takip edilmesi kontrendike olan bir hastalığa sahip olması, evde takip ve tedavi için yeterli donanım ve sağlık personeli olmaması, hastanın psikiyatrik hastalığı veya madde bağımlılığı gibi özel durumu nedeni ile mahkemelerce bir sağlık kurumunda takip edilmesi zorunlu olduğu durumlarda evde bakım için kabul edilemez.

Hasta veya yakınlarının tedavi planına uymaması, çalışma şartlarına uymayarak kendi yükümlülüklerini yerine getirmemeleri veya evde sağlık hizmeti sunan ekibe karşı uygunsuz ya da suç sayılabilecek tutumlarının olduğu durumlarda hizmet sonlandırılarak sözleşme iptal edilebilir (55).

Hastanın vefat etmesi veya başka bir yere taşınması durumunda yakınları tarafından evde bakım ekiplerine bilgi verilmesi kayıt ve takipler açısından önemlidir.

2.3. DEMANS

2.3.1. Demansın Tanımı, Önemi ve Epidemiyolojisi

Çok uzun yıllar psikiyatrik bir hastalık olduğu düşünülen demansın, 1900'lü yılların başında Alzheimer ve Pick'in çalışmaları ve otopsi raporları ile organik bir beyin hastalığı olduğu ortaya konmuştur (56).

Yetişkin bireylerin beyinde, zihinsel işlevlerden özellikle bellek ile ilgili nöronlarda primer ya da sekonder nedenlere bağlı gelişen hasarlanma sonucu bilişsel işlevlerde gerilemeye neden olan genellikle ilerleyici klinik bir tablodur (57). Nöronların dejenerasyonu sonucu gelişen bellek, öğrenme ve dil fonksiyonları ile soyut düşünme ve muhakeme becerilerindeki kayıplar; kişilerde sosyal, mesleki ve davranışsal bozulmaları da beraberinde getirir (10).

Normal popülasyonda 65 yaş civarı bireylerde % 1 oranında görülürken, 65 yaş üzerinde her beş yılda bir sıklığı ikiye katlanarak artar (57). 2010 yılı verilerine göre dünya genelinde 35.6 milyon demans hastası olduğu tespit edilmiştir (58).

Demansa bağlı görülen hafıza problemleri ve işlevsellikte azalma genellikle hasta ve yakınları tarafından doğal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak görülmekte ve tanının gecikmesine, kliniğin ağırlaşmasına neden olmaktadır (14). Bu hastalığa bağlı oldukça yüksek orandaki mortalite ve morbiditenin önlenmesinde her ne sebeple gelirse gelsin sağlık merkezine başvuran yaşlıların kognitif açıdan değerlendirilmesi büyük önem taşır (59). Farmakolojik tedaviler sayesinde hastalığın ilerlemesi, semptomların tedavisi ile kliniğin kötüleşerek hastanın fonksiyonel bağımsızlığını kaybetmesinin önüne geçilebilir. Davranışsal ve bilişsel alandaki bozulmanın yavaşlatılmasının, hasta ve yakınlarının yaşam konforunu koruyucu, bakım evlerine yerleştirilmelerini geciktirici, sağlık harcamalarını azaltıcı etkileri vardır. Aynı zamanda erken tanı ve

demansın tedavi edilebilir sekonder nedenlerinin zamanında tespit edilip kalıcı hasar bırakmadan düzeltilmesini sağlar (60-61). Hasta ve yakınlarına hastalığın seyri konusunda farkındalık kazanmaları, tedavi, bakım ve maliyetler için plan yapmaları, ev içi güvenlik tedbirleri almaları için zaman kazandırır (62-63).

Hastalık sürecinde gelişen pnömoni, malnutrisyon, sepsis, çeşitli enfeksiyonlar, kırıklar, bası yaraları, nedeni ile mortalitesi oldukça yüksektir ve çalışmalarda ölüm riskini % 40 oranında artırdığı bildirilmiştir (14). Türkiye genelinde demansiyel hastalığı olan bireylerin bakıcılarıyla yapılan bir çalışmada hastaların en önemli sorununun % 82 oranı ile beslenme olduğu saptanmıştır (64).

2.3.2. Demansın Sınıflandırılması ve Etiyolojisi

Başlıca primer ve sekonder demanslar olarak sınıflandırılan demans sendromunun etiyolojisinde birçok hastalıkla ilişkili olduğu görülür (14). Daha sık oranda görülen ve dejeneratif sürecin hızlı ilerlediği primer demanslar :

- a) Alzheimer Hastalığı (AH)
- b) Lewy cisimcikli demans
- c) Fronto-temporal demans
- d) Parkinson ile ilişkili demans
- e) Huntington Hastalığı
- f) Prion hastalıkları (Creutzfeldt-Jacob hastalığı)
- g) Diğer

Geri dönüşümsüz ilerleyici demanslara göre daha ılımlı seyir gösteren ve tedavi ile geri döndürülebilen demanslar ise % 3-15 oranında görülür. Bunlardan da en sık vasküler demans olmak üzere vitamin B12 eksikliği, Wernicke ensefalopatisi, normal basınçlı hidrosefali, subdural hematomlar, toksik metal zehirlenmeleri hipotiroidi gibi metabolik nedenler, nörosfiliz, herpes ensefalopatisi, HIV(Human Immunodeficiency Virus) demans kompleksi gibi santral sinir sistemi (SSS) hastalıkları, otoimmün hastalıklar ve tedavi edilebilen beyin tümörleridir.

Ayrıca demansla karışabilecek, sistemik hastalıklar, ilaçlar veya geçirilen operasyonlara bağlı ortaya çıkabilecek subakut deliryumlar, hipoglisemi, karaciğer ve

böbrek yetmezliklerine bağlı gelişen bellek bozuklukları, konfüzyonlar ile yaşlılarda sıkça görülen depresif psödodemans ayırıcı tanıda unutulmamalıdır (14-57).

2.3.3. Demansiyel Hastalıklarda Patofizyoloji

Alzheimer tipi demanstan sonra en sık görülen **vasküler demanslar** akut başlangıçlı olup 60 yaş üzeri iskemik stroklu hastaların yaklaşık %25'inde görülmektedir (65). Histopatolojisinde özellikle serebral hemisferleri ve bazal gangliyonları tutan multiple vasküler infarktlar görülür. Genellikle ateroskleroza yatkın inme atakları geçirmiş Alzheimer'a göre daha genç yaştaki hastalarda görülürken Alzheimer ile birlikte görüldüğü durumlar da olabilir. Yürütücü işlev bozukluklarının bellek bozukluklarına göre daha fazla görüldüğü vasküler demansların dejeneratif demanslardan ayırıcı tanısında klinik, görüntüleme yöntemleri ile Hachinski İskemik Skalası kullanılır. Bu skalada 7'nin üzerindeki değerler vasküler hastalık lehinedir (57). Olası vasküler demans tanısında serbrovasküler olay sonrası 3 ay içinde demans gelişimi ile ani ve basamaklı kognitif fonksiyon bozuklukları önemlidir. Bunun yanında kliniği destekleyici duygudurum bozuklukları ve yürüme bozukluğu gibi nörolojik bulgular da eşlik eder. Yeni gelişebilecek serbrovasküler olaylara yönelik tedaviler büyük önem taşır (66).

Bellek ve davranış bozukluklarının görüldüğü **Lewy cisimcikli demansta** vizüel halisünasyonlar, epizodik konfüzyon ve kas rijiditesi (parkinsonizm), bilinçte dalgalanmalar sıktır. Parkinsonizm bulgularının demans gelişiminden sonra başlaması Lewy cisimcikli demans ile Parkinson hastalığını ayırt etmede önemlidir (57).

Frontotemporal demansın histopatolojisinde frontal ve temporal alanlarda atrofi ile tau proteininden oluşan intranöral cisimcikler ve gliosis bulunur. Davranış bozuklukları ön plandadır (14-65). Presenil demansların en sık nedeni olup 70 yaşından önce başlar ve % 40 oranında ailesel geçiş görülür. Karakter değişikliği, sosyal ilişkilerde ve dil fonksiyonlarında bozulma belirgin iken bellek fonksiyonları kısmen daha iyi korunur. İleri dönemlerde parkinsonizm bulguları, inkontinans ve ilkel refleksler ortaya çıkabilir (57).

Normal basınçlı hidrosefalide klinik daha yavaş seyirlidir ve demansla birlikte yürüme bozukluğu ve inkontinans önemli semptomlardandır. Manyetik rezonans

görüntüleme (MRG)'de transependimal akım görülürken şant operasyonları ile iyileşme sağlanabilir (57).

Nöronal membranların doğal proteini olan prionun yanlış katlanarak oluşan izoformunun birikimi sonucu oluşan **prion hastalıklarında**; nöron ve korteks hasarına bağlı oldukça ağır bir klinik izlenir. Konfüzyon, hafıza kaybı, uyku bozuklukları, davranış değişiklikleri ve demansla birlikte myoklonus, ataksi, rijidite, güçsüzlük gibi nörolojik bulgular görülür. Histopatolojisinde kortekste gri cevherde spongioform dejenerasyon ve vakuolizasyon tipiktir. Elektroensefalografi (EEG)'de görülen periyodik frekanslı dalgalar tanıyı destekler (67).

Parkinson hastalığı demansında, demanstan en az 12 ay önce başlayan parkinsonizm bulguları görülürken demans için normal popülasyona göre 6 kat artan demans riskine sahiptirler (65-68). Bunun en önemli nedeni ileri yaş, depresyon ve levodopa ilişkili psikozdur. Alzheimer hastalığına göre davranış ve kişilik bozuklukları daha belirgin olup dikkat ve yürütücü işlevlerdeki azalma erken dönemde başlar. Halüsinasyonların görülmesi ve birçok ortak semptomların bulunması nedeni ile Lewy cisimcikli demansla oldukça benzer kliniğe sahiptir. Ayırıcı tanıda semptomların demanstan önce başlayıp başlamamasına dikkat edilir. MRG'de talamus ve oksipital lob bölgelerindeki atrofi daha belirgindir. Parkinson hastalarında demans varlığında antikolinergiklerin kullanımı kliniği ağırlaştırdığı için tedavi seçeneklerini değiştirir (68-69).

2.3.4. Alzheimer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Oldukça yavaş başlayan ve yıllar içinde çok ağır bir kliniğe ilerleyen Alzheimer tipi demans hastalığı tüm demans olgularının % 60'ını oluşturur. Toplumda ortaya çıkışı çok sık olmayan ancak uzun yıllar devam eden hastalıklarda olduğu gibi insidansı düşük fakat prevelansı yüksek bir hastalıktır. 65 yaş üstü bireylerde prevelansı % 10 olup kişinin kendine ve ailesine yabancılaştığı her geçen gün yetilerin kaybedildiği ölümcül bir süreçtir (70).

Kısa süreli bellek bozukluklarının, unutkanlık ve sözcükleri bulmada güçlük gibi basit semptomların görüldüğü ilk evreler 2-4 yıl kadar sürer ve giderek kötüleşir; elbiselerini giyememe, evinin yolunu bulamama, birinci derece yakınlarını bile tanıyamama, halüsinasyonlar delüzyonlar dönemine ilerler. Son dönemde bilinç

bozuklukları, konfüzyonla birlikte motor becerilerde kayıplar görülür ve hasta yatağa bağımlı hale gelir. Tanı sonrası beklenen yaşam süresi yaklaşık 7-12 yıldır (57).

Hastalığın gelişiminde yaş en önemli risk faktörü olup 65 yaşından sonra her beş yılda bir risk iki katına çıkmaktadır. Birinci derece akrabalarda görülen hastalık ise kişide hastalık görülme sıklığını dört kat artırmaktadır. Alzheimer için diğer bir risk faktörü, nöronlarda kolesterol taşınmasında görevli protein olan Apolipoprotein E'nin e4 aleli oranlarındaki artıştır. Yapılan çalışmalarda normalde %16 oranında bulunan bu alelin Alzheimer hastalarında % 35-50 'lere çıktığı, daha çok hastalığın başlama yaşını belirlediği saptanmıştır.

Değiştirilemeyen diğer önemli risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, down sendromu, genetik yatkınlığı sağlayan presenilin (PSEN1), presenilin 2 (PSEN2) ve amiloid prekürsör protein (APP) pozitifliği sayılabilir. 21. kromozomda APP genindeki mutasyonlar; hastalığın yaklaşık % 0.1 oranında görülen ve 65 yaşından önce başlayan otozomal dominant ailesel formundan sorumludur (72-73-74-75-76-77).

Sigara, alkol, yüksek tansiyon, obezite, diyabet, serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklar tedavi ile kontrol altına alınabilen değiştirilebilir nedenler arasındadır (78). Yüksek şiddetli kafa travması ya da genelde sporcularda görülen çoklu kafa travmalarının Alzheimer görülme sıklığını artırdığını gösteren bir takım çalışmalar vardır. Alzheimer hastalarının yaklaşık dörtte birinde depresyon olabileceği gibi uzun süreli tedavi gerektiren depresyonun da Alzheimer hastalığı riskini 3 kat artırdığı tespit edilmiştir (79). Ayrıca sosyal, mental ve fiziksel yönden aktif bir yaşam biçiminin mental rezervi artırdığı, stresi azaltarak nöronları koruduğu ve vasküler risk faktörlerini azalttığı için Alzheimer'dan koruyucu etkileri çeşitli hipotezlerle açıklanmıştır (14).

2.3.5.Alzheimer Hastalığı(AH)'nın Patofizyolojisi

Makroskobik incelemesinde korteks ve hipokampal alanda yaygın atrofiler sulkuslarda genişleme ve giruslarda küçülmenin görüldüğü AH'nın temel patolojisini nöronlarda hücre içi nörofibriler yumaklar ve amiloid beta (A β) birikimi ile oluşan ekstraselüler yerleşimli senil plaklar oluşturur. Nörofibriler yumakların oluşumunda hiperfosforillenmiş tau proteini etkilidir. APP genindeki mutasyonlar ise hastalığın kalıtımında önemlidir ve A β birikiminden sorumludur. β amiloid sağlıklı insan beyinde de bulunmakla beraber 6–10 nm çapta çözünmeyen fibriler formuna dönüşümü patojenik etkilerini ortaya çıkarır (80).

Bazal çekirdekler, hipokampus ve asosiasyon alanlarını içeren kortekste granülovakuoler dejenerasyonlar, kolinerjik nöron harabiyetine, sinaptik kayıplara ve hasarın derecesine göre kliniğin oluşmasına neden olur (81-82-83). Nörotransmitter düzeyinde en önemli kayıp asetilkolin’de görülürken noradrenalin, serotonin, dopamin ve somatostatin gibi kimyasal araçlarda da eksiklikler vardır. Sinaptik disfonksiyonların oluşumunda lipid peroksidasyonuna yol açan serbest radikallerin birikimi ve A β ’nın direk toksisitesi etkilidir (84-85).

İlk evrelerde spesifik kortikal alanlarda nörofibriler yumak ve lifler görülürken plaklar son evrede telensefalik kortekste kademeli olarak ortaya çıkar. Zaman içinde sistematik olarak ortaya çıkan bu değişiklikler hastalığın yavaş ve ilerleyici kliniğinin oluşmasında ve evrelemede önemlidir (83-86). Öncelikle hipokampus ve entorhinal kortekste başlayan nörodejenerasyonun ilerleyen dönemde frontal, temporal ve parietal korteks alanlarında da etkili olduğu görülür (87). Neokortekste görülen nörofibriler yumaklar hemen her zaman Alzheimer ile ilişkili olup hafif kognitif bozukluktan ayırt etmede önemli bir parametredir (88).

2.3.6.Alzheimer Hastalığının Kliniği, Tanısı ve Tedavisi

Yaşlanma sürecinde beynin bilişsel fonksiyonlarının bir kısmında kayıplar görülürken bir kısmının da korunduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (89). Sağlıklı yaşlanmada görülen bu bilişsel fonksiyon değişiklikleri kişinin günlük yaşamını devam ettirmesine engel olacak düzeyde değildir (90). Çoğunlukla yaşlanma ile özdeşleştirilen unutkanlık yakınmaları ılımlı düzeyde olup yürütücü işlevlerin korunması sayesinde bireylerin günlük yaşam aktivitelerine devam etmelerini sağlar (91). Sağlıklı yaşlanma sürecindeki bireylere ait kognitif fonksiyon test sonuçları kendi yaşlıtlarına göre normal sınırlar içinde iken daha genç kişilerle karşılaştırıldığında bu değerler ortalama bir standart sapma altındadır (92).

Amerikan Ulusal Zihinsel Sağlık Enstitüsü (AUZSE)’de yer alan “Selim Yaşlılık Unutkanlığı” tanı kriterleri; 50 yaş üzerindeki bireylerde, normal zekâ düzeyine sahipken ve demans yokken günlük yaşamda belleğe ilişkin yakınmalarının olması ve genç erişkinlere göre 1 standart sapma daha düşük nesnel bellek performansına sahip olmaları şeklinde tanımlanmıştır. (89).

Hastalığın klinik seyri henüz hiçbir semptomun görülmediği **preseptomatik dönem** ile başlar. Bu dönem; belirtiler olmamasına karşın herhangi bir nedenle ölen ve

otopsi yapılan hastalarda beyinde Alzheimer'a ait patolojik bulguların olması ile tespit edilir. Yapılan çalışmalarda belirtiler ortaya çıkmadan 15-20 yıl öncesinde nörodejenerasyonun başladığı gösterilmiştir (93). Preseptomatik dönemi takiben görülen **preklinik evrede** ise günlük hayatta fark edilemeyen ancak kognitif fonksiyon testleri ile saptanabilen bir takım bellek sorunları vardır. **Preklinik** evreden, erken “şüpheli” Alzheimer hastalığı dönemine geçiş süreci **hafif kognitif bozukluk (HKB)** olarak tanımlanabilir (88). Hasta ve yakınları tarafından gözden kaçabilecek olan bu dönemde hafif unutkanlıkla beraber yeni bilgiler öğrenmede güçlük, dikkatini toparlayamama ve bilişsel kapasitede azalma hafif derecede görülür. HKB yaşlılarda görülme sıklığı %4-70 arasında değişmekte ve yıllık demansa dönüşüm oranları %6,7 iken beş yıllık dönüşüm oranı %38,2'lere ulaşmaktadır (94-95). **Erken “şüpheli” Alzheimer hastalığı** unutkanlığın yanı sıra kişinin bir takım işlerini aksatmasına neden olan bilişsel bozulmaların görüldüğü dönemdir. Bu dönemi takiben ortaya çıkan erken **hafif evrede** belirtiler daha belirginleşerek kişinin günlük yaşamını etkilemeye başlar. İlk olarak bellek fonksiyonlarından sorumlu bölgeler olan hipokampus ve entorinal kortekste gelişen nörodejenerasyon sonucu kısa süreli episodik bellek kayıpları görülür. Yakın dönem hafıza sorunları, yeni bilgilerin öğrenilmesinde ve dikkati sürdürmede güçlük çekilmesi hafif evrede görülen en dikkat çekici semptomlardandır. Davranışsal sorunlar ve yer yön bulma güçlüğü henüz çok belirgin olmamakla birlikte kişilerin ve eşyaların isimlerinin unutulması, günlük konuşmalarda kelime bulma güçlükleri ve aynı sözleri tekrarlama gibi dil bozuklukları (afazi), karmaşık cihazların kullanımında zorlanma yakın bellek bozuklukları gibi sorunlar yaşarlar. Sosyal hayata uyum sağlayabildikleri, kişisel bakımlarını kendi başlarına yerine getirebildikleri ve henüz bağımsızlığın korunduğu bir dönemdir. Nöropsikolojik testlerde ise özellikle dil ile ilgili sorunlar ön planda iken bellek ve yürütücü işlevlerin kısmen korunduğu saptanabilir. **Orta evre** döneminde ise zaman içinde belirtilerin daha da ağırlaştığı görülür. Dil fonksiyonları normal akıcı bir konuşmayı sürdüremeyecek kadar bozulmuştur ve hasta kendi öz bakımını yapamayacak durumdadır. Yer yön ve zaman kavramlarında kayıplar nedeni ile tek başına evlerini bulmakta, gece gündüzü ayırt etmekte zorluk çekerler. Kişilik değişiklikleri davranış bozuklukları belirgindir. Plan yapma, soyut düşünme, akıl yürütme, organizasyon yapma, yargılama, karar verme gibi yürütücü işlevleri yerine getiremezler. Apraksi nedeni ile daha önceden öğrenilmiş basamaklı işleri yapamazlar, yemek yeme, banyo yapma, giyinme ve tuvalet gereksinimlerinin giderilmesinde mutlaka yardıma ihtiyaç duyarlar. Duyusal fonksiyonlarda sorun olmamasına karşın

nesneleri, kişileri, sesleri, şekilleri veya kokuları tanıma yeteneğini kaybeder, eşyaların hangi amaçla kullanıldığını bilemez algıladığı şeyleri anlamlandıramaz (agnozi). Bu dönemde ayrıca ajitasyon, yakınlarına ya da bakımını yapanlara karşı şüphecilik, kaygı, huzursuzluk, içe kapanma, yerinde duramama gibi psikiyatrik bulgular da eşlik edebilir. Bellek fonksiyonlarında yakın dönemden geriye doğru ilerleyen ciddi bir yıkım görülür. **Ağır evrede** hastalar tamamen bağımlı hale gelirler. En yakınlarını bile tanıyamayan, sadece birkaç kelime ile anlamsız konuşmaların görüldüğü, hemen her zaman sfinkter fonksiyonlarında bozulma ve inkontinansın eşlik ettiği, zihinsel işlevlerin en alt düzeyde olduğu bir dönemdir. İlerleyen dönemde yatağa bağımlı hale gelen hastalarda yutma güçlüğü, patolojik refleksler, rijidite, epileptik nöbetler gelişebilir. Aspirasyon pnömonileri, üriner enfeksiyonlar, yatak yarası ve çeşitli enfeksiyonlara bağlı gelişen sepsis, pulmoner emboliler ve malnutrisyon mortaliteyi oldukça artırır (93-96-88-97-98-99).

Hastalığın tanısında anamnez, mental ve nöropsikolojik testler oldukça önemli olmakla beraber yavaş ve sinsi bir seyir gösterdiği için şikâyetlerin başlangıç zamanı hasta ve yakınlarınca net olarak söylenemez. Ancak semptomlar belirginleştğinde ve günlük yaşamı etkilediğinde hastaneye başvuruların olması tanıyı ve tedaviyi oldukça geciktirir. Hastalığın klinik seyrinin değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımlarının belirlenebilmesi için “Ulusal ve Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (NINCDS-ADRDA) veya Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) “ tanı ölçütleri kullanılır (100-101). Bu kriterlerin güvenilir kullanımındaki en önemli parametre klinik tanı ile patolojik bulguların uyumlu olması ile sağlanabilir (102).

Demans tanısı için hastanın öncelikli olarak kognitif, davranışsal ve işlevsel fonksiyonları öykü ve fizik muayene ile değerlendirilmeli aynı zamanda yakınlarından da eş zamanlı bilgi alınmalıdır. Semptomların başlangıç şekli ve zamanı eşlik eden otonomik ve psikiyatrik belirtiler, ilaç kullanım öyküleri, depresif duyguduruma ait ipuçları, demansiyel hastalıklar açısından aile öyküsü sorgulanmalıdır (106). Nörolojik muayenesi ve hastanın eğitim ve sosyokültürel durumu göz önünde tutularak yapılan mental durum muayenesi standardize edilmiş kognitif testlerle desteklenmelidir. Labratuvar testlerinde basit kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyonları, vitamin B12 düzeyleri bakılırken ihtiyaç halinde bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), pozitron emisyon tomografi (PET), serebral anjiyografi, lomber

ponksiyon gibi ileri tetkikler kullanılabilir, erken başlangıçlı olgularda genetik testler yapılabilir (96).

Ayırıcı tanıda organik nedenler, depresyon ve deliryum gibi psikiyatrik nedenler, işitme kaybı gibi uyum problemine neden olabilecek sebepler akla getirilmelidir.

AH tedavisi birçok yaklaşımın bir arada kullanılması esasına dayanır. Hastalığın tedavisinde nöroprotektif yaklaşım, yaşam tarzı değişiklikleri, semptomların tedavisi, eksik olan nörotransmitterlerin yerine konması, nonfarmakolojik diyetler, hastanın psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi, bakım verenlerin ve yakınlarının desteklenmesi gibi çeşitli yöntemler birlikte kullanılır.

Semptomların tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlardan asetilkolinesteraz inhibitörleri donezepil, rivastigmin ve galantamin bellek işlevlerinde önemli olan asetilkolini artırarak bilişsel işlevlerde orta derecede düzelme sağlar. Glutamaterjik yolları hedefleyen N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonisti memantin "Food and Drug Administration (FDA)" tarafından orta ve ileri evre Alzheimer hastalığı tedavisi için onay almıştır ve glutamatın aşırı aktivasyonunu engelleyerek nöronları apoptozisten koruyucu, semptomları düzeltici etkileri vardır (107-108).

Orta ve ileri evre AH'da görülen psikiyatrik ve nörolojik bozukluklarda çeşitli antipsikotik, antidepresanların, antikonvülzanlar ve anksiyolitiklerin kullanımı hastalığın seyrini etkilemese de semptomatik tedavide fayda sağlamaktadır (109).

Bir başka tedavi yönteminde ise nöronlar üzerindeki stres faktörlerini azaltarak hücre hasarını önlemeye yönelik farmakoterapiler kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan antiinflamatuvarların, vitamin C, E ve A, koenzim Q ve selenyum gibi antioksidanların etkinlikleri çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Nöroprotektif ve antioksidan etkisi bilinen Gingkobiloba'nın oldukça yaygın kullanımı vardır (110).

Birçok hastalıkta olduğu gibi AH'da da diyetin rolü oldukça önemlidir. Özellikle orta yaşlarda vücut kitle indeksi >30 olanlarda AH riskinin 3 kat arttığı çalışmalarda gösterilmiş olup bunun nedenleri arasında insülin direncinin ve dolayısıyla Aβ'yı artırarak nörotoksik etkisi bilinen insülinin artışı gösterilmektedir. Ayrıca obezlerde miktarı azalan ve Aβ'yı azaltan leptin hormonu seviyeleri de azalmaktadır. Obezitenin tetiklediği hiperlipidemiler, hipertansiyon, diyabet, pıhtılaşma bozuklukları ve

aterosklerozun beyin vasküler yapısını bozarak demansa zemin hazırladığı bilinmekte olup erken yaşlarda başlanan koruyucu diyetlerin önemi büyüktür (111-112-113).

İleri yaşta sık görülen B1, B2, B6, B12 ve folik asit gibi vitamin eksikliklerinde kan homosistein düzeyi artarak AH riskini artırmaktadır. Dolayısıyla bu vitamin eksikliklerinin takviye edilmesi önemlidir (114). Özellikle aterosklerozdan koruyucu, omega 3 yağ asitlerinden, antioksidanlardan, B12, A ve D vitaminlerinden zengin Akdeniz diyetinin AH'dan %40'a varan oranlarda koruyucu etkilerinin olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (115). Aynı zamanda hastalığa yakalananlarda Akdeniz diyetine uyumun hastalığın seyrini yavaşlattığı bildirilmektedir (116-117). Son yıllarda kullanımı hızla artan hazır gıdalarda bulunan ve serbest radikaller içeren trans yağların ve monosodyumglutamatın nörotoksik etkisi birçok çalışmada gösterilmiş olup bu gıdaların tüketilmemesi önerilmektedir (118).

Hastalar için psikososyal yaklaşımda yaşam alanlarının düzenlenmesi, sosyal uyaranlar ve terapilerle hastanın desteklenmesi, yakınlarının bilgilendirilmesi ve bakım sürecine dâhil edilmesi, hastanın hijyen beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olunması oldukça önemlidir.

3.MATERYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Amacı, Şekli, Yeri ve Süresi

Bu çalışmada Malatya ve Elazığ illerinde evde bakım birimlerine kayıtlı hastalarda demans sıklığı araştırılmıştır. Çalışmaya evde bakım birimine kayıtlı 65 yaş üstü herhangi bir demansiyel hastalık tanısı almamış gönüllü hastalarla başlanmış fakat istenilen kriterlere uygun yeterli hasta sayısına ulaşamadığından gerekli etik kurul izinleri alındıktan sonra 60 yaş üstü hastalar da dâhil edilerek çalışma yürütülmüştür. Basit rastgele örneklem yöntemi ile tespit edilen hastalara evde bakım ekibi ile birlikte ev ziyaretleri yapılmıştır.

Araştırma için Malatya Klinik araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ile Malatya ve Elazığ illeri Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izinler alınmıştır (ek-1, ek-2, ek-4). Çalışmamız 16.03.2017-31.07.2017 tarihleri arasında yapılmış olup Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi, Malatya Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanelerine bağlı Evde Bakım Birimi hastalarını kapsamaktadır.

Kişilere ev ziyaretleri esnasında sosyodemografik verilerin sorgulandığı anket, kognitif fonksiyonların değerlendirildiği Standardize Mini Mental Test ve Yesevage Geriatrik Depresyon Ölçeği, yüz yüze görüşme şeklinde hastaların kendi yaşam alanlarında uygulanmıştır. Hastalara anket dışında herhangi bir fizik muayene, laboratuvar veya radyolojik tetkik yapılmamıştır. Hasta ve yakınlarına görüşme öncesi bilgi verilmiş yazılı onamları alınmıştır (ek-5).

3.2. Sosyodemografik Form

Sosyodemografik formda (ek-3) hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve mesleği, aylık geliri, çocuğu olup olmadığı, kiminle yaşadığı, kronik hastalıkları ve sürekli ilaç kullanım öyküsü ile evde bakım hizmetlerine müracaat nedeni sorgulanmıştır. Ayrıca demansın önemli semptomlarından afazi, agnozi, apraksi, planlama bozukluğu ile unutkanlık ve hayal görme şikâyetlerinin olup olmadığı ve bu semptomların başlangıç zamanı, günlük yaşamını etkileyip etkilemediği, yakınları tarafından fark edilmesi hakkında bilgi alınmıştır.

3.3. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Toplumların yaşlanmasıyla; fonksiyonel bağımsızlığı korumak, yaşlıların çoklu problemlerini ortaya koymak ve kapsamlı geriatrik değerlendirme yapabilmek için standardize testler geliştirilmiştir. Geriatrik değerlendirmenin bileşenleri; medikal değerlendirme, bilişsel durum ve duygu durumu kapsayan zihinsel değerlendirme, temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini kapsayan fiziksel değerlendirme, sosyal durum, finansal durum, ev ve çevre güvenliğini kapsayan çevresel değerlendirme şeklinde sınıflandırılmaktadır (119).

Kognitif durumu değerlendirmeyi sağlayan SMMT (ek-6), 1975 yılında geliştirilmiş, demans taramasında en sık kullanılan ve kolay uygulanır bir testtir (120). Uygulanması 10 dakika kadar süren bu test toplam 11 sorudan oluşur. Hastaların yönelim, oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama, lisan, motor ve visuospasial fonksiyonları toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Hastanın eğitim durumuna göre farklı soruların bulunduğu testin değerlendirilmesinde 24-30 puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altının ise ciddi demans ile uyumlu olduğu kabul edilir. Alınan puanların klinik değerlendirme ile uyumu da önemlidir.

Orijinal dili İngilizce olan test birçok dile çevrilerek çeşitli ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Uygulayıcıya ait subjektif değerlendirmeler ve esnekliklere engel olmak için Molloy ve Standish (1997) tarafından geliştirilen "Standardize Uygulama Kılavuzu" testin tutarlılığını artırmaktadır (121).

Geçerlilik ve güvenilirliği 206 hasta ve 63 kişilik normal bir grupta yapılan çalışmada gösterilmiş olup puanlamanın hastalığın ciddiyeti ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ise 2002 yılında 71'i demanslı olmak üzere 212 kişinin katılımıyla yapılan bir çalışmada Türk toplumunda 23/24 eşik değerinin duyarlı ve özgül olduğu saptanmış hafif demans tanısında güvenilir olduğu gösterilmiştir (122).

Bu testin hastanın eğitim düzeyi, hafif kognitif bozukluk, hastanın kooperasyonu, görme ve işitme problemleri nedeni ile yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçları olabileceği unutulmamalıdır (123).

3.4. Yesevage Geriatrik Depresyon Skalası

Yaşlılık çağı depresyonlarının gelişiminde birçok faktörün etkisi görülmekle birlikte yapılan çalışmalarda toplum içinde fiziksel bir rahatsızlığı olmayanlarda

depresyon insidansının %1-5 arasında iken hastanede yatanlarda bu oranın %12 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bakım evinde yaşayan ve kronik hastalığa sahip yaşlılarda ise % 25'e çıkmaktadır (124). Ülkemizde yaşlılarda depresyon görülme oranları %13,5-41,5 aralığındadır (125-126-127-128). Yaşlılarda depresyon riskini artıran sebepler arasında fiziksel bir hastalığa sahip olmak, yalnız yaşamak, dul veya bekâr olmak, kadın cinsiyet, bakım evlerinde yaşamak, sosyal desteğin olmaması, maddi durumunun yetersiz olması, eğitim seviyesinin düşük olması, yakınların kaybedilmesi ve yaşlılığa bağlı biyokimyasal yapının değişimi gibi faktörler sayılabilir (129).

Yaşlılarda depresyon taramasında kullanılan testlerden olan geriatrik depresyon ölçeği (ek-7) 1931 yılında Yesevage tarafından geliştirilmiş 1991 yılında ise uygulamada kolaylık sağlaması açısından 15 soruluk kısa formu oluşturulmuştur. Türkiye'de 2000 yılında Ertan ve Eker tarafından 276 hasta ile yapılan bir çalışmada geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan kısa formda 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin uygulanmasında olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara ise evet cevapları 1 puan olarak değerlendirilir. Bu puanlamaya göre beş ve altı toplam puan alanlarda depresyon olmadığı 6 ve üzeri puanlar ise klinikle birlikte değerlendirilerek depresyon tanısında anlamlı olduğu kabul edilir (130).

3.5.İstatistiksel Analiz

Katılacak denek sayısını saptamak için evren sayısının bilinmediği $n=(1.96*1.96*p*q)/d*d$ formülü kullanılmış ve 385 hasta ile çalışma yürütülmüştür (p:incelenen olayın görülüş sıklığı(0.10), q:incelenen olayın görülmeişi sıklığı, d:olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma(0,03)). Demans görülüş sıklığı daha önce bu bölgede yapılan çalışmalar dikkate alınarak hesaplanmıştır. Sonuçların normal dağılıma uyup uymadığını belirlemede Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında ki kare testi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan veriler için one-way ve student t-Test, normal dağılıma uymayan veriler için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sonuçlar %95'lik güvenlik aralığında anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiş olup korelasyon için Spearmann korelasyon analizi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik özellikler

Çalışmamıza 106'sı (% 27,5) Malatya'dan ve 279'u (% 72,5) Elazığ'dan olmak üzere toplam 385 birey dâhil edildi. Katılımcıların 221'i (% 57,4) kadın ve 164'ü (%42,6) erkek olup diğer sosyodemografik özellikler tablo 1'de verilmiştir.

Tablo1.Sosyodemografik özellikler

Sosyodemografik özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	221	57,4
Erkek	164	42,6
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	177	46,0
İlkokul	124	32,2
Ortaokul	27	7,0
Lise	34	8,8
Üniversite	23	6,0
Meslek		
Memur	1	0,28
Emekli	131	34,02
Serbest meslek	23	5,97
Ev hanımı	208	54,02
Diğer	22	5,71
Aylık gelir		
1000 lira ve altı	185	48,06
1001-2000	110	28,57
2001-3000	70	18,18
3001 ve üzeri	20	5,19

Çocuk sayısı		
0	12	3,1
1	18	4,7
2	73	19
3	94	24,4
4 ve üzeri	188	48,8
Kiminle birlikte yaşıyor		
Eşyle	171	44,5
Çocuklarıyla	153	39,7
Bakıcıyla	20	5,2
Bakımevinde	7	1,8
Kardeşleriyle	2	0,5
Yalnız	32	8,3

4.1.1. Yaş ve Cinsiyet

Çalışmaya katılanların yaşları 60-100 arasında olup, ortalamaları 74,85'ti. Yaş ile SMMT toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı ($p=0.000$) olup korelasyon katsayısı 0,623'tü. 60-64 yaş arası 32, 65-74 yaş arası 162, 75-84 yaş arası 132, 85 yaş ve üzeri 59 kişi çalışmada yer aldı.

Katılımcıların 142'sinde (% 36,8) ciddi demans, 103'ünde (% 26,8) hafif demans tespit edildi. 140 (% 36,4) kişide ise herhangi bir kognitif bozukluk saptanmadı. Ciddi demans en çok % 81,3 oran ile 85 ve üzeri yaş grubunda görülürken en az %9,4'lük oran ile 60-64 yaş arasındaki kişilerde bulunmaktaydı. Yaş grupları ile demans görülme sıklığı arasındaki ilişki tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2.Yaş gruplarına göre demans görülme sıklığı

Yaş grupları	Ciddi demans (SMMT puanı 17 ve altı)	Hafif demans (SMMT puanı 18-23 arası)	Normal (SMMT puanı 24 ve üstü)	Toplam
60-64 yaş arası	3 (% 9,4)	6 (% 18,8)	23 (% 71,8)	32 (% 8,3)
65-74 yaş arası	23 (% 14,2)	49 (% 30,2)	90 (% 55,6)	162 (% 42,1)
75-84 yaş arası	68 (% 51,5)	40 (% 30,3)	24 (% 18,2)	132 (% 34,3)
85 yaş ve üzeri	48 (% 81,3)	8 (%13,6)	3 (%5,1)	59 (%15,3)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Yaşa göre demans için P=0,000

Yapılan analizlerde cinsiyet ile demans arasındaki ilişki anlamlıydı (p=0,001) ve buna göre erkeklerin % 26,8’inde ciddi demans görülürken bu oran kadınlarda % 44,3 olarak saptandı. Yine kadınların % 27,1’inde, erkeklerin % 26,2’sinde hafif demans vardı. Kadınların % 28,5’inde ve erkeklerin % 47,0’sinde ise demans yoktu. Cinsiyete göre demans görülme sıklığı tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Cinsiyete göre demans görülme sıklığı

	Ciddi demans (SMMT puanı 17 ve altı)	Hafif demans(SMMT puanı 18-23 arası)	Normal(SMMT puanı 24 ve üstü)	Toplam
Kadın	98 (% 44,3)	60 (% 27,1)	63(% 28,5)	221 (% 57,4)
Erkek	44 (% 26,8)	43 (% 26,2)	77 (% 47,0)	164 (% 42,6)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Cinsiyete göre demans için P=0,001

Çalışmamızda yaş artışı ile depresyon sıklığında da artış olduğu tespit edildi. Yapılan analizde aralarındaki ilişki anlamlı ($p=0,000$) ve korelasyon katsayısı 0,230 idi. Fakat cinsiyet ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı değildi ($p=0,941$). Yaş ile depresyon arasındaki ilişki tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.Yaş gruplarına göre depresyon sıklığı

Yaş grupları	Depresyon yok (depresyon skalası puanı 5 ve altı)	Depresyon var (depresyon skalası puanı 6 ve üzeri)	Toplam
60-70 yaş arası	92 (% 60,1))	61 (% 39,9)	153 (% 39,75)
71-80 yaş arası	61 (% 50,8)	59 (% 49,2)	120 (% 31,16)
81 yaş ve üzeri	42 (% 37,5)	70 (% 62,5)	112 (% 29,09)
Toplam	195 (% 50,64)	190 (% 49,36)	385

Yaşa göre depresyon için $P=0,000$

4.1.2.Eğitim durumu

Çalışmaya dâhil olan katılımcıların 177'si (% 46,0) okuryazar değildi, 124 (%32,2) kişi ilkokul, 27 (% 7,0) kişi ortaokul, 34 (% 8,8) kişi lise ve sadece 23 (% 6,0) kişi üniversite düzeyinde eğitime sahipti.

Demansı olan ve olmayan katılımcılarda eğitim düzeyleri açısından $p=0,005$ 'ti ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Okuryazar olmayanlarda ciddi demans görülme sıklığı en fazla iken eğitim düzeyi arttıkça bu oranın azaldığı görüldü. Hafif demansın ise en fazla % 33,1' lik oranla ilkokul eğitim düzeyine sahip kişilerde olduğu saptandı. Okuryazar olmayanlarda bu oran % 26,6 iken ortaokul, lise ve üniversite düzeyi için sırasıyla % 22,2 , % 14,7 ve % 17,4 idi. Lise düzeyi eğitim seviyesine sahip olanlar %76,5'luk en yüksek oranla demans olmayan grupta yer aldı. Tablo 5'te eğitim düzeyleri ile demans arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 5.Eğitim düzeyleri ile demans arası ilişki

Eğitim durumu	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Okuryazar değil	95 (% 53,6)	47(% 26,5)	35(% 19,7)	177 (% 46,0)
İlkokul	36 (% 29,0)	41 (% 33,1)	47 (% 37,9)	124 (% 32,2)
Ortaokul	3 (% 11,1)	6 (% 22,2)	18 (% 66,7)	27 (% 7,0)
Lise	3 (% 8,8)	5 (% 14,7)	26 (% 76,5)	34 (% 8,8)
Üniversite	5 (% 21,7)	4 (% 17,4)	14 (% 60,9)	23 (% 6,0)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Eğitim düzeylerine göre demans için $P=0,005$

Eğitim düzeyi ve depresyon arası ilişkide $p=0,250$ olup anlamlı değildi.

4.1.3.Meslek

Katılımcıların büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktaydı. 221 kadından 208'i (% 54,03) ev hanımıydı. Tüm katılımcılar arasında ev hanımlarından sonra en fazla 131 kişi ile emekliler yer almaktaydı ve bu oran % 34,03 idi. 23 (%5,97) kişi serbest meslek, 22 (% 5,71) kişi diğer seçeneğini işaretlemişti. 1 kişi ise halen memur olarak çalışmaktaydı. Yapılan analizde meslek ile demans arasındaki ilişki anlamlıydı ($p=0,000$). % 46,1'lik oranla ciddi demans en çok ev hanımları arasında görüldü. Serbest meslekte çalışanlarda bu oran % 21,7 ve emekliler arasında ise % 23,7 idi. Halen memur olarak çalışan bir kişi ise 60 yaşındaydı ve lumbal herni nedeni ile opere olduktan sonra pansuman için evde bakıma başvurmuştu. Yapılan testlerinde hafif demans tespit edildi. Meslek grupları ve demans arası ilişki tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Meslek grupları ve demans arası ilişki

Meslek	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Memur	0	1 % 100.0	0	1 (% 0,26)
Emekli	31 (% 23,7)	31 (% 23,7)	69 (% 52,6)	131 (%34,03)
Serbest meslek	5 (% 21,7)	5 (% 21,7)	13 (% 56,6)	23 (% 5,97)
Ev hanımı	96 (% 46,1)	58 (% 27,9)	54 (% 26,0)	208 (% 54,03)
Diğer	10 (% 45,4)	8 (% 36,4)	4 (% 18,2)	22 (% 5,71)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Meslek gruplarına göre demans için P=0,000

4.1.4.Aylık gelir

Aylık gelir durumu 4 alt başlıkta kategorize edildi ve bunlar arasında en çok 185 (% 48,05) kişi 1000 lira ve altı gelir düzeyine sahiptiler. 1001-2000 lira arası geliri olan 110 (% 28,57) kişi, 2001-3000 lira düzeyinde 70 (% 18,18) kişi, 3001 lira ve üzeri geliri olan 20 (% 5,19) kişi bulunmaktaydı. Yapılan analizde aylık gelir durumu ile demans arasındaki ilişki anlamlıydı (p=0,001). Buna göre ciddi demans en çok 1000 lira ve altı geliri olanlar arasında görüldü ve bu oran % 47,0 idi. 3001 lira ve üzeri geliri olan 20 kişi arasında ise sadece 2 (% 10,0) kişide ciddi demans vardı. Demans bulunmama oranı en düşük gelire sahip kişilerde % 25,4 ve en yüksek gelir düzeyine sahip kişiler arasında % 80,0 olarak saptandı. Aylık gelir düzeyi ile demans arasındaki ilişki tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Aylık gelir düzeyi ile demans arasındaki ilişki

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
1000 lira ve altı	87 (% 47,0)	51 (% 27,6)	47 (% 25,4)	185 (% 48,05)
1001-2000 lira	37 (% 33,6)	36 (% 32,8)	37 (% 33,6)	110 (% 28,57)
2001-3000 lira	16 (%22,9)	14 (% 20,0)	40 (% 57,1)	70 (% 18,19)
3001 lira ve üzeri	2 (% 10,0)	2 (% 10,0)	16 (% 80,0)	20 (% 5,19)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Aylık gelir düzeyine göre demans için P=0,001

Bununla birlikte yapılan analizde aylık gelir düzeyi ile depresyon arasındaki ilişkide p=0,41'di ve anlamlı değildi.

4.1.5.Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler

Çalışmaya katılan hastalar birlikte yaşadığı kişiler açısından gruplandırıldı. Buna göre 171 (% 44,5) kişi eşiyle, 153 (% 39,7) kişi çocuklarıyla, 20 (% 5,2) kişi bakıcıyla, 7 (% 1,8) kişi bakımevinde, 32 (% 8,3) kişi yalnız ve 2 (% 0,5) kişi de kardeşleriyle birlikte yaşıyordu. Yapılan analizde demans ile birlikte yaşanan kişiler arasında korelasyon vardı (p=0,000). Ciddi demans, % 52,9'luk en yüksek oranla çocuklarıyla yaşayan 171 kişinin 81'inde görülürken ikinci sırada % 40,6'lık oranla yalnız yaşayanlarda ciddi demans saptandı. Demansı olmayan bireyler ise en çok % 49,1 oranla eşiyle birlikte yaşayan grupta yer almaktaydı. Demans ile bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler arası ilişki tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8.Birlikte yaşanan kişiler ve demans arasındaki ilişki

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Eşiyle	39 (% 22,8)	48 (% 28,1)	84 (% 49,1)	171 (% 44,5)
Çocuklarıyla	81 (% 52,9)	38 (% 24,8)	34 (% 22,2)	153 (% 39,7)
Bakıcıyla	7 (% 35,0)	6 (% 30,0)	7 (% 35,0)	20 (% 5,2)
Bakım evinde	2 (% 28,6)	2 (% 28,6)	3 (% 42,8)	7 (% 1,8)
Yalnız	13 (% 40,6)	8 (% 25,0)	11 (% 34,4)	32 (% 8,3)
Kardeşle	0	1 (% 50,0)	1 (% 50,0)	2 (% 0,5)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Birlikte yaşanan kişilere göre demans için $p=0,000$

Birlikte yaşanan kişiler ve depresyon arasındaki ilişkide $p=0,082$ olup anlamlı değildi.

4.1.6.Katılımcıların yaşadığı il

Çalışmaya dâhil edilen bireylerin 279 (% 72,47)'u Elazığ'da ve 106 (% 27,53)'sı Malatya'da yaşıyordu. Her iki il için de aranılan kriterlere uygun ve ulaşılabilen hastalar seçilmek sureti ile katılımcı sayıları rastgele belirlendi. Malatya'da yaşayan 106 katılımcının 44'ünde (% 41,5) ağır demans tespit edilirken Elazığ'da yaşayan 279 bireyin ise 98'inde (% 35,12) ciddi demans olduğu saptandı. Elazığ ve Malatya illerinde çalışmamıza dâhil olan bireylerin SMMT puanlarına göre demans varlığı tablo 9'da gösterilmektedir.

Tablo 9. Yaşadıkları illere göre katılımcılardaki demans sıklığı

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Elazığ	98 (% 35,12)	76 (% 27,24)	105 (% 37,63)	279 (% 72,47)
Malatya	44 (% 41,5)	27 (% 25,47)	35 (% 33,01)	106 (% 27,53)

Yapılan analizde katılımcıların yaşadıkları iller ile demans arasındaki ilişkide $p=0,499$ olup anlamlı değildi.

4.2.Kronik hastalık ile demans arası ilişki

Çalışmaya katılan bireylerin 363'ünün (%94,3) kronik hastalığı mevcuttu ve 22 (%5,7) kişide ise herhangi bir kronik hastalık yoktu. Hastaların 182'sinde tek bir kronik hastalık varken 181'i birden fazla kronik hastalığa sahipti. Yapılan analizde kronik hastalık ile demans arası ilişkide anlamlı değildi ($p=0,128$).

Çalışmamıza katılan ve kronik hastalığı olan 363 bireyin 185'inde (% 50,9) hipertansiyon vardı. 100 kişi ise (% 27,5) diyabet tanısı ile takipliydi. Hastalara sorgulanan diğer kronik hastalık sıklıkları ile kognitif durumları tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10.Katılımcılarda bulunan kronik hastalık sıklıkları ile kognitif durumları

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Hipertansiyon	75 (%40,5)	46(%24,9)	64(%34,6)	185 (% 50,9)
Diyabet	32(%32)	32(%32)	36(%36)	100 (% 27,5)
Kardiyak hastalıklar	40(%44,9)	22(%24,7)	27(%30,4)	89 (% 23,1)

İnme ve serebrovasküler hastalık	38(%55,1)	12(%17,4)	19(%27,5)	69 (% 19,0)
Astım ve KOAH (Kronik obstruktif akciğer hastalıkları)	10(%24,4)	9(%21,9)	22(%53,7)	41 (% 10,6)
Kanser	4(%14,3)	9(%32,1)	15(%53,6)	28 (% 7,7)
İşitme kaybı	7(%41,2)	5(%29,4)	5(%29,4)	17 (% 4,6)
Parkinson	12(%70,6)	2(%11,8)	3(%17,6)	17 (% 4,6)
Psikiyatrik hastalık	4(%33,3)	3(%25,0)	5(%41,7)	12 (% 3,3)
Epilepsi	1(%10,0)	4(%40,0)	5(%50,0)	10 (% 2,7)
Fiziksel engelli	3(%42,8)	2(%28,6)	2(%28,6)	7 (% 1,9)
Kronik böbrek yetmezliği	4(%66,7)	2(%33,3)	0	6 (% 1,6)
Geçirilmiş kafa travması	2(%50,0)	2(%50,0)	0	4 (% 1,1)
Alkol madde bağımlılığı	2(%66,7)	1(%33,3)	0	3 (% 0,8)
Diğer	1(%9,1)	6(%54,5)	4(%36,4)	11 (% 3,03)

Kronik hastalık ile depresyon arasındaki ilişki ise anlamlıydı ($p=0,001$). Kronik hastalığa sahip 363 kişinin 176'sında (% 48,5) depresyon yokken 187'sinde (% 51,5) depresyon saptandı. Kronik hastalık ile depresyon arasındaki ilişki tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11.Kronik hastalık ile depresyon arasındaki ilişki

	Depresyon yok	Depresyon var	Toplam
Kronik hastalığı var	176 (% 48,5)	187 (% 51,5)	363 (% 94,3)
Kronik hastalığı yok	19 (% 86,4)	3 (% 13,6)	22 (% 5,7)
Toplam	195 (% 50,64)	190 (% 49,36)	385

Kronik hastalığı olanlarda depresyon için $p=0,001$

4.3.Kronik ilaç kullanımı ile demans arası ilişki

Kronik ilaç kullanımı ile demans arasındaki ilişkide $p=0,024$ olup anlamlıydı. Çalışmaya katılan hastaların 352'sinin (%91,4) uzun süreli ilaç kullanım öyküsü varken 33'ünün (%8,5) herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Kronik ilaç kullanımı ile demans arası ilişki tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12.Kronik ilaç kullanımı ile demans arası ilişki

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Kronik ilaç kullanımı var	133(%37,7)	96(%27,2)	123(%34,9)	352 (%91,4)
Kronik ilaç kullanımı yok	9(%27,3)	7(%21,2)	17(%51,5)	33 (%8,5)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Kronik ilaç kullanımı ve demans için $p=0,024$

Kronik ilaç kullanımı ve depresyon arasındaki ilişkide $p=0,140$ olup anlamlı değildi.

4.4.Demansa ait semptom ve şikâyetler ile demans arasındaki ilişki

Demansa ait semptomlar arasında yer alan afazi, agnozi, apraksi ve planlama bozukluğu ile unutkanlık ve hayal görme şikâyetlerinin olup olmadığı katılımcılara sorgulandı. Ayrıca hastaların bu şikâyetlerinin çevresindekiler tarafından fark edilip edilmediği, genel yaşamlarını etkileyip etkilemediği de öğrenildi.

Katılımcıların 270 (% 70,1)' inin unutkanlık şikâyeti vardı. 115 (% 29,9) kişide ise unutkanlık yoktu. Katılımcıların 49 (%12,7)'u hayal görme şikâyeti olduğunu belirtirken 336 (% 87,3)'sının ise hayal görme şikâyeti yoktu. 36 katılımcıda afazi,16 kişide agnozi, 12 kişide apraksi 32 kişide planlama bozukluğu, 39 kişide ise afazi, agnozi, apraksi, planlama bozukluğu semptomlarının hepsi birlikte bulunmaktaydı. Bu semptomlara sahip 135 kişinin 109'u çevresindekilerin de farkında olduğunu belirtirken 26 kişi farkında olmadığını söyledi. Ayrıca 89 kişi bu semptomların genel yaşamını etkilediğini, 46 kişi ise etkilemediğini belirtti.

Unutkanlık şikâyeti ile demans arasındaki ilişki anlamlıydı ($p=0,002$). Unutkanlık şikâyeti olan katılımcıların 130'unda ciddi demans varken 81'inde hafif demans saptandı, 59'unda ise demans yoktu. Unutkanlık şikâyetinin olmadığını söyleyen 12 kişide ise ciddi demans tespit edildi. Hayal görme şikâyetinin varlığı ile demans arasındaki ilişkide $p=0,001$ olup anlamlıydı. Hayal görme şikâyeti olan 49 kişinin 45'inde ciddi demans varken 1 kişide hafif demans vardı 3 kişide ise demans yoktu. Unutkanlık ve hayal görme şikâyetleri ile demans arasındaki ilişki tablo 13 ve 14'te gösterilmektedir.

Tablo 13.Unutkanlık şikâyeti ile demans arasındaki ilişki

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Unutkanlık var	130 (% 48,1)	81 (% 3,0)	59 (% 21,9)	270 (%70,1)
Unutkanlık yok	12 (% 10,4)	22 (% 19,1)	81 (% 70,5)	115 (%29,9)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Unutkanlık şikâyeti olanlarda demans için $p=0,002$

Tablo 14. Hayal görme şikâyeti ile demans arasındaki ilişki

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Hayal görme var	45 (% 91,7)	1 (% 0,2)	3 (% 6,1)	49 (% 12,72)
Hayal görme yok	97 (% 28,9)	102 (% 30,3)	137 (% 40,8)	336 (% 87,28)
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Hayal görme şikâyeti olanlarda demans için $p=0,001$

Demanslı hastalarda önemli semptomlardan olan afazi, agnozi, apraksi ve planlama bozukluğu ile demans arasındaki ilişki anlamlıydı ($p=0,000$). Afazisi olan 36 hastanın 22'sinde (% 61,2) ciddi demans ve 10'unda (% 27,7) hafif demans varken 4 (%11,1) hastada ise demans yoktu. Toplam 16 hastada agnozi vardı ve bunların 11'inde (% 68,7) ciddi demans saptandı. Ve yine apraksi semptomu olan 12 hastanın 7'sinde (%58,3), planlama bozukluğu olan 32 hastanın ise 19'unda (%59,4) ciddi demans saptandı. Tüm dört semptomun birlikte bulunduğu 39 hastanın ise tamamında (%100) ciddi demans tespit edildi. Demansiyel semptomlar ile demans arasındaki ilişki tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 15. Demansiyel semptomlar ile demans arasındaki ilişki

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Afazi	22 (% 61,2)	10 (% 27,7)	4 (% 11,1)	36
Agnozi	11 (% 68,7)	4 (% 25,0)	1 (% 6,3)	16
Apraksi	7 (% 58,3)	3 (% 25,0)	2 (%16,7)	12
Planlama bozukluğu	19 (% 59,4)	10 (% 31,2)	3 (% 9,4)	32
Hepsi	39 (%100)	0	0	39

Demansiyel semptomlar ile demans arasındaki ilişkide $p=0,000$

Demansiyel semptomları olan hastalarda bu durumun genel yaşamlarını etkileyip etkilemediği ve çevresindekiler tarafından fark edilmesi ile ilgili veriler tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16. Demansiyel semptomların kişinin genel yaşamını etkilemesi ve çevresindekiler tarafından fark edilmesi

Genel yaşamını etkiliyor	Genel yaşamını etkilemiyor	Çevresindekiler tarafından fark ediliyor	Çevresindekiler tarafından fark edilmiyor
89 (% 65,9)	46 (% 34,1)	109 (% 80,7)	26 (% 19,3)
135		135	

4.5.Demans ile depresyon arasındaki ilişki

Yapılan analizde demans ile depresyon arasındaki ilişki anlamlıydı. $P=0,000$ ve korelasyon katsayısı $-0,490$ ’dı. Ciddi demansı olan 142 kişinin 41’inde (% 28,88) depresyon yokken 101 (% 71,12) hastada depresyon eşlik etmekteydi. Demansı olmayan 140 bireyin 101’inde (% 72,14) depresyon saptanmadı. 39’u (% 27,86) ise geriatrik depresyon ölçeğinden depresyonla uyumlu puanlar aldı. Hafif demansı olan 103 katılımcının 53’ünde (% 51,45) depresyon yokken 50’sinde (% 48,55) depresyon saptandı. Demans ile depresyon arasındaki ilişki tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Demans ile depresyon arasındaki ilişki

	Ciddi demans	Hafif demans	Normal	Toplam
Depresyon yok	41 (% 28,88)	53 (% 51,45)	101 (% 72,14)	195
Depresyon var	101 (% 71,12)	50 (% 48,55)	39 (% 27,86)	190
Toplam	142(% 36,8)	103(% 26,8)	140(% 36,4)	385

Demans ile depresyon arasındaki ilişkide $p=0,000$

5.TARTIŞMA

Yaşlanma organizmanın her sistemini etkileyen dejeneratif bir süreçtir. Bu süreçte yıkımın yavaşlatılarak mevcut yetilerin ve fonksiyonel bağımsızlığın korunmasına yönelik her türlü çalışma büyük önem taşır. Geriatrik kapsamlı bakımın önemli bir parçası olan kognitif fonksiyonların korunmasına yönelik önlemler yaşlanma sürecindeki birey ve yakınlarının yaşam kalitesine büyük katkı sağlar. Çoğunluğunu yaşlı hastaların oluşturduğu evde bakım birimleri, bu dejeneratif süreçte hastaları her konuda destekleme sorumluluğunu üstlenen kilit konumdaki yapılanmalardır. Evde bakım birimlerinde görev yapan hekim ve diğer sağlık çalışanları bu önemli sorumlulukları sayesinde toplumun önemli bir kesimini oluşturan yaşlıların topluma adaptasyonuna yardımcı olan kolaylaştırıcılardır.

Bu araştırma kapsamında evde bakım birimine kayıtlı 385 hastaya ulaşılmış kognitif fonksiyonları ve bununla ilişkili olabilecek bir takım risk faktörlerinin varlığı değerlendirilmiştir. Coğrafi yakınlığı nedeniyle ekonomik, kültürel ve sosyolojik yapıları birbirlerine oldukça benzer olan Malatya ve Elazığ illerinde çeşitli hastanelere bağlı evde bakım birimleri aracılığı ile hastalar evlerinde ziyaret edilmiş, kognitif durumlarını değerlendirmeye yönelik test ve anketler uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre hafif demans ve ciddi demansla uyumlu puan alan hastalar klinik tanı ve ileri tetkik amaçlı nöroloji kliniğine yönlendirilmiştir.

Farklı popülasyonlara ve coğrafi bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte yapılan çalışmalarda demans sıklığının yaşla birlikte katlanarak arttığı bildirilmektedir. Ülkelerin yaşlı nüfusu, beklenen yaşam süreleri, gelişmişlik ve eğitim düzeyleri bu farklılıktaki temel nedenlerdendir (131). Demans yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda dünya genelinde çeşitli etnik guruplar, yaşlı bakım evleri ve hastaneler, birinci basamaklara kayıtlı nüfuslar gibi çok çeşitli örneklem grupları seçilmiştir. Bizim çalışmamızda seçilen evde bakım merkezlerine kayıtlı hastalarda demans yaygınlığı; çalışmanın başlangıcında beklediğimiz üzere normal popülasyonlara göre daha yüksek, hastane ve yaşlı bakım merkezlerindeki verilerle ise uyumludur. Kuzey İtalya’da, Kore’de ve Boston’da toplum temelli yapılan çalışmalarda demans yaygınlığı sırası ile %12, % 9,5 ve % 12,2 olarak saptanmıştır (132-133-134). Başka bir çalışmada Latin Amerika ülkelerinde % 8,5, Doğu Avrupa ülkelerinde % 7,2’lik yaygınlık oranları izlenmiştir (135). Ülkemizde Trabzon ilinde 55 yaş ve üzerinde Bilici ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bilişsel bozukluk yaygınlığı %17.1 ve Elazığ ilinde Abdullahpaşa

bölgesinde birinci basamak hastalarını kapsayan bir çalışmada ise % 7.3 olarak bulunmuştur. Oruç ve arkadaşları tarafından 2016'da İzmir ili Dinar ilçesinde yapılan bir araştırmada demans sıklığı % 10,9 olarak bildirilmiştir (167). Hastane ve huzurevleri kapsamında yapılan çalışmalarda ise oranlar daha yüksek tespit edilmekle birlikte Hickey ve arkadaşları % 22,3, Naylor ve arkadaşları % 35, Douzenis ve arkadaşları % 30,5 olan oranlar bildirmiştir (136-137-138). Türkiye'de Gönen ve arkadaşları tarafından 2010 yılında bir üniversite hastanesi yatan hastalar bölümünde yapılan çalışmada bu oran %33,3 olarak saptanmıştır (139). Gaziantep'te bir huzurevinde yapılan çalışmada % 56,7'lere çıkan bilişsel bozukluk oranları bildirilmiştir. Yine Edirne'de bir huzurevinde Erel ve arkadaşları tarafından 60-90 yaş aralığındaki katılımcılarla yapılan çalışmada demans sıklığı % 26 olarak bulunmuştur (140). Bizim çalışmamızda 385 hastanın 142'si ciddi demansla uyumlu puanlar almış bu oran % 36,8 olarak saptanmıştır. 103 (% 26,8) hastada hafif bilişsel bozukluk saptanırken 140 (%36,4) hasta 24 ve üzeri puan almış ve herhangi bir bilişsel bozukluk tespit edilmemiştir. Hastaneler, yaşlı bakım merkezleri ve evde bakım merkezlerinde demans yaygınlığının daha fazla olmasında, bireylerin kronik hastalıklara sahip olmaları, kronik ilaç kullanımları, psikolojik stres, sosyal ve bilişsel izolasyon gibi demansiyel risk faktörleri etkili olmaktadır. Bir diğer önemli nokta ise hastaların ayrışmamış olması; demans tanısı almadığı halde demansın komplikasyonlarından olan düşmeler, kırıklar, aspirasyon pnömonileri, beslenememe ve malnutrisyon, inkontinans, fonksiyonel bağımsızlığın kaybı ve dekübit ülserleri gibi nedenlerle hastane ve evde bakım birimlerine başvurmuş olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Eski dönemlerde “sessiz epidemi” olarak tanımlanan demans için bilinen en önemli risk faktörü ileri yaştır (141-142). Bunun en önemli nedeni ise oksidatif stres ve inflamasyon artışı ile nöroprotektif faktörlerin kaybına bağlı nöronlarda azalma ve beyin dokusundaki atrofiye gidiştir (143). Aslan ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı bir araştırmada bilişsel bozukluk riskinin 60-74 yaş aralığında 75 yaş ve üzerindekiyle göre 6,30 kez daha fazla olduğu tespit edilmiştir (144). Hemen hemen tüm çalışma verilerinde olduğu gibi Fratiglioni ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da demans yaygınlığının yaşla birlikte önemli bir artış gösterdiği, tüm dünyada 60-64 yaş aralığında % 0,3-1,0 iken 95 yaş üzerinde % 68,3'lere ulaştığı bildirilmiştir(145). Özellikle 60 yaş altı hastalarda genetik geçişin önemli bir etken olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte yaygınlığına dair fazla çalışma yoktur (146). Brezilya'da

2008'de Scazufca'nın yapmış olduğu bir çalışmada 65 yaş üzerinde demans sıklığı % 5,1 olarak bulunmuş, aynı çalışmada 85 yaş üzeri katılımcılarda bu oran % 21,4 olarak saptanmıştır (147). Gaziantep'teki bir huzurevinde yapılan çalışmada bilişsel bozukluk yaygınlığının 60-69 yaş aralığında %16,7, 70-79 yaş aralığında % 40, 80 yaş ve üzerindekilerde ise %76,9 olduğu görülmüştür (148). Ankara Emek 75. Yıl Yaşlı Hizmet Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş üstü 186 hasta ile yapılan bir çalışmada 65-74 yaş gurubundakilerin %17,4'nde 75-84 yaş gurubundakilerin % 42,1'inde 85 yaş ve üzerindekilerin % 44,4'nde bilişsel bozukluk tespit edilmiştir (149). şahin ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada yaş gruplarına göre demans yaygınlığının 65-74 yaş arasında % 3,2, 75-84 yaş arasında % 24,6, 85 yaş üzerinde % 41,2 olduğu bildirilmiştir (150). Bizim alışmamızda 60-64 yaş arasındaki katılımcıların % 9,4', 65-74 arasındakilerin % 14,2'si, 75-84 yaş aralığındakilerin % 51,5'i, 85 yaş ve üzerindekilerin ise % 81,3' ciddi demansla uyumlu puanlar almıştır. Hafif bilişsel bozukluk düzeyi 60-64 yaş arasındaki katılımcılarda % 18,8, 65-74 yaş aralığında %30,2, 75-84 aralığında % 30,3, 85 yaş ve üzerinde % 13,6 olarak saptanmıştır. SMMT skoru 24 ve üzeri olup herhangi bir bilişsel bozukluk saptanmama oranları ise 60-64 yaş arasında % 71,8, 65-74 yaş arasında % 55,6, 75-84 yaş grubunda %18,2, 85 yaş ve üzerinde ise % 5,1 olarak belirlenmiştir.

İleri yaş aynı zamanda depresyon için de önemli bir risk faktörüdür. Kavakçı ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada yaş gruplarına göre depresyon oranları 55-59 yaşta %10,4, 60-64 yaşta %10,0, 65-69 yaşta %15, 3, 70-74 yaşta %15,6, 75-79 yaşta %16,2, 80 yaş ve üzerinde 31,7 olarak saptanmıştır (151). Bizim alışmamızda da yaş ile depresyon arası ilişki anlamlı olarak tespit edilmiş ve yaş gruplarına göre dağılımı 60-70 yaşta %39,9, 71-80 yaşta %49,2, 81 yaş ve üzerinde %62,5 olarak bulunmuştur.

Cinsiyet ile bilişsel durum arasındaki ilişki birçok çalışmada araştırılmış ve çoğunlukla bilişsel fonksiyon bozuklukları kadınlarda daha sık olarak tespit edilmiştir (152). Bu durumun kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması ve azalan östrojen hormonu seviyelerine bağlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (153-154). Ayrıca kadınlarda demans yaygınlığının nedenini, kadın cinsiyette yaşam beklentisinin ve ileri yaş kadın nüfusunun erkeklere göre daha fazla olmasına bağlayan çalışmalara rastlanmaktadır (155). Fakat multiinfarktdemans gibi bazı alt türlerinin erkeklere daha

sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (156-157). Bizim çalışmamızda literatürü destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiş olup kadınların % 44,3'ü erkeklerin ise % 26,8'i ciddi demansla uyumlu puanlar almıştır. Aynı zamanda kadınların % 40,3 erkeklerin % 44,5'lik en yüksek oranlarla 65-74 yaş aralığında yer alması, seçilen hastaların cinsiyet açısından yaş gruplarına göre benzer dağılımda olduğunu göstermekte ve bu verileri desteklemektedir.

Demans için olası risk faktörleri arasında yer alan meslek ve bilişsel durum arasındaki ilişki farklı çalışmalarda incelenmiş ve düşük mental aktivite gerektiren mesleklerle sahip olanlarda demansın daha yaygın olduğu görülmüştür. Ayrıca bu durumun yüksek mental aktivite gerektiren mesleklerde eğitim seviyelerinin daha yüksek olmasıyla da ilişkili olduğu düşünülmüştür. Meslekler ve eğitim seviyeleri eşleştirilerek yapılan birkaç olgu kontrol ve prevelans çalışmasında beden gücü ile çalışanlarda demans sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (158). Gerçek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kognitif bozukluğu olanların meslek gruplarına göre dağılımında; en yüksek oranda ev hanımlarında, sonra çiftçiler ve serbest meslek sahiplerinde, emeklilerde ise en az olduğu tespit edilmiştir (159). Bizim çalışmamızda meslekler ile demans arası ilişki anlamlı olarak saptanarak benzer sonuçlar elde edilmiş olup ciddi demans en sık % 46,1'lik oranla ev hanımlarında izlenmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen grup ikinci sırada yer almakta ve muhtemelen bu grubun büyük oranda çiftçilerden oluştuğu düşünülmektedir. Serbest meslek ve emekliler ise ciddi demans açısından oldukça yakın sıklık oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Halen memur olarak çalışmakta olan bir kişide ise hafif demans tespit edilmiştir. Normal bilişsel fonksiyonlar en çok emekli grubunda saptanmış olup bunu sırasıyla serbest meslek, ev hanımları ve diğer grubu izlemiştir.

Meslekler ile demans arasındaki ilişkinin de önemli sebebi olarak görülen eğitim durumu, demansın olası risk faktörleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Eğitim durumunun doğrudan bilişsel rezervi ve sinaptik yoğunluğu artırıcı etkisi ile demanstan koruduğu düşünülmektedir (160-161). Ayrıca yüksek eğitim düzeyi demansın diğer risk faktörlerine de etki ederek daha iyi ekonomik durum, daha sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı, daha iyi bir psikososyokültürel hayat, çevresel toksinlere potansiyel olarak daha az maruziyet gibi koruyucu faktörleri de beraberinde getirmektedir (161). İtalya ve İspanya'da yapılan çalışmalarda bilişsel bozulma ile eğitim düzeyi arasındaki ters

ilişkiye dikkat çekilerek eğitim düzeyleri azaldıkça bilişsel bozulmanın arttığı bildirilmiştir (162-163). Ashkelon'un yaptığı bir epidemiyoloji çalışmasına göre demans prevelansı eğitimsizlerde % 17,1 iken, 1-7 yıl arası eğitim görenlerde % 9,1, 8 yıl ve üzeri eğitim görenlerde ise % 4,2 olarak saptanmıştır (162). Çoğunluk görüşler bu yönde olsa da eğitim düzeyinin demans prevelansına ve şiddetine etki etmediğini bildiren az sayıda çalışma da mevcuttur (164). Ülkemizde Şentürk ve arkadaşlarının Sivas'ta, Gerçek ve arkadaşlarının Küçükumla'da ve Ekici ve arkadaşlarının Elazığ'da yaptığı çalışmalarda çoğunluğun görüşünü destekler nitelikte olduğu bildirilmiştir (159-171). Nitekim bizim çalışmamızda da okuma yazma bilmeyenlerin % 53,6'sı ciddi demansla uyumlu puanlar alırken eğitim seviyesi arttıkça bu oran azalmış ve lise düzeyindekilerde % 8,8 olarak tespit edilmiştir. Fakat üniversite düzeyinde eğitime sahip 23 kişiden 5'inde ciddi demans saptanarak bu oranın tekrar arttığı ve % 21,7 olduğu görülmüştür. Üstelik üniversite düzeyinde eğitimi olanların büyük çoğunluğunun erkek olması ve 75 yaş altı grupta yer alması demans gelişimine etki edebilecek diğer risk faktörlerinin varlığını akla getirmektedir. Bu nedenle en az yaş ve eğitim seviyesi kadar hatta daha fazla etkili olan diğer risk faktörlerini saptamaya yönelik daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın kısıtlılıklarından olan ailede demans öyküsü sorgulanarak, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi benzer olan topluluklarda çalışma yapılarak bu faktörlerin ortaya konmasının mümkün olabileceğini düşünmekteyiz.

Birçok çalışmada incelenmiş ve olası demans nedenleri arasında sayılan gelir düzeyi, bizim çalışmamızda da SMMT skorları ile anlamlı ilişkiye sahip olarak görülmüştür. Ciddi demans en fazla % 47,0'lık oranla 1000 lira ve altı gelir düzeyine sahip kişilerde saptanmış, en az ise %10,0 oranıyla 3001 lira ve üzeri gelir düzeyi olan grupta tespit edilmiştir. Sosyoekonomik düzey ve eğitim durumu faktörleri birbirlerini etkilemekte ve her ikisi birlikte demans gelişiminde etkili olmaktadır. Gelir düzeyindeki artış; sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanma ve sağlık farkındalığı, daha iyi eğitim seviyesi, soyokültürel aktivitelerde artış, daha iyi beslenme gibi koruyucu parametreleri de artırmaktadır (165). Turrell ve arkadaşlarının ileri yaş Fin'li erkeklerde yaptıkları çalışmada kognitif fonksiyonlar ile sosyoekonomik durumları arası ilişki incelenmiş ve anlamlı bulunmuştur (166). Ülkemizde Oruç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir düzeyi ile demans gelişimi arasında ilişki gösterilememiştir (167). Fakat

Kocaeli’nde iki sağlık ocağına b6lgesinde yapılan diğer bir çalışmada ekonomik d6zeyi iyi olanlarda bilişsel bozukluğun daha az g6r6ld6đ6 bildirilmiştir (168).

Demans risk fakt6rleri arasında sayılan diğer bir etken olarak kişilerin yaşam alanları, kimlerle birlikte yaşadıkları ve medeni durumları çeşitli başlıklar altında birçok çalışmada incelenmiş ve bilişsel fonksiyonlarla anlamlı ilişkileri olduğu saptanmıştır. Bu durum sosyal destek ağı varlığının kognitif duruma etkisini g6stermektedir. Hollanda’da bir huzurevinde yapılan çalışmada demans şiddetinin ve yaygınlığının huzurevinin psikogeriatri ve ev ortamından oluşan iki farklı b6l6m6nde anlamlı olarak farklı olduğu ve ev ortamlarının hastaların bilişsel durumuna olumlu etki ettiği bildirilmiştir (169). Aynı zamanda eşlerle birlikte yaşamanın ve evli olmanın da olumlu etkilerini g6steren çalışmalar mevcuttur (170). Ankara’da bir yaşlı hizmet merkezinde ve Sivas il merkezinde yapılan her iki çalışmada da evli olanlarda demans sıklığının daha az olduğu saptanmıştır (149-171). Buna rağmen d6nyada ve 6lkemizde yapılan çalışmalarda yaşlıların yalnız yaşamaları ile bilişsel bozukluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (168). Bizim alışmamızda ise birlikte yaşanılan kişiler ile demans varlığı arası ilişki anlamlı olarak saptanmış ve ciddi demansla uyumlu SMMT skorları alan bireyler sırası ile en çok çocuklarıyla yaşayanlar, yalnız yaşayanlar, bakıcı ile yaşayanlar, bakım evinde yaşayanlar ve en az eşiyle birlikte yaşayanlar grubunda yer almıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuçlar sosyal desteğin bilişsel durum 6zerine etkisinin sayısal olarak çokluğu ile değil niteliği ile ilgili olduğunu d6ř6nd6rmektedir. Nitekim çoğu toplumda yaşlıların çocuklarıyla veya bakıcıyla yaşaması, 6mr6n6 bitireceği g6ne kadar sadece yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamaya y6nelik gerekli bir zorunluluk olarak g6r6lmekte bireyler sosyal hayatın dışına itilmektedir. Bakım evleri, huzurevleri gibi ortamlar ve kişilerin eşleriyle birlikte yaşadıkları evlerinde ise hastalara tıbbi bakım dışında çeşitli sosyal aktiviteler ile destek olunması, sorumluluklarının devam etmesine imk6n verilmesi sayesinde sosyal desteğin daha nitelikli hale geldiğini d6ř6nmekteyiz.

Birçok çalışmada demans sıklığının; yaşlı n6fus dağılımı, sağlık hizmeti imk6nları, ekonomik ve sosyok6lt6rel farklılıklar gibi nedenlerle b6lgelere g6re farklılık g6sterdiği bildirilmiştir. Bizim alışmamızda ise katılımcıların yaşadıkları iller ile bilişsel fonksiyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Coğrafi yakınlık nedeni ile her iki il, etnik k6ken, ekonomik ve sosyok6lt6rel yapı, beslenme

alışkanlıkları gibi birçok benzerliğe sahiptir. Çalışmamızdaki katılımcı sayıları ulaşım imkânlarına göre iki il için rastgele belirlenmiştir. Buna göre Elazığ'daki katılımcıların % 35,12'si Malatya'daki katılımcıların % 41,5'i ciddi demansla uyumlu puanlar almışlardır. Hafif bilişsel bozukluk tespit edilme oranı Elazığ'da % 27,24 ve Malatya'da % 25,47 iken normal kognitif fonksiyon görülme oranı Elazığ'da % 37,63, Malatya'da % 33,01 olarak bulunmuştur. Her iki ilde katılımcıların yaşadıkları iller ile bilişsel fonksiyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasının bu iki ilin yakın benzerliğinden kaynaklandığını ve aslında yaşanan bölge koşullarının demans gelişiminde oldukça etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Demans gelişimi için tanımlanan hipotezlerde birçok kronik hastalığın etkileri araştırılmış ve anlamlı bulunmuştur. Özellikle beyni etkileyen vasküler hastalıkların demans gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (172-173). Kronik hipertansiyon, hiperlipidemi ve mikrovasküler hastalıkların beyaz cevher lezyonlarında artışa, gri maddede nöron kaybına, beta amiloid protein birikimine yol açtığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Beri ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada makrovasküler ve mikrovasküler hastalıklara yol açan diyabetin uzun dönem etkisi olarak demans gelişimini 3 kat artırdığını bildirilmiştir (172-173). Kronik hiperglisemi ve serbest radikallerin artışı ile endotelial fonksiyonların bozulduğu, bu inflamatuvar sürecin amiloid birikimine yol açtığı, serebral kan akımının ve nörotransmitter fonksiyonlarının bozulduğu düşünülmektedir. Ayrıca insülin direncinin başlı başına nöronal fonksiyonları etkilediği ve ikincil amiloidoza neden olduğu bildirilmiştir. Tromboz, hemoraji gibi nedenlere bağlı gelişen inme parsiyel ya da total atrofilere neden olarak özellikle vasküler demanslar olmak üzere Alzheimer hastalığı için de riski artırmaktadır. Hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı ile birlikteliğinde ise risk daha da fazla artmaktadır (172-173). KOAH ve astım gibi hipoksemi ile giden ve beyin perfüzyonunda bozulmaya yol açan kronik akciğer hastalıkları, demans gelişimi için risk faktörü olarak gösterilen bir diğer hastalık grubudur. Şentürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KOAH için bunu destekler nitelikte sonuçlar alındığı bildirilmiştir (171). Sigara ve alkol kullanımı oksidatif hasara ve kognitif fonksiyonlarda yıkıma neden olan iki önemli etken olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte az miktarda olan alkol kullanımının, HDL kolesterol ve trombosit agregasyonunu engelleyen fibrinolitik faktör seviyelerini artırarak inme ve iskekiye karşı koruyucu olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (160). Dokuzcan ve

Şentürk'ün yaptıkları çalışmalarda kronik hastalık varlığıyla bilişsel bozukluk arasında istatistiksel bir anlamlılık gözlemlenmediği bildirilmiştir (149). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup kronik hastalıklar ile bilişsel fonksiyonlar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların % 94,3 gibi büyük bir oranla kronik hastalığa sahip kişilerden oluşmasının bu sonuçlarda etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda katılımcıların 182'sinde tek bir kronik hastalık varken 181'inde birden fazla kronik hastalık olduğu görülmüş ve hangi hastalığın demans gelişiminde daha etkili olduğunu saptamamız mümkün olmamıştır. İleri yaş hastalarda sıkça gördüğümüz multimorbidite bu konudaki çalışmaların etkinliğini azaltan nedenler arasında sayılabilir. Sadece bir kronik hastalığı olan katılımcılarla yapılan çalışmalar bu konuda daha iyi sonuçlar elde etmemizi sağlayabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı olmakla beraber kronik hastalığı olanların % 51,5'i, olmayanların % 13,6'sı geriatrik depresyon ölçeğinden depresyonla uyumlu puanlar almışlardır. Yaşlılık döneminde depresyonun en sık görülen psikiyatrik rahatsızlık olduğu ve kronik hastalıkların depresyona yatkınlığı artırdığı çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (125-174-175).

Uzun süreli ilaç kullanımı olan yaşlı, multimorbid hastalarda ilaç kullanımının bilişsel fonksiyonlar üzerine etkisi çeşitli çalışmalarda incelenmiş olup antiagregan ve antikoagülan kullananlarda bozulmanın daha az olduğu bildirilmiştir (176). 2006 yılında Denizli'de bir huzurevinde yapılan çalışmaya göre çoklu ilaç kullananlarda bilişsel bozukluk sıklığı daha fazla olarak saptanmıştır (177). Bizim çalışmamızda kronik ilaç kullanımı ile bilişsel durum arasında anlamlı ilişki saptanmış fakat çoklu ilaç kullanımı nedeni ile hangi ilaçların bu durumda etkili olabileceği belirlenememiştir.

DSM-V'e göre uzak ve yakın bellek bozukluğu, yeni bilgileri öğrenmede güçlük ve önceden öğrenilenleri hatırlayamama ile birlikte afazi (konuşma bozukluğu), agnozi (algısal bozukluk), apraksi (motor becerilerde bozukluk) ve planlama bozukluğu gibi yürütücü işlev bozukluklarından bir ya da daha fazlasının bulunması Alzheimer hastalığı tanısı koydurmaktadır. Demanslı kişilerde unutkanlık ve hayal görme önemli hastalık bileşenlerindendir(178-179-180-181). Demans sürecinde görülebilen ancak nonspesifik olan bu semptom ve şikâyetlerin demanslı hastalarda görülme sıklığı çeşitli çalışmalarda incelenmiş olup bilişsel bozukluk düzeyi ile eş zamanlı artmakta olduğu

bildirilmiştir. Gönen ve arkadaşlarının hastanede yatan 65 yaş üstü hastalarda yaptıkları bir çalışmada unutkanlık şikâyetleri olan hastalarda bilişsel bozukluk saptanma oranları daha yüksek olarak bulunmuştur (139). Şahin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise unutkanlık şikâyeti görülme sıklığı % 78,3, afazi % 15,3, apraksi % 5,7 ve agnozi görülme sıklığı % 4 olarak tespit edilmiştir(150). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar alınmış, bu semptom ve şikâyetlerin varlığı ile demans arasındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur. Buna göre afazisi olan hastaların % 61,2'si, agnozisi olanların % 68,7'si, planlama bozukluğu olanların % 59,4'ü ciddi demansla uyumlu puanlar almışlardır. Dört semptomun birlikte bulunduğu 39 kişinin tamamında ise ciddi demans tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre semptomların görülme düzeyinin aynı zamanda kognitif yıkım derecesini ve hastalığın evresini de yansıttığını düşündürmektedir. Unutkanlık ise bu semptomlara göre daha yaygın ve demans dışı birçok hastalıkla ilişkili nonspesifik bir yakınmadır. Bizim çalışmamızda demans ve unutkanlık ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu elde edilmiş ve unutkanlık şikâyeti olanların % 48,1'i ciddi demansla uyumlu puanlar almışlardır. Çalışmamızda hayal görme şikâyeti olan hastaların sayısı oldukça az olmakla beraber % 91,7'sinde ciddi demans tespit edilmiştir. Birçok akut ve kronik hastalığın seyrinde, çeşitli psikiyatrik hastalıkların kliniğinde ve deliryum, toksikoz, travmalar gibi acillerde karşılaştığımız hayal görme yakınması demansta daha yavaş seyirli ve sinsi olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bir diğer önemli sonuç ise tüm bu semptom ve şikâyetlerin azımsanmayacak kadar önemli bir kısmının hasta ve yakınları tarafından fark edilmemiş olmasıdır. Bu yakınmaları olan kişilerin % 34,1'i genel yaşamını etkilemediğini, % 19,3'ü yakınları tarafından fark edilmediğini belirtmiştir. Gönen ve arkadaşlarının çalışmasında da % 27,7 oranında yakınları tarafından fark edilmeyen fakat muayene ve testlerle saptanan demansiyel semptom ve şikâyetler olduğu bildirilmiştir (139). Demans kliniğinin yavaş ve sinsi seyirli olması ve yaşlılığın doğal seyri olarak görülmesi, zaman içinde kişinin karakteri ile özdeşleştirilmesine ve sorunların göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Aslında bu durum tanının gecikmesindeki öncelikli nedenler arasında sayılabilir.

Demans ve depresyon ileri yaş ve kronik hastalıklarla yakın ilişkili, birlikte görülme eğilimine sahip iki önemli komorbiditedir (182). Depresyonun kendi başına amiloid seviyelerini artırarak demansa neden olduğu, içe kapanma, sosyal izolasyon, beslenme bozuklukları gibi etkenlere zemin hazırlayarak mental aktivitelerde

gerilemeye neden olduğu ve demans hastalarının yaşam kalitesinde bozulmaya yol açtığı çeşitli yayınlarda bildirilmiştir (183). Bununla birlikte depresif hastalarda ilgi ve öz bakım kaybına bağılı gelişen bazı demans benzeri belirtiler psödodemans olarak tanımlanmakta ve gerçek demansla ayrımının yapılması gerekmektedir (14-57). Trabzon’da 2011 yılında yapılan bir çalışmada kognitif fonksiyon bozukluğu olanların % 26,1’inde olmayanların % 11,1’inde depresyon olduğu görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (151). Bizim çalışmamızda da birçok ortak risk faktörleri olan demans ve depresyon arası ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ciddi demansla uyumlu puan alanların % 71,12’sine depresyonun eşlik ettiğı saptanmıştır. Depresyonu olmayanlarda ise bu oran % 28,8 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar birbirlerini tetikleyen bu iki hastalığın, evde bakım hastalarında da oldukça sık görüldüğünü alınacak koruyucu önlemlerle demans gelişiminin yavaşlatılabileceğini göstermektedir.

6.SONUÇ

Evde bakım birimlerinden hizmet alan yaşlı hastalar, kognitif fonksiyonların bozulmasına neden olabilecek birçok etkilenimleri olan önemli bir popülasyondur. Bunların başında ileri yaşta olmaları, kronik hastalıklarının ve kronik ilaç kullanımlarının olması, beslenme yetersizlikleri, diğer tüm sağlık sorunlarına bağlı fonksiyonel bağımsızlıklarını ve topluma uyum yeteneklerini kaybetmeleri, sosyal bilişsel, kültürel ve birçok alanda izole bir yaşam sürmeleri yer almaktadır. Dünyada ve ülkemizde belli topluluklara yönelik kognitif fonksiyon bozukluğunu saptamak amaçlı çeşitli prevelans çalışmaları mevcuttur. Diğer araştırmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da asıl amaç; hastalığın yaygınlığını belirlemenin yanı sıra demans tespit edilen hastaların ileri tetkik ve tedaviler için yönlendirilmeleri, hafif kognitif bozukluğa sahip bireylerde koruyucu önlemlerin alınması ve toplumun sağlık ihtiyaçlarının belirlenerek bu alanda yeni çalışmaların yapılmasına zemin hazırlamaktır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tarama amaçlı kullanılan, kesin tanı koymayan ölçekler olması bu araştırmanın kısıtlılıkları olarak değerlendirilebilir. Ayrıca katılımcılarımızda sık olarak gördüğümüz multimorbidite ve polifarmasi nedeniyle kronik hastalıkların ve ilaçların demans üzerine etkisini tam olarak tespit etmek mümkün olmamıştır ve bu konuda daha kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kişilerin yaşam ortamları, meslek ve ekonomik düzeyleri, kronik ilaç kullanımları, demansiyel semptom ve yakınmalarının varlığı, depresyon varlığı demans ile ilişkili bulunmuştur. Araştırmamızda evde bakım birimlerine kayıtlı hastalarda demans risk faktörlerinin ve sıklığının normal topluma göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu nedenle çoğunluğunu yaşlı hastaların oluşturduğu evde bakım birimlerinde primer hastalıkların tedavisinin yanı sıra kapsamlı geriatrik değerlendirmeler yapılarak bireylerin sağlık durumlarını koruyucu önlemler alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı Yaşlı Sağlığı Modülü 5.1.Sağlıklı Yaşlanma, 2013.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2013.
3. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010; 49: 39-45.
4. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 49(3) Ek / Supplement: 19-30, 2010.
5. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics. 2002;5 (4): 155-159.
6. Erdogan S. "Evde Bakım Süreci" İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Evde Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Kitabı, İstanbul, 2001.
7. Danış MZ. “Toplum Temelli Bakım Anlayışı”, Özveri Dergisi, T.C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Yayını. <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/ozveridergisi/3sayi-2005-cilt-2sayi-1> (Erişim tarihi: 20.03.2016) 2005;2(1):445-459.
8. Wieland D, Hirth W. Comprehensive geriatric assessment. Cancer Control November/December 2003; 10: 454-62.
9. Wieland D. The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2003; 48: 227-37.
10. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics 2009;2(1):1-4 Hanağası HA, Emre M. Nöroloji AD, Davranış Nörolojisi ve Hareket Bozuklukları Birimi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.
11. Barnes DE, Yaffe K. Predicting dementia: role of dementia risk indices. Future Neurol., Sep 1;4(5):555-560, 2009.
12. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol 1999; 56(3): 303-8 9..Frank AR, Petersen RC. Mild cognitive impairment. In: Duyckaerts C, Litvan

- I, eds. Handbook of Clinical Neurology Dementia. Elsevier BV; 2009; 89: 21.
13. Keskinoglu P, Uçku R, Yener G. Yeniden düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test'in Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Uygulanan Ön Test Sonuçları. Journal of Neurological Sciences [Turkish], 25:(1) 14; 18-24, 2008.
14. Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı Yaşlı Sağlığı Modülü 5.3, Demans, 2013.
15. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu 12-13 Kasım 1998, İstanbul, s. 43-58.
16. Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisodia SS. Alzheimer hastalığı. Çeviri editörü Hakan Gürvit. Yelkovan yayıncılık, İstanbul, 2001. Karaman Y. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar. 1.baskı. Ankara, Lebib Yalkın Matbaası, 2002.. Souder E, Beck C. Overview of Alzheimer's disease. Nurs Clin North Am 2004; 39(3):545 . Cankurtaran M, Arıoğlu S. Alzheimer hastalığı ve vasküler demansta risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Ünitesi Yan dal uzmanlık tezi, 2004.
17. Konak, A., Çiğdem, Y. (2005). “Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi Örneği”, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 29(1): 23-63.
18. Öz, F. (1999). “Yaşlılıkta Psikososyal Özellikler”, Sosyal Hizmetler Dergisi, 1(9); 1927.
19. Onat, Ü. (2001). “Toplumsal gelişme ve Değişme Sürecinde Yaşlı Hizmetlerinin Düzenlenmesi”, Sosyal Hizmet Sempozyumu 16-18 Ekim 1996, Bildiriler, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, Ankara.
20. Bahar, A. (2005). “Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi”, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
21. Fadiloğlu, Ç. (2006). Yaşlılığın Toplumsal Boyutu, İleri Geriatri Hemşireliği (Ed. Fadiloğlu Ç.), Meta Basım, İzmir.
22. Karabulut, Ö.Ö. ve Başalan, İz F. (2002). “Yaşlılarda Yaşam Kalitesi”, Hemşirelik Forumu, 5(6): 51-53.
23. Ekici, B. ve Özdemir, S. (2003). “Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi”, Hemşirelik Forumu, 6(4): 27-36.

24. Önal AE. Gerontoloji demografik özellikler epidemiyolojik ölçütler, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2006, pp 4-6.
25. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı Ve Tedavi Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2010, pp 420-448.
26. Sağlık Bakanlığı, Evde bakım Hizmetleri sunumu Hakkında yönetmelik. 25751 sayılı resmi gazete, 10.03.2005.
27. Tanlı S, Utku T. Evde bakımda organizasyon ve etik sorunlar. <http://www.yogunbakimderg.com/sayilar/28/buyuk/58-63.pdf> (Erişim tarihi: 05.11.2011).
28. Bell I. Evde bakım sistemi ülke örnekleri (Home care country models, home care England). 2. ulusal Evde bakım kongresi kitabı. İstanbul: 2008.
29. Aydın D. Evde Bakım Hizmetleri. Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları, Ankara, 2006.
30. Döventaş A. Evde bakım: nasıl uygulayalım? 2006 (5. Ulusal Geriatri Kongresi Kongre Kitabı, Antalya:6-10 Eylül 2006; s.83-86).
31. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu T.C. Sağlık Bakanlığı. Dr. Kanuni Keklik. Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanı. Şubat 2016. Evde Sağlık Hizmetleri. www.tccd.org.tr/file/repository/14_Kanuni_Keklik_Evde_Saglik_Hizmetleri.pdf 20/07/2017.
32. Çobanoğlu AE, Çoban M. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-HukukuTarihi Dergisi 2004;12.
33. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, ve ark. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Derg 2010; 11(3): 12532.
34. Sarp N, Esatoğlu AE, Akbulut Y. Globalleşmenin Türk sağlık sektörüne etkileri. Yeni Türkiye (Sağlık Özel Sayısı) 2001; 40: 1116-23.
35. Kotler P, Jatusripitak S, Maesincee S. Ulusların Pazarlanması, Çev. Ahmet Buğdaycı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları; 2001, Genel Yayın No: 489.

36. Oral AI, ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. Anadolu Üniv.Sosyal Bil. Derg. 2002; 2(2): 61-77.
37. Umumi Hıfzısıhha Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.3.1593&MevzuatIliski=0&source=XmlSearch> Erişim tarihi: 12.01.2011.
38. Feldman FH, Waliser MN, Gould DA, Levine C. When the caregivers needs care: the plight of vulnerable caregivers. Am J Public Health. 2002; 92(3): 409.
39. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rgtarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> Erişim tarihi: 12.01.2011.
40. www.saglik.gov.tr/.../saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglikhizmetlerinin--.html Erişim tarihi: 12.01.2011.
41. Önal Dölek B. Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım, Klinik Gelişim, 2012; 25: 95-99.
42. Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
43. Karahan A. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5: 155-9.
44. Dönümcü Ş. Yaşlı ve Sosyal Hizmetler. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006; 52: 42-6.
45. Altunbaş A, Cankurtaran M. Yaşlıda Bakım. Arıoğlu S. (ed) Temel Geriatri'de . Ankara. MN Medikal&Nobel Kitapevi; 2006.
46. Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu. Evde Bakım Tanımı, Kapsamı, Temel Kavramlar ve Ülkemizde Mevcut Durum. İstanbul, 2010.
47. Mc Whinney Ian R., Freeman Thomas. Aile Hekimliği Güldal D (çeviri editörü). 3. Baskı. 2012: 363-374.
48. Aydın D. Evde Bakım Hizmetleri, Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları 1, Ankara, 2005; 88.
49. Eskişehir Sağlık Müdürlüğü. <http://www.saglikmudurlugu.com/> [10.03.2009].

50. Subaşı N., Öztekin Z. “Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti” Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Ankara TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5.
51. Başak O. Aile hekimliği / genel pratisyenlik Avrupa tanımı. Wonca Europe 2002. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları 3, 2003.
52. Taylor RB. Current issues and future practice. In: Taylor RB, David AK, Johnson TA, Phillips DM, Scherger JE, eds. Family Medicine. Principles and Practice. 5th ed. NewYork: Springer-Verlag Pres; 1998. p.1-6.
53. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 25.05.2010 RGS: 27591. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm> (erişim tarihi: 18.12.2012).
54. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013). www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011.01.20110119-6-1.doc (erişim tarihi: 12.06.2012).
55. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> (erişim tarihi: 20/07/17)
56. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji ABD Öğretim Üyeleri.(2004). Sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları: Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. Editör Öge AE, Zarko Bahar S, Bilgiç B. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri:443-512.
57. Özeren A. Demans. İçinde: Bozdemir N, Kara İH (editörler). *Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi*, 1. Baskı. Adana, Nobel Kitapevi, 2010: 644-49
58. Bendlin BB, Carlsson CM, Gleason CE, Johnson SC, Sodhi A, Gallagher CL, et al. Midlife predictors of alzheimer’s disease. *Maturitas*. 2010; 65(2): 131-7.
59. Yavuz BB, Arıoğlu S. Yaşlıda demans risk faktörleri ve tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi* 2007,14:27-32.
60. Halil MG. Geriatrik medikal değerlendirme. Ed: Arıoğlu S.Geriatri ve Gerontoloji 1. Baskı, 2006, MN Medikal, Ankara:137-148.

61. Yavuz BB, Cankurtaran M, Arıoğlu S. Alzheimer'lı hastaya geriatrik yaklaşım. Türkiye Klinikleri Nöroloji-Özel Dergisi 2009; 2(1): 81-87.
62. Yavuz BB. 65 yaş ve üzeri hastalarda Alzheimer hastalığı, vasküler demans, hafif kognitif bozukluk ve normal kognitif fonksiyonlu gruplarda hippocampus volümünün hesaplanması" Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, 2004.
63. Kawas CH. Early Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003;349:1056-1063.
64. Akyar, İ., Akdemir,N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi: 32-49.
65. Eroğlu E.Bellek Bozuklukları. İçinde: Aydoğan Ü, Koç B (editörler). *Temel Aile Hekimliği*, 1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2016:627-28.
66. Jeffrey L Cummings. Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Demansların Nöropsikiyatrik Özellikleri. Çeviri Editörü Gökhan Erkol, Sigma Publishing, 312 s., 2007.
67. Brown K, Mastrianni JA. The prion diseases.J Geriatr Psychiatry Neurol., Dec; 23(4):277-98, 2010.
68. Farlow MR, Cummings. Modern hypothesis: The distinct pathologies of dementia associated with Parkinson's disease versus Alzheimer's disease.J.Dement Geriatr Cogn Disord,;25(4):301-8, 2008.
69. Schmitt FA, Farlow MR, Meng X, et al. Efficacy of rivastigmine on executive function in patients with Parkinson's disease dementia. CNS Neurosci Ther., Dec;16(6):330-6, 2010.
70. CP Ferri. M Prince. C Brayne et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study Lancet. 366 (2005). pp. 2112–2117.
71. World Health Organization (WHO). (homepage on the internet) Dementia:a public health priority. Geneva:World Health Organization- Alzheimer's Disease International 2012 (updated 2015; cited May 2015). Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.
72. Slioter AJ, Cruts M, Kalmijn S, et al. Risk estimates of dementia by apolipoprotein E genotypes from a population-based incidence study: the Rotterdam Study. Arch Neurol 1998;55(7):964-8.

73. RJ Harvey. M Skelton-Robinson. MN Rossor the prevalence and causes of dementia in people under.
74. A Goate. MC Chartier-Harlin. M Mullan et al. Segregation of a missense mutation in the amyloid precursor protein gene with familial Alzheimer's disease *Nature*. 349 1991. pp. 704–706.
75. R Sherrington. EI Rogaev. Y Liang et al. Cloning of a gene bearing missense mutations in early-onset familial Alzheimer's disease *Nature*. 375 (1995). pp. 754-760.
76. E Levy-Lahad. W Wasco. P Poorkaj et al. Candidate gene for the chromosome 1 familial Alzheimer's disease locus *Science*. 269 (1995). pp. 973–977.
77. EH Corder. AM Saunders. WJ Strittmatter et al. Gene dose of apolipoprotein E type 4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late onset families *Meta-analizler*.
78. Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A, Fratiglioni L. Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimers Res Ther* 2012;4(1):6.
79. Karşıdağ, S. (2012). Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Neurol –Special Topics*. 5(3):18-23.
80. Öztürk GB, Karan MA, Alzheimer hastalığının fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim*, 22(3), 36-45, 2009.
81. Braak H. Braak E: Pathology of Alzheimer's disease. Calne DB (Ed): *Neurodegenerative Diseases*. Saunders. Philadelphia. 1994: 585-613.
82. National Institute on Aging. Reagan Institute Working Group on Diagnostic Criteria for the Neuropathological Assessment of Alzheimer's Disease. Consensus recommendations for the postmortem diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 1997;18 (4 suppl): S1–2.
83. Markesbery WR. Oxidative stress hypothesis in AD. *Free Radic Biol Med*. 23:134147. 1997.
84. Markesbery WR. Oxidative stress hypothesis in AD. *Free Radic Biol Med*. 23:134147. 1997.

85. Coleman P. Federoff H. Kurlan R. A focus on the synapse for neuroprotection in Alzheimer disease and other dementias. *Neurology*. 63: 1155-1162.2004.
86. Mecocci P. Oxidative stres in mild cognitive impairment and Alzheimer disease: A continuum. *Journal of Alzheimer's Disease*. 6:159-163.2004.
87. Salmon, D. P. ve Bondi, M. W.: “Alzheimer Hastalığının Nöropsikolojisi”, Alzheimer Hastalığı, Ed. by., R. D. Terry, R. Katzman, K. L. Bick ve S. S. Sisodia, Çev. Ed., İ. Hakan Gürvit, İstanbul, Yelkovan yayıncılık, 2001, pp. 39-56.
88. Mesulam, M.: “Yaşlanma, Alzheimer Hastalığı ve Demans. Klinik ve Nöropatolojik Bakış Açıları”, Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri, İkinci Baskı, Ed. by., M.-M. Mesulam, Cev. Ed., İ Hakan Gürvit, İstanbul, Yelkovan yayıncılık, 2004, pp.439-522.
89. Gürvit, İ. H.: “Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar”, Nöroloji, Ed. by., A. E. Öge, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.,2004, pp. 367-415.
90. Bingöl, A.: “Normal Yaşlanmada Nörokognisyon”, II. Ulusal Kognitif Nöroloji Sempozyumu Kurs ve Özet Kitabı, Marmaris, 25-29 Mart 2005, pp. 106-107.
91. Yener, G. G.: “Alzheimer Hastalığının Tarihçesi ve Klinik Özellikleri”, Beyin ve Nöropsikoloji, Ed. by., S. Karakaş, C. İrkeç ve N. Yüksel, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003, pp. 93-100.
92. Fuster, J.: The Prefrontal Cortex. 2nd Ed., New York, Raven Press, 1989.
93. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2009; 234-270.
94. Kochan NA, Slavin MJ, Crawford JD ve ark. (2010) Effect of Different Impairment Criteria on Prevalence of ‘Objective’ Mild Cognitive Impairment in a Community Sample. *Am J Geriatr Psychiatry* 18:711-722.
95. Mitchell AJ ve Shiri-Feshki M (2009) Rate of Progression of Mild Cognitive Impairment to Dementia- Metanalysis of 41 Robust Inception Cohort Studies. *Acta Psychiatr Scand* 119:252-265.
96. Bailey P. Biological markers in Alzheimer's disease. *Can J Neurol Sci*. 2007; 34 (Suppl 1): S72-76.

97. Morris, J. C.: “Alzheimer Hastalığının Klinik Sunum ve Seyri”, Alzheimer Hastalığı, Ed. by., R. D. Terry, R. Katzman, K. L. Bick ve S. S. Sisodia, Çev. Ed., İ. Hakan Gürvit, İstanbul, Yelkovan yayıncılık, 2001, pp.12-24.
98. Selekler K. Alzheimer Hastalığı: Patoloji, klinik, tanı ve ayırıcı tanı. Selekler K. (ed.) Modern Tıp Seminerleri:26 Alzheimer ve Diğer Demanslar. Ankara, Güneş Kitapevi 2003.
99. Topçuoğlu E.S, Selekler K. Alzheimer Hastalığı. Turkish Journal of Geriatrics 1998; 1:63-67.
100. Cardoso B, Cominetti C, Cozzolino S. Importance and management of micronutrient deficiencies in patients with alzheimer’s disease. Clin Interv Aging. 2013; 8: 531-542. doi: 10.2147/CIA.S27983.
101. Poroy C. Alzheimer tipi senil demans hastalarında retina sinir lifi katmanındaki dejenerasyonun saptanmasında optik koherens tomografisinin kullanımı [Uzmanlık Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; 2015.
102. American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ed 3). Revised Washington, DC, American Psychiatric Association; 1983.
103. Cankurtaran M, Arıoğlu S. Demans ve alzheimer hastalığı. Misem. 2005; 11(12): 22-57.
104. McKhann G. Drachman D. Folstein M. Katzman R. Price D. Stadlan EM (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA WorkGroup under the auspices of Department of Health and Human Services TaskForce on Alzheimer's Disease. Neurology.; 34(7): 939–44.
105. Öztürk GB, Karan MA. Alzheimer hastalığı’nın patofizyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi. 2010; 3(2): 3645.
106. Gurvit DH: Demans sendromu. Alzheimer Hastalığı ve Alzheimerdışı demanslar. Nöroloji Ders Kitabı. Güneş Kitabevi. 2002: 367-415.
107. Doody RS, Stevens JC, Beck C, et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001;56: 1143-1153

108. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Hux M, et al. Economic evaluation of donepezil in moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology* 2004; 63:644-650.
109. Current Population Reports and Special Studies (1996) Sixty-five and over in the United States (P23–190) U.S. Government Printing Office. Washington. DC.
110. Farlow MR, Miller ML, Pejovic V. Treatment options in Alzheimer's disease: maximizing benefit, managing expectations. *Dement Geriatr Cogn Disord.*, 25(5):408-22, 2008.
111. Scheltens, P.(2009). Moving forward with nutrition in Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 16 (Suppl.1):19-22.
112. Pasinetti, G., Wang, J., Porter, S., Ho, L. (2011). Caloric intake, dietary lifestyles, macronutrient composition, and alzheimer' disease dementia.SAGE-Hindawi Acces to Research International Journal of Alzheimer's disease, Article ID 806293:1-12.
113. Greco, SJ., Ashford, JW., Hamzelou, A., Johnston, JM., Tezapsidis, N.(2013). Leptin rescues neurons from Alzheimer's disease-related pathways triggered by lipid burden. *Advances in Alzheimer's Disease*. 2: 31-39.
114. Hu, N.,Yu, J., Tan,L., Wang, Y., Sun, L.(2013). Nutrition and the risk of Alzheimer's disease. Hindawi Publishing Corporation, Biomed Research International, Article ID 524820, 112.
115. Bell, I. (2005). Diet and nutrition in Alzheimer's disease and other dementias of late life. *Explore*, Vol.1, No. 4: 299-301.
116. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, et al. Mediterranean diet and mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2009;66(2):216-25.
117. Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, et al. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Ann Neurol* 2013;74(4):580-91.
118. Prastivi, D.,Djunaidi,A.,Partadiredja A. (2015). High dosage of monosodium glutamate causes deficits of the motor coordination and the number of cerebellar Purkinje cells. *Hum Exp Toxicol*. doi: 10.1177/0960327115572706.

119. Şimşir İY, Akçiçek F. Geriatrik hastalarda fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmesi. Kutsal YG, ed. Temel Geriatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2007:121-123.
120. Folstein MF, Folstein JE, McHugh PR. "Mini Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
121. Molloy DW, Standish TIM (1997) A guide to the standardized mini mental state examination. Int Psychogeriatr, 9 (Suppl.1): 8794.
122. Stahelin HB, Monsch AU, Spiegel R. Early diagnosis of dementia via a two-step screening and diagnostic procedure. Int Psychogeriatry 1997; 9: 123-30.
123. Crom RM, Anthony JC, Bassett SS. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JAMA 1993; 269: 2386-2391.
124. Koenig HG, Blazer DG (1992) Epidemiology geriatric affective disorders. Clin Geriatr Med, 8:235-251.
125. Bekaroglu M (1996) Yaşlılıkta depresyon. Depresyon, M Bekaroğlu (Ed), Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği, s:343-346.
126. Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N ve ark. (2004) Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Türk Geriatri Dergisi, 7(3):148-151.
127. Dişçigil G, Gemalmaz A, Baþak O ve ark. (2005) Birinci basamakta Geriatrik yaş grubunda depresyon. Türk Geriatri Dergisi, 8(3):129-133.
128. Altıntaş H, Attila S, Sevençan F ve ark. (2006) Ankara’da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(5):332-342.
129. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington, D.C.
130. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures? Int Psychogeriatr 2000; 12: 163-72.

131. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-7.
132. Cristina S, Nicolosi A, Hauser WA, Leite MLC, Gerosa E, Nappi G. The prevalence of dementia and cognitive deficit in a rural population of 2442 residents in northern Italy. A door-to-door survey. *EFNS Eur J of Neurol*, 2001;8:595-600.
133. Woo JI, Lee JH, Yoo KY, Kim YI, Shin YS. Prevalence estimation of dementia in a rural area of Korea. *J Am Geriatric Soc*, 1998; 46:983-987.
134. Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a Community Population of older persons. Higher than previously reported. *J Amer Med Assoc*, 1997;13:201-204.
135. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9(1):63-75.
136. Douzenis A, Michopoulos I, Gournellis R, Christodoulou C, Kalkavura C, Michopoulos I, Fineti K, Patapis P, Protopapas K, Lykouras L. Cognitive decline and dementia in elderly medical inpatients remain underestimated and underdiagnosed in a recently established university general hospital in Greece. *Arch Gerontol Geriatr*, 2010; 50: 147- 150.
137. Hickey A, Clinch D, Groarke P. Prevalence of cognitive impairment in the hospitalized elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997; 12: 27–33.21. Hitchcock EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, Nast PA, Costantinou E, Fraser VJ. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med*, 2004; 19(7): 732–9.
138. Naylor MD, Stephens C, Bowles, Kathryn H, Bixby M, Brian MSN. Cognitively impaired older adults: from hospital to home. *Am J Nurs*, 2005; 105(2): 52–61.
139. Gönen S, Küçükgülü Ö, Yener G. Hastanede yatan yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek işlevsel -bilişsel bozukluk sıklığının incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences* [Turkish] 27:(4)# 25; 446-456, 2010.
140. Erel C, Ütekin E. Edirne huzurevi popülasyonunda demans sıklığı araştırma çalışması. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(9,10): 373-375, 1991.

141. Larson EB. Bellek kaybı olan 80 yaşında hasta. JAMA Türkiye, 7(10)468-476, 2000.
142. National Enstitute of Aging. Progress Report on Alzheimer's Disease, page 2-5, 2000.
143. Kuller LH. Dementia epidemiology research: it is time to modify the focus of research. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, Dec;61(12):1314-8, 2006.
144. Aslan S, Bumin MA, Çakır N, İlhan MN, Kitapçı M, Maral I, (2006). Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Bilişsel Bozukluğu Etkileyebilecek Etkenler. Klinik Psikiyatri. 9:177-184.
145. Fratiglioni L, Deronchi D, Aguero-Torres H, Worldwide prevalence and incidence of dementia. Drugs and Aging, 15(5):365-375,1999.
146. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, CoreyBloom J, Relkin N, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001;56(9):1143-53.
147. Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, Crepaldi AL, PastorValero M, Coutinho LM, et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in Sao Paulo, Brazil. Int Psychogeriatr. 2008;20(2):394-405.
148. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. (2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev ve Günlük Yaşam Etkinliği Düzeyleri Arasındaki İlişki. Anatolian Journal of Psychiatry. 7:232-239.
149. Dokuzcan DA. Bir Yaşlı Hizmet Merkezine Kayıtlı Yaşlılarda Depresyon Demans ve Hafif Kognitif Bozukluk Durumları ve Etkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2014.
150. Şahin A. Erzurum İl Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Populasyonda Bilişsel Bozukluklar ve Demansın Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler. Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2004.
151. Bilici M, Çam G, Kavakçı Ö, Ülgen M. (2011). Trabzon İlinde Elli Beş Yaşından Büyüklerde Depresyon ve Bilişsel Bozulma Yaygınlığı. Anatolian Journal of Psychiatry. 12:258-265.

152. Hamid TA, Krishnaswamy S, Abdullah SS, et al. Sociodemographic risk factors and correlates of dementia in older Malaysians. *Dement Geriatr Cogn Disord.*, 30(6):533-9, 2010.
153. Lin RT, Lai CL, Tai CT, Liu CK, Yen YY, Howng SL. Prevalence and subtypes of dementia in southern Taiwan: impact of age, sex, education, and urbanization. *J Neurol sci.*1998 sep. 18;160(1).67-75. (PMID:9804120).
154. Chen R, Hu Z, Wei L, Ma Y, Liu Z, Copeland JR. Incident dementia in a defined older Chinese population. *PLoS One.* 2011;6(9):e24817. Epub 2011 Sep 23 (PMID: 21966372) 58. Breitner JC. Alzheimer disease in Turkey too. *Alzheimer Dis. Assoc Disord* 2003 JulSep;17(3):137-8. (PMID:14512825).
155. Bickel H. Dementia syndrome and Alzheimer disease: an assesment of morbidity and annual incidence in Germany. *Gesundheitswesen*, 62(4):211-218, 2000.
156. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Dı Carlo A, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues JF, Jagger C, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A colloaborative study of population based on cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly research Group. Neurology*, 54(11):4-9, 2000.
157. Folstein MF, Basset SS, Anthony JC, Romanosky AJ, Nestadt GR. Dementia: case ascertainment in a community survey. *Journal of Gerontology*, 46(4): 132-138,1991.
158. Terry RD, Katzman R, Bick K, Sisoda S. *Alzheimer Disease*, 2nd Edition. Çev: Gürvit IH (ed), *Alzheimer Hastalığı*, yelkovan yayıncılık, 2001:95-117.
159. Gerçek H. Küçükkumla Bölgesinde 55 Yaş Üstü Nüfusta Demans Prevelansı Ve Demans Oluşumunu Etkileyen Etmenlerin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2003.
160. Peters R, Beckett N, Geneva M, et al. Sociodemographic andlifestyle risk factors for incident dementia and cognitive decline in the HYVET. *Age Ageing.*, Sep;38(5):521-7, 2009.
161. EClipSE Collaborative Members, Brayne C, Ince PG, Keage HA, et al. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? *Brain*, Aug;133(Pt 8):2210-6, 2010.

162. Kahana E, Galper Y, Zilber N, Korczyn AD. Epidemiology of dementia in Ashkelon. *J Neurol*, 2003;250:424-428.
163. Launer LJ, Dinkgreve MA, Jomker C, Hoojer C, Lindeboom J. Are age and education independent correlates of the Mini Mental State Exam performance of community-dwelling elderly? *J Gerontol Soc Work*, 1993;39: 876-880.
164. Farrag A, Farwiz HM, Khedr EH, Mahfouz RM, Omran SM. Prevalence of Alzheimer's disease and other demnting disorders: Assiut-Upper Egypt study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9(6): 323-328, 1998.
165. Breitner JC. Alzheimer disease in Turkey too. *Alzheimer Dis. Assoc Disord* 2003 JulSep;17(3):137-8. (PMID:14512825).
166. Karp A, K  reholt I, Qiu C, et al. Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer'sdisease. *Am J Epidemiol*, Jan 15;159(2):175-83, 2004.
167. Oruç S, Coşkun K  , Koyuncu G,   zt  rk   , Yaman M.   limiz Dinar ilçesinde demans görülme sıklığı. *Kocatepe Tıp Dergisi*, Temmuz 2016, 17:94-98.
168. Diker J, Etiler N,   ref B, Yıldız M. (2001). Altmış Beş Yaş   zerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle   li  kisi: Bir Alan   alı  ması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2(2): 79-86.
169. Boersma F, Eefsting JA, Van Den Brink W, Van Tilburg W. Prevalence and severity of the dementia syndrome in homesfor the aged and nursing homes. A study in elderly from a rural area near Zwolle. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*, 26(2):57-64, 1995.
170. Llibre JJ, Guerra MA, Perez-Cruz H, Bayerre H, Fernandez-Ramirez S,Gonzales-Rodriguez M, Samper JA. Dementia syndrome and risk factors in adults older than 60years old residing in Habana. *Revista de Neurologia* 29(10): 908-911, 1999
171.   ent  rk   A. Sivas   l Merkezinde Demans Prevalansı. Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı. Uzmanlık tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2012.
172. Kuller LH. Dementia epidemiology research: it is time to modify the focus of research. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Dec;61(12):1314-8, 2006.

173. Kaynak Selekler. Alzheimer tip demans önlenebilirimi? Bölüm 1 vasküler risk faktörleri. Türk nöroloji dergisi 11(4); 333-350, 2005.
174. Müller-Spahn F, Hock C (1994) Clinical presentation of depression in the elderly. Gerontology, 40(suppl.1):10-14.
175. Jarvik LF, Small GW, Henderson AS ve ark. (2000) Geriatric Psychiatry: Overview, Assessment, Psychiatric Disorders of Late Life. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume 2, 7th ed, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, USA, s.2980-3081.
176. Karakuş F. Altmışbeş Yaş Ve Üstü Bireylerin Fiziksel, Sosyal, Mental Aktiviteleri İle Kognitif Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.
177. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu A, Oğuzhanoğlu NK, Varma GS.(2009). Huzurevindeki Yaşlılarda Demans Yaygınlığı, İlişkili Risk Etkenleri ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 10:301-309.
178. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2003;138:927-37.
179. Royal Australian College of General Practitioners. Care of Patients with Dementia in General Practice – Guidelines. Erişim: www.health.nsw.gov.au. Erişim tarihi: Erişim tarihi: 20.07.2010.
180. Dementia, A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care erişim: nice.org.uk. erişim tarihi 26.11.09.
181. Qaseem A et al. The Joint American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia, Current Pharmacologic Treatment of Dementia: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians.
182. Ölüç F, Özer C, Tunç Z, Şahin E.M. (2005). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Demans ve Depresyon. Türk Geriatri Dergisi. 8(1): 22-24.

183. Rapp MA, Schnaider- Berri M, Wysocki M, et al. Cognitive decline in patients with demantia as s function of depression. Am J Geriatr psychiatry. April; 19(4): 357-363, 2011-07-2011.



EK.1.ETİK KURUL KARAR FORMU**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Malatya ve Elazığ İllerinde Evde Bakım Birimine kayıtlı 65 yaş üstü hastalarda demans sıklığının değerlendirilmesi.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2016/196

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

**EK.2.ETİK KURUL 60 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN DÂHİL EDİLMESİNE DAİR
EK KARAR FORMU**

**MALATYA
KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARI**

Sayı: 2016-196

21.02.2017

Konu: Proje Hk.

Sayın;

Arş. Gör. Serap SERTKAYA
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Etik Kurulumuzdan 2016-196 protokol numarasıyla onay almış “**Malatya ve Elazığ İllerinde Evde Bakım Birimine Kayıtlı 65 Yaş Üstü Hastalarda Demans Sıklığının Değerlendirilmesi.**” başlıklı çalışmada aranılan kriterlere uygun yeterli sayıda hastaya ulaşılamamasından dolayı 60 yaş üstü hastalarında çalışmaya dâhil edilmek istenmesi Etik Kurul tarafından incelenerek uygun bulunmuştur

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. Saim YOĞLU

EK.3.SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

Evde Bakım Merkezine kayıtlı hastalarda demans sıklığının değerlendirilmesi

Araştırmaya Katılmayı; Onaylıyorum ☐ Onaylamıyorum ☐

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3- Eğitim durumunuz

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ Okur yazar değilim | ☐ İlkokul |
| ☐ Ortaokul | ☐ Lise |
| ☐ Üniversite | |

4-Mesleğiniz:

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ Memur | ☐ Emekli |
| ☐ Serbest meslek | ☐ Ev hanımı |
| ☐ Diğer | |

5- Aylık gelir durumunuz?

- | | |
|--|---|
| ☐ 1000 tl ve altı | ☐ 1001-2000 tl |
| ☐ 2001-3000 tl | ☐ 3000 tl ve üzeri |

6- Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır (Cevabınız hayırsa 9. soruya geçiniz.)

7- Kaç çocuğunuz var? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ve üzeri

8- Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Eşimle | ☐ Çocuklarımla |
| ☐ Bakıcıyla | ☐ Bakım evinde |
| ☐ Yalnız | |

9- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır(Cevabınız hayırsa 10. soruya geçiniz.)

- | | |
|--|--|
| ☐ Hipertansiyon | ☐ Diyabet |
| ☐ Koroner arter hastalığı | ☐ Psikiyatrik hastalık |
| ☐ Tiroid hastalıkları | ☐ Alkol madde bağımlılığı |
| ☐ İnme | ☐ İşitme kaybı |
| ☐ Parkinson ve diğer hareket bozuklukları | ☐ Travmatik beyin hasarı |
| ☐ Diğer..... | ☐ Bilmiyorum |

10- Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

.....

11- Evde bakım hizmetlerine müracaat nedeniniz nedir?

.....

12- Unutkanlığınız Var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

13- Aşağıdaki tanılardan herhangi birine sahip misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır (Cevabınız hayırsa 17. soruya geçiniz.)

- | | |
|---------------------------------|---|
| ☐ Afazi | ☐ Apraksi |
| ☐ Agnozi | ☐ Planlama bozukluğu |

14- Bu şikâyetlerinizi çevrenizdekiler fark ediyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

15- Bu şikâyetleriniz günlük yaşamınızı etkiliyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

16- Bu şikâyetleriniz ne zamandır mevcut?

.....

17- Hayal görmeniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

18- Hayal görmeniz ne zamandır var?

.....

-----ANKET BİTTİ-----

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK.4. ANKET ÇALIŞMA İZNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 94346804-771
Konu : Araştırma İzni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgili : 01/03/2017 tarihli ve 59728196-4690 sayılı yazınız.

İlgili yazınız gereği, Üniversitemizin Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Arş. Grv. Serap SERTKAYA tarafından, 16.03.2017-31.07.2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde yapılacak olan "Malatya ve Elazığ İllerinde Evde Bakım Biriminde Kayıtlı 65 Yaş Üstü Hastalarda Demans Sıklığının Değerlendirilmesi" konulu bilimsel araştırma çalışmasının, ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini arz ederim.

Dr. Harun KURT
Genel Sekreter V.

EKLER:
Protokol

GÜVENLİ ELEKTRONİK
GİZLİ ASLİ İLE AYNI
76/03/2017
Mehmet ERGÜRK

BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) Taraflar:

Bu protokol Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Serap SERTKAYA arasında düzenlenmiştir.

- 2) Çalışmanın gerçekleştirileceği bağlı sağlık tesisi/tesisleri: S.B.Ü Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3) Çalışmanın Adı: "Elazığ ve Malatya İllerinde Evde Bakım Birimi'ne Bağlı 65 Yaş Üstü Hastalarda Deri Sıklığının Değerlendirilmesi"

4) Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Serap SERTKAYA

5) Protokol Hükümleri

- Bu protokol Elazığ Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık çalışmaları ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran k yapılacak anket veya bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Bilimsel Çalışma Değerlendirme Kom tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneleri Birliği personelinde de yararlanılacaksa bunun için ayrıca Kamu Hastaneleri Birliğinde alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık tesisinin yönetimi ve arge birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir mevzuat ve Birliğimiz hizmet gerekleri açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra kitapçık halinde ve ayrıca elektronik ortamda CD/DVD kayıtlı olarak Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği AR-GE birimine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi (e) ve (f) maddelerini yerine getirmede takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bil çalışmada kullanılamayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse de etik kurul alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi) zikredilmeyecektir.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması, girişim veya anket uygulamaları için hastanın kendisi ya da yasal vasisinden Aydın Onam Formu alınacaktır.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü sağlık tesisimizde 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç: 01 Şubat 2017 Bitiş: 31 Temmuz 2017**
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önceden de sonlandırabilecektir.

Sözleşme Şartlarına Aylıklık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler protokolde ismi belirtilen olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi mu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde zası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğince, kamu kurumlarının çalışmalarına mudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda, idari olarak Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde ise Elazığ Mahkemeleri yetkilidir.

Protokol Kapsamı:

9 madde ve 2 sayfadan oluşan iş bu protokol taraflar arasında her sayfası imzalı olmak üzere iki nüsha olarak imza altına alınmıştır.

İlgili protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim.

03/02/2017

Serap SERTKAYA

Başvuru Sahibi

[Signature]

03/02/2017

Dr. Envan GÖCEK
İdari Hizmetler Başkanı

[Signature]

OLUR

03/02/2017

Prof. Dr. Adnan SEYREK
Elazığ KHB Genel Sekreteri

[Signature]

EK.5.HASTA ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın hastamız, bu form sizi yapılacak olan çalışma hakkında bilgilendirmek üzere düzenlemiştir.

Elazığ ve Malatya İllerinde Evde Bakım Birimine kayıtlı hastalarda demans sıklığının değerlendirilmesi amacı ile çalışma yapmak istiyoruz.

Bu amaçla bir anket çalışması yürütmekteyiz. Çalışmaya gönüllü hasta alınacak olup hastalardan çalışma için herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Hastalar çalışmaya katılmamakta, katıldıktan sonra sebep göstermeksizin istedikleri zaman çalışmayı bırakmakta özgür olacak ve çalışmayı bıraktıkları ya da reddettikleri için herhangi bir uygulamaya tabi tutulmayacaklardır.

Çalışmaya katılacak olan hastaların kimlik bilgileri gizli tutulacak olup, çalışma sonuçları yayınlandığında da bilgiler paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılan tıbbi ekip dışında bilgiler gizli kalacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Arş. Grv. Dr. Serap SERTKAYA

Tel no:

Cep. Tel: 05058659290

Tarih:

Hastane Tel: 0422 3410660-1772

İmza:

EK.6.STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)

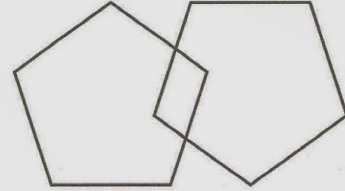
Standardize Mini Mental Test			
Ad/Soyad :	_____	Tarih :	_____
Yaş :	_____	Meslek :	_____
Aktif El :	_____	Eğitim (yıl) :	_____
		Toplam puan :	_____
YÖNELİM (Toplam puan 10)			
Hangi yıl içindeyiz	_____		☐
Hangi mevsimdeyiz	_____		☐
Hangi aydayız	_____		☐
Bugün ayın kaçı	_____		☐
Hangi gündeyiz	_____		☐
Hangi ülkede yaşıyoruz	_____		☐
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız	_____		☐
Şu an bulunduğunuz semt neresidir	_____		☐
Şu an bulunduğunuz bina neresidir	_____		☐
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız	_____		☐
KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)			
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan			
☐			
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)			
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)			
☐			
HATIRLAMA (Toplam puan 3)			
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise)			
☐			

LİSAN

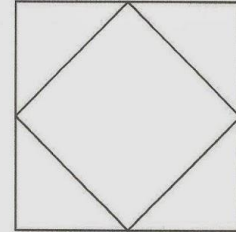
(Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)
- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledigimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan.
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (aşağıda)
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çiziniz (aşağıda) (1 puan)

GÖZLERİNİZİ KAPATIN



Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (sMMT-E)			
İsim/Soyadı :	_____	Aktif kullanılan el :	_____
Yaş :	_____	Tarih :	_____
Eğitim (yıl) :	_____	Toplam skor :	_____
Oryantasyon (Toplam puan 10)			
Hangi yıl içindeyiz?	_____		()
Hangi mevsimdeyiz?	_____		()
Hangi aydayız?	_____		()
Hangi gündeyiz?	_____		()
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı?	_____		()
Hangi ülkede yaşıyoruz?	_____		()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?	_____		()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir?	_____		()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir?	_____		()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?	_____		()
(Her bir madde için 1 puan verilir)			
Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)			
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir.)			
☐			
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)			
Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin. (Deneyin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)			
☐			
Hatırlama (Toplam puan 3)			
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (masa, bayrak, elbise) (Her doğru isim için 1 puan verilir)			
☐			
Lisan (Toplam puan 9)			
a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam puan 2)			
☐			
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)			
☐			
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledigimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3)			
☐			
d) Şimdi yüzünüze bakın ve yaptığının aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir.)			
☐			
e) Şimdi elinizle ilgili birşey söyleyin. (30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)			
☐			
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çiziniz.* (1 dak. süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)			
☐			
*Lütfen arka sayfadaki şekli gösteriniz.			



Notlar

REFERENCE: Turan Ertan, Engin Eker, Can Gökgen, Funda Engin, Resimye Yaşar, Gülhanım Kılıç, Servis Özel. The Standardized Mini Mental State Examination for Illiterate Turkish Elderly Population, 2nd International Symposium on Neuropsychological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders, August 28-30, 1999, Kirazlıyayla, Bursa, Turkey

EK.7. YESEVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI

YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI (KISA FORM)

Aşağıdaki sorulara, geçen hafta süresince hissettiklerinizi belirtir EVET veya HAYIR şeklinde yanıt veriniz.

1. Temel olarak yaşamdan zevk alıyor musunuz? HAYIR 1puan
2. Aktivitelerinizin ve ilgilerinizin çoğundan uzaklaştınız mı? EVET 1puan
3. Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz? EVET 1puan
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı? EVET 1puan
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir? HAYIR 1puan
6. Kendinize kötü bir şeyler olacağını düşünerek korkar mısınız? EVET 1puan
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz? HAYIR 1puan
8. Sıklıkla kendinizi yardıma muhtaç hisseder misiniz? EVET 1puan
9. Dışarı çıkmak veya yeni şeyler yapmak yerine evde mi oturmayı tercih edersiniz?
EVET 1puan
10. Hafızanızla ilgili olarak, çoğu kişiden daha fazla mı probleme sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz? EVET 1puan
11. Şu an hayatta olduğunuz için mutlu musunuz? HAYIR 1puan
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz olarak hissediyor musunuz? EVET 1puan
13. Enerji dolu musunuz? HAYIR 1puan
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu düşünüyorsunuz? EVET 1puan
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda mı olduğunu düşünüyorsunuz? EVET 1puan

