



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA AİLE HEKİMLERİNİN VE  
HERHANGİ BİR NEDENLE BİRİNCİ BASAMAĞA  
BAŞVURAN BİREYLERİN BİLİŞSEL BOZUKLUKLARA  
DAİR BİLGİ, BECERİ VE TUTUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Tuğba ÇAKMAK**

**Antalya, 2012**



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA AİLE HEKİMLERİNİN VE  
HERHANGİ BİR NEDENLE BİRİNCİ BASAMAĞA  
BAŞVURAN BİREYLERİN BİLİŞSEL BOZUKLUKLARA  
DAİR BİLGİ, BECERİ VE TUTUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Tuğba ÇAKMAK**

**Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Melahat AKDENİZ**

*“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”*

**Antalya, 2012**

## TEŞEKKÜR

Hekimlik mesleğinin öğrenilmesinde ara kademelerden biri olan asistanlık eğitimimin sonuna gelmiş bulunuyorum. Mesleğimin inceliğini öğrenmek ve hastalarımın zarar vermeden faydalı olmak için önümde aşmam gereken birçok engel olduğunun farkında olarak;

Uzmanlık eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, hem hekimlik mesleğine hem de hayata yaklaşımıyla bizlere örnek olan ve tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgöründen dolayı değerli hocam sayın Prof.Dr. Hakan YAMAN'a,

Bilgisini ve deneyimlerini her zaman çok cömertçe bizlerle paylaşan, yardımcı olan ve sabır gösteren Yrd.Doç.Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Birlikte çalışmayı keyifli bir deneyim olarak yaşadığım Yrd.Doç.Dr. Ethem KAVUKÇU'ya,

Özellikle asistanlığımın ilk zamanlarında ve asistanlığım süresince beni her zaman desteklemiş olan asistan arkadaşlarım Dr. Zeynep AŞIK, Dr. Pınar BİLGİLİ, Dr. Mehmet ÖNER, Dr. Sezen KOPARAN, Dr. Aybegüm YÖRÜMEZ, Dr. Serap ÖZER'e,

Diğer branş rotasyon eğitiminde bana yardımcı olan hocalarıma, klinik-poliklinik hemşire ve çalışanlarına,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan aileme ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>Simgeler ve Kısaltmalar Dizini</b>	<b>iv</b>
<b>Şekiller Dizini</b>	<b>vi</b>
<b>Çizelgeler Dizini</b>	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1. Demografik Değişim	4
2.2. Yaşlanmanın Fizyolojik ve Patolojik Yansımaları	7
2.3. Bilişsel İşlevlerde Yaşlanmaya Bağlı Değişiklikler	10
2.4. Bilişsel Bozukluğun Tanımı	11
2.5. Hafif Bilişsel Bozukluk (HBB)	11
2.6. Demans	14
2.6.1. Demans prevalansı	14
2.6.2. Demansda risk etmenleri	16
2.6.3. Demansta tarama	17
2.6.4. Demans semptomları	18
2.6.5. Olası demans bulguları	19
2.6.6. Demantan şüphelenmek	20
2.6.7. Demansta tanı	20
2.6.8. Demansın ayırıcı tanısı	27
2.6.9. Demansın tedavisi	29
2.7. Sık Rastlanan Demans Tipleri	33
2.7.1. Alzheimer hastalığı	33
2.7.2. Vasküler demans	37
2.8. Diğer Demans Tipleri	38
2.8.1. Frontotemporal demans	38
2.8.2. Lewy cisimli demans	38
2.8.3. Parkinson demans	39
2.8.4. Normal basınçlı hidrosefaliye bağlı demans	39
2.8.5. Creutzfeldt-Jakob hastalığı	39

2.9. Demanstan Korunma ve Önleyici Tedbirler	40
2.10. Demans Tanı, Tedavi ve İzleminde Aile Hekimliğinin Yeri	40
2.11. Ülkemizde Demans Hastalarına Yönelik Hizmetler	41
2.12. Ülkemizde Demans Hastalarına Bakım Verenlere Yönelik Hizmetler	43
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEMLER</b>	<b>44</b>
3.1. Araştırma Bölgesi	44
3.2. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması	44
3.2.1. Araştırma evreni	44
3.2.2. Araştırmaya kabul kriterleri	44
3.2.3. Araştırmadan dışlama kriterleri	45
3.3. Araştırmanın Tipi	45
3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları	45
3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli	46
3.6. İstatistiksel İncelemeler	47
<b>4. BULGULAR</b>	<b>48</b>
4.1. Yaşlanma ve Demans	71
4.2. Bakım ve Beklentiler	76
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>84</b>
<b>6. SONUÇLAR</b>	<b>87</b>
<b>7. ÖZET</b>	<b>90</b>
<b>8. ABSTRACT</b>	<b>91</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>92</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>106</b>
10.1. EK 1	106
10.2. EK 2	111

## KISALTMALAR DİZİNİ

AACD	Yaşlanma ile İlişkili Bilişsel Gerileme (Aging-Associated Cognitive Decline)
AAMI	Yaşlılıkla İlişkili Bellek Bozukluğu (Aged-Associated Memory Impairment)
AAN	Amerikan Nöroloji Akademisi (American Academy of Neurology)
ADI	Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği (Alzheimer Disease International)
AH	Alzheimer Hastalığı
APOE-ε4	Apolipoprotein e4 allele
ARCD	Yaşlanmayla İlişkili Bilişsel Gerilime (Aged-Related Cognitive Decline)
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BT	Bilgisayar Tomografisi
BSF	Selim Yaşlılık Unutkanlığı (Bening Senescet Forgetfulness)
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
CDR	Klinik Demans Değerlendirmesi (Clinical Dementia Rating)
CJD	Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (Creutzfeldt-Jakob Disease)
CSDD	Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (Cornell Scale for Depression in Dementia)
DAT	Dopamin Taşıyıcı (Dopamine Transporter)
DLB	Lewy Cisimcikli Demans (Dementia with Lewy Bodies)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektro Ensefalografi
FAST	Fonksiyonel Evrelendirme Değerlendirmesi (Functional Assessment Staging Test)
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S Food and Drug Administration)
FDG	Florin-18-Florodeoksiglukoz (Flourine-18-Fluorodeoxyglucose)
GDS	Geriyatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale)

GPCOG	Pratisyen Hekim Bilişsel Değerlendirme (General Practitioner Assessment of Cognition)
HBB	Hafif Bilişsel Bozukluk
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
LLF	Geç Yaşam Unutkanlığı (Late-life forget-fulness)
MMSE	Mini Mental Durum Muayenesi (Mini Mental Status Examination)
MNCI	Hafif Nörokognitif Bozukluk (Mild Neurocognitive Impairment)
MRI	Magnetik Rezonans Görüntüleme (Magnetic Resonance Imaging)
NICE	İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Clinical Excellence)
NMDA	N-metil-D-aspartat
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
TCA	Trisiklik Antidepresan (Tricyclic Antidepressant)
USPSTF	Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (U.S Preventive Services Task Force)
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi (Positron Emission Tomography)
PH	Parkinson Hastalığı
RUDAS	Rowland Evrensel Demans Değerlendirme Ölçeği (Rowland Universal Dementia Assessment Scale)
SPECT	Tek Proton Emisyon Bilgisayar Tomografisi (Single Photon Emission Computed Tomography)
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)
STMS	Kısa Mental Durum Testi (Short Test Of Mental Status)
VaD	Vasküler Demans (Vascular Dementia)

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Demansın evrelerinde saat çiziminde bozulmalar	24
4.1. Birinci basamakta çalışma süreleri dağılımı	49
4.2. Son 1 ay içinde demans tanısı koyma	50
4.3. Son 1 ay içinde demans tanılı hastası olma	50
4.4. Hekimler için Alzheimer demans risk faktörleri	52
4.5. Demans için ayırıcı tanısı yapılan hastalıklar	53
4.6. Demans şüphesi olan bireyde ilk değerlendirme testleri	54
4.7. Demansın kesin tanı yöntemleri	58
4.8. Demans kesin tanısında MMSE ve Postmortem yöntemlerinin tek başlarına veya ek bir yöntem ile beraber kullanımı	59
4.9. Hekimlerin tanı konusunda hastayı ve hasta yakınlarını bilgilendirme sıklıkları	61
4.10. Kadın ve erkek hekimlerin hasta ve hasta yakınlarını tanı konusunda bilgilendirmesi	61
4.11. Demansta erken tanı koymanın yararları	63
4.12. Tedavi edilebilen demans tipleri	64
4.13. Demans tedavisi	66
4.14. Demanstaki depresyonun tedavisi	67
4.15. Gruplandırılmış medeni durum dağılımı	70
4.16. Gruplandırılmış eğitim durumu dağılımı	71
4.17. Halkın bunama konusundaki ilk düşüncelerinin dağılımı	72
4.18. Bunama ile yaşlılık ilişkisi	73
4.19. Halk için bunamanın sebepleri	73
4.20. Gelecekte demanstan korkma nedenleri	75
4.21. Demanslı hastaya bakım verememe nedenleri	76
4.22. Demans hastalarının uzun dönem bakımı	78
4.23. Demanslı hastaların bakımı hangi kurum/kişiler tarafından yapılmalıdır	80
4.24. Bakım verenlere devlet desteği	81

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b><u>Cizelge</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
2.1. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları'na göre Türkiye'nin demografik değişimi	5
2.2. ADI Konsensusu'nun tüm dünyada demans prevalans tahminleri	15
2.3. Demans şüphesi olan hastalarda ilk değerlendirme	27
2.4. Bilişsel sağlığı korumak için öneriler	40
4.1. Cinsiyete göre dağılım	48
4.2. Medeni duruma göre dağılım	48
4.3. Hekimlerin baskın bölge nüfusu ile son 1 ay içinde demans tanısı koyma ilişkisi	51
4.4. Hekimlerin baskın bölge nüfusu ile son 1 ay içinde demans tanılı hastası olma ilişkisi	51
4.5. Demans şüphesi olan hastada ilk değerlendirme testlerinde MRI'nın BT'ye tercih üstünlüğü	54
4.6. Cinsiyetin ilk değerlendirme testi olarak MMSE kullanımı ilişkisi	55
4.7. Demansın tanı ve tedavisinde yeterli eğitime sahip olma ile demans şüphesinde ilk değerlendirmede bilişsel testlerin yapılması	56
4.8. Tanı koymada kendine güven ile demans şüphesinde ilk değerlendirmede bilişsel testlerin yapılması ilişkisi	57
4.9. Tanıda kullanılacak testler konusunda kendine güven ile demans şüphesinde ilk değerlendirmede bilişsel testlerin yapılması	57
4.10. Kesin tanı yöntemi olarak mmse ile postmortem arasındaki ilişki	58
4.11. Son 1 ayda demans tanısı ile MMSE arasındaki ilişki	60

<b><u>Cizelge</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
4.12. SSRI'lar depresif semptomları azaltır, demans ilaçları ile beraber kullanılabilir doğru cevabı ile son 1 ayda demans tanısı koyma, son 1 ay içinde demanslı hastası olma ve cinsiyet ile ilişkisi	68
4.13. Cinsiyete göre dağılım	69
4.14. Medeni duruma göre dağılım	69
4.15. Eğitim durumu dağılımı	70
4.16. Son bitirilen okulun esas alındığı eğitim durumuna göre bunama denince ilk akla gelen tanımlama	72
4.17 Eğitim durumu ile demansı engelleme veya yavaşlatma inancı arasındaki ilişki	74
4.18. Eğitim durumu ile demansın tedavi edilebilir bir hastalık olduğuna inanma arasındaki ilişki	74
4.19. Cinsiyete göre gelecekte demans olmadan korkma durumu	75
4.20. Eğitim süresi ile demans tanısı konulan herkesin mutlaka birinin yardımına ve gözetimine ihtiyacı olduğuna katılım arasındaki ilişki	77
4.21. Demans hastasının bakımının istenince kolayca yapılamayacağı düşüncesi ile diğer aile üyelerinden yardım isteme	78
4.22. Demans hastasının bakımının istenince kolayca yapılamayacağı düşüncesi ile bakım konusunda yardım alınabilecek kurumların araştırılması ilişkisi	79
4.23. Demans hastasının bakımının istenince kolayca yapılamayacağı düşüncesi ile demanslı aile üyesine yeterli bakım verebileceğine inanma	79
4.24. Halkın kurumsal bakıma bakışı	80
4.25. Demanslı hastanın bakımı sürecinde bakım için yardım alabilececek kurumların varlığının araştırılmasının bakım verenlere maddi destekten çok ücretsiz gündüz bakımevlerinin artırılması düşüncesine olan etkisi	82
4.26. Eğitim düzeyi ile bakım verenlere maddi destekten çok ücretsiz gündüz bakımevlerinin artırılması düşüncesi arasındaki ilişki	83

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, doğurganlık hızı azalmıştır. Önce gelişmekte olan ülkelerde başlayan nüfusun yaşlanması artık tüm dünyada kabul gören bir gerçektir (1,2). Teknolojideki gelişmeler hem yaşamı kolaylaştırmış hem de tıp alanında gelişmeleri tetiklemiştir. İletişimin kolaylaşması bilginin ve gelişmelerin hızla tüm dünyaya yayılmasını sağlamış ve bizim ülkemiz dâhil tüm ülkelerde sağlık bakımını iyileştirmiştir. Daha önceden ölümcül seyreden hastalıkların tedavi edilebilirliği ve bakım hizmetlerindeki kalite artışı yaşam süresini uzatırken, kadınların çalışma yaşamına daha fazla katılması ve aile planlaması çalışmaları doğum sayısını azaltmıştır. Bu temel iki etmen ve refah düzeyindeki artış gibi diğer bazı etmenler 65 yaş üstü kişilerin sayısının ve toplam nüfus içinde oranlarının artmasına yol açmıştır (1-6).

Yaşlanma kaçınılmaz biyolojik bir süreçtir. Halen uluslararası standartlaştırılmış sayısal bir ölçüt olmamasına rağmen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık sınırı olarak 60 yaşını kabul eder. Ancak pek çok gelişmiş ülkede ve bilimsel araştırmada yaşlılık sınırı 65 olarak kabul edilmektedir (4,7).

Dünyada 1950'den beri yaşlı nüfus hızlı bir şekilde artmaktadır. 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı 1950'de %8 iken, 2009'da %11'e ulaşmıştır. Bu artışın devam edeceği ve 2050'de %22'ye ulaşacağı öngörülmektedir (1). Bu trendin devam etmesi durumunda 2010 yılında 524 milyon olan 65 yaş üstü kişilerin sayısının 2050 yılında yaklaşık 1,5 milyar olacağı varsayılmaktadır. Bu sayıya en büyük katkıyı ise günümüzde genç nüfuslu olarak bilinen gelişmekte olan ülkelerin yapacağı öngörülmektedir (8, 9).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlıların sayısı ve toplam nüfus içindeki oranları giderek artmaktadır. 2008'de 5 milyon 831 bin olan 65 yaş üstü nüfusun 2025'de 8 milyon 253 bine yükseleceği öngörülmektedir (10).

Yaşlılar içinde ise ileri yaşlılar olarak adlandırılan 80 yaş ve üzerindeki nüfus daha hızlı artmaktadır. 1960'dan bu yana yaşı 60 ve üzerindeki %57, yaşı 80 ve üzerindeki %266 oranında artmıştır. Seksen yaş üstü kişilerin sayısı her yıl %4 oranında artış göstermektedir (10).

Nüfusun yaşlanması ve sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte hastalıkların prevalansı da değişmeye başlamıştır. İnfeksiyon hastalıkları ve akut hastalıkların

prevelansı azalırken kronik ve dejeneratif hastalıkların prevelansı artmıştır (8). Tüm dünyada yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalıkların yükü artmaya başlamıştır (6,8, 11-15). Kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar başı çekmektedir (9,10). Hasta, ailesi ve toplum için önemli bir bakım yükü oluşturan bilişsel bozulmaya bağlı hastalıklar da yaşın ilerlemesi ile prevelansı hızla artan kronik hastalıklardandır. Bilişsel bozuklukların en önemli nedeni demanstır (16).

Demans, beyin hücrelerinin ölümü ve ilerleyici hasarına yol açan çeşitli beyin bozukluklarını tanımlamak için kullanılan; görülme sıklığı yaşla beraber artan, bilişsel yetilerde bozulma ile seyreden birden fazla kronik hastalığın ortak adıdır (12). DSÖ, demansı yaşlılığın dört büyük sorunundan biri olarak tanımlanmıştır (4). Demanslı hasta sayısının gelecek 15 yılda yaklaşık %40 artacağı öne sürülmektedir (13,17).

Altmışbeş yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık %30-40'ı sağlık sorunlarının çözümü için birinci basamağa başvurmaktadır (4,6). Birincil bakım sağlık hizmetleri güçlendirilmiş pek çok ülkede aile hekimleri yaşlı nüfusun önemli bir yüzdesini görürler, hasta ve hasta yakınları ile uzun vadeli ilişkiler içindedirler (3). Toplumda farkındalığın giderek artmasına bağlı olarak bellek yakınmaları olan kişiler ya da aile üyeleri demans endişesi ile kendilerine en yakın gördükleri ve güvendikleri aile hekimlerine başvurmaktadırlar (18,19). Bu nedenle birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin yaşlanmanın getirdiği fizyolojik ve patolojik durumları iyi bilmesi ve ayırımı yapabilmesi önemlidir. Günümüzde bilişsel bozuklukları olan hasta sayısı, yaşlı nüfusun artışına paralel olarak hızla artmaktadır (16,20). Bu nedenle birincil bakımda çalışan aile hekimleri giderek daha fazla bellek yakınması olan hastalarla karşılaşacaklardır (19). Aile hekimleri bilişsel bozukluğu olan hastaların erken tanınmasını sağlayabilirler (3,19). Hastalığın ilk bulgularının çoğu kez yaşlanmanın doğal bulguları olarak değerlendirilmesi hastalığın başlaması ile tanı arasında geçen sürenin uzunluğunun ana nedenidir (18). Hastaları ile yaşama yayılan sürekli bakım sunan aile hekimleri, hastalarındaki bu değişiklikleri fark etmede önemli bir konumdadırlar (5). Bilişsel bozukluğu olan hastalar tanıdan sonra ortalama 10-15 yıl yaşarlar ve yıllarla beraber yeti kaybına bağlı bağımlılıkları artar, bakımları zorlaşır (20). Bu hastaların bakımlarını üstlenmek durumunda kalan aile bireyleri büyük bir ruhsal ve mali yükü kaldırmak durumundadırlar. Yapılan çalışmalar demansın birinci basamakta multidisipliner bir yaklaşımla erken tanı ve etkin yönetiminin sağlık sistemi ve hasta yakınları üzerindeki bu ağır yükü hafifletebildiğini göstermektedir (20).

Bu araştırmada amaç; birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin bilişsel bozuklukların tanı ve yönetimi konusundaki tutumlarını, kendilerine olan güvenlerini ve bilgi birikimlerini değerlendirirken bir yandan da toplumun hastalık konusundaki duygu, düşünce ve beklentilerini ortaya çıkarmaktır. Çalışmadan elde edilen verilerle birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanları ile demanslı hasta ve yakınları arasındaki ilişkinin daha kolay hale gelmesinin sağlanabileceği düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Demografik Değişim

Dünya, tarihinde hiç olmadığı bir şekilde büyük bir demografik değişim geçirmektedir. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren önce gelişmiş endüstri ülkelerinde yaşlıların sayısının ve toplam nüfus içindeki oranlarının giderek arttığı dikkati çekmeye başlamıştır (1,2). Yirminci yüzyıl insanlık tarihinin en hızlı gelişmelerinin yaşandığı bir dönemdir. Teknolojideki gelişmeler hem yaşamı kolaylaştırmış hem de tıp alanında gelişmeleri tetiklemiştir. İletişimin kolaylaşması bilginin ve gelişmelerin hızla tüm dünyaya yayılmasını sağlamış ve bizim ülkemiz dâhil tüm ülkelerde sağlık bakımını iyileştirmiştir (1,2,3). Birbiri ardına gelen tıp alanındaki keşifler ve gelişmeler ise yirminci yüzyılın başlarında çocuklarda ve erişkinlerde ölüme neden olan infeksiyon hastalıkları ve paraziter hastalıklar gibi bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını ve yaşamı tehdit eden hastalıklar olmaktan çıkmasını sağlamıştır (9). Daha önceden ölümcül seyreden hastalıkların tedavi edilebilirliği ve bakım hizmetlerindeki kalite artışı çocukluk çağındaki ölümleri azaltmış ve kişilerin daha uzun yaşamalarına izin vermiştir. Sonuç olarak doğumdan beklenen yaşam süreleri hızla artmaya başlamıştır (2,9).

Sanayi ve teknolojik gelişmeler insanların yaşamını kolaylaştırmış, birbirlerine bağımlılıklarını azaltmıştır. Kültürel gelişmeler ve kentleşme aile yapılarını değiştirmiş, geniş aile yapıları yerini çekirdek ailelere bırakmaya başlamıştır. Aşırı doğurganlığın kadın, aile ve toplum üzerine olumsuz etkisi aile planlaması alanında çalışmaları gündeme getirmiştir. Etkili doğum kontrol yöntemlerinin keşfi ailelerin bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarına olanak sağlamıştır (2,9,21,22). Kadınların iş yaşamında aktif olarak yer almaları da çocuk doğurma oranlarını azaltmıştır. Gelişmiş ülkelerde 1950’de kadın başına düşen çocuk oranı yaklaşık 3 iken 1970’lerde bu oran ikinin altına düşmüştür ve bu ülkelerin nüfusları azalmaya başlamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde de doğurganlık hızla azalmaya başlamıştır. 1960’larda kadın başına ortalama 6 çocuk olan sayı, 2005’te 2 ya da 3 çocuğa inmiştir. 2006’da 44 gelişmiş ülkede fertilité oranı 2 çocukluk replasman düzeyinin altına inmiştir (9).

Tüm bu gelişmeler yaşam süresini uzatmış ve yaşlıların toplam nüfus içindeki oranları artmaya başlamıştır (9,21). Yaşam sürelerindeki bu artış nüfus içindeki yaşlı

yaşlılar olarak adlandırılan 85 yaş üzeri kişilerin sayı ve oranlarında da artışa yol açmaktadır. Altmışbeş yaş üzeri nüfusta yaşlı yaşlıların oranı tüm dünyada ortalama %8 iken gelişmiş ülkelerde %12, gelişmekte olan ülkelerde %6'dır. Pek çok ülkede yaşlı yaşlılar toplam nüfus içinde sayıları en hızlı artan grup olmaya başlamıştır. Projeksiyonlar 2010 yılından 2050 yılına kadar tüm dünyada 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısının %188, 65 yaş altı kişi sayısının %22 ve yaşlı yaşlıların sayısının %351 oranında artacağını göstermektedir. Yüz yaşının üzerindeki kişilerin sayısı ise %1004 oranında artacaktır (9).

Ülkemiz de hızlı yaşlanmanın görüldüğü ülkelerden biridir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlıların sayısı ve toplam nüfus içindeki oranları giderek artmaktadır. 2008'de 4 milyon 831 bin olan 65 yaş üstü nüfusun 2025'de 8 milyon 253 bine yükseleceği öngörülmektedir (10). Çizelge 2.1'de Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine (23, 24, 25) dayanarak hazırlanan, 1935-2010 yılları arasında 65 yaş ve üzeri kişi sayısı ve toplam nüfusa oranı görülmektedir. Altmışbeş yaş üstü kişilerin toplam nüfusa oranı 1935'de %3,8'den 2010'da %7,2'ye çıkmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi de artmış ve 1960'da 44,61 yıl iken 2010 yılında 73,7'ye yükselmiştir.

**Çizelge 2.1.** Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları'na göre Türkiye'nin demografik değişimi.

Sayım Yılı	Toplam Nüfus	65 Yaş Üstü	Artış Yüzdesi	Tüm Nüfusa Oran	Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi
1935	16.158.018	628.041	-	%3,8	-
1960	27.754.820	978.732	%55	%3,5	44,61
1970	35.605.176	1.565.696	%59	%4,3	53,12
1980	44.736.957	2.113.247	%34	%4,7	57,01
1990	56.473.035	2.417.363	%14	%4,2	66,40
2000	67.803.927	3.858.949	%59	%5,8	70,4
2010	73.722.988	5.327.736	%38	%7,2	73,7

Yaşlılar içinde ise ileri yaşlılar olarak adlandırılan 80 yaş ve üzerindeki nüfus daha hızlı artmaktadır. 1960'dan bu yana yaşı 60 ve üzerindeki kişiler %57, yaşı 80 ve üzerindeki kişiler %266 oranında artmıştır (10). Seksen yaş üstü kişilerin sayısı her yıl %4 oranında artış göstermektedir. Günümüzde 7 yaşlı insandan yaklaşık biri 80 yaş ve üstüdür. 2050'ye kadar her 5 yaşlıdan yaklaşık birinin 80 yaş ve üstü olacağı ön görülmektedir (10).

Nüfusun yaşlanması ve sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte hastalıkların prevalansı da değişmeye başlamıştır. Epidemiyologların “epidemiyolojik geçiş” olarak tanımladıkları infeksiyon hastalıkları ve akut hastalıklardan kronik ve dejeneratif hastalıklara doğru bir prevalans kayması başlamıştır (8). Bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların potansiyel sosyal ve ekonomik maliyetleri de yaşla birlikte hızla artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 23 düşük ve orta gelirli ülkede yaptığı analizlerde, 2006 ve 2015 yılları arasında kalp hastalığı, inme ve diyabetin neden olduğu ekonomik kayıpların yaklaşık 83 milyar dolar olacağı tahmin edilmiştir (26). Çok ülkeli “Global Hastalık Yüğü” çalışması ve diğer uluslararası epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen kanıtlar, sağlık sorunlarının yaşlı kişileri daha fazla etkilediğini göstermektedir. Son 10-15 yıl içinde dünyanın her bölgesinden insanlar infeksiyon ve paraziter hastalıklardan çok kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan engelli olmakta ya da ölmektedir (9).

Uzun yaşamın olumsuz sonuçlarından biri, demans prevalansının yaşla birlikte artmasına bağlı olarak er geç temel günlük yaşam etkinliklerinde yardıma gereksinim duyacak olan demanslı hasta sayısında artıştır. Seksenbeş yaş ve üzerindeki yaşlı kişilerin %25-30’unda demans gelişeceği tahmin edilmektedir (9). Hastalığın erken evrelerinde görülen bellek ve davranış sorunlarının yaşlanmaya bağlanması nedeniyle erken evrede tanı konması zor olmaktadır. İkibin yılında Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından yürütülen kesitsel bir değerlendirmede demansın OECD üyesi ülkelerde yaklaşık 10 milyon kişiyi etkilediği ve 65 yaş üzerindeki kişilerin %7’sinde demans olduğu bulunmuştur (27).

Alzheimer Hastalığı (AH) demansın en yaygın formudur ve OECD raporlarında demans olgularının beşte ikisini ya da beşte dördünü oluşturduğu belirtilmiştir. Daha yeni çalışmalara göre tüm dünyada AH/demanslı hasta sayısı 27 milyon ile 36 milyon arasında değişmektedir (20, 28-30). AH ve diğer demansların prevalansı 65 yaşından sonra her 5 yılda bir iki kat artmaktadır. OECD verilerine göre 65-69 yaş arasında demans prevalansı %3’den az iken 85-89 yaş arasında %30’a çıkmaktadır. Fransa ve Almanya’da yapılan çalışmalara göre 90 yaş ve üzerindeki kadınların yaklaşık yarısında demans gelişmektedir. Bu rakam ABD’de %40, İspanya’da %30’dur (29).

Bu hastalığın toplum ve aile üzerine maliyeti büyüktür. 2010 Dünya Alzheimer raporuna göre demansın tüm dünyaya maliyeti 2010 yılı için 600 milyar doları aşmaktadır (20). Bu maliyetin içinde aileler tarafından sağlanan informal bakım,

toplumsal kurumların bakım maliyeti ve doğrudan tıbbi bakım maliyeti vardır. Bu hastaların bakımında anahtar rolü aile üyeleri oynamaktadır. ABD verilerine göre ABD’de demans için informal bakım vermenin yıllık maliyeti 18 milyar dolardır.

Hastalığın kompleksliği ve çok geniş çeşitliliği kişilerin ve ailelerinin demansla başa çıkmasını zorlaştırabilmektedir. Uluslararası Alzheimer Derneği tarafından yapılan projeksiyonlar 2050’de tüm dünyada 115 milyon AH olacağını öngörmektedir (20).

Kronik hastalıklardan en çok etkilenen yaşlı kişilerin hastalıklardan korunması için gerekli girişimlerin düzenli bir şekilde yapılması, kendi sağlıklarını koruyabilmeleri için bilgilendirilmeleri ve sorumluluğun paylaşılması, oluşan hastalıkların erken tanınip uygun şekilde multidisipliner bir şekilde yönetilmesiyle yaşlı kişilerin bağımsızlıklarını koruyabilmeleri, kendi bakımlarını yapabilmeleri sağlanabilmektedir. Bu hem toplumu hem de aile üyelerini etkileyen ağır bakım yükünü azaltabilmenin temel koşuludur (16,31,32).

Günümüzde demografik ve aile yapısındaki değişmeler yaşlı kişilerin aileleri ile birlikte yaşama oranını azaltmaktadır. Aileler daha az çocuk sahibi olmakta, evlenme oranları azalmaktadır. Yaşlı ebeveynleri ile birlikte yaşama olasılığı giderek azalmaktadır. Yaşlılar da kendi evlerinde yaşamayı tercih etmektedirler (1,9). Bu olgu yaşlı kişilere sağlık bakımı sunumunda dikkate alınması gereken bir gerçektir.

## **2.2. Yaşlanmanın Fizyolojik ve Patolojik Yansımaları**

DSÖ yaşlılığı yaşamsal fonksiyonların sürekli azalmasına bağlı olarak çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamıştır (7). Biyolojik anlamıyla yaşlanma fiziksel bilişsel ve immün işlevlerde kayıba neden olan moleküllerde, hücrelerde ve organlarda hataların ilerleyici birikmesine bağlı hastalıkların, kırılabilirliğin ve yaralanabilirliğin artışı ile karakterize geridönüşsüz bir süreçtir (34).

Yaşlanma süreci pek çok etmence yönetilir. Bu nedenle kişiler farklı olarak yaşlanırlar. Yaşlanmayı belirleyen içsel etmenler; genetik özellikler, telemor hasarı, mitekondri işlev bozukluğu ve inflamasyondur. Oksidatif stres gibi etmenler normal yaşlanmayı ve yaşlanmaya bağlı pek çok hastalığın altında yatan nedenlerden biridir. Bu nedenle normal yaşlanma ile yaşlanmaya bağlı hastalıklar arasındaki sınır her zaman net olmayabilmektedir (35).

Çevresel koşullar, sosyoekonomik ve kültürel etmenler ise yaşlanmayı belirleyen dışsal etmenlerdir (36-39). Genetik yapı yaşam süresini ve sağlık risklerini belirleyen bir etmendur. Çevresel toksinlere maruziyet durumu, kültürel alışkanlıklar (beslenme, yaşam biçimi) yaşlanma sürecini olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (38).

Yaşlanma pek çok organ düzeyinde fizyolojik ve patolojik değişikliklere neden olur. Organ sistemlerindeki fizyolojik rezerv kapasitesinin ilerleyici kısıtlılığı homeostenoz olarak adlandırılır (39). Yaşlanma; kalp yetersizliği, kanser ve demans gibi yaşamı tehdit eden pek çok hastalık için önemli bir risk etmenidir.

Kas ve kemik kütlelerinde azalmaya bağlı olarak kilo ve boyda azalma, reaksiyon zamanında uzama, metabolik hızda azalma, bazı bellek işlevlerinde azalma, işitme, görme, koku ve tat duyularında azalma, böbrek, pulmoner ve immün sistem işlevlerinde azalma, yaşlı kişileri yaralanma ve hastalıklar için daha duyarlı yapmaktadır. İmmün işlevlerdeki yaşa bağlı bozulma immünoşenesans olarak adlandırılır ve yaşlanmanın majör özelliklerinden biridir. İmmün sistem işlevlerinde bozulma nedeniyle inflamasyonun göstergesi olarak dolaşımda proinflatuar sitokinler artar. Bu yaşa bağlı AH, ateroskleroz ve artritler gibi bazı kronik hastalıkların altında yatan temel mekanizmalardan biridir (39,40).

Yaşlanmadan en çok etkilenen organ sistemlerinden biri kardiyovasküler sistemdir. Kalp kasında atrofi, kalp kapaklarında kalsifikasyon, arteriyoskleroza bağlı arterlerde elastiklikte azalma, atheroskleroz gelişimi kardiyovasküler işlevde azalmanın nedenleridir. Kalp debisinin azalması ile böbrekler ve beyin gibi pek çok organın kan akımında yetersizlikler ve organ işlevlerinde bozulmalar oluşabilmektedir (38,40).

Solunum sisteminde yaşlanmayla akciğerin esneme yetisi azalır, oksijen alımı ve değişimi azalır. Bu değişiklikler yaşlılarda egzersiz kapasitesinde azalmaya ve erken yorulmaya neden olmaktadır (40).

Yaşlanmanın en çok etkilediği sistemlerden biri de sinir sistemidir. Beynin ağırlığı 30 yaşından 90 yaşına dek azalır (41). Sinir sistemi hücreleri pek çok doku hücresinden farklı olarak kendini yenileyemez. Bu nedenle nöron sayısı yaşla birlikte azalır. Hücre kaybı tüm beyin alanlarında eşit değildir. Bazı alanlarda daha fazla hücre kaybı varken bazı alanlarda hücre kaybı azdır. Bu nedenle bazı işlevlerde bozulma daha belirgin olabilir. Seksen yaşındaki kişinin beyin hücrelerinin yaklaşık %20'sini kaybettiği bildirilmektedir (42).

Nöronlar arası iletimi sağlaması nedeniyle dendritler beyin için önemli yapılardır. Yaşın ilerlemesi ile dendritlerde kayıp artar. Sinapslar beyin içinde nöronlar arasındaki bağlantıları sağlarlar ve farklı transmitterlerle bilgiyi aktarırlar. Bu yapının bilişsel işlevdeki önemi AH'deki sinaptik kayıplarla gösterilmiştir (41).

Serebral korteksdeki farklı nörotransmitter sistemlerinde yaşla ilişkili değişiklikler olur. Nörotransmitter sistemler yaşlanmadan farklı oranlarda etkilenirler. Serotonin düzeyi geç yaşlara kadar değişmeden kalırken, noradrenalin ve dopamin düzeyleri progressif olarak azalır (39). Kolin asetilaz düzeyi, kolinerjik reseptörler, gama aminobütirik asit, glutamat reseptörleri azalır. Bu azalmanın kliniğe yansımamasının nedeni beyinde gerekenden çok daha fazla sayıda hücre olmasıdır (41).

Beyinde nöronlar içinde yaşlanma pigmenti lipofuskin birikir, kan damarlarında ve hücrelerde senil plaklar ve daha az oranda nörofibriler yumak gelişimine neden olan amiloid depolanması olur. Senil plaklar ve nörofibriler yumaklar AH için ayırıcı özellik olsa da klinik demans kanıtı olmayan yaşlı kişilerin beyinlerinde de görülebilmektedir (42).

Yaşam biçimi ya da davranışsal risk etmenleri, stres, tıbbi hastalıklar, ilaçlar gibi dış etmenler beyindeki bu değişiklikleri hem olumlu hem de olumsuz etkileyebilmekte, demans benzeri semptomlara, depresyon ve deliryuma neden olabilmektedirler (43).

### **2.3. Bilişsel İşlevlerde Yaşlanmaya Bağlı Değişiklikler**

Bilişsel işlevler serebral kan akımının azalması, beyin ve nöronlardaki dejeneratif değişikliklerden olumsuz etkilenmektedir (44). Bilişsel işlevlerde azalmanın 30 yaşından sonra başladığı ancak bu azalmanın çok yavaş olduğu için fark edilemediği bildirilmektedir (36). Sözel performansın 60 yaşından sonra çok yavaş olarak azalmaya başladığı ve 70 yaşına gelindiğinde kayıp oranının %5 olduğu belirtilmektedir (44). Beyin hastalığı olmayan bireylerde entelektüel performansın en az 80 yaşına kadar sürdürülebileceği; ancak görevleri yapma santral süreçlerdeki yavaşlama nedeni ile daha uzun zaman alabileceği bilinen yaşa bağlı değişikliklerden biridir (42, 46).

Bilişsel işlevlerin tüm formları yaşlanmadan etkilenir. Ancak bu etkilenme kişiler arasında farklılıklar gösterir. Bazı kişiler geç yaşlara kadar bilişsel işlevlerinin çoğunu koruyabilirken bazı kişilerde bilişsel bozulma erken yaşlarda başlayabilir (44,

46). Bilişsel bozulma bilgiyi işleme hızındaki ilerleyici azalmaya bağlı olarak en çok öğrenme, bellek ve sorun çözme alanlarında olmaktadır (45).

Yaşlanma bazı bellek işlevlerinde gerilemeye neden olurken bazı işlevler korunabilmektedir. Semantik bellek, dünya hakkında gerçekler, genel bilgi, özellikle sık kullanılan bilgi yaşla birlikte değişmez. Kazanılmış bilişsel ve motor becerilerin oluşturduğu prosedürel bellek de stabil kalır. Yaşlanma ile bellek performansı özellikle soyut düşünme alanında azalmaktadır (45,46). Ayrıca epizodik bellek olarak adlandırılan kişisel olaylar ve deneyimler, bilgiyi işleme hızı ve çalışma belleği ileriye yönelik bellek işlevleri azalır (46). Uzun erimli bellek yaşlanmadan etkilenmezken kısa erimli bellekte bozulmalar olabilir. Hatırlama ve tanıma zor olmaya başlar (37). İşitmede azalma gibi duyuşsal bozukluklar nedeni ile iletişim zorlukları olabilir. Bilişsel bilgi işlenmesinde reaksiyon zamanında yavaşlama bilişsel fonksiyon bozukluğunun ana nedenlerinden biridir. Altmış yaşındaki kişide reaksiyon zamanı 30 yaşındakinden %20 kadar azdır (44,45).

Yaşlılıkla birlikte olan bilişsel bozulma “benign yaşlılık unutkanlığı”, “yaşla ilişkili bellek yetersizliği”, “yaşla ilişkili bilişsel bozulma” gibi çeşitli terimlerle ifade edilebilmektedir (47).

Bu tür fizyolojik bozulmalar dışında demans, deliryum, ilaçların toksik etkileri, travma ve psikiyatrik hastalıklar da bilişsel bozulmaya neden olabilir. Demans bilişsel bozulmanın en sık nedenidir (47).

Vasküler demansın bazı tipleri dışında demansda bilişsel azalma yavaş ve sinsi başlar (44). Yaşlanmaya bağlı bilişsel azalma ile demansa bağlı bilişsel azalmayı ayırt etmek zor olabilmektedir. Yakın bellek bozukluğu, konuşmada bozulma, sözcük bulma ve adlandırmada bozukluk, yönetici işlevlerde bozulma, motor fonksiyon bozukluğu olmamasına karşın motor etkinlikleri yapamama normal unutkanlıkla demansa bağlı unutkanlığı ayırt etmeye ve demansı tanımaya yönelik ilk ipuçlarıdır (44,45,46).

Deliryum demansla açıklanamayan bilinç bulanıklığı, algı bozuklukları, konsantrasyon bozuklukları, psikomotor aktivitede ve uyku ritminde bozuklukla ortaya çıkan; saatler ve günler içinde gelişen bir organik beyin hastalığıdır ve yaşlı hastalarda genellikle genç erişkinlere göre daha yavaş gelişme eğilimindedir (45,46). Deliryum tedavi edildiğinde geri dönüşlüdür. Altta yatan nedenin tedavisi ile hasta normal yaşamına geri dönebilmektedir (48).

## 2.4. Bilişsel Bozukluğun Tanımı

Biliş, canlının çevresindeki nesnelere ve olan olaylar hakkında bilgisi ve bilinçli olmasıdır (49). Critical Evaluation Study Committee of The Cognitive And Emotional Health Project'in tanımına göre *“Bilişsel sağlık sadece hastalık olmaması değil yaşlıların bağımsız işlev yetkinliğine, yaşam amacının devam etmesine, sosyal ilişkilerini sürdürmesine, hastalık ya da yaralanmalardan işlevsel olarak iyileşmesine ve kalıcı işlevsel yetersizliklerle başa çıkmasına izin veren çok boyutlu bilişsel yapının korunması ve geliştirilmesidir”* (5,49). Bilişsel sağlığın, dil, düşünme, bellek, yönetici işlevler, algı, yargılama, dikkat, becerilerin anımsanması ve anlamlı bir yaşam sürme yetkinliği olarak 9 bileşeni vardır. Bu 9 bileşenin sağlıklı olarak çalışması biliş durumunun sağlıklı olduğunu gösterir (51). Bilişin sağlam olması için uyarıların algılanıp, işlenmesi ve gerekli durumlarda tekrar kullanılmak üzere depolanmasını sağlayan bir sistemin sorunsuz çalışması gerekmektedir. Bu sürecin herhangi bir noktasında olabilecek bir bozukluk kliniğe bilişsel fonksiyonlarda kayıp olarak yansımaktadır (5,52).

Bilişsel bozukluklar genel olarak hafif, orta ve ağır olarak 3 evrede değerlendirilir (5).

## 2.5. Hafif Bilişsel Bozukluk (HBB)

Yaşlanma ve demans üzerine epidemiyolojik çalışmaların sonucunda biliş açısından kişiler; demansı olanlar, demansı olmayanlar ve demans kriterlerine uymayan ancak bilişsel bozukluğu olan bireyler şeklinde 3 gruba ayrılmıştır (53).

1962 yılında Kral, zamanla sabit kalması beklenen hafif bellek kusurlarını açıklamak için "selim yaşlılık unutkanlığı" (BSF) terimini ortaya atmıştır (54). Daha sonra yapılan ayrıntılandırmaların sonucu "yaşlılıkla ilişkili bellek bozukluğu" (AAMI), "yaşlanmaya bağlı bellek bozukluğu" (ACMI), "geç yaşam unutkanlığı" (LLF) ve "yaşlanmayla ilişkili bilişsel gerileme" (ARCD) terimleri de eklenmiştir. Bu yapılar genç yetişkinler için belirlenen değerlerin altında olan ancak önemli ölçüde düşüş beklenilmeyen ve nöropatolojik değişiklikler barındırmayan bilişsel performans kötüleşmelerini belirlemek için tasarlanmıştır (54).

Demans olmadan bilişsel bozukluk, yaygın beyin yaşlanmasının normal bir sonucu olarak kabul edilmiştir. Demanssız bilişsel bozulma günlük yaşam

etkinliklerinin yerine getirilmesinde zorluklara neden olabileceğinden klinisyenler için ilgi alanı olmuştur. BSF, AAMI, AACD, ARCD şeklinde adlandırılan hafif bilişsel kayıplar normal yaşlanmanın sınırları içinde kalmaktadır. Ancak bu normal kabul edilen aşamalar nörodejenaratif hastalıklar için artmış risk ile ilişkili olmaları, beyin görüntüleme çalışmalarında farklılıklar göstermeleri ve yaygın çevresel ve biyolojik risk etmenlerinde pay sahibi olmaları nedenleriyle halen soru işaretleri taşımaktadırlar (54). "Normal" beyin yaşlanması tanımlarının aksine, Levy'nin, AACD tanısı kendi yaş grubu için normal düzeyin altındaki hastaları kapsar (54).

Petersen ve arkadaşları, 1995 yılında bağımsız bir tanı kategorisi olarak önceden tanımlanmış bir derecelendirme ölçeği ile bağlantılı olmayan hafif bilişsel bozukluk (HBB) terimini kullanmışlardır (53). Daha sonra yeniden yapılandırılan bu terim, günlük yaşam etkinliklerinde bozukluk olmayan, normal genel bilişsel ve fonksiyonel yetenekleri korunmuş, yaşa ve eğitime uygun bellek azalmaları olan bellek testleri yaşa göre düzeltilmiş normallerin altında demansı olmayan kişiler için kullanılmıştır (53,54).

Hafif bilişsel bozulma (HBB), bilişsel bozulmanın yaşlı kişinin yaş ve eğitim durumuna göre beklenenden daha kötü olduğu durumlar için kullanılan bir terimdir (55). Genellikle hastalar tarafından bildirilir. Bu kişiler öncelikle bellek işlevinde azalmadan yakınırlar. Günlük yaşam etkinliklerini yapabilirler. Semptomlar DSM IV'ün demans kriterlerini karşılamaz (55). Bazı uzmanlar HBB'nin normal yaşlanma ve AH arasında bir geçiş evresi olduğuna inanırlar. Gerçekten de HBB'li hastaların %12'sinde bir yıl içinde AH gelişmektedir (51).

HBB multifaktorial patofizyolojiye sahiptir. Serebrovasküler hastalıklar, frontotemporal demanslar veya özel olmayan patolojilere bağlı olabilir. HBB, "amnestik", "amnestik olmayan", "tek etki alanlı" veya "birden fazla etki alanlı" olmak üzere alt gruplara ayrılabilir (54, 58).

Görülme sıklığı %17 ile %34 arasında tahmin edilmektedir (57). Ritchie ve meslektaşları tarafından yapılan bir çalışmada örnek grupta hafif bilişsel bozukluk oranı %3,2 olarak bildirilmiştir (55). Yaş ile görülme sıklığı artar. 70-79 yaşlarda prevalansı %10 ve 80-89 yaş arasında %25'dir (54,59,60).

AH klinik kriterlerine uymayan HBB olan kişilerin, demans veya AH'ye ilerleme için yüksek riske sahip olduğu kabul edilmektedir (53, 54). Genel nüfus için Alzheimer demans riski, 65-69 yaş aralığı için %0,2, 85-89 yaş aralığı için %3,9

oranındayken, hafif bilişsel bozukluğu olanlarda demans ve AH'nin ilerleme hızının yılda %6-25 arasında olduğu gösterilmiştir (53). Pek çok çalışmada HBB'den demansa yıllık dönüşüm oranı %10-15 arası olarak bildirilmiştir. Belleğin etkilendiği tiplerde bu oran yüksek iken, Parkinson veya vasküler kaynaklıda benzer şekilde yükselir (58). Boyle ve arkadaşları, HBB'li hastalarda bilişsel bozukluğu olmayan yaşlı kişilere göre yaklaşık 7 kez daha fazla AH gelişimi olduğunu bildirmişlerdir (61).

Tanı önemli bir klinik yargı gerektirir. Alternatif tanıları elemek için klinik değerlendirme ile birlikte nöropsikolojik testler, kan testleri ve beyin görüntüleme yapılması en iyi yoldur (53,54,56). Bilişsel bozulma şüphesi veya hastanın bilişsel durum endişesi olduğunda ve Mini Mental Durum Değerlendirme (MMSE) skoru normal sınırlarda ise (24-30) Montreal bilişsel değerlendirme testi (MoCA), psikometrik tarama testi (DemTect) gibi bilişteki kaybı objektif olarak gösterebilecek testler yapılabilir (62).

Hafif bilişsel bozukluklar bazı kronik tıbbi durumlarla ilişkili olabilir. Hekim hastanın sorununun geçici bir durum olup olmadığını araştırmalıdır. İlaç yan etkisi, depresif bozukluk, hipotiroidi gibi demans benzeri semptomlara yol açan durumlar tedavi edildiğinde bilişsel bozukluk düzelebilmektedir (16). Plasman ve arkadaşları 2008'de ABD'de yaptıkları bir araştırmada demans eşiğine erişmeyen ölçülebilir bilişsel bozuklukların nedenlerini araştırmışlardır. Plasman ve arkadaşları yaptıkları araştırmada hafif bilişsel bozuklukların nedenlerinin prodrom dönemde AH (%34,2), diyabet (%23,9), inme (%15,5), vasküler bilişsel azalma (%10,1), nörolojik durumlar (%5,2), depresyon (%5,1), amnezi (%2,8), alkol istismarı (%1,7), öğrenme bozuklukları (%1,9) olduğunu saptamışlardır (30). Bu nedenlerin çoğu erken evrede tanı aldığında tedavi edilebilir ve bilişsel işlev geri kazanılabilir.

HBB için net şekilde önerilen bir tedavi şekli yoktur. Hastanın halen demans belirtileri gösterdiği ve demans gibi tedavi edilmesi gerekliliğini gösteren açık kanıtlar olmamasına rağmen AH'de kullanılan tedaviler HBB'li hastalarda tedavi amaçlı denenmektedir. Hastalığın ilerlemesinin engellenmesinde, amiloid plakları veya norofibriller yumağın temeli olan anormal tau protein yapısını sabitleme ve geriye çevirme tedavileri nörotransmitter tedavilerinden daha büyük rol oynamaktadır (55). Fonksiyonel yetersizliğin ortaya çıkışını önleyici ve geciktirici önlemler önemlidir ve bu girişimlerin sonuçları başarılı olabilir. Hastalarda belleğin yeniden eğitimi gibi ilaç dışı yaklaşımların rolü ve bellek sorunları olan hastalarda fonksiyonel yetersizliği azaltan yeni teknolojilerin kullanımı unutulmamalıdır (58, 62).

Demans için artmış risk ile ilişkili olması nedeniyle, erken Alzheimer ile normal yaşlılık arasında geçiş aşaması olarak kabul edilen hafif bilişsel bozukluğun hekimler tarafından yakından izlenilmesi gerektiği bildirilmektedir (58,62). HBB'nin demansa ilerlemesini artırıcı nedenler olduğundan vasküler risk etmenleri ve ek hastalıklar da taranmalı ve uygun şekilde tedavi edilmelidir (58,62).

## **2.6. Demans**

Demans; beyin (kortikal demans) ya da beyin dışı bir hastalığa bağlı (subkortikal demans) beyin hücrelerinin hasarı ve ölümü ile sonuçlanan, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Bellekteki bozulaya ek olarak dil, görsel-uzamsal ve yönetici işlevler gibi diğer bilişsel alanların en az birinde mesleksi ya da sosyal işlevi bozan azalma ile seyreden bir sendromdur. Amerikan Psikiyatri Derneği Tanı ve İstatistik El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) demans sosyal ve mesleki yaşamı etkileyen zihinsel yetilerin (bilişsel işlev) kaybı olarak tanımlanır (63, 64). Semptomları beyindeki yapısal kimyasal değişimlere bağlı; bellekte, akıl yürütmede, iletişim ve günlük aktiviteleri yapabilme yeteneğinde bozulma ve temel bedensel fonksiyonlarda azalmadır. Pek çok hastalık demansa neden olabilir. AH ve serebrovasküler iskemi en sık iki nedendir ve bazı demans hastalarında bu iki hastalık birlikte de bulunabilir (%30). Bu iki demans tipi geridönüşüzdür. Hipotiroidi ve B12 vitamini yetersizliği demans benzeri tabloya neden olabilir. Ancak yerine koyma tedavisi ile tablo düzelir. Genellikle 65 yaş ve üstü kişileri etkiler. Erken evrelerinde, bellekten daha fazla davranış ve kişilik üzerine dramatik etkileri vardır. Hastalığın ilerleyişi kişiden kişiye ve demansın tipine göre farklılıklar gösterir (16,20, 62,64,65).

### **2.6.1. Demans prevalansı**

Demans görülme sıklığı yaş artışı ile doğru orantılı olarak artmaktadır ve 65 yaş üstü genel nüfusun %3 ile %11'ini, 85 yaş üstündekilerin %25 ile %47'sini etkilemektedir (11). Altmışbeş yaş altında demans görülme oranı ise %2'dir (71).

Avustralya'da aile hekimleri tarafından görülen her 1,000 hastanın 10'unda orta ve ciddi demans, diğer 10'unda ise ılımlı demans bulunması beklenmektedir (37).

“Alzheimer's Disease International” adına Ferri ve arkadaşlarının 2005 yılında tüm Avrupa'da yürüttükleri demans prevalans çalışmasında Avrupa ortalaması tüm

yaşlar için %1,13 olarak hesaplanmıştır. Türkiye bu çalışmada 30-74 yaş grubunda 129.715 kişi ile yer almış ve demans prevalansı %0,11 olarak hesaplanmıştır (17). Ferri'nin çalışmasında demans insidansında yaşla artışı görmek mümkündür. 60-64 yaş arasında 0,4 olan demans prevalansı 90 yaş üzerinde 30,8'e yükselmektedir. Aynı raporun sonuç bölümünde Avrupa'da demanslı kişi sayısının 6,1 milyon olduğu ve bu rakamın her 20 yılda bir ikiye katlandığı ve yakın gelecekte ölümlerin büyük bölümünü oluşturacağı bildirilmektedir (17). Ferri ve arkadaşları dünyada yaklaşık 24,3 milyon demanslı insan olduğunu ve her yıl 4,6 milyon yeni olgunun bu sayıya eklendiğini de bildirmişlerdir (17).

Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği (ADI) 2008 yayınında, tüm dünyada 30 milyon demanslı hasta olduğunu ve her yıl bu sayıya 4,6 milyon yeni olgu eklendiğini, 2050 yılında bu sayının 100 milyona ulaşacağını bildirmektedir (71). Uluslararası Alzheimer Hastalığı Derneği'nin yaptığı bir metaanalizde tüm dünyada demans prevalansları bölge ve yaşa göre Çizelge 2.2'de verilmiştir.

**Çizelge 2.2.** ADI Konsensusu'nun tüm dünyada demans prevalans tahminleri.

Bölge	Yaş					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
<b>Batı Avrupa</b>	0.9	1.5	3.6	6.0	12.2	24.8
<b>Doğu Avrupa</b>	0.9	1.3	3.2	5.8	12.2	24.7
<b>Kuzey Amerika</b>	0.8	1.7	3.3	6.5	12.8	30.1
<b>Güney Amerika</b>	0.8	1.7	3.4	7.6	14.8	33.2
<b>Orta Doğu</b>	0.9	1.8	3.5	6.6	13.9	25.5
<b>Japonya, Australya, NZ</b>	0.6	1.4	2.6	7.0	10.4	22.1
<b>Çin</b>	0.6	1.7	3.7	4.7	14.4	26.2
<b>Sahra Altı Bölgesi</b>	0.3	0.6	1.3	2.3	4.3	9.7

Bu rakamlar bize demans prevalansının bölgelere göre değiştiğini göstermektedir. Bu değişiklikler doğuştan beklenen yaşam süresi ile birlikte yaşam biçiminin de demans prevalansında etkili olduğunu göstermektedir.

Onyeddi ülkede 47 bütünlüyci (ek) analiz anketi, 60-69 yaş arasındaki kişiler arasındaki herhangi bir nedenden demans oranını yaklaşık olarak %1 olarak bildirmiştir. 90-95 yaş arasındakilerde ise bu oran %39'a yükselmiştir. Demansın prevalansı her 5,1 yaş artış için 2 kat artmaktadır (66). Amerikan Alzheimer Derneği

2012 raporu, 65 yaş üstündeki 8 Amerika'lıdan birinde AH olduğunu ve AH'nin ABD'de 8'inci ölüm nedeni olduğunu bildirmektedir.

Ülkemizde bu konuda yapılmış çok geniş bir çalışma olmamasına rağmen yapılmış üç kesitsel çalışmada demans prevalansı sırasıyla %8,4 (67) , %20 (68) ve %14,4 (69) olarak saptanmıştır.

Yakın gelecekte, gelişmekte olan ülkelerde de demans oranının alarm düzeyine gelecek kadar artacağı tahmin edilmektedir (66).

### **2.6.2. Demansda risk etmenleri**

Yaş, demans için en iyi çalışılmış ve en kuvvetli risk etmenidir (16). Altmışbeş yaş altında çok az görülür. Çizelge 2.2'de görüldüğü gibi yaşın ilerlemesi ile insidans ve prevalans hızla artar (71). Altmışbeş yaşındaki bir kişide gelecek 10 yıl içinde demans gelişme riski %1 iken, 75 yaşında bu oran yedi misli ve 85 yaşında çarpıcı bir şekilde 20 kat artar (17). Klinik pratik ve yapılan araştırmalar hastalığın yükünün, yaşlı nüfusu fazla toplumlarda hızla arttığını göstermektedir (71).

Kadınların erkeklerden daha uzun yaşamasına bağlı olarak demansın kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü yönünde yayınlar vardır. Amerikan Alzheimer Derneği 2012 raporuna göre Amerika'da AH olanların üçte ikisi kadındır. Altmışbeş yaş üzerindeki 5,2 milyon AH'nin 3,4 milyonu kadın 1,8 milyonu erkektir (70). Bunun nedeninin kadınların erkeklerden daha uzun yaşaması olduğu düşünülerek yaşa özgün yapılan çalışmalarda kadın ve erkek arasında demans gelişmesine dair önemli farklılık olmadığı saptanmıştır (70).

Eğitim yıllarına göre yapılan çalışmalarda eğitim yılı düşük olan kişilerin demans riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (72)

Demans için biyolojik risk etmenleri 2 temel grupta değerlendirilebilir (73).

#### **1. Genetik risk etmenleri**

Olguların %5'inden azında otozomal dominant bir genetik geçişe bağlı aile öyküsü vardır. Ancak genetik etmenler aile öyküsü olmayan hastalarda da rol oynayabilir. Apolipoprotein E geni AH için risk etmenidir. APOE e4 geni pozitif kişilerde demans daha erken yaşlarda gelişmektedir. APOE e4'ün vasküler risk etmenleri ile de etkileştiği ve demans gelişme riskini artırdığı ileri sürülmektedir.

## 2. Vasküler risk etmenleri

Vasküler etmenlerin demans gelişimindeki rolünü gösteren oldukça fazla kanıt vardır. Hipertansiyon, diyabet, sigara içme, kalp hastalıkları gibi vasküler nedenlerin demans riskini artırdığı gösterilmiştir (73). Bu ilişki için açıklama olarak bu hastalıkların yaşlılarda birlikte olması, vasküler ve serebrovasküler hastalıkların AH'yi hızlandırması, demansın additif ve sinerjistik patogenezi ileri sürülmektedir. Ateroskleroz AH ile çeşitli vasküler risk etmenleri arasında aracılık eden mekanizmalardan biri olarak varsayılmaktadır (40). Atriyal fibrilasyon da demans riskini artıran etmenlerden biridir (75).

Depresyon, Down Sendromu, aile öyküsü kesin riskler olarak değerlendirilirken kafa travması, ağır sigara içiciliği, post menopozal hormon terapisi olası risk etmenleri olarak kabul edilmektedirler (16, 75). Demansın gelişiminde etnik grup ve gelişim hızı arasındaki ilişki karmaşıktır ve net olarak anlaşılmış değildir (71).

### 2.6.3. Demansta tarama

Semptomu olmayan yaşlı insanlarda demansın rutin taranmasının yararlı olduğuna dair kanıt bulunmamaktadır (16,18,65,74,75). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) genel nüfusun demans açısından taranmasını önermez (76). Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) yaşlı nüfusun demans açısından rutin taranması için olumlu veya olumsuz yönde destek verecek yeterli kanıtın olmadığını belirtir (77). USPSTF taramanın bilişsel bozulma lehine klinisyenin şüphesinin veya bir bildirim varlığında yapılması gerektiğini bildirir (65, 77).

Rutin fizik muayene ve özellikle aile üyeleri hastanın söylediklerini doğrulamak için ortamda bulunmuyorsa hastanın öyküsü demans için özgül değildir. Demansın bazı tiplerinde bulunan yürüyüş ve konuşma bozuklukları gibi nörolojik işaretler genellikle geç bulgulardır ve demans taraması için duyarlı veya özgül olma yeterliliğinde değildir (77). MMSE, Kısa Mental Durum Testi (STMS), Mini-Cog, Saat Çizme Testi, Pratisyen Hekim Bilişsel Değerlendirme testi (GPCOG) yaşlı kişilerde bilişsel işlev değerlendirilmesinde tarama amaçlı kullanılabilen testlerdendir (78,79). MMSE bu amaçlı en sık kullanılan testtir (77).

Normal durumun demanstan ayırımında bir testin diğerine üstünlüğünü gösteren yeterli kanıt bulunmamaktadır (62).

Tarama testleri ile demans tanısı almamış kişileri saptamak mümkün olabilir. Erken evrede tanı konması geri dönüşlü demans nedenlerinin belirlenmesini ve erken evrede tedavisini sağlama yanında geri dönüşlü olmayan demanslarda ilerleme hızını yavaşlatabilme şansı sağlayabilir. Hasta ve aile demans konusunda bilgilendirilir ve hastalığın ileri evrelerine hazırlık yapma şansları olur (65).

#### **2.6.4. Demans semptomları**

Demansın nedenine göre doğal seyri farklı olur. Bununla birlikte genellikle, zihinsel ve diğer bilişsel yeteneklerin kaybı 2 ile 10 yıl arasında meydana gelir. Demans, semptomları erken (hafif), orta ve geç (ciddi) dönem semptomları olarak sınıflandırılabilir. Kişilik ve davranış değişimleri her evrede gelişebilir (80). Depresyon demanslı hastaların %40'ını etkiler. Depresif belirtiler, beyin monoamin sistemindeki bozulma derecesi ile ilişkilidir. Genellikle hafif ve orta demanslılarda görünür ve anoreksiya, kilo kaybı ve insomnia gibi vejetatif semptomlarla seyreder. Hastalarda genelde yaptıkları işlere karşı ilgi kaybı, üzüntü ve keder hali, anksiyete ve huzursuzluk gözlemlenebilir. Depresyon vasküler ve erken evre demansda yaygındır. Depresyon demanstaki yetersizliği arttırabilir. Demans gelişen pek çok hastada kilo kaybı diğer bulgulardan önce ortaya çıkar (79,80,81).

Psikoz (halüsinasyon, sanrılar) demanslı hastaların %25'inde görülür (80). Sanrılar genellikle paranoid tiptedir ve sistematik ve sabit olmaktan çok gelip geçici tarzdadır. Çoğunlukla orta evre hastalarda görülür. Erken başlangıçlı sanrılar kötü prognoz göstergesidir. Kendi evini ve insanları tanıyamama, aynadaki görüntüsünü başkası sanma şeklinde yanlış tanımlar olabilir. Yanlış algılama ve halüsinasyonlar, çoğunlukla ileri evrelerde yaygındır ve kötü prognoz göstergesidir. Görme halüsinasyonları işitme halüsinasyonlarından daha siktir. Hastaların %11'inde genellikle görme ile ilişkili halüsinasyonlar vardır (79,81).

Demansın tipine bağlı olarak farklı evrelerde motor ve diğer bölgesel nörolojik bozukluklar görülebilir. Bu bulgular erken evre vasküler demans ve geç evre AH'da görülür (80).

Psikoz olmayan davranış bozuklukları görüldüğünde çevresel etmenler, akut fiziksel hastalıklar ve rahatsızlıklar dışlanmalıdır. Sanrılar ve saldırgan davranışlar arasında ilişki vardır ve saldırgan davranışlar değerlendirilmelidir (81).

Erken evrede, kısa dönem bellek ve dil fonksiyonlarında (özellikle sözcük bulmada) azalma vardır. Afazi, agnozi ve apraksi gelişebilir. Yönetmel işlevler bozulur. Apati yaygındır. Yeni tanıştığı kişilerin isimlerini unutabilir veya alışverişte kaybolabilir. Eskiden yaptığı kompleks etkinlikleri yapmada, talimatlara uymada ve günlük rutin işlerini yapmada zorlanır. Alınganlık yaygındır. Sinirli, tedirgin ve düşmanca olabilir. Hafif demanslılar evdeki günlük rutinlerini genellikle yapabilirler (80).

Orta demansta, günlük basit aktivitelerde bozulmalar (banyo, tuvalet, giyinme) yatak odası, banyo gibi bilindik alanlarda kaybolma başlar; düşmeler, karıştırma ve yetersiz karar vermenin getirdiği kötü olaylar olabilir. Kişilik değişimi ilerleyicidir. Sinirli, anksiyöz, bencil, inatçı, çabuk sinirlenen olabileceği gibi daha sakin, depresif veya sosyal statü kayıpları içinde olabilirler. Psikotik semptomlar ortaya çıkabilir. Hastaların %25'inde önemli paranoyalar olur. Davranış sorunları gelişebilir. Amaçsızca dolaşma ciddi bir davranış bozukluğudur. Kişi fiziksel agresif, ajite veya uygunsuz cinsel davranışlarda bulunabilir. Uyku düzeni sıklıkla bozulmuştur (80).

Ciddi demansta, en basit günlük aktiviteleri yapamaz ve başkalarına bağımlı hale gelir. Uzak ve yakın belleklerini kaybederler, yakın aile üyelerini tanıyamazlar. Yürüme yeteneği demanstan etkilenir ancak bu etkilenme genellikle son dönemde olur ve yatağa bağlı hale gelebilirler. Bası ülserleri için risk artar. Bu fonksiyonel gereksinim durumu hastanın bir bakımevine yatırılmasını ya da benzer desteğin evde verilmesini gerektirir. Son dönem demans, koma ve ölüm ile sonlanır. Ölümler genellikle solunum sistemi, deri ve üriner sistem kaynaklı infeksiyonlara bağlıdır (80).

#### **2.6.5. Olası demans bulguları**

Sinsi bir gelişim gösteren demansta bellek kaybı genellikle ilk bulgudur. Ancak bu durum çoğu kez hasta ve yakınları tarafından yaşlanmanın getirisi bir unutkanlık olarak değerlendirilir. Bellekte azalma ve yüksek bilişsel işlevlerden en az birinin bozulması varsa demans açısından değerlendirmesi önerilir. Hastada gözlenen kişinin demans olma olasılığını düşündüren bazı erken işaretler vardır (18,82,83):

- Günlük aktiviteleri etkileyen boyutta bellek, düşünce, planlama ve organizasyon yapmada azalma,
- Devamlı tekrarlama, bazı sorular sorma, karar verememe, sürekli acayip şeyler söyleme gibi iletişim sorunları,

- Kelimeleri bulma veya diğer dil yeteneklerinde azalma,
- Motivasyon ve duygusal kontrol azalması veya duygusal değişkenlik, iritabilite, apati ve sosyal davranışlarda kabalık gibi açıkça gözlenen sosyal davranış değişiklikleri (81).

#### **2.6.6. Demanstan şüphelenmek**

Hekimler, demans olasılığını üç şekilde fark edebilir:

- Bellekte ve düşünmede azalmanın, günlük aktivitelere engel olan davranış bozukları varlığının hasta veya ailesi tarafından söylenmesi,
- Diğer hastalıkları için takipte olan yaşlının öz bakımında, sosyal ilişkilerinde bozulmanın ve unutmanın gözlenmesi,
- Tarama yaparak (81, 84).

#### **2.6.7. Demansta tanı**

Yaşlılarda bilişsel kayıp önemli bir işarettir. Aile hekimleri yaşlının mevcut hastalıklarını tedavi ederken, öz bakımında ve günlük aktivitelerinde azalma veya bozulma, sosyal ilişkilerde gerileme gibi demansın erken işaretleri konusunda uyanık olmalıdır (81). Demans tanısı; klinik öykü, fizik muayene ve kısa bilişsel teste dayalı bütünlleştirici bir temele dayanır. Bir dizi temel laboratuvar testleri de ayırıcı tanı için önerilir (85).

Demansta, bellek kaybına ek dil, motor, algı ve yürütme gibi özgül bilişsel işlevlerde çeşitlilik gösteren ilerleyeci bozulmalar ve gelişen bilişsel kapasitedeki azalmalar kişinin günlük aktivitelerini ciddi şekilde etkilemelidir. İçinde bulunan durumun deliryum veya major psikiyatrik bozukluk gibi başka hastalıklar ile açıklanamaz olması gerekmektedir (51,64,66,78,86,87). DSM-IM Alzheimer tipi demans için tanı kriterleri belirlemiştir (64):

**A.** Birden fazla bilişsel alanı içeren bozukluk, aşağıdaki iki maddeyi de kapsayacak şekildedir;

1. Bellek bozukluğu (yeni bir bilgi öğrenme ve öğrenilmiş eski bir bilgiyi hatırlama yeteneğinde bozulma)
2. Aşağıda sıralanan bilişsel bozuklardan en az biri ya da daha fazlası;
  - a. Afazi (dil bozukluğu)

b. Apraksi (motor işlevlerin normal olmasına rağmen belirli motor hareketleri yapma yeteneğinde bozulma)

c. Agnozi (duyusal işlevlerde bozulma olmamasına karşın nesnelere tanıma güçlüğü)

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

**B.** A1 ve A2’de tanımlanan bilişsel bozukluklar kişinin toplumsal ve mesleki işlevselliğini ciddi biçimde bozmalı ve kişi eski işlevsellik düzeyine göre anlamlı bir gerilemede olmalıdır.

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

**D.** A1 ve A2’de tanımlanan bilişsel bozukluklar aşağıdaki nedenlerden herhangi birine bağlı değildir;

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

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

3. İlaçlar ve madde kullanımı ile ilgili durumlar

**E.** Bozukluklar delirium seyri dışında ortaya çıkmıştır.

**F.** Bozukluk başka bir Eksen I hastalığı ile açıklanabilir nitelikte değildir.

### **Tanı yaklaşımı**

Demans tanısı için özgün bir laboratuvar testi yoktur. Tanı öykü ve fizik muayene sonrası şüphelenmeye bağlı olarak nöropsikolojik testlerle konur ve ayırıcı tanı ile diğer bilişsel bozukluğa yol açan etmenlerin dışlanması ile doğrulanır.

### **Öykü**

Öykü; hasta, aile veya diğer bakım verenlerden alınmalıdır (79, 81). Öykü, bellek kaybı, kafa travması, alkol ve diğer maddelere maruz kalma, bölgesel kuvvet kaybı, yürüyüş bozukluğu, aile öyküsü, mevcut ek hastalıkları ve aldığı tedaviler, kullandığı ilaçlar gibi konuları kapsamalıdır.

Demanslı hastaların çoğunun bellek yakınması yoktur. Hastada bellek kaybı olduğu çoğu kez hastanın eşi veya yakını tarafından hekime iletilir. Kimi zaman da demans işaretçisi olan bulgu aile tarafından “yaşlanma”nın sonucu olarak yanlış değerlendirilmektedir. Aile üyelerinden, bilişsel ve davranışsal değişikliklerin başlangıç zamanı konusunda bilgi edinilebilir. Demans sinsi başlangıçlı olduğundan, hastalar ve bilgi verenler genellikle semptomların başlangıç zamanından emin olamayabilirler. "Bellek kaybını ilk kez ne zaman fark ettiniz?", "nasıl bir bellek kaybı?", “bellek kaybı ilk fark edildiğinden bu yana ilerledi mi?" soruları yardımcı olabilir (88). Kullandığı ilaçların öğrenilmesi özellikle önemlidir. Bilişi bozabilecek ilaçların kullanımı aranmalıdır (88).

Öz bakım, tuvalet kullanımı, bir yerden bir yere gidebilme, para kullanımı, ilaçlarını alabilme, yemek yapma ve alışverişe gidebilme gibi günlük yaşam aktiviteleri hakkında sorular sorarak fonksiyonel durum hakkında bilgi edinilebilir (79).

### **Fizik muayene**

Bölgesel kuvvet kayıpların, yürüyüşte ve konuşmada bozuklukların, rijitide, tremor, bradikinezi gibi ekstrapramidal işaretlerin kontrollerinin yapıldığı nörolojik muayenenin de olduğu kapsamlı fizik muayene yapılmalıdır (79,88). Alzheimer hastalığında genellikle hastalığa özgü fizik muayene bulgusu olmamasına rağmen daha az sık rastlanan tiplerde fizik muayenedeki normal dışı bulgular ipucu olabilmektedir (89).

### **Bilişsel işlev değerlendirmesi**

Öykü ve mental durumun birlikte değerlendirilmesi demans tanısı için gerekliliktir. Mental durum değerlendirmesi normal; ancak bilişsel kayıp öyküsü varsa, muhtemel açıklama, orta demans, yüksek eğitilmiş olma ya da nadiren bilgi verenin yanlış bilgi vermesidir. Aksine mental durum değerlendirmesinde biliş kaybı var ancak aile ve hasta tarafından bilişsel kayıp varlığı onaylanmıyorsa akut konfüzyonel durum, çok düşük eğitime ve/veya zekâya sahip olma veya ailenin yetersiz tanımlaması açısından değerlendirme yapılmalıdır (88).

Mini-Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE), klinik uygulamada demans için en yaygın kullanılan bilişsel değerlendirme testidir (89). Folstein tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. Dil kullanımı, anımsama, hesap yapma, dikkat ve yer

oryantasyonu gibi bilişsel yetenekleri test eder. MMSE’de toplam ulaşılabilecek en fazla değer 30 puandır. Yirmidört’ten az puan demansı düşündürür (90). Testin sensitivitesi %71-92, spesivitesi %56-96, pozitif prediktif değeri %15-72 ve negatif prediktif değeri %95-99 arasındadır. Büyük nüfus tabanlı örneklerde kesim değeri olarak 24 kullanıldığında, sensitivitesi %87 ve spesivitesi %82 olmaktadır. Testin puanlaması yaş, eğitim, dil, motor ve görme bozukluğundan etkilenebilir (88). Bu nedenle test yorumlanırken eğitim durumunu dikkate almak gerekmektedir (4). Testin HBB ölçmede doğruluğunu araştıran yeterli çalışma yoktur.

MMSE 7 alt skalayı değerlendiren sorular içerir (88);

1. Temporal oryantasyon indeksi: Yıl, mevsim, tarih, gün ve ay oryantasyonunu ölçen 5 soru (0-5 puan)

2. Fiziksel oryantasyon indeksi: Devlet, kent, semt, hastane, kat oryantasyonunu ölçen 5 soru (0-5 puan)

3. Toplam oryantasyon indeksi: Temporal ve fiziksel oryantasyonun toplamı 10 soru (0-10 puan)

4. Dil indeksi: Dil yetkinliğini değerlendiren 4 soru (0-4 puan)

5. Bellek indeksi: Yakın belleği ölçen 3 sözcüğü tekrarlama (0-3 puan)

6. Dikkat/konsantrasyon (çalışan bellek indeksi): Adlandırma, tekrarlama ve yazılanı anlama sorularından oluşan 8 soru (0-8) puan.

7. Motor indeksi: Motor becerileri değerlendiren (şekil kopyalama) ve anlamlı cümle kurmayı içeren 2 soru (0-2 puan)

Toplam MMSE skoru AH ve VaD arasında ayırım yapamaz ancak alt skalalar AH ve VaD’ı ayırmada yardımcı olabilir. AH olan kişiler temporal oryantasyon indeksi ve bellek indeksinde daha düşük puanlar alırken, VaD’lı hastalar motor indeksde ve Dikkat/konsantrasyon indeksinde daha düşük puanlar alır.

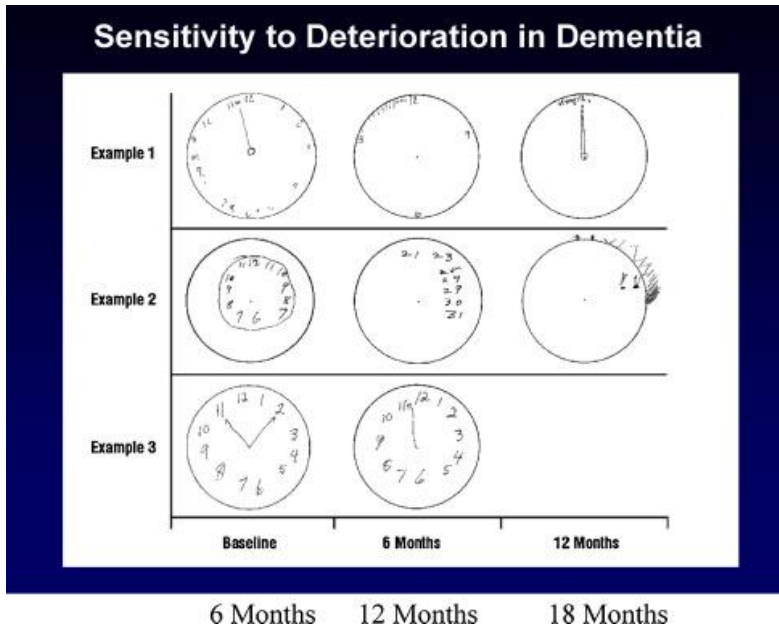
Mini-Cog 1989’da Sunderland ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş birincil bakımda bilişsel durum değerlendirilmesinde kullanılan ikinci en sık kullanılan testtir (90). Saat çizme testi ve ilgisiz üç kelimenin hatırlanmasını içerir. Sensitivitesi %79, spesivitesi %88’dir (90). MMSE’ye göre göreceli, daha kısa test süresi, uygulanım kolaylığı ve tanısıl değerinin kişinin eğitimi ve dil ile sınırlı olmayışı olumlu yönleridir (88). Az zaman alması nedeniyle epidemiyolojik yüzey araştırmalarında sık kullanılır. Bilişsel bozulmanın çok hafif olduğu HBB’ı saptayabilir. Test üç adımda yapılır. Önce hastaya birbiriyle ilişkisi olmayan 3 nesne adı söylenir ve anlayıp

anlamadığını ve işitme sorunu olup olmadığını anlamak için tekrar ettirilir. İkinci adımda hastaya, üzerinde bir saat çizilmiş kâğıt gösterilerek bir daire çizilmiş ya da boş bir kâğıda saatin onbiri on geçe olduğu bir saat ekranı çizmesi istenir. Üç dakika sonra üçüncü adıma geçilir ve verilen nesne adlarını tekrar etmesi istenir.

Skorlama, Geri çağrışım için; 0-3 puan: 0 puan demans olarak değerlendirilir. Bir ya da 2 puan alan kişiler saat çizme testinin sonucuna göre değerlendirilir. Saat çizme için; Normal bir saat çizme: 2 puan (demans yok), Bozuk saat çizme 0 puan (demans).

Yorum: Geri çağrışım + saat çizme = 0-2 puan: demans için (+) tarama

Gerçek çağrışım + saat çizme = 3-5 puan: Demans için (-) tarama



Şekil 2.1. Demansın evrelerinde saat çizmede bozulmalar (90).

Kısa Portabl Mental Durum Anketi; Yönelim, dikkat, geri çağrışım, aritmetik, soyutlama, bilgi ve gecikmiş (yaklaşık üç dakika) hatırlama öğelerini içerir. Orta şiddetli demansta makul ölçüde duyarlı ancak hafif demans olgularında nispeten duyarsızdır (88).

Saat Çizme Testi hızlı bir testtir. MMSE skoru ile ilişkili görünmektedir. Çok hafif demansın saptanmasında duyarlılığı sınırlıdır (88).

Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA) Nasreddine ve arkadaşları tarafından 2005’de HBB’yi tarama için tasarlanmış kısa bir testtir. Demanstan etkilenen bilişsel

işlevin çeşitli alanlarını değerlendirir. Test 30 puanlıktır ve yapılması 10 dakika alır. Yakın belleği, görsel-uzamsal işlevi, yönetsel işlevleri, dikkat/konsantrasyon ve çalışan belleği, dil becerilerini, zaman ve yer oryantasyonunu ölçer. Maksimum skor 30'dur. 25 ya da daha düşük skorlar bilişsel bozulmayı gösterir. HBB ve AH'yi tanımada sensitivitesi sırası ile %90-100'dür. Spesivitesi ise %87'dir (90).

Storey ve arkadaşları tarafından portabl ve çok kültürlü bilişsel değerlendirme skalası olarak tasarlanmış olan Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) bellek, tanıma, beceri, görsel-uzamsal işlev, yargı, dil becerilerini ölçen maksimum puanı 30 olan bir testtir. 23 puan bilişsel işlevlerde bozulma sınırındır. Sensitivitesi %89, spesivitesi %98'dir. Cinsiyet, eğitim ve dil farklılığından etkilenmez (90).

Birincil bakımda kullanılmak üzere tasarlanmış olan Genel Pratisyen Bilişsel Değerlendirme testi (GPCOG) iki bölümdür. Birinci bölüm hasta içindir ve zaman oryantasyonu, saat çizme, yeni olayları hatırlama, sözcük tekrarlamayı içeren 9 madde vardır. İkinci bölüm hastanın yakını ya da bakıcısı tarafından yanıtlanır ve 6 madde vardır. Yetmişbeş yaş üzeri bellek yakınması olan kişilerde sensitivitesi %85, spesivitesi %86'dır (90).

Kısa Portabl Mental Durum Anketi, Modifiye MMSE, Hopkins Verbal Learning Test, 7-Dakika Tarama birincil bakımda kullanılabilen diğer testlerdir ancak daha az kullanılırlar.

Birden fazla bilişsel yetinin değerlendirmesine olanak sağlayan nöropsikolojik değerlendirme testleri, bilişsel kaybın tipini ve miktarını, sonraki değerlendirmelerde yeni gelişen kayıpları değerlendirmede genellikle yararlı olurlar (79,88). Özellikle hafif, erken hastalık ve atipik tablolarda yardımcıdırlar (79). Ancak uygulayan kişinin yorumu, uygulama koşulları, hastanın eğitimi, hastanın teste uyumunu etkileyen etmenler gibi nedenler sonuç puanlamalarında farklılıklar yaratabilir. Bu nedenlerden dolayı demans tanısı ve ayırıcı tanısında tek başına kullanılmamalı, klinik değerlendirme ile beraber kullanılmadır (62,90). Her hastaya ayrıntılı nöropsikolojik testlerin rutin uygulanması gerekmemektedir. Demansın nedenlerinin ayrımında iyi alınmış bir öykü, fizik muayene ve MMSE birlikteliği çoğunlukla nöropsikolojik testlerden daha iyidir (80). Normal durumun demanstan ayrımı amacıyla kullanılacak pek çok psikometrik test olmakla birlikte bir testin diğerine tercih edilmesini önermek için yeterli kanıt bulunmamaktadır (62).

### **Laboratuvar Testleri**

Demans tanısı için özgün bir laboratuvar testi yoktur. Laboratuvar testleri, olası tedavi edilebilir demans benzeri tabloya yol açan nedenleri dışlamak amacıyla kullanılır.

B12 vitamini eksikliği ve hipotiroidi ölçümleri rutin çalışılan ve mutlaka yapılması önerilen testlerdir. Tam kan sayımı, elektrolitler, kan şekeri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinin rutin çalışması tartışmalıdır ve bu testlerin çalışılmasını desteklemek ya da çürütmek için açık bir veri yoktur (80,88,91). Sifiliz için serolojik testler, ilaç düzeyleri, enfeksiyonu göstermek amaçlı beyin omurilik sıvısı incelenmesi ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) yüksek klinik şüphe durumunda çalışılması önerilen laboratuvar testleridir (79,80,81,88,91).

### **Nörogörüntüleme**

Demansı olan hastalarda beyin görüntüleme yöntemlerinin kullanılması tartışmalı bir konudur. Nörogörüntüleme beyin bölgelerinin hacmi ve şekli açısından bilgi verir. Normal basınçlı hidrosefali, kronik subdural hematoma ve beyin tümörleri gibi potansiyel geri dönüşümlü yapısal anormallikleri saptamada yararlıdır (72,80). Amerikan Nöroloji Akademisi (AAN), demans olan tüm hastalarda rutin olarak ilk değerlendirmede kontrastsız bir bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) veya magnetik rezonans görüntüleme (MRI) ya da yapısal beyin görüntüleme önerse de pek çok rehber bu uygulamayı desteklemez. Altmış yaş altında başlayan, açıklanamamış bölgesel bulguları olan, ani başlayan, haftalar ve aylar içinde gelişen hızlı bozulması olan, metastazik kanser ve anti koagülan kullanımı öyküleri olan kişilerde nörogörüntüleme önerilir (79,88). Eğer mümkünse MRI çoğu kafa içi patolojileri tespit etmede daha duyarlı olduğundan BT'ye tercih edilir (86).

İşlevsel beyin görüntüleme yöntemleri olan Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ve Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografisi (SPECT) gibi işlevsel beyin görüntüleme teknikleri beyin hücrelerinin nasıl olduğunu gösterir. Günümüzde demans tanısındaki rolleri sınırlıdır. Nörodejeneratif demans ayırıcı tanısında, frontotemporal demansın tanısı şüpheli olduğunda ve atipik AH tablosu varlığında kullanılabilir (62,72,80,86,88,92).

## Biyomarkerlar

A $\beta$  peptid (A $\beta$ 42), toplam Tau (T-Tau) ve fosforile Tau (P-Tau) gibi beyin omurilik sıvısı (BOS) markerları, tanıda belirsizlik veya atipik bulgularla seyreden AH'nin tanısında kullanılabilir (62, 92).

Farklı demans tipleri farklı klinik belirtiler gösterebilir ve mikroskopik beyin anormallikleri ile ayırt edilirler (93). Alt tip ayırımında yapısal beyin görüntüleme yöntemleri, işlevsel beyin görüntüleme yöntemleri ve biyomarker ölçümü tanısall yaklaşımlardır. Ancak henüz aile hekimlerinin bu testleri kullanması önerilmemektedir (85).

Demans şüphesi olan hastalarda ilk değerlendirme için AAFP'nin kanıta dayalı klinik önerileri Çizelge 2.3'de gösterilmiştir.

**Çizelge 2.3.** Demans şüphesi olan hastalarda ilk değerlendirme (18).

Demans Şüphesi Olan Hastalarda İlk Değerlendirme	
<i>Anahtar Klinik Öneriler</i>	<i>Öneri Derecesi</i>
Hekimler hastaların bilişsel bozulmasını MMSE gibi kendilerine aşina olan bir test kullanarak ve ustaca ölçmelidirler	C
İlk laboratuvar değerlendirmesinde tam kan sayımı, tiroid stümülant hormon, serum elektrolitleri, serum kalsiyumu, serum glikozu ölçülmelidir.	C
Yapısal görüntüleme (kontrastsız BT ya da MRI) yapılmalıdır.	C
Nöropsikolojik testlerin rutin kullanımı önerilmez.	C
Kapsamlı ve tam bir öykü, aile üyeleri ile müzakere ve depresyon için hastanın değerlendirmesini içermelidir. Geriatrik Depresyon Skalası kullanılan enstrümanlar için bir örnektir.	C

### 2.6.8. Demansın ayırıcı tanısı

Yaş ile ilişkili normal biliş değişimleri, hafif veya orta entelektüel yetersizlik, ciddi sosyal çevre yetersizliği ve sınırlı eğitime bağlı normalin altında bilişsel yetenek gibi durumlar demans bulguları ile benzer bulgular verebilir (81,94,95).

Yaşlılarda izlenen bilişsel değişiklikler yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişimden demansa kadar uzanabilen çeşitlilikte olabilir (96). Normal yaşlılık bulguları ile sinsi ve çok değişken olabilen demans belirtilerinin ayırımında yaşanan zorluklar hastalığın tanısında sıkıntı yaratabilmektedir. Demansı olmayan yaşlıların yaklaşık %25'i bellek azalmasından yakınır. Yaşlılığa bağlı bellek azalması yaşayanlarda konuşma yeteneği normaldir. Yaşlılığa bağlı bilişsel azalmada, yeni şeylerin öğrenilmesinde ve yakın bellekte göreceli olarak azalma olmasına rağmen günlük yaşam etkilenmez

(81,94,95). Demanslı hasta yeni bir şey öğrenemezken yaşlılığa bağlı bilişsel azalması olan kişiler yeni beceriler öğrenebilirler (94).

Geriatrik uygulamada yaşlı hastalarda yapılacak bilişsel değerlendirmede demans, depresyon, deliryum ve ilaç etkisi ayrımı yapılmalıdır. Değerlendirmede hastanın yaşının, eğitim düzeyinin, kültürel yapısının, komorbid hastalıklarının etkileri dikkate alınmalıdır (81).

Demans ve deliryumun patofizyolojileri ve klinik yansımaları farklıdır. Delirium genellikle akut başlangıçlı ve bulanık bir algı ile seyreder. Hastalarda bilinç düzeyinde dalgalanmalar, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü olabilir. Ancak, bu iki durumun birlikte bulunabilmesi ve yaşlı hastalarda deliryumun genç erişkinlere göre daha yavaş gelişme eğiliminde olması nedeniyle ayırıcı tanılarının yapılması gerekebilir (88,97,98).

Demans ve depresyon yaşlı kişilerde sık rastlanan bozukluklardandır. Yaşlılardaki depresyon, psikolojik, genetik, beyin değişimleri, tıbbi durumlar gibi pek çok sebebe bağlı olabilir. Depresyon tüm demans tiplerinde sık rastlanan ve çeşitli nedenlere bağlı gelişebilen bir durumdur. Sağlık harcamalarında artma, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinde azalma gibi etkileri vardır. İki hastalığın belirtileri iç içe geçmiş olabileceğinden ayırım yapılması zor olabilir ancak hastalar uygun şekilde tedavi edilmelidir. Depresyon demans benzeri tablo ile seyredebildiği gibi erken dönemlerde demans depresif belirtiler ile ortaya çıkabilir. Demanslı hastada aynı anda depresyon da olabileceğinden bilişsel test sonuçları daha düşük çıkabilir. Geçmişteki depresyon öyküsü, yeni başlangıçlı semptomlar, iştah azalması ve kilo kaybı, depresif duygu durumu, intihar ve suçluluk duygusu beyanı depresyon tanısını destekleyen bulgulardır (81,99). Geriatrik Depresyon Ölçeği, Montgomery ve Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CSDD) demanslı hastalarda depresyon varlığını ve şiddetini belirlemek için kullanılacak araştırma araçlarındandır (99). DSÖ demans ya da depresyon şüphesi olan yaşlı hastalarda geriatrik depresyon ölçeği ve MMSE'nin birlikte uygulanmasını önerir (3).

Bazı ilaçlar bilişsel bozulmaya neden olabilir ya da var olan bilişsel bozulmayı ağırlaştırabilirler. Kullanılan ilacın dozunun artırımında ya da tedaviye yeni ilaç eklendiğinde ve bazen de kullanılan ilaç kesildiğinde sorunlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle kullanılan ilaçların tam listesinin edinilmesi önemlidir (81). Antidepresanlar,

lityum, basit sakinleştiriciler, antikolinergikler, antikonvülzanlar, hipoglisemi yapan antidiyabetikler, antihistaminikler, kortikosteroidler, beta blokerler, siproflaksasinler, kinin, teofilin, digoksin, dopamine agonistleri, non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar bu tür durumlara neden olabilecek ilaçlardandır (81).

Şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar da demans benzeri tablo ortaya koyabilirler (81). Parkinson hastalığı, tiroid sorunları, depresyon, vitamin eksiklikleri, infeksiyonlar, beyin tümörleri veya aşırı alkol kullanımı gibi demans benzeri tabloya neden olabilen durumlar demans tanısı konmadan önce ekarte edilmelidirler (100).

### **2.6.9. Demansın tedavisi**

Farklı demans tiplerinin belirtileri aynı anda olabilir ve mevcut tedaviyi daha karmaşık hale getirebilir (93). Bu nedenle demans olasılığı yüksek durumlarda tanının doğrulanması için yapılan değerlendirmede ayırıcı tanı, hastalığın şiddetinin ve yetersizlik derecesinin belirlenmesi, eşlik eden durumların araştırılması gerekmektedir (81).

Hekim tanıyı doğruladıktan ve hastanın değer yargılarını, aile dinamiklerini anlamaya çalıştıktan sonra hastaya tanıyı açıklamak zorundadır. Eğer hasta anlamada zorlanıyorsa bu durumda hekim önce aile ile konuşabilir. Demansın klinik gidişi ve tedavi seçenekleri hakkında görüşülmeli, hastanın ve ailenin konu ile ilgili soruları için vakit ayrılmalıdır. Demans hakkında bilgilendirme kitapçıkları verilmelidir (80).

Hastalığın yönetiminin planlanması hasta ve ailesiyle beraber yapılmalıdır. Planlama yapılırken hastalığın o anki evresi, uzun dönemde yapılabilecekler ve izlem konuları göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta ve aile ile düzenli görüşme, gerektiğinde ek görüşme, uzman geritrist ya da nörologlarla diyalog içinde olma demans bakım planının bileşenleridir (81).

Gerçekçi hedefler konulması, hastanın ruhsal durumunun değerlendirilmesi ve izlemi, hasta ve ailesi arasındaki ilişkinin devamının sağlanması, hasta ve ailesine mali ve yasal konular hakkında danışmanlık yapılması ve önerilerde bulunulması, profesyonel bakım önerisini göz önünde bulundurmak genel tedavi ilkeleridir (79).

Hastadaki semptomların belirlenip nedenlerinin anlaşılması ve hastalığa katkıda bulunan olası geri dönüşlü etmenlerin değerlendirilerek tedavi edilmesi, hastanın yaşam kalitesini ve günlük işlevselliğini oldukça düzeltebilir. Hastada gelişebilecek ciddi yetersizlikler geciktirilebilir (80).

Hastaların genel tıbbi sorunları ve tedavileri en uygun şekilde yönetilmelidir. Mevcut tedaviler, zihinsel işlevler üzerindeki yan etkileri en aza indirmek için düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Antikolinergik tedavilerden, çoklu ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Psikotrop tedavilerin sınırlanması gerekmektedir. Özellikle yalnız yaşayanlarda, tıbbi tedavi alma konusunda denetleme yapma hayat kurtarıcı olabilir (79,80,81).

Hafif ve orta demanslı hastalar genellikle günlük işlerini en iyi tanıdıkları bir ortamda yapabildikleri için hastanın ortalama fonksiyonlarını yapabileceği uygun, güvenli ortam oluşturmak günlük işlevselliğin devamına ve artırılmasına yardımcı olabilir. Bu nedenle ev içi ve dışı riskler değerlendirilmeli ve uygun çözümler bulunmalıdır. Hastanın kullandığı aletler takip edilmeli, kullanım sonrası eğer gerekli ise kapatılmalı veya otomatik kapatmalı olanların tercihi sağlanmalıdır (79,80,81).

Hastanın yeterli beslenmesi çok önemlidir. Diyetle vitamin ve diğer gerekli maddelerin alım eksikliği, kilo kaybı veya aşırı kilo istenmeyen durumlardandır. Demansın ileri evrelerinde hastalar yemek yemeyi unuttukları için bakımveren kişilerin bu konuda bilgilendirilmesi gerekir.

Demanslı hastalar fiziksel aktivede bulunması için teşvik edilmelidir. Stres azaltıcı, beslenme düzenleyici ve beyin egzersizini artırıcı uygulamalar tedavi kapsamındaki uygulamalardandır (79,81).

Hastanın aşılama durumunun kontrolü ve uygun aşılama çizelgesi oluşturulması, önlenebilir infeksiyonlardan korunmada önemlidir. Bu çerçevede tetanoz, influenza ve pnömokok aşılı yapılabilir (81).

Müzik dinlerken yemek yeme, yürüyüş, ses ve görüntü kayıtlarının taklitlerini yapma, evcil hayvanlar ile tedavi ve hastanın anlama derecesine uygun sohbetler gibi davranışsal yöntemler kullanımı hastalık tedavisindeki farmakolojik olmayan tedavilerdendir (79,91).

Hastada varsa depresyon, ajitasyon ve psikozlar tedavi edilmelidir. Anksiyete, sosyal ve çevresel değişimlere yanıt verebilir. Eğer yanıt vermiyorsa hasta davranış değişiminden, telkinden veya ilaç tedavisinden yarar görebilir (81,91).

Depresif ruh hali tedavisinde uygun ilk tercih sosyal destek, uygun etkinlikler ve telkindir. Önemli derecede depresif olan kişiler bütün majör depresyon kriterlerini karşılamasa bile tedavi edilmelidir. Depresyonun tedavi edilmesi dikkat, konsantrasyon ve enerji düzeylerini düzeltir ve bazen demanslı hastalardaki

yetersizliği oldukça azaltır. Genellikle seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI) trisikliklere tercih edilir. Tedavide SSRI'lara (sertalin, paroksetin, essitalopiram) düşük doz ile başlanır ve tolere edilirse tedavi edici dozlara kadar artırılır. Tedaviden 6 ile 12 hafta sonra mental durum değerlendirmesi ve ruh hali değerlendirmesi tekrarlanmalıdır (81, 80). Demanstaki depresyonun nedenlerinin çeşitli olmasından dolayı farklı tedavi protokolleri kullanılabilir. Ancak demanstaki depresyonun nasıl tedavi edileceğine dair öneriler kısıtlı ve antidepresan kullanımını destekleyen öneriler tutarsızdır (99).

Hastadaki davranış problemleri, bakımın düzenlenmesini ve bakım verenlerin davranışlarını etkileyebilir. Demanslılarda davranış bozukluğu varlığında sakinleştirici kullanımı rutin olarak kontrol edilmelidir. Hafif duygu durum ve davranış sorunları için davranışsal yöntemlerin de uygulandığı ilaç dışı tedavi yaklaşımı öncelikli olarak düşünölmelidir. Davranış sorunlarını azaltabilecek stratejiler planlanmalıdır. Psikozun veya ajitasyonun yok edilmesinde çevresel düzenlemeler yetersiz olduğunda atipik antipsikotikler kullanılabilir. Ancak bu tür ilaçlara ilk basamak tedavi gözöyle bakılmamalı, ilk planda diğer yöntemler denenmeli ve ilaç tedavisi ile beraber devam edilmelidir. Bu ilaçlar serebrovasköler olay ve ölümler oranlarını artırabilir ve demans hastalarında, davranış bozukluklarının tedavisi için onaylanmış değildir. Altın kural **“düşük doz ile başla, dozu yan etki ve yarar takibi yaparak yavaş arttır”**dır. Sedasyon, konfüzyon, düşük kan basıncı ve parkinsonizm, davranışlarda paradoksal kötüleşme gibi yan etkiler ne yazık ki sıkça görölmektedir. Psikotropolar uzun süreli (süresiz) reçetelenmemeli ve kullanımları düzenli olarak kontrol edilmelidir. Psikoza bağlı olmayan davranış bozukluklarında ilaç yazmadan önce söz konusu durumun esas nedenine yönelik önlemler alınmalıdır (81,101,102).

Hastaların yaklaşık %25 ile %35'inde uyku bozukluğu bulunur. Uyku bozukluğu tedavi amaçlı kullanılan ilaçların yan etkisi de dâhil olmak üzere pek çok nedenle ortaya çıkabilir. Genellikle farmakolojik olmayan tedavi stratejileri tercih edilmektedir. Bir aktivite/egzersiz programı, gündüz uykularından kaçınma, akşam alkol ve kahve alımının ortadan kaldırılması bu hastalarda yararlıdır. Bozulmuş uyku yönetiminde küçük dozlarda sedatifler (trazodon) ve antihistaminikler kullanılabilir. Ancak ilaç tedavisi yan etkilerinden dolayı ilk basamak tedavi seçeneği olarak önerilmemektedir. Melatonin ve ışık tedavisi daha güvenli olmasına rağmen hastalarda etkinliği açısından kanıt yetersizdir (102).

Halen hastalığın belirlenen nöropatolojisini değiştiren veya demansı önleyeci olduğu ispatlanmış ilaç bulunmamaktadır (81). Kolinesteraz inhibitörleri (donapezil, rivastigmin, galantamin ve takrin) ve bir N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonisti olan memantin bilişsel belirtilerin tedavisinde kullanılabilir (79,91,103-107). Bu ilaçları hastaların yaklaşık yarısında belirtilerin 6-12 ay kadar daha kötüye gitmesini yavaşlatıcı olduğu Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır (106,108). Klinik çalışmalarda asetilkolinesteraz inhibitörlerinin bilişsel fonksiyonları iyileştirebilir ve/veya geciktirebilir veya hafif ve orta ciddi AH'de fonksiyonel ve bilişsel bozulmayı azaltabilir olduğu gösterilmiştir (81). Söz konusu ilaçlar asetilkolinesterazı inhibe eder, beyindeki asetil kolin değerlerini artırır (80). Takrin bilişsel fonksiyonlara orta derecede etkilidir ancak bu etkinin günlük yaşam aktive skorunda değişikliğe neden olacak düzeyde olmaması ve potansiyel ciddi yan etkilere sahip olması kullanımını sınırlamaktadır (81).

Hafif-orta demanslılarda bilişsel semptomların tedavisine yönelik kolinesteraz inhibitörleri kullanılabilir (91). Memantin, orta ve ciddi demansın ilerlemesinin yavaşlatılmasına yardımcı olabilir. Tek başına veya bir kolinesteraz inhibitörü ile birlikte kullanılabilir (80).

Kolinesteraz inhibitörleri veya memantin ile bir deneme tedavisi başlama kararı bireysel hasta değerlendirmesine dayalı olmalıdır. Farmakolojik ajan seçimi tolerabilite, yan etki profili, kullanım kolaylığı ve maliyet göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Farklı farmakolojik ajanların etkinliğini karşılaştırmak için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Demansın farmakolojik tedavisinin klinik etkinliğini belirlemek için daha fazla araştırmaya gereksinim vardır (109,110).

Vasküler demansın tıbbi yönetimi inme hastalığı gibidir. Aspirin, inme ve eski geçici iskemik atak öyküsü olan hastalarda vasküler olaylardan ve ölümden korumada yararlıdır (51).

Vitamin E, AH'de bilişsel semptomları düzeltmek amaçlı kullanabilen, yararlılığı konusunda yeterli kanıtlar ve FDA onayı olmayan bir seçenektir (79,91,107). Yapılan çalışmalar nonsteroid antiinflamatuvar ajanların, statin tedavisinin, vazodilatör tedavinin ve östrojen desteğinin hastalığa karşı koruyucu ve tedavi edici etkisi olmadığını göstermiştir. Bu nedenle kullanımları önerilmemektedir (81,107).

Demans hasta ve aileler için zorluklarla dolu yeni bir yaşam biçimi demektir. Bu yeni süreçte bakımverenlere hastalığın neden olabileceği ve olabileceği durumlar, tedavi

seçenekleri ve güncel gelişmeler hakkında bilgi verilmelidir. Bakım eğitimi ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır (111,112). Demansın hasta ailelerinde yaratacağı duygusal etki, depresyon ve stres yaygınlığı büyük düzeylerde olabilir (31). Bakımverenlerde de stres yaygındır. Bazı aile yeleri ve bakım verenler bakımın stresiyle diğerlerinden daha iyi başa çıkabilirler. Demanslı hastaya bakım sağlayanların özellikle stres ile ilişkili problemler ve kronik hastalıkların alevlenmesi açısından sağlık durumlarının takip edilmesi gereklidir (80).

## **2.7. Sık Rastlanan Demans Tipleri**

### **2.7.1. Alzheimer hastalığı**

Alzheimer Hastalığı (AH), demansın en sık rastlanan tipidir (51, 86). Olguların yaklaşık %60 ile %80'inden sorumludur (51). Çeşitli klinik patolojik serilerde %50-%80 oranında rastlanmıştır (86). Diğer başlıca ölüm nedenleri azalırken AH'ye bağlı ölümler dramatik bir şekilde yükselmektedir. İki bin ile 2006 arasında, kalp hastalıklarına bağlı ölümler %11,1, inmeye bağlı ölümler %18,2, prostat kanserine bağlı ölümler %8,7 azalırken AH'ye bağlı ölümlerde %41,2 artış olmuştur (108). nlemenin veya daha etkili tedavinin yolu bulunamazsa, 2030'da halen hastalıktan etkilenenlerin sayısının %50'den fazla artması ve 2050'de AH'li 65 yaş ve üstü kişilerin sayısının 11 milyon olması beklenmektedir (51). 2009'da yaklaşık 11 milyon aile yesi ve diğer bakım verenler, Alzheimer ve diğer demanslı kişilerin bakımına tahminen 12,5 milyar saat harcamışlardır. Bu bakımın maliyeti yaklaşık 144 milyar dolardır. AH ve diğer demanslı kişiler bu durumda olmayanlardan 3 kat daha fazla sağlık sistemini kullanmışlardır (108).

AH tablosu genel bir terim olarak demans şeklinde adlandırılan bellek ve düşünce yeteneğindeki bozulmanın ilerlemesi ile karakterize bir beyin hastalığıdır (100). Farklı kişileri farklı şekilde etkileyebilir, ancak yeni bilgileri hatırlamadaki zorluğun giderek artması ile başlaması en sık görülen şeklidir (51). Unutkanlık giderek artar ve ileri evrelerde aile üyelerinin hatırlanmasında bile sorunlar yaşanır (100). Depresyon, AH'nin başlangıç döneminde nde olabilen bulgudur (79,81).

İlk önceleri sadece yaşlanmanın getirdiği beyin fonksiyonlarındaki bozulmanın kaçınılmaz bir sonucu olarak ortaya çıkan beden ve davranış bozukluğu olduğu düşünülen hastalık bu nedenle "senil demans" olarak adlandırılmıştır. Daha sonra yapılan mikroskobik çalışmalarda nöronların arasında senil amiloid plakların ve

nöronların içinde nörofibriler yumakların geliştiği gözlenmiştir. Bu değişikliklerin AH'ye özgü olduğu düşünülmüştür (84). Bu değişikliklerin hastalığın nedeni, gelişmesi ve seyri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmacılar plaklar çevresindeki inflamasyonun komşu nöronlarda yıkıma yol açtığını ileri sürmektedirler. Amiloid polipeptit birikimi sonucu ortaya çıkan plaklar amiloid ve öncü proteinlerinin işlenmesinde bir bozukluk sonucu oluşuyor gibi görünmektedir. AH'deki bu bozukluklardan genetik yatkınlık ve çevresel etkiler sorumlu olabilir. Subklinik iskemi, yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol düzeylerinin AH riskini artırması bu etkinin sonucu olabilir (89). Tau proteininin nöronlar içinde birikmesi sonucu oluşan nörofibriler yumaklar ne kadar yoğunsa hastalık o kadar ileri evrededir ve ağır seyretmektedir. Nörofibriler yumakların farklı kişilerde farklı yoğunlukta oluşmasının genetik geçiş tipine (allel tipi) bağlı olduğu düşünülmektedir (103). Nöronlar giderek ölür ve beyin kütlesi küçülür. Oluşan defisitini kaybedilen hücreden daha az olmasının nedeni beynin bol yedek rezervle çalışmasıdır (44).

Kolinergic nöronların tutulumu sinapslarda asetilkolin düzeylerinin azalmasına neden olur. Asetilkolin kaybını kompanse etmek için asetilkolinesteraz düzeyleri de düşer. Bir başka kolinesteraz enzimi olan butirilkolinesterazın aktivitesi artar. Asetilkolinin önemli bir miktarı hastalık süresince bu enzimle inaktive olur ve ergeç nöronlarda ölüm meydana gelir (103).

AH'nın farklı klinik dönemlerinde farklı bulguları vardır. Mini Mental State Testi (MMSE) puanlamasının 26-30 olduğu hafif kognitif kayıp döneminde hastada işlevsel bozukluk yoktur. Hasta veya yakınlarınca dile getirilen bellek kayıplarına ek hafif konuşma ve akıl yürütme bozukluğu vardır (79).

Semptomların başlangıcından 1-3 yıl içinde MMSE puanlamasında 4-5 puan kayıp izlenir (79). Beyin hücrelerindeki bozulma nedeniyle isimleri ve yeni olayları hatırlamadaki zorluk, apati, sinirlilik ve depresyon sıklıkla erken dönem belirtileridir (51). Hasta bu dönemde tarihleri karıştırır, isimlendirmede ve yüzleri hatırlamada hafif zorlanmaya başlar. Toplumdan uzaklaşmalar görülür (79).

Orta-ıımlı bozukluk dönemi semptomların başlangıcından yaklaşık 2-8 yıl içinde gelişir (79). Hastalığın ilerlemesi ile kişilerde konfüsyon, düşüncede karışma, karar vermede azalma, kendilerini ifade etmede zorlanma, yer-mekân-zaman uyum bozuklukları, amaçsızca dolaşma ve topluma karşı uyumsuz davranışlar gelişir. Günlük faaliyetlerini yapamaz hale gelirler. Ajitasyon, depresyon, agregasyon, denge

ve hareket sağlama güçlüğü gibi davranış bozulmaları olabilir. Hasta yeni şeyler öğrenemez, eşyaların yerini bulamaz ve bildiği, aşına olduğu yerlerde kaybolur (51,79,100,113). Bu dönemde MMSE 11-20 arasındadır (79).

Ciddi kayıpların yaşandığı ileri dönem, belirtilerin başlangıcından yaklaşık 6-12 yıl sonradır (79). Bu dönemde uzak bellek de bozulmuştur. Kişinin banyo yapma, giyinme, yatak odasını kullanma, yeme ve diğer günlük aktiviteleri için yardıma ihtiyacı vardır. Hastalığın son evresinde hastalar iletişim yeteneklerini kaybederler. Sevdiği kişiyi fark edemez ve yatağa bağlı hale gelirler. Tam bağımlı olurlar. Bası ülserleri, idrar kaçırma, kabızlık, ağrı ve nefes darlığı gibi sorunlar ortaya çıkar. İnaktivite nedeniyle vücut zayıflar, immün sistem yavaşladığından viral ve bakteriyel infeksiyonlar sıktır. Ailelerin mümkün olduğunca uzun süre evde bakım vermeye çalışmalarına rağmen, sonunda pek çok hastanın ailelerinden daha fazla yardıma ihtiyaçları olur. Profesyonel bakıma doğru ilerlerler. Hastalık ölümcüldür ve genellikle ölüm tanıdan 7-10 yıl sonrasında olur (51,79,113,114). Evde bakım hizmeti alan ilerlemiş demanslıların %71'i 6 ay içinde ölürlü (79).

AH'nin gelişim nedeni veya nedenlerinin henüz kesin olarak bilinmiyor olmasına rağmen araştırmacılar başta yaşlanmanın geldiği pek çok etmene bağlı geliştiği konusunda hem fikirdirler (51,100). İlerlemiş yaş AH için en büyük risk etmenidir. Hastaların büyük çoğunluğu 65 yaş ve üstündedirler. Erken başlangıçlı AH büyük olasılıkla hastalığın sporadik formudur. APOE-ε4 geni yaygın sporadik form için en önemli risk etmenidir. Yaş ve genetik etmene ek olarak aile öyküsü, diyabet, kalp krizi, inme, serebrovasküler hastalıklar, yüksek kolesterol ve kan basıncı, HBB, Down Sendromu, depresyon, stres, azalmış fizik aktivite, yetersiz beyin egzersizi, sağlıksız beslenme, obezite, düşük eğitim düzeyi, sigara, aşırı alkol ve ilaç tüketimi hastalığın gelişiminde risk etmeni olabilir (51,100,114,115,116).

Sağlıklı yaşam sıklıkla AH riskini dolaylı olarak azaltmada etkilidir. Normal kan basıncının sürdürülmesi, kolesterol düzeylerini normal değerlerde tutma, başın darbelere karşı korunması, sosyal, entelektüel ve fiziksel aktivitelerde bulunulması AH gelişim riskini azaltmada önerilen önlemlerdir (100).

AH'nin tanısı, kişide gözlenen bulguların demansa bağlı olup olmadığının ayrımı ile başlar (90). Yavaş başlangıçlı ve zamanla ilerleyen demans varlığında;

- Semptomların 60 yaşından sonra başlaması,
- Özellikle yakın bellekte belirgin zorluğun olması,

- Özellikle sürecin başlangıcında nörolojik muayenede fokal belirtilerin veya yürüyüşte zorlanmanın olmaması,

- Demans yapabilecek sistemik veya kafa içi bir hastalığın olmaması hali Alzheimer tipi demans lehinedir (64, 86).

AH için kesin tanı otopsi veya biyopsiden elde edilen AH'ye özgü beyin hücrelerindeki histopatolojik değişimlerin gösterilmesi ile yapılır. Histopatolojik tanı her zaman mümkün olmadığından, tanı çoğunlukla klinik olarak konur ve olası tanıdır. Pratikte doktorlar yaptıkları testlerin sonuçları ile AH'ye %90-95 oranında doğru tanı koyarlar. Tanı için hasta hakkındaki tüm bilgilerin kullanılması, olası diğer demans nedenlerinin elenmesi ve bazen de hastanın ve bulgularının izlenmesi gerekir. Halen bellek kayıplı yaşlılara AH tanısı koyduracak bir testin varlığı kanıtlanamamıştır. Yapılan laboratuvar tetkikleri demansa neden olabilecek hastalıkların tanısına yöneliktir (62,79,90,100).

Muhtemel AH tanı kriterleri varlığında demansa neden olan diğer kafa içi sorunları dışlamak amaçlı beyin görüntülemesi yapılmalıdır (86). MRI, vasküler demansdan AH ayrımında yardımcı olabilen bilgiyi sağlayabilir (80). İşlevsel beyin görüntüleme teknikleri AH'nin frontal lobu etkileyen demanstan ayrımının yapılmasında kullanılabilirler (80). AH'nin tanısında şüphe veya bulguların atipik olması durumunda BOS belirteçleri tanı amaçlı kullanılabilir (62,92). Demansı olan hastalarda AH için genetik test kullanımı, rutin önerilmeyen, yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçları nedeniyle tartışmalı bir konudur (79,88,90). Klinik Demans Derecelendirme (CDR) testi, AH'nin şiddetini değerlendirmek için kullanılan bir testtir (88).

Hastalığın yaşlı nüfusu etkilediği gerçeği tedaviyi daha zorlu hale getirmektedir. Halen hastalık sürecinde beyin hücrelerinde oluşan bozulmayı önleyici, durdurucu veya azaltıcı bir tedavi bulunmamaktadır. Tedavide ana hedef yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve davranışsal, bilişsel yeti artışıyla birlikte fiziksel kapasiteyi en üst düzeyde tutmaktır. Bu amaca yönelik mevcut bilişsel bozulmaya neden olabilecek veya var olanı artırabilecek hastalıkların tedavisinde, koruyucu önlemlere ek davranış terapileri gibi farmakolojik olmayan tedavi uygulamaları yapılmaktadır (79,108,117).

İlaç tedavisinde asetilkolinesteraz inhibitörleri ve memantin kullanılabilir. Rivastigmin, galantaminin hafif-orta AH'de, donepezilin hafif-orta ve ciddi AH'de, memantin orta ve ciddi AH'de kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır (107). Ciddi

AH'de memantin tek başına veya bir kolinesteraz inhibitörü ile beraber kullanılabilir (79,91,106,118,119).

### **2.7.2. Vasküler demans (VaD)**

Vasküler demans, (multi-infarakt, post-stroke demans, vasküler bilişsel bozukluk) demansın en sık ikinci nedenidir (51,86,103). Serebrovasküler hastalıklar özellikle ileri yaşlarda tek başına veya diğer patolojilerle beraber artan bir oranda bilişsel bozukluk ve demansın yaygın nedenlerindedir (120,121). Hastalık, çoğu kez beyindeki küçük arterlerde bir dizi tıkanmaya veya beyin dokusunda geniş bir bölgeyi etkileyen damarlarda kan akımının engellenmesine bağlı beyin kan akımında azalmaya bağlı gelişir (51,103). VaD patofizyolojisinde, serebrovasküler hastalıklar, vasküler risk etmenleri, atrofi ve beyaz cevher bozuklukları gibi beyindeki değişimler, yaş ve eğitim düzeyi gibi kişinin sahip olduğu risk etmenleri rol oynamaktadır (121).

VaD ve AH arasında sıkı bir etkileşim vardır. Sık görülen patogenetik mekanizmalar iki hastalıkta da ortaktır. Birliktelikleri sıktır ve bu durum mix tip demans olarak adlandırılır (103,121).

Hastalığın belirtileri sıklıkla AH'nin belirtileri ile benzerdir ancak bellekte ciddi bir etkilenme olmayabilir (51,103). Ani başlangıç, yavaş bozulma, yürütme fonksiyonlarında bozulma ve yürüyüşte değişimler VaD'nin ayırt edici klinik bulgularıdır (79,86,103).

Tanıda öykü, fizik muayene, vasküler risk etmenleri, bilişsel kayıp şablonu, klinik durum ve görüntüleme yöntemlerinin kullanımı tavsiye edilir (62). Demans tanısı olan hastada inme risk etmenleri ve sistemik vasküler hastalık varlığında fizik muayenede serebrovasküler hastalığı düşündüren fokal norolojik bulgular bulunması halinde VaD'dan söz edilebilir (64,86). VaD için geliştirilmiş tanı kriterleri görüntüleme tekniklerini de içerir. Tanıda görüntüleme tekniklerinin rolü inmenin varlığını veya yokluğunu belgelendirmektir (64,86,122). VaD için kullanılan tanı kriteri, demans ile fokal işaretlerin varlığı veya nörogörüntülemelerde serebrovasküler hastalık ile ilişkili kanıt birlikteliğinin ispatlanması şeklindedir (64,86).

Görüntüleme yöntemlerinden MRI, demanslı hastalardaki vasküler lezyonların tespit edilmesinde BT'ye tercih edilir (86). VaD'da FDG-PET çeşitli fokal metabolik bozuklukları gösterir. AH ve VaD arasındaki farklılığa SPECT'den daha iyi bir şekilde PET ile ulaşılır (86).

Halen VaD için standart bir tedavi protokolu yoktur. Standart semptomatik tedavi olmamasına rağmen son zamanlarda semptomatik kolinerjik tedavi VaD'li AH'de umut verici olmaktadır (121). Tedavide memantin yararlı olduğu konusunda öneriler sınırlıdır (107). Nimodipin, memantin ve kolinerjik inhibitörleri için göreceli ılımlı bilişsel yararlılığın olduğu bildirilmiştir (64,120). Ancak kesinlik için alt tiplere özel odaklanan ve hastalığın erken dönemlerindeki kişileri kapsayan daha ileri çalışmalar gerekmektedir (120).

## **2.8. Diğer Demans Tipleri**

### **2.8.1. Frontotemporal demans**

65 yaşından daha gençlerde demansın en yaygın biçimlerinden biridir (123). Özellikle beynin ön ve yan bölgelerindeki beyin hücrelerinde meydana gelen hasar sonucu gelişir (51). Tipik semptomları kişilik ve davranış değişimi, ilerleyici konuşma bozukluklarıdır (51,62,86,103). Bellek ve uzaysal-görme becerisi göreceli olarak korunmuş olabilir (79). Pick Cisimciği ile karakterize Pick Hastalığı frontotemporal demansın bir tipidir (51,62). Fronto-temporal demans için kür sağlayıcı bir tedavi olmamasına rağmen SSRI'ların, antipsikotiklerin ve galantaminin ile semptomların yönetiminde faydalı olduğu gösterilmiştir (123).

### **2.8.2. Lewy cisimli demans**

Erken dönemde belirgin olmasa da ilerleyen dönemlerde artan bellek ve usamlama yetisinin azalmasına ek, bilişte ve uyanıklıkta günlük belirgin dalgalanmanın olduğu demans tipidir. Görme sanrıları, kas rijitidesi ve tremor yaygındır (51,79,86,103). Otopside beynin iç sinir hücrelerinde Lewy Cisim izlenir (51,86). Klinik veya patolojik olarak AH ve Lewy Cisim patolojisinin beraber bulunmaları sıktır. Bu durumda iki ayrı tanı konulmasına izin veren klinik rehber önermesi imkânsızdır ve yüksek seçicilikle AH+Lewy Cisimcikli Demans (DLB) olur (62). Dopamine taşıyıcının (DAT) fonksiyonel görüntüsü için kullanılan SPECT, AH'den DLB'yi ayırmaya yardım edebilir (86).

Bireyselleştirilmiş davranışsal, çevresel ve farmakolojik tedavi belirtileri hafifletmek, hastalara ve ailelerine destek olmak amaçlı uygulanabilir (124). Tedavide kolinerjik inhibitörleri kullanılabilir (107). DLB'li hastalarda nöroleptik

kullanımından kaçınılmalıdır (81). Klasik antipsikotik ilaçlar ciddi reaksiyonları hızlandırıp mortalite artışına yol açabilir (124).

### **2.8.3. Parkinson demans**

Bilişsel işlev bozukluğu Parkinson Hastalığı'nda (PH) yaygın görülen bir semptomdur. Demans gelişim riski hastanın yaşı, hastalığın süresi, şiddeti ile artar (116). PH olan pek çok hastada hastalığın son döneminde, motor semptomların başlangıcından en az 10 yıl sonra demans gelişir (51,62,86,103). Klinik özellikler genellikle PH ile demansa bağlı diğer hareket bozukluklarının ayrımını sağlar. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) ve nöropatolojik çalışmalarda demansı olan Parkinson hastalarında, demansı olmayanlara göre daha belirgin bir küresel beyin atrofisi izlenmektedir (125). Histopatolojik olarak beynin iç sinir hücrelerindeki Lewy hücresi varlığı saptanabilir (51,125). DLB ve Parkinson Demans'ın birlikte bulunmasına sık rastlanır (62). Başlangıç yaşları, hastalığın etkilediği alanın farklı olması veya levodapaya yanıt verme olasılığı gibi farklılıklar ile ayırıcı tanıya gidilebilir (86). Demans Parkinsonizmde önce veya beraberinde gözlemlenirse DLB ve PH tanısı olanlarda demans gelişince, (genellikle yıllar sonra) Parkinson Demans tanısı konulabilir (62,125). PH'ye bağlı gelişen hafif orta demansta kolinesteraz inhibitörlerinin kullanımı düşünülmelidir. Ancak bu amaç için sadece rivastigmin FDA onayı almıştır (107).

### **2.8.4. Normal basınçlı hidrosefaliye bağlı demans**

Beyin sıvısındaki artışa bağlı gelişir. Bu artışın nedenleri tam olarak bilinmemektedir (51, 103). Yürüyüş bozukluğu ve idrarını tutamama en belirgin özelliğidir (51, 62, 86, 103). Diğer tanı özellikleri çeşitli nedenlere bağlı beyin sıvısı ve basıncında artışın neuroimaging çalışmaları ile belgelendirilmesidir (51, 62, 86).

### **2.8.5. Creutzfeldt-Jakob hastalığı (CJD)**

Nadir görülür, hızlı ilerleyen demans, myoklonus ve EEG'de varolan periyodik keskin dalgalar CJD için tipiktir (62, 103). Kesin tanı histopatolojik bulgulara dayanmaktadır (86).

## 2.9. Demansın Korunma ve Önleyici Tedbirler

Demansın birincil korunması için kesin tavsiyeler yapmak için yeterli kanıtlara sahip değiliz. Demansın başlangıcını durdurabildiği kanıtlanmış önleyici öneriler bulunmamaktadır (62,79). Fiziksel ve bilişsel aktivitenin artırılması, beslenmede balık tüketiminin artırılıp yağ oranını azaltma ve ılımlı şarap tüketimi potansiyel avantaj olarak önerilebilmektedir (62,79,113). Vitamin E gibi antioksidanların kullanımı koruyucu olabilir ama yüksek vitamin E kullanımı (>400 ünite/gün) artmış ölüm ile ilişkilidir. Yaşlı kişilerde 160 mmHg üstündeki sistolik tansiyonun tedavisi ve kalp krizi sonrası statin ve aspirin kullanımı inme riskini azaltarak demans görülmesini azaltabilir. Ancak bu tedavilerin demansın birincil korunması amacıyla kullanılmasını destekleyecek yeterli kanıt bulunmamaktadır (62,79). Anemiye neden olan düşük vitamin B12 ve folat düzeyleri aynı zamanda bilişsel bozukluk görülme sıklığı artışı ile de ilişkilidir. Ancak bu amaçlı kullanımından elde edilen yarar tatmin edici değildir (100).

Bilişsel sağlığı korumak için öneriler Çizelge 2.4’de gösterilmiştir (16).

**Çizelge 2.4.** Bilişsel sağlığı korumak için öneriler.

<b>Bilişsel Sağlığı Korumak İçin Öneriler</b>
Mental olarak etkin olma: Meraklı olma, okuma, yazma, bulmaca çözme, yarışmalı oyun oynama, bahçe işleri yapma, bellek alıştırmaları yapma gibi yaşam boyu öğrenme etkinliklerine katılma
Sosyal olarak etkin olma: Gönüllü olarak sosyal ve boş zaman etkinliklerine katılma, seyahat etme, sosyal klüplere katılma
Bedensel olarak etkin olma: Yürüme, bisiklete binme, bahçe işleri yapma, tai chi, yoga ve diğer bedensel etkinlikleri yapma; Günde yaklaşık 30 dakika beden hareketleri yapma; baş yaralanmalarından kaçınma.
Beysin için sağlıklı diyeti benimseme: Antioksidandan zengin besinler ve vitamin desteği alma,
Vücut ağırlığını, kan basıncını, kolesterol düzeyini ve kan şekerini normal değerlerde tutma

## 2.10. Demans Tanı, Tedavi ve İzleminde Aile Hekimliğinin Yeri

Hasta ile ilişkisindeki süreklilik ve birinci basamağa başvuran hastaların çok fazla sayıda olması nedeniyle aile hekimleri temel sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi bir rol oynamaktadır (19,84,122). Birincil bakım ekibi ve aile hekimleri 65 yaş ve üstü hastaların önemli bir çoğunluğunun (%30-40) sağlık hizmeti almak amaçlı birinci basamağı kullanıyor olmasından dolayı demanslı hastaların tanı ve yönetiminde, hastanın ve ailelerinin bakımında stratejik bir konumdadırlar (122,126,127,128).

Kısa klinik ziyaretler sırasında klinisyenler, rutin öykü ve fizik muayene kullanarak demans tanısını kolayca koyamazlar (65). Birincil ve ikincil sağlık hizmeti veren hekimlerin, özellikle hastalığın erken dönemlerinde, demansı tanımada zorlandıklarını gösteren ciddi kanıtlar bulunmaktadır (126,129). Pek çoğu hafif, bazıları da orta demans olmak üzere demanslıların %50'den fazlası bir hekim tarafından hiç tanı almamıştır (65).

Hafif demansın tanınmasının erken farmakoterapi olanağı sağlamasının yanında, hastaların bakımını ve ailelerinin refahını geliştirmek gibi faydaları vardır. Erken tanı hekimler için depresyon gibi hastalığı artırıcı nedenleri belirlemeyi daha kolay hale getirebilir ve hastalara geleceklerini planlamaları için olanak sağlayabilir. Hastalığın erken dönemlerinde farmakolojik olmayan girişimlerde bulunmak, depresyon ve anksiyeteyi azaltabilir. Ailelerin duruma alışmalarına ve gelecek için plan yapmalarına yardımcı olabilir (65,130,131,132).

Aile hekimleri, yaşlıların mevcut sağlık sorunlarının izlemeleri sırasında “erken işaretleri” fark ederek veya düzenli taramalar yaparak demansın erken dönemde tanı almasını sağlayabilirler (81,84).

Aile hekimleri, demanslı hastaların ve onların ailelerinin bakımını karşılar ve bakım verenler tarafından en sık danışılan sağlık çalışanlarıdır (84,133,134). İdeal koşullarda, aileler hastanın ve bakım verenin yaşam kalitesini en üst düzeyde tutacak, sosyal destek sistemlerine ulaşımı sağlayabilecek aile hekimlerine kolayca ulaşabilmelidir (135). Bakım verenler, hastanın hastalığı konusunda önemli bilgi eksikliği, stres ve depresyon için izlenme gereksinimi içinde olabilirler. Aile hekimleri bakım verenlerin gereksindikleri bilgiyi verebilir ve bakım gereksinimlerini karşılayabilirler. Bu nedenlerden dolayı aile hekimleri hastanın bakım vereni ve aileleri ile iş birliği içinde olmalıdırlar (136).

## **2.11. Ülkemizde Demans Hastalarına Yönelik Hizmetler**

Ülkemizde demans hastalarına ve onlara bakım verenlere yönelik yapılmış planlamalar Yaşlanma Ulusal Eylem Planı'nda belirtilmiştir (137).

Demanslılara özel, devlete ait bir yardım ve destek sistemi bulunmamaktadır. Ancak hastalar sosyal devlet anlayışı çerçevesinde çeşitli kamu kurum ve kuruluşları tarafından verilen bakım ve ekonomik yardım hizmetlerinden de yararlanabilmektedirler.

Hastalar T.C Aile ve Sosyal Politikalar Başkanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilgilendirme Rehberi'ndeki "özürlü" tanımını karşılamaları durumunda, bu kapsamda sağlanan bütün hizmetlerden yararlanabilirler. Gerekli şartları yerine getirerek özürlülere sağlanan hak ve hizmetlerden yararlanmasını sağlayacak özürlü kimlik kartlarından edinebilirler. Yine gerekli şartları yerine getirerek Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından ödenen bakım ücretinden, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından ödenen özürlülük aylığından veya Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından ödenen muhtaçlık aylığından yararlanabilmek için başvuruda bulunabilirler. Herhangi bir sağlık sigorta güvencesi olmayan ve ekonomik gücü yetersiz olan hastaların sağlık giderlerinin karşılanmasında devlet desteğinden yararlanmaları mümkündür. Ekonomik açıdan yetersiz olan hastalara Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından bakım hizmeti de verilmektedir. Hastaya sağlanacak bakım hizmeti planlamasında kişinin içinde bulunduğu durum ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulur. Hastaya evde bakım veya kurumda bakım seçenekleri sunulur. Hastayı halen yaşadığı sosyal ve fiziksel ortamdan uzaklaştırmadan hizmet verme esası aranır. Büyükşehir Belediyeleri tarafından yapılandırılmış "Özürlü Hizmet Birimleri"nden ve uygulanan indirimlerden yararlanabilirler (138).

Türkiye Alzheimer Derneği ve Alzheimer Vakfı, toplumun hastalığı daha iyi tanınması, hastaların daha iyi bakım almasını sağlamak için hasta ve yakınlarının bilgi ve destek ihtiyaçlarının karşılanması amaçlı çalışan sivil toplum kuruluşlarıdır (111, 112). Toplum bilincinin artırılmasına yönelik broşür ve kitap hazırlanıp dağıtılması, yazılı ve sözlü basın yolu ile bilgilendirme, 24 saat hizmet veren telefon bilgilendirme hattı ve web sitesi hizmetlerinde bulunmaktadır (111,112).

Ülkemizde AH'ye dair farkındalığın artması ile bu hastaların bakımları için kurumlar açılmaya başlamıştır. İlk bakımevi Alzheimer Vakfı tarafından 2002'de İstanbul Altunizade'de açılmıştır. Kemerburgaz'daki Yaşamkent, Ankara ve Eskişehir'de hizmet veren gündüz bakımevlerine son yıllarda belediyelerin açtığı bakımevleri eklenmektedir. Vakıf bünyesinde çalışan kuruluşlar personellerine yönelik eğitimler, kurumsal danışmanlık, evde bakım hizmetleri de vermektedir (111, 112).

## **2.12. Ülkemizde Demans Hastalarına Bakım Verenlere Yönelik Hizmetler**

Dünyanın farklı coğrafyalarındaki demans hastalarının bakımıyla ilgili ortak nokta bu bakımın genellikle aileler tarafından karşılandığıdır.

Alzheimer Derneği tarafından yayınlanan bültenler ile hasta yakınlarının hastalık ve hastalıktaki yeni gelişmeler açısından bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır. Dernek, hastaların daha iyi bakım almasına yönelik bakıcı yetiştirme projeleri, hasta yakınları ve bakıcıları için eğitim programları düzenlemiştir. Alzheimer Vakfı ve Derneği hasta yakınlarının yükünü paylaşabilmek için uzman psikologların katılımıyla destek grup toplantıları gerçekleştirmektedir. Hastalığın hukuksal boyutu açısından hasta yakınlarının aydınlatılması konusunda da hasta yakınlarına hizmet vermektedir (111, 112).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Tez projesi çalışmalarına başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan bilimsel ve etik açıdan uygunluk onayı alınmıştır. Daha sonra Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Antalya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkez (ASM)'lerinde çalışmanın yapılabilmesi için izin alınmıştır. Gerekli izinlerin alımı tamamlandıktan sonra Antalya il merkezindeki ASM'lerde araştırma çalışması yapılmıştır.

#### 3.1. Araştırma Bölgesi

Çalışmanın araştırma bölgesi, rastgele örneklem ile belirlenen Antalya il merkezinde aile hekimi olarak çalışan hekimler ve onların görev yaptıkları ASM'lere bağlı yerleşim yerleridir.

#### 3.2. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

##### 3.2.1. Araştırma evreni

- Aile Hekimi; Antalya İl Merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ASM'lerde çalışan rastgele seçilen aile hekimliği uzmanları ve pratisyen hekimlerdir. Halen il merkezinde ASM'lerde çalışan hekim sayısının 285'dir. Çalışmada basit rasgele örneklem ile alfa 0,05 anlamlılık ve %5 hata payı ile hesaplanması ile 164 aile hekimine ulaşılması planlanmıştır.

- Halk; Antalya İl Merkezinde Yaşayan, 45 yaş ve üstünde bulunan, belirlenen aile hekimlerinin bağlı olduğu ASM'lere herhangi bir nedenle başvurarak araştırmaya gönüllü katılan bireylerdir. Çalışmada ulaşılması hedeflenen birey sayısı, Antalya İl Merkezi 45 yaş ve üstü birey sayısı göz önüne alınarak, basit rasgele örneklem ile alfa 0,05 anlamlılık ve %5 hata payı ile hesaplama sonucu elde edilen 384'tür.

##### 3.2.2. Araştırmaya kabul kriterleri

- Aile hekimleri için;
  - ✓ Antalya İl Merkezinde aile hekimi olarak çalışıyor olmak,
  - ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
  - ✓ Rasgele örneklem ile belirlenen hekimler arasında olmak.

- Halk için;
- ✓ 45 yaş ve üzerinde olmak,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- ✓ Belirlenen ASM'lere herhangi bir nedenle başvurmuş olmak,
- ✓ Türkçe konuşabiliyor ve anlıyor olmak,
- ✓ Yeterli bilişsel düzeye sahip olmak.

### **3.2.3. Araştırmadan dışlama kriterleri**

Aile Hekimleri için; çalışmaya katılmayı kabul etmemek, halk için; belirtilen yaş sınırı içinde olmamak, araştırmaya katılmayı kabul etmemek, türkçe konuşamıyor ve anlamıyor olmak olarak belirlenmiştir.

### **3.3. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

### **3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları**

Hekim anketleri; Antalya İl Merkezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ASM'lerde aile hekimi olarak çalışan toplam 175 aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlere yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanmış anketlerdir.

Hekimlere uygulanan anket; benzer amaçla Pentzek ve arkadaşları (19), Turner ve arkadaşları tarafından (139) hazırlanmış hekimlerin demans hakkındaki görüş, tutum ve bilgilerini ölçme anketleri ve National Audit Office 2010 Demans Raporu'ndaki aile hekimleri bilgi testleri incelenerek yapılandırılmıştır (140). Anket etik kurul onayından sonra 20 katılımcıya pilot çalışma olarak uygulanmış ve bu çalışmadan alınan geri bildirimlere göre son düzenlemeleri yapılmıştır. Bireysel bilgiler dışında toplam 36 madde içeren anket yaklaşık 10 dakikada tamamlanmaktadır (Ek 1).

Halk anketleri; Antalya İl Merkezinde Yaşayan, 45 yaş ve üstünde bulunan, belirlenen aile hekimlerinin bağlı olduğu ASM'lere herhangi bir nedenle başvuran ve araştırmaya gönüllü katılan 384 bireye yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanmış anketlerdir.

45 yaş ve üstü bireylere uygulanacak anketler, poliklinik hizmeti almak için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı polikliniklerine

başvuran 45 yaş ve üstü bireylerle yapılan konuşmalar sonrasında yapılandırılmıştır. Anket etik kurul onayından sonra 20 katılımcıya pilot çalışma olarak uygulanmış ve bu çalışmadan alınan geri bildirimlere göre son düzenlemeleri yapılmıştır. Anket kısa bireysel bilgilere ek 17 maddeden oluşmakta ve 8-10 dakika arasında tamamlanmaktadır (Ek 2).

### **3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli**

Bu çalışmanın düzenlenmesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılmıştır. Çalışma Antalya il merkezindeki ASM'lerde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Örneklem büyüklükleri; %95 güven aralığında, %5 relatif kesinlik, basit rastgele örneklem ile alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde aile hekimleri için 164, halk için 384 olarak hesaplanmıştır.

Hekim anketleri için ulaşılması planlanan 164 hekim; il merkezinde çalışan hekimler 1'den 285'e kadar numaralandırıldıktan sonra randomize sayılar tablosu kullanılarak seçilmiştir. Ancak çalışma sırasında belirlenen hekimlerin dışında 11 hekim araştırmaya katılmak için gönüllü olmuş ve soruları cevaplamıştır. Çalışmamızda yer alan hekim anketleri halen Antalya İl Merkezinde aile hekimi olarak çalışan, aydınlatılmış onamları alınmış 175 aile hekimine uygulanmıştır.

Halk anketleri ise randomizasyonla belirlenen aile hekimlerinin çalıştıkları ASM'lere herhangi bir sebeple başvuran 45 yaş ve üstü gönüllü 384 birey ile çalışmanın aydınlatılmış onam bilgileri yazılı ve sözlü olarak verildikten sonra, yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Çalışmada, birey anketlerinin ASM'lere göre dağılımlarının çalışmaya katılan hekimlerin çalıştığı ASM'lerin bölge nüfusu ile orantılı sayıda olması hedeflenmekteydi. Ancak anket çalışması süresinde ASM'lere gerekli şartları sağlayan hastaların başvuru sayısı, gönüllülük ilkesinin esas alınması gibi faktörler yaklaşık olarak aynı sayıda bölge nüfusu olan iki ASM'de farklı sayıda birey anketi uygulamasına neden olmuştur.

### 3.6. İstatistiksel İncelemeler

Çalışma verileri SPSS 15,0 İstatistik Programı ile değerlendirilmiştir. Frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler, örnekleri tanımlamak için kullanılmıştır.

Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı “Student t Testi”, bağımlı iki grup ortalamalarının farkı “İki Eş Arası Fark Testi”, ikiden fazla grup arası fark ise “Varyans Analizi” ile araştırılmıştır. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan alternatifleri, “Mann-Whitney U”, “Wilcoxon İşaretili Sıra” ve “Kruskall Wallis” testleri kullanılmış, ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu da “Spearman Korelasyon Katsayısı” kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik veriler “Ki-kare Anlamlılık Testi” ile incelenmiştir.

Antalya il merkezinde bilişsel bozukluklara dair bilgi, tutum ve görüş konusu üzerine gerçekleştirilen anket çalışmaları 175 aile hekimi ve 45 yaş ve üstü 384 birey ile yapılmıştır. Elde edilen veriler alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, %5 relatif kesinlik ile değerlendirilmiş;  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### Doktor anketi için;

%65,7'si erkek, %34,3'ü kadın olan katılımcılar 31-64 yaş aralığındadır. Yaş ortalaması  $45,87 \pm 5,128$ 'dir. Hekimlerin %5,1'i medeni durumları hakkında bilgi vermezken, bilgi verenlerin %84,9'u evli, %8,4'ü boşanmış, %4,8'i bekâr ve %1,8'i ise duldur. Çizelge 4.1'de cinsiyete göre dağılım, Çizelge 4.2'de ise medeni duruma göre dağılım gösterilmiştir.

**Çizelge 4.1.** Cinsiyete göre dağılım.

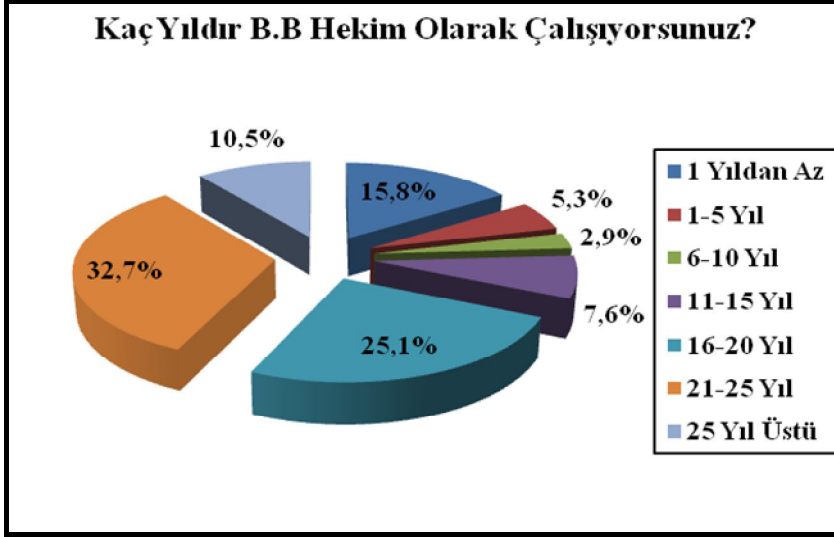
	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
<b>Erkek</b>	113	64,6	65,7	65,7
<b>Kadın</b>	59	33,7	34,3	100,0
<b>Kayıp veri</b>	3	1,7	0,0	
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Çizelge 4.2.** Medeni duruma göre dağılım

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
<b>Bekar</b>	8	4,6	4,8	4,8
<b>Evli</b>	141	80,6	84,9	89,8
<b>Boşanmış</b>	14	8,0	8,4	98,2
<b>Dul</b>	3	1,7	1,8	100,0
<b>Kayıp veri</b>	9	5,1	0,0	
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

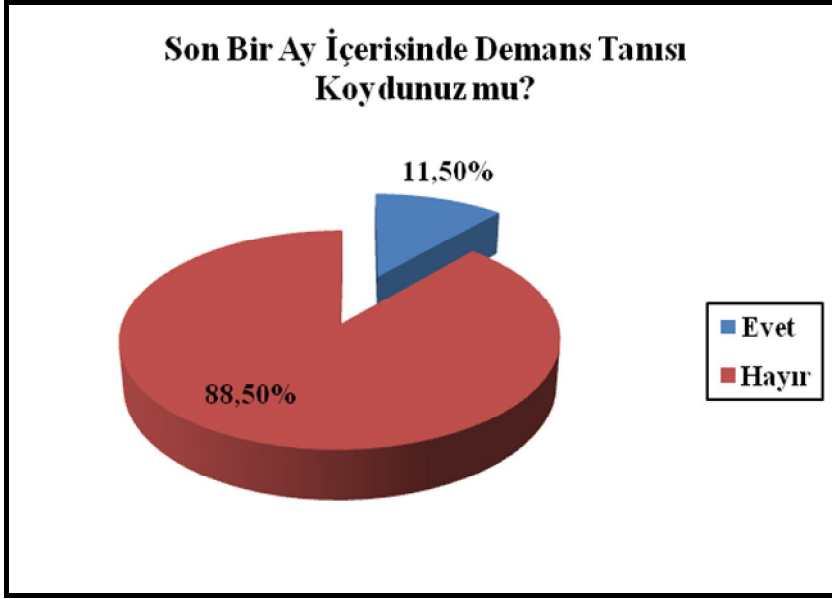
Birinci basamak hizmeti en basit tanımlama ile kişilerin sağlık sorunları için başvurabileceği ilk sağlık kurumlarıdır. Ülkemizde ASM'ler birinci basamak hizmeti veren kurumlardandır. Antalya il merkezinde 2010 yılının son ayında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (141,142,143).

Hekimlerin birinci basamakta çalışma süresine verdikleri cevaplar 1 yıldan az, 1-5 arası, 6-10 yıl arası, 11-15 yıl arası, 16-20 yıl arası, 21-25 yıl arası ve 25 yıldan fazla şeklinde gruplandırılmıştır. Hekimler en fazla %32,7 ile 21-25 yıl arası cevabını vermiştir. Hekimlerin birinci basamakta çalışma süreleri Şekil 4.1'de verilmiştir.

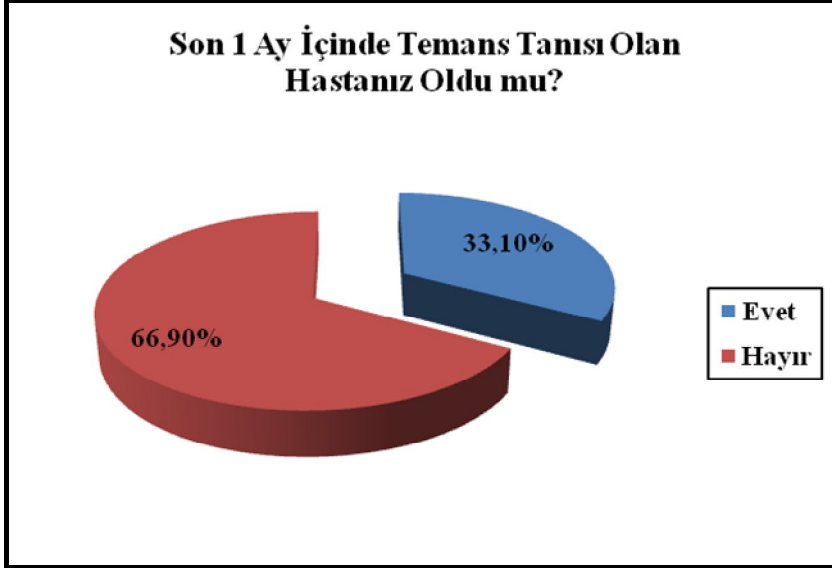


**Şekil 4.1.** Birinci basamakta çalışma süreleri dağılımı.

Son 1 ay içinde demans tanısı koyma oranı %11,5 iken son 1 ay içinde demans tanısı olan hastaya poliklinik hizmeti verme oranı %33,1'dir. Yeni tanı koyma oranı, tanılı hastası olma oranından daha azdır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). Hekimlerin baskın bölge nüfusları, 40 yaş altı ve 40 yaş ve üstü olarak 2 gruba ayrıldıktan sonra son 1 ay içinde tanı koyma ve tanılı hastaya poliklinik hizmeti vermiş olma oranları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. İlk gruptaki 100 hekimden 9'u, ikinci gruptaki 52 hekimden 11'i son 1 ay içinde demans tanısı koymuştur. Baskın nüfusu 40 yaş ve üstü olan hekimlerin tanı koymuş olma ve tanılı hasta ile poliklinikte karşılaşmaları istatistiksel anlamlılık ile daha fazladır (sırasıyla  $p = 0,035$ ,  $p = 0,009$ ,  $p < 0,05$ ). Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha fazla sayıda son 1 ay içinde demans tanısı koymuşlardır. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Şekil 4.2'de hekimlerin son 1 ay içinde demans tanısı koyma oranı, Şekil 4.3'de hekimlerin son 1 ay içinde demans tanılı hastası olma ve Çizelge 4.3 ve Çizelge 4.4'de hekimlerin baskın bölge ve poliklinik nüfusu ile son 1 ay içinde demans tanısı koyma ilişkisi gösterilmektedir.



Şekil 4.2. Son 1 ay içinde demans tanısı koyma.



Şekil 4.3. Son 1 ay içinde demans tanılı hastası olma.

**Çizelge 4.3.** Hekimlerin baskın bölge nüfusu ile son 1 ay içinde demans tanısı koyma ilişkisi.

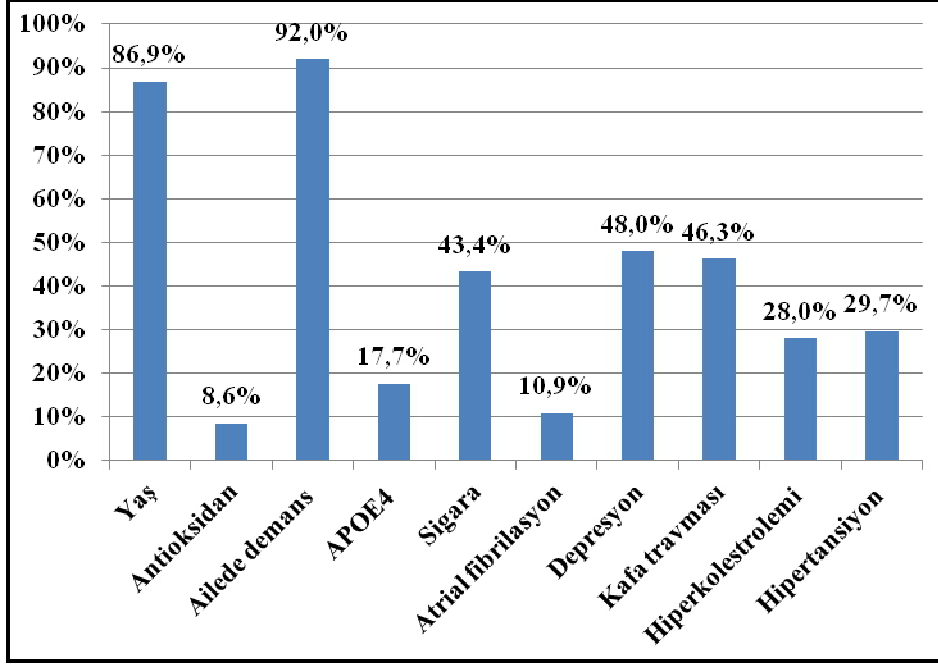
			Son 1 Ayda Demans Tanısı Koydunuz mu?		Toplam	P değeri
			Evet	Hayır		
Baskın Nüfus	40 Yaş Altı	Sayısal Değer	9	91	100	0,035
		Yüzde Değer	9,0	91,0	100,0	
	40 Yaş Üstü	Sayısal Değer	11	41	52	
		Yüzde Değer	21,2	78,8	100,0%	
Toplam		Sayısal Değer	20	132	152	
		Yüzde Değer	13,2	86,8	100,0	

**Çizelge 4.4.** Hekimlerin baskın bölge nüfusu ile son 1 ay içinde demans tanılı hastası olma ilişkisi.

			Son 1 Ayda Demans Tanılı Hastanız Oldu mu?		Toplam	P değeri
			Evet	Hayır		
Baskın Nüfus	40 Yaş Altı	Sayısal Değer	27	73	100	0,009
		Yüzde Değer	27,0	73,0	100,0	
	40 Yaş Üstü	Sayısal Değer	25	27	52	
		Yüzde Değer	48,1	51,9	100,0%	
Toplam		Sayısal Değer	20	132	152	
		Yüzde Değer	34,2	65,8	100,0	

Demans ve en sık rastlanan tipi olan AH için pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu risk faktörlerinden yaş, aile hikâyesi, APOE-ε4, atrial fibrilasyon, depresyon, Down Sendromu kesin riskler olarak kabul görmüştür (79).

Biz çalışmamızda hekimlerin neleri hangi oranda Alzheimer demans için risk faktörü olarak değerlendirdiklerini öğrenmek amaçlı “Hangilerinin Alzheimer demans için risk faktörü olduğunu düşünüyorsunuz?” sorusunu sorduk. Birden fazla seçimin yapılabildiği yaş, antioksidan, aile hikâyesi, APOE-ε4, sigara, atrial fibrilasyon, depresyon, kafa travması, hiperkolestrolemi ve hipertansiyon seçeneklerini verdik. Seçeneklerin seçim oranları sırası ile %86,9, %8,6, %92, %17,7, %43,4, %10,9, %48, %46,3, %28 ve %29,7’dir. Şekil 4.4’de çalışmaya katılan hekimlerin belirttikleri Alzheimer demans için risk faktörleri görülmektedir.

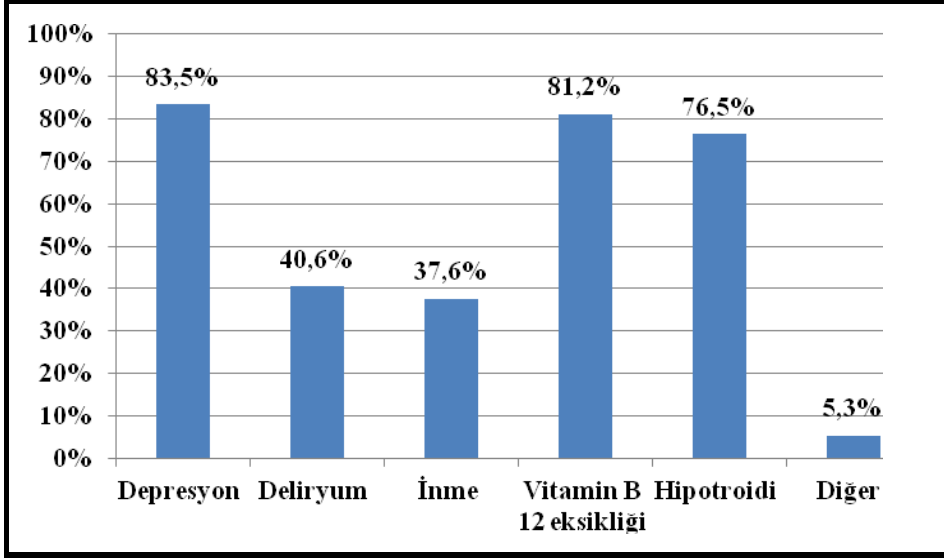


Şekil 4.4. Hekimler için alzheimer demans risk faktörleri.

Şekilde de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hekimler ailede demanslı birinin varlığını (%92) yaştan (%86,9) daha fazla oranda Alzheimer demans için risk faktörü olarak görmektedirler. Bu fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p=0,576$ ,  $p>0,05$ ).

Demans tanısında demans kriterlerini karşılayan bu durumun başka bir hastalıktan olmadığı ispatlanmalıdır. Bilişsel kayıp tespit edilen kişide içinde bulunduğu durumun bilişsel kayıp ile seyredabilen hastalıklar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (51, 64, 66, 81, 86, 87).

Birden fazla seçimin yapılabildiği, demans tanısı için öncelikli ayrımını yaptıkları hastalıklar için, hekimlerin %83,5'i depresyon ve %81,2'si vitamin B12 eksikliği cevabını vermiştir. Seçeneklendirilmiş diğer hastalıklar olan hipotroidi, deliryum ve inme için seçimler sırası ile %76,5, %40,6 ve %37,6 oranındadır. %5,3 oranında diğer cevabı bulunmaktadır. Diğer başlığı altında alkol-madde bağımlılığı ( $n=4$ ), geçici iskemik atak ( $n=1$ ), kişilik bozukluğu ( $n=1$ ), kafa içi kitle ( $n=1$ ) ve anemi ( $n=1$ ) cevapları bulunmaktadır. Şekil 4.5 ile demans için ayırıcı tanısı yapılan hastalıkların yüzde değerleri gösterilmiştir.

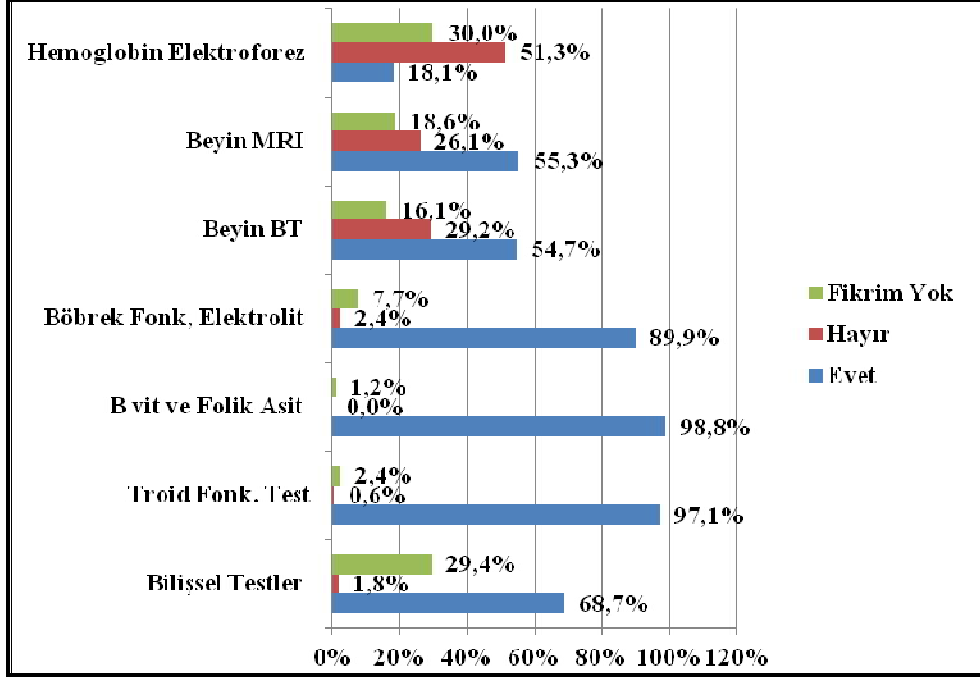


Şekil 4.5. Demans için ayırıcı tanısı yapılan hastalıklar.

Depresyonun inmeden daha fazla oranda öncelikli tanıda cevap olarak verilmesi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,018$ ,  $p<0,05$ ). Depresyonun hekimler tarafından deliryum, vitamin B12 eksikliği ve hipotroididen daha fazla oranlarda ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünüldüğünün belirtilmiş olması istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırası ile  $p$  değerleri  $p=0,789$ ,  $p=0,149$ ,  $p=0,096$ ,  $p>0,05$ ).

Hekimler birinci basamakta çalışma süreleri açısından 1 yıldan az, 1 yıl ile 15 yıl arası ve 16 yıl ve üzeri şeklinde gruplandırılmıştır. Demans ayırıcı tanısı için belirtilen tüm hastalık gruplarında 16 yıl ve üzeri süre ile birinci basamakta çalışan hekimler, sayısal olarak 1 yıldan az ve 1 ile 15 yıl arasında birinci basamakta çalışan hekimlerden daha fazla demans için ayırıcı tanı yapmaktadır. Ancak bu sayısal fazlalık deliryum, inme ve hipotroidi için istatistiksel olarak anlamsız (sırasıyla  $p=0,097$ ,  $p=0,744$ ,  $p=0,894$ ) ( $p>0,05$ ) iken depresyon, vitamin B12 eksikliği ve diğer grubu için  $p$  değeri yorumlaması yapılamamıştır.

Çalışmaya katılan hekimler demans şüphesi olan hastanın ilk değerlendirmesinde, %68,7 oranında bilişsel testlerin uygulanmasının, %98,8 oranında B12 vitamini ve folik asit düzey ölçümünün, %97,1 oranında tiroid fonksiyon testlerinin ve %89,9 oranında böbrek fonksiyon testleri, elektrolit ölçümlerinin yapılması gerekliliğini düşünmektedirler. Nörogörüntüleme yöntemlerinden beyin MRI %55,3 ve beyin BT %54,7 ile ilk değerlendirme testlerinde yapılması gereken uygulamalar arasında yer almıştır. %51,3 ile hemoglobin elektroforezi en fazla olarak ilk değerlendirmede yapılması gerekmediği düşünülen test olmuştur. Hekimlerin demans şüphesi olan hastada ilk değerlendirmede yapılması gereken testler için verdikleri cevapların yüzde değerleri Şekil 4.6'da gösterilmektedir.



Şekil 4.6. Demans şüphesi olan bireyde ilk değerlendirme testleri.

Hekimlerin ilk değerlendirmede seçilecek nörogörüntüleme yöntemi olarak MRI'yi BT'ye tercih etmeleri istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ).

Evet, hayır ve fikrim yok cevaplarının kullanıldığı laboratuvar testlerinin MMSE testine oranla daha fazla seçimi ve MMSE'nin görüntüleme yöntemlerine oranla daha fazla tercihi için yapılan istatistiksel anlamlılık çalışmasında p değeri yorumlaması yapılamamıştır.

Çizelge 4.5 hekimlerin demans şüphesi olan hastada ilk değerlendirmede MRI'yi BT'ye tercih ettiklerini göstermektedir.

Çizelge 4.5. Demans şüphesi olan hastada ilk değerlendirme testlerinde MRI'nin BT'ye tercih üstünlüğü.

		BT			Toplam	p değeri	
		Fikrim Yok	Evet	Hayır			
MRI	Fikrim yok	Sayısal Değer	17	13	0	30	<0,001 (0,000)
		Yüzde Değer	56,7	43,3	0,0	100,0	
	Evet	Sayısal Değer	9	65	13	87	
		Yüzde Değer	10,3	74,7	14,9	100,0	
	Hayır	Sayısal Değer	0	8	34	42	
		Yüzde Değer	0,0	19,0	81,0	100,0	
	Toplam	Sayısal Değer	26	86	47	159	
		Yüzde Değer	16,4	54,1	29,6	100,0	

Kılavuzlar demans için sağlıklı yaşlıların taranmasını önermez. Şüpheli kişilerde yapılacak testler ile hastalığın varlığının araştırılması önerisinde bulunurlar. Demans şüphesi taşıyan kişilerde bilişsel kayıp varlığının değerlendirilmesi amaçlı bilişsel testler kullanılır. Kullanımı konusunda biri için diğerlerine öneri üstünlüğü olmayan bu testlerden MMSE, pratikte sıkça kullanılan bilişsel kayıp varlığını tarama ve ilk değerlendirme aracıdır (53,77,78,79,81,129,144).

Hekimlerin %68,7'si demans şüpheli bireyde ilk değerlendirme testi olarak bilişsel testlerin yapılması gerektiğini belirtirken, %1,8'si yapılması gerekmediğini ve %29,4'ü bu konu hakkında fikri olmadığını beyan etmiştir.

MMSE testinin ilk değerlendirmede kullanılması için verilen cevaplar “evet” ve “hayır veya fikrim yok” olarak iki grup altında toplandıktan sonra MMSE'in ilk değerlendirme testi olarak kullanımı üzerine birinci basamakta çalışma süresinin, cinsiyetin, baskın bölge ve poliklinik başvuru nüfusun etkilerine bakılmıştır. Kadın hekimler, birinci basamakta 16 yıl ve üstü çalışanlar, baskın bölge nüfusu ve polikliniğe başvuru nüfusu 40 yaş altında olan hekimler daha fazla oranlarda MMSE'yi ilk değerlendirme yöntemi olarak görmüşlerdir. Bu sonuçlar cinsiyet için istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,048$   $p<0,05$ ) iken diğer sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırası ile p değerleri; 0,394, 0,864, 0,220 tüm gruplar için  $p>0,005$ ). Çizelge 4.6'da cinsiyet ile ilk değerlendirmede MMSE uygulama düşüncesi arası ilişki görülmektedir.

**Çizelge 4.6.** Cinsiyet ile ilk değerlendirme testi olarak MMSE kullanımı ilişkisi.

			İlk Değerlendirmede MMSE		Toplam	p değeri <0,05
			Evet	Hayır+Fikrim Yok		
Cinsiyet	Erkek	Sayısal Değer	66	39	105	0,048
		Yüzde Değer	62,9	37,1	100,0	
	Kadın	Sayısal Değer	43	12	55	
		Yüzde Değer	78,2	21,8	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	109	51	160	
		Yüzde Değer	68,1	31,9	100,0	

Uygulanan hekim anketinde “C” başlığında yöneltileen düşünce sorularına hekimlerden her zaman, genellikle, bazen, nadiren ve hiçbir zaman şeklinde görüş belirtmeleri istenmiştir. “Her zaman veya genellikle” cevapları birinci grup, “bazen” cevabı ikinci grup ve “nadiren veya hiçbir zaman” cevapları üçüncü grup şeklinde sınıflandırılmıştır.

Buna göre yapılan veri analizinde, ilk değerlendirilmede yapılması gereken testlerden bilişsel test kullanımına evet cevabı verme üzerine hekimlerin demans tanı ve tedavisi için her zaman veya genellikle yeterli eğitime sahip olduğu düşünmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0,882$   $p>0,05$ ). Aynı şekilde hekimlerin tanı koymada ve tanıda kullanılan testleri kullanma konusunda kendilerine her zaman veya genellikle güvenir olması ile de istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p=0,602$ ,  $p=0,503$   $p>0,05$ ). Çizelge 4.7, 4.8 ve 4.9’da yukarıda bahsedilen ilişkilendirme sayısal ve yüzde olarak görülmektedir.

**Çizelge 4.7.** Demansın tanı ve tedavisinde yeterli eğitime sahip olma ile demans şüphesinde ilk değerlendirmede bilişsel testlerin yapılması ilişkisi.

			Demans Şüphesi Olan Hastada İlk Değerlendirmede Yapılması Gereken Bilişsel Testler: (MMSE, FAST)		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Hayır+Fikrim Yok		
<b>Demans Tanı/Tedavisi İçin Yeterli Eğitime Sahibim</b>	Her zaman veya Genellikle	Sayısal Değer	40	17	57	0,882
		Yüzde Değer	70,2	29,8	100,0	
	Bazen	Sayısal Değer	34	17	51	
		Yüzde Değer	66,7	33,3	100,0	
	Nadiren veya Hiçbir zaman	Sayısal Değer	33	17	50	
		Yüzde Değer	66,0	34,0	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>107</b>	<b>51</b>	<b>158</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>67,7</b>	<b>32,3</b>	<b>100,0</b>	

**Çizelge 4.8.** Tanı koymada kendine güven ile demans şüphesinde ilk değerlendirmede bilişsel testlerin yapılması ilişkisi.

			Demans Şüphesi Olan Hastada İlk Değerlendirmede Yapılması Gereken Bilişsel Testler: (MMSE, FAST)		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Hayır+Fikrim Yok		
<b>Tanı Koymada Kendine Güven</b>	Her zaman veya Genellikle	Sayısal Değer	46	22	68	0,602
		Yüzde Değer	67,6	32,4	100,0	
	Bazen	Sayısal Değer	43	17	60	
		Yüzde Değer	71,7	28,3	100,0	
	Nadiren veya Hiçbir zaman	Sayısal Değer	19	12	31	
		Yüzde Değer	61,3	38,7	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>108</b>	<b>51</b>	<b>159</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>67,9</b>	<b>32,1</b>	<b>100,0</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>69,3</b>	<b>30,7</b>	<b>100,0</b>	

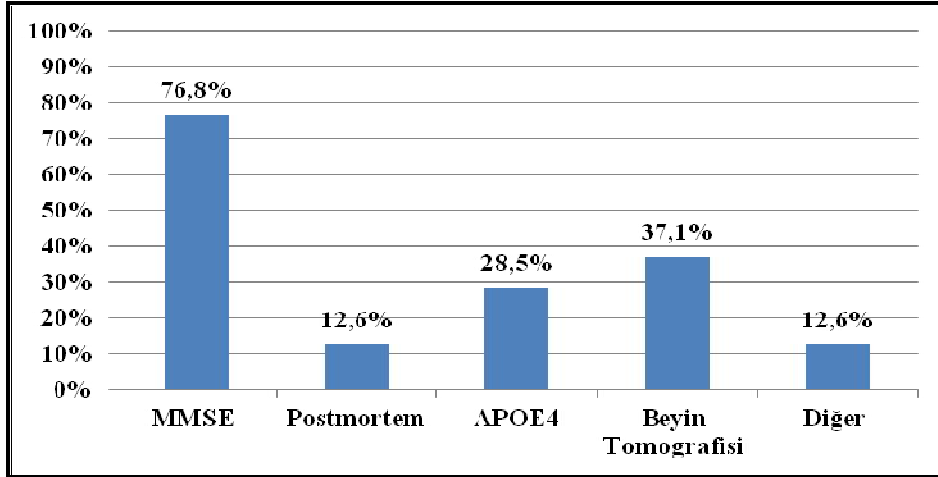
**Çizelge 4.9.** Tanıda kullanılacak testler konusunda kendine güven ile demans şüphesinde ilk değerlendirmede bilişsel testlerin yapılması ilişkisi

			Demans Şüphesi Olan Hastada İlk Değerlendirmede Yapılması Gereken Bilişsel Testler (MMSE, FAST)		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Hayır+Fikrim Yok		
<b>Tanıda Kullanılacak Testler Konusunda Kendine Güven</b>	Her zaman veya Genellikle	Sayısal Değer	32	10	42	0,503
		Yüzde Değer	76,2	23,8	100,0	
	Bazen	Sayısal Değer	34	18	52	
		Yüzde Değer	65,4	34,6	100,0	
	Nadiren veya Hiçbir zaman	Sayısal Değer	40	19	59	
		Yüzde Değer	67,8	32,2	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>106</b>	<b>47</b>	<b>153</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>69,3</b>	<b>30,7</b>	<b>100,0</b>	

Tanı genellikle, bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın benzer klinik tablo yapabilecek hastalıkların dışlanması ile klinik olarak konur. Kesin tanı, demans sendromunun beyin hücrelerindeki yıkımından kaynaklandığının desteklenmesini gerektirir. Pratikte uygulanan tanı yöntemleri ayırıcı tanı ve alt tiplere yöneliktir (31,64,66,113,140,145).

Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği “sizce demansın kesin tanısı için kullanılabilir yöntemler nelerdir?” sorusuna MMSE, postmortem, APOE-ε4 testi,

beyin tomografisi ve ne olduğu belirtilmek şartı ile diğer seçenekleri verilmiştir. Hekimlerin bu soruya cevap oranları sırası ile %76,8, %12,6, %28,5 %37,1 ve 12,6'dır. Bu soru çalışmaya katılan hekimler tarafından %13,7 ile en fazla cevaplandırılmayan soru olmuştur. Şekil 4.7'de demansın kesin tanı yöntemlerine verilen cevaplar görülmektedir.



Şekil 4.7. Demansın kesin tanı yöntemleri.

Demans tanısı koyma ve tanıda kullanılacak testlerin kullanımı konusunda kendilerine olan güven derecelerinin, kesin tanı için kullanılacak testlerin seçimi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Hekimlerin kesin tanıda kullanılacak yöntem olarak MMSE'yi gösterme oranları postmortemden daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Çizelge 4.10'da hekimler tarafından kesin tanı yöntemi olarak MMSE'nin postmortemden daha fazla oranda tercih edildiği değerler gösterilmektedir.

Çizelge 4.10. Kesin tanı yöntemi olarak MMSE ile postmortem arasındaki ilişki.

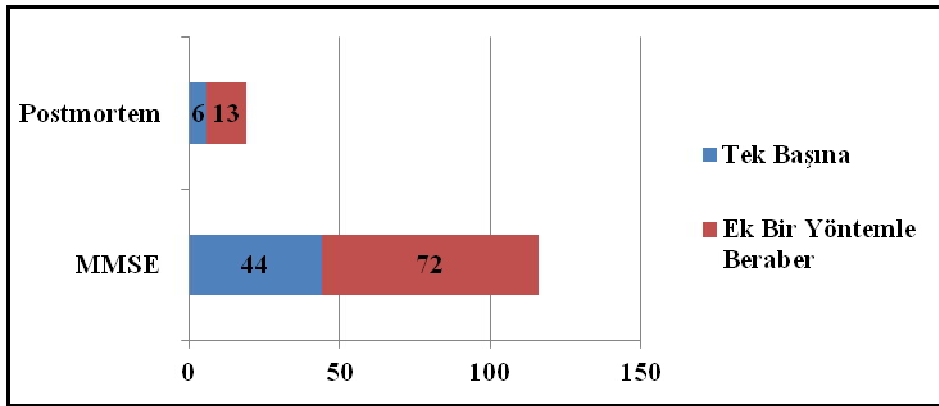
			Demans Kesin Tanı Yöntemi: Postmortem		Toplam	P değeri
			Evet	Hayır		
Demans Kesin Tanı Yöntemi MMSE	Evet	Sayısal Değer	8	108	116	<0,001
		Yüzde değer	6,9	93,1	100,0	
	Hayır	Sayısal Değer	11	24	35	
		Yüzde değer	31,4	68,6	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	19	132	151	
		Yüzde değer	12,6	87,4	100,0	

Hekimlerin kesin tanı yöntemi olarak postmortemi veya MMSE'yi seçmeleri ile cinsiyet, baskın nüfus ve poliklinikte en sık karşılaştıkları üç kronik hastalıktan birinin demans olması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (postmortem için p değerleri sırasıyla p=0,972, p=0,357, p=1,0 ve MMSE için p değerleri sırasıyla p=0,757, p=0,715, p=0,549 tüm gruplar için p>0,05).

Birinci basamakta çalışma süreleri 16 yıl ve üstü olan hekimler, birinci basamaktaki çalışma süresi 1 ile 15 yıl ve 1 yıldan az olan hekimlere göre (verilen cevap sayıları sırası ile n=11, n=2, n=4) sayısal olarak daha fazla postmortem cevabı vermiş olmalarına rağmen bu değerlerin anlamlı olup olmadığına yönelik p değeri hesaplaması yapılamamıştır.

Postmortem cevabı veren 19 hekim son 1 ay içinde hiç demans tanısı koymamıştır. MMSE cevabı veren hekimlerden 11'i son 1 ay içerisinde demans tanısı koyduğunu belirtmiştir.

Verilen MMSE ve postmortem cevapları, tek başlarına veya başka bir seçenek ile beraber seçilmiş olmalarına göre, "MMSE" ve "hem MMSE hem de başka bir yöntem", "postmortem" ve "hem postmortem hem de başka bir yöntem" olarak tekrar gruplandırılmıştır. MMSE cevabı veren 116 hekimin %37,9'u (n=44) tek başına MMSE seçeneğini işaretlemiş iken postmortem cevabı veren 19 hekimin %31,6'sı (n=6) tek başına postmortem seçeneğini işaretlemiştir. Şekil 4.8'de demansın kesin tanısında MMSE ve postmortem yöntemlerinin tek başlarına veya ek bir yöntem ile kullanımına verilen cevapların sayısal değerleri görülmektedir.



**Şekil 4.8.** Demansın kesin tanısında MMSE ve postmortem yöntemlerinin tek başlarına veya ek bir yöntem ile beraber kullanımı.

Tek başına veya bir başka yöntem ile beraber olmasına bakılmaksızın MMSE cevabı veren hekimler daha fazla sayıda son 1 ay içinde demans tanısı koymuşlardır. Çizelge 4.11’de gösterilen bu sayısal fazlalık istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p=0,077$ ,  $P>0,05$ ).

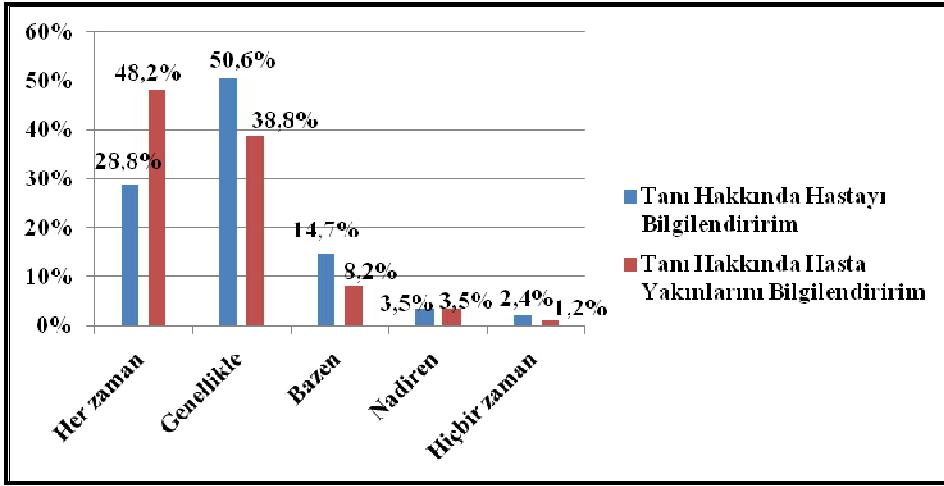
**Çizelge 4.11.** Son 1 ayda demans tanısı ile MMSE arasındaki ilişki.

			Son 1 Ayda Demans Tanısı Koydunuz mu?		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Hayır		
<b>Demans Kesin Tanı Test; Mini Mental</b>	Evet	Sayısal Değer	11	104	115	0,077
		Yüzde Değer	9,6%	90,4%	100,0%	
	Hayır	Sayısal Değer	8	27	35	
		Yüzde Değer	22,9%	77,1%	100,0%	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>19</b>	<b>131</b>	<b>150</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>12,7%</b>	<b>87,3%</b>	<b>100,0%</b>	

APOE-ε4, beyin tomografisi ve diğer seçeneklerinin cevap olarak verilmeleri ile cinsiyet, baskın nüfusun 40 yaş üstü olması, son 1 ayda demans tanısı koymuş olmaları ve son 1 ayda demanslı hastaları olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (tüm karşılaştırma grupları için  $p>0,05$ ).

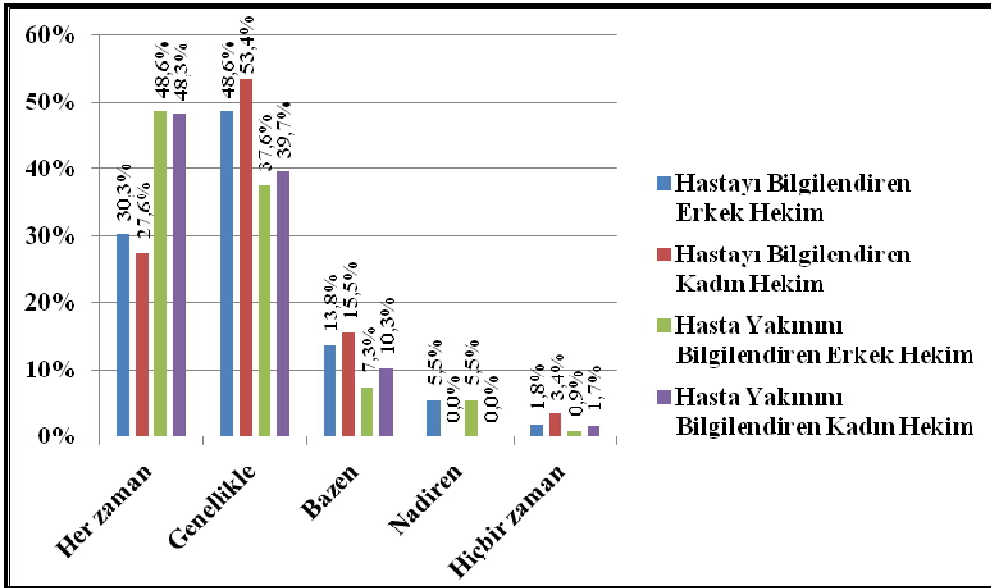
“Diğer” başlığı altında hekimler MRI (n=12), anamnez (n=4), fizik muayene (n=1), laboratuvar testleri (n=1), nöroloji uzman görüşünü (n=4) belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hekimler %28,8 oranında hastayı tanı hakkında her zaman bilgilendirdiğini belirtmiştir. Hekimlerin %50,6’sı genellikle, %14,7’si bazen, %3,5’i nadiren tanı konusunda hasta bilgilendirmesi yaptığını söylerken 2,4’ü ise tanı konusunda hasta bilgilendirmesi yapmadığını ifade etmiştir. Tanı konusunda hasta yakınlarını bilgilendirme sıklıkları sırası ile %48,2, %38,8, %8,2, %3,5 iken bilgilendirmeme %1,2’dir. Şekil 4.9’da hekimlerin tanı konusunda hastayı ve hasta yakınlarını bilgilendirme sıklık yüzdeleri gösterilmektedir.



**Şekil 4.9.** Hekimlerin tanı konusunda hastayı ve hasta yakınlarını bilgilendirme sıklıkları.

Kadın hekimlerin tanı konusunda hastayı bilgilendirme cevap oranları %27,6 her zaman, %53,4 genellikle, %15,5 bazen, %0,0 nadiren ve %3,4 hiçbir zaman iken erkek hekimler için bu oranlar sırası ile %30,3, %48,6 %13,8, %5,5 ve %1,8'dir. Hasta yakınlarını bilgilendirme sıklıkları erkek hekimler için %48,6 her zaman, %37,6 genellikle, %7,3 bazen,%5,5 nadiren ve %0,9 hiçbir zamandır. Kadın hekimler için bu oranlar sırası ile %48,3, %39,7, %10,3,%0,0 ve %1,7'dir. Şekil 4.10'da kadın ve erkek hekimlerin hasta ve hasta yakınlarını tanı konusunda bilgilendirme durumları verilmiştir.



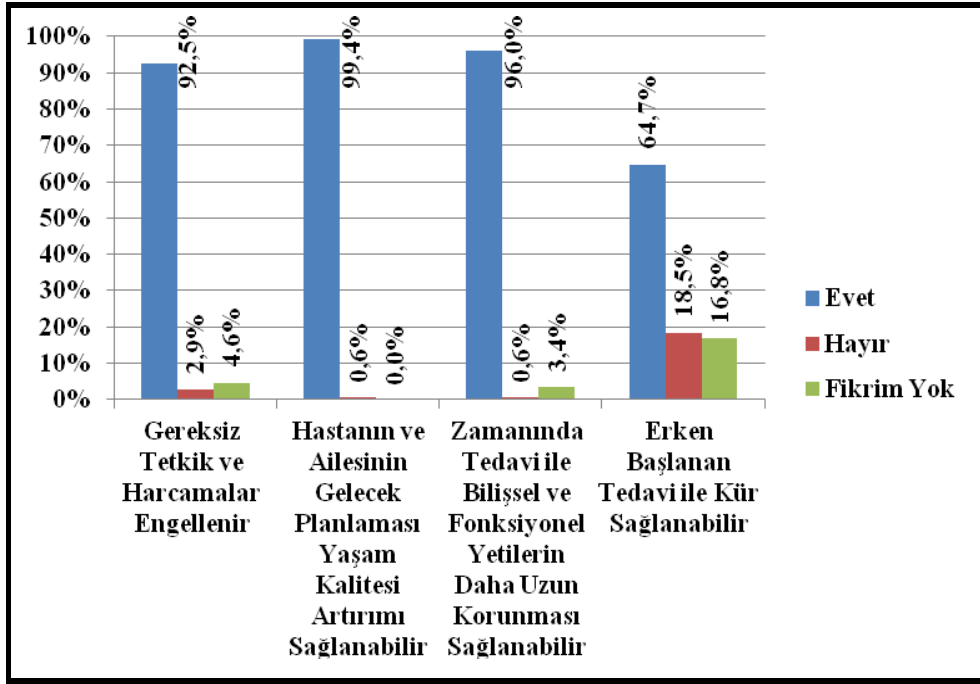
**Şekil 4.10.** Kadın ve erkek hekimlerin hasta ve hasta yakınlarını tanı konusunda bilgilendirmesi.

Hastaları bilgilendirme sıklıkları için verilen “her zaman veya genellikle” cevapları birinci grup, “bazen” cevabı ikinci grup ve “nadiren veya hiçbir zaman” cevapları üçüncü grup şeklinde yeniden yapılandırılmıştır. Sonrasında yapılan veri analizinde, kadın hekimlerin erkek hekimlere oranla daha fazla her zaman veya genellikle cevaplarını, erkek hekimlerin ise kadın hekimlere oranla daha fazla nadiren veya hiçbir zaman cevaplarını verdikleri tespit edilmiştir. Ancak her iki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,589$ ,  $p>0,05$ ).

Kadın hekimlere göre daha fazla sayıda erkek hekim, hasta yakınlarını her zaman veya genellikle bilgilendirdiğini söylemiştir. Ancak bu fazlalık için yapılan istatistiksel anlamlılık değerlendirmesinde p değeri yorumu yapılamamıştır.

Erken tanı hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini artırır, hastaya ve ailesine geleceğe dair planlama yapmalarına fırsat tanır. Hastalığın erken dönemlerinde uygulanacak non-farmakolojik müdahaleler hastaya ve ailesine ileri dönemlerde gelişebilecek sorunlara hazırlıklı olma imkânı verdiği için yaşanabilecek depresyon ve anksiyetin azalmasına yardımcı olabilir. Demansın tedavisinde önemli rol oynayan non-farmakolojik yöntemlere ek erken klinik süreçte uygulanacak tedaviler hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir ve mevcut semptomların azalmasına yardımcı olabilir (130, 131).

Hekimlerin %99,4’ü erken tanının hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artıracığı, %92,5’i gereksiz tetkik ve harcamaları engelleyeceği, %96,0’sı erken tanı ile zamanında başlanacak tedavi ile hastanın bilişsel fonksiyonlarının daha uzun süre korunacağı ve %64,7’si erken tanı ile erken başlanan tedavide kür sağlanabileceği düşüncesindedir. Şekil 4.11’de çalışmaya katılan hekimlerin erken tanının sağlayacakları konusundaki düşünceleri gösterilmektedir.

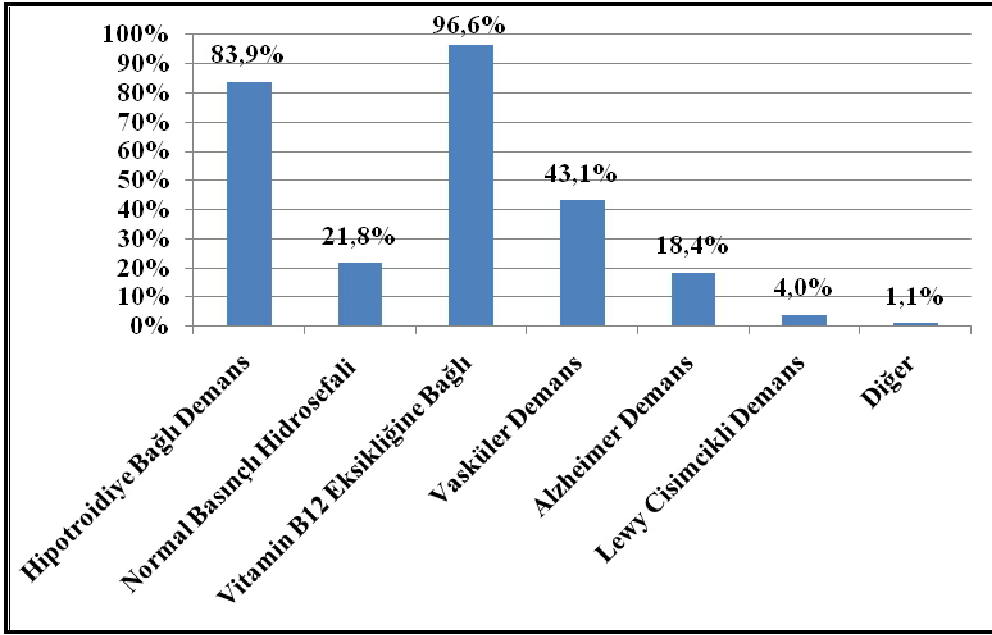


Şekil 4.11. Demansta erken tanı koymanın yararları.

Hekimlerin yarısından fazlasının erken başlanan tedavi ile kür sağlanabileceği düşüncesinde olmasına rağmen, demans tedavisinin %2,4'ü her zaman, %22'si genellikle, %47'si bazen, %22'si nadiren yüz güldürücü sonuçlar verdiğini ve %6,5'i ise hiçbir zaman yüz güldürücü sonuçlar vermediğini söylemişlerdir.

Küçük bir oranda da olsa demans kimi zaman İlaç intoksikasyonu, metabolik değişimler, tiroid hastalıkları, subdural hematoma ve normal basınçlı hidrocefali gibi tedavi ile tam geri dönüşlü nedenlere bağlı meydana gelmektedir (51, 79)

Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği "Sizce hangi demans tipleri tedavi edilebilir?" sorusuna %96,6 oranında vitamin B12 eksikliğine bağlı yalancı demans cevabı verilmiştir. Diğer tedavi edilebilir demans tipleri olarak verilen hipotroidiye bağlı yalancı demans, vasküler demans, normal basınçlı hidrocefali demans, Alzheimer demans, Lewy Cisimcikli demans ve diğer seçeneklerine verilen cevapların yüzdeleri sırası ile %83,9, %43,1, %21,8, %18,4, %4,0 ve %1,1 olmuştur. Diğer seçeneği altında verilen tek cevap "hipoparatroidi ve organ yetmezliklerine bağlı gelişen durumlarda görülen demans" olmuştur. Şekil 4.12'de katılımcıların tedavi edilebilen demans tipleri için verdikleri cevaplar görülmektedir.



Şekil 4.12. Tedavi edilebilen demans tipleri.

Hekimler vitamin B12 eksikliğinde, hipotroidide ve normal basınçlı hidrosefalide gelişen demans kliniğini, AH'de gelişen demans kliniğinden daha fazla oranlarda tedavi edilebilir bulmuşlardır. Bu oransal fazlalık vitamin B12 ve troid hormon eksikliği için istatistiksel anlamlılıkta ( $p < 0,05$ ) iken normal basınçlı hidrosefaliye bağlı demans için istatistiksel anlamlılıkta değildir ( $p > 0,05$ ).

B12 eksikliğine bağlı yalancı demansın hipotroidiye bağlı demansa oranla daha fazla tedavi edilebilir bulunması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $p = 0,007$ ,  $p < 0,05$ ). Diğer verilen cevaplara olan değer üstünlüğü istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Vitamin B12 eksikliğine bağlı gelişen yalancı demansı tedavi edilebilir olarak gören hekimler ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla vitamin B12 ve folik asit düzeyi araştırması gerekliliğini belirtmişlerdir ( $p < 0,001$ ). Ancak bu hekimlerin tanıda vitamin B12 eksikliğinin ayırıcı tanısını yapım fazlalığı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p = 0,682$ ,  $p > 0,05$ ).

Hekimlerin vasküler demansı ve normal basınçlı hidrosefal demansı tedavi edilebilir olarak kabul etmelerinin, ilk değerlendirmede MRI ve BT istemleri üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (her dört karşılaştırma grubu için  $p > 0,05$ ).

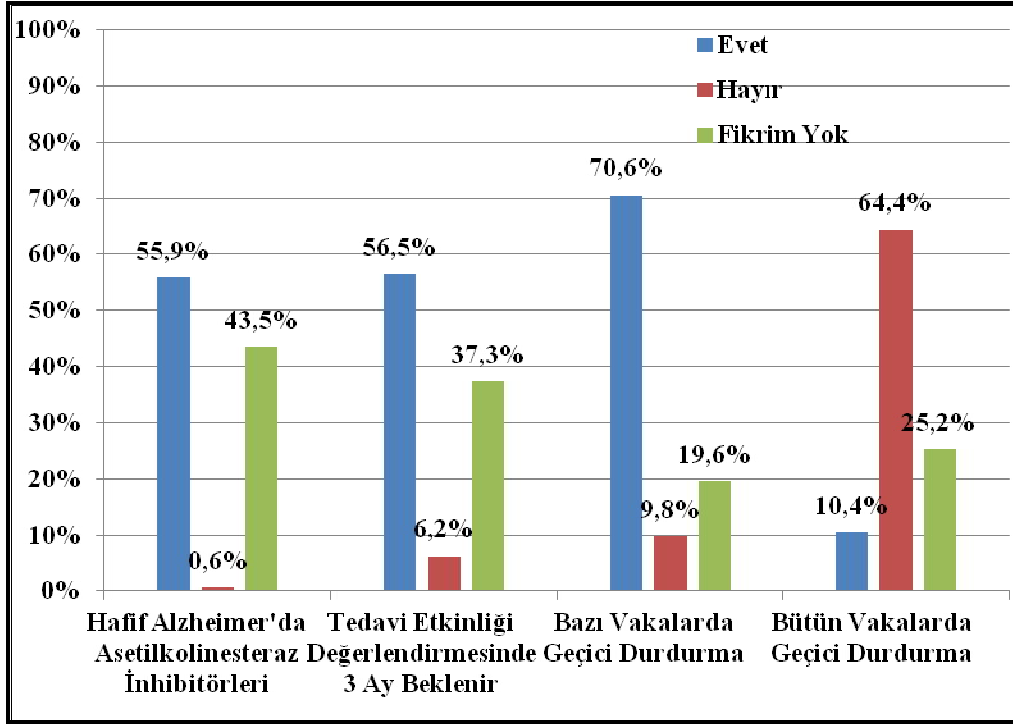
Hipotroidiye bağlı gelişen yalancı demansı tedavi edilebilir olarak değerlendirme ile hipotroidiyi ayırıcı tanıda düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,001$ ).

Hastalığın yönetimindeki ana hedef; azami rahatlığın ve ideal fonksiyonların sürdürülerek hastanın ve bakım vereninin yaşam kalitesini iyileştirmektir. Demansın tedavi planlaması evresi ve eşlik eden hastalıklar göz önünde bulundurularak yapılması gerekir. İlaçsız müdahalelerin demans tedavisinde anahtar rol oynadığı gösterilmiştir. Tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar hastalığa sebep olan patolojik beyin değişimlerini düzeltmese de kullanımları hastalığın seyrini hafifletebilir özelliktedirler (79,80,81, 106,108,130,146).

Donepezil, Galantamine, Memantine, Rivastigmin demans tedavisinde kullanılan ajanlardır. Hafif-orta Alzheimer demansta asetilkolinesteraz inhibitörleri, orta-ciddi Alzheimer demansta memantin tek başına veya bir asetilkolin inhibitörü ile beraber kullanılabilir (79,80,91, 103-107).

Halen uygulanmakta olan sağlık uygulamaları mevzuatı bu ilaçların reçetelenmesinde bir takım kısıtlamalar getirmiştir. Söz konusu ilaçların reçetelenmesi nöroloji, geriatri ve psikiyatri uzmanlarınca düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce veya raporsuz bu uzman hekimlerce yapılabilmektedir (147).

Çalışmamızda hekimlerden, tedavi başlığı altında; “Hafif Alzheimer tedavisinde asetilkolinesteraz inhibitörleri kullanılabilir (1’inci soru)”, “Tedavinin etkinliğini değerlendirmek için 3 ay beklenir (2’inci soru)”, “Anti-demans tedavi ile bazı olgularda hastalığın geçici olarak durdurulması mümkündür (3’üncü soru)” ve “Anti-demans tedavi ile bütün olgularda hastalık geçici olarak durdurulur (4’üncü soru)” ifadelerine evet, hayır ve fikrim yok şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Soruların doğru cevapları sırasıyla “evet”, “evet”, “evet ve “hayır” şeklindedir. Verilen doğru cevap oranları sırası ile %55,9, %56,5, %70,6 ve %64,4’dür. Şekil 4.13’de demans tedavisi başlığı altında hekimlere sorulan sorular ve cevapları görülmektedir.



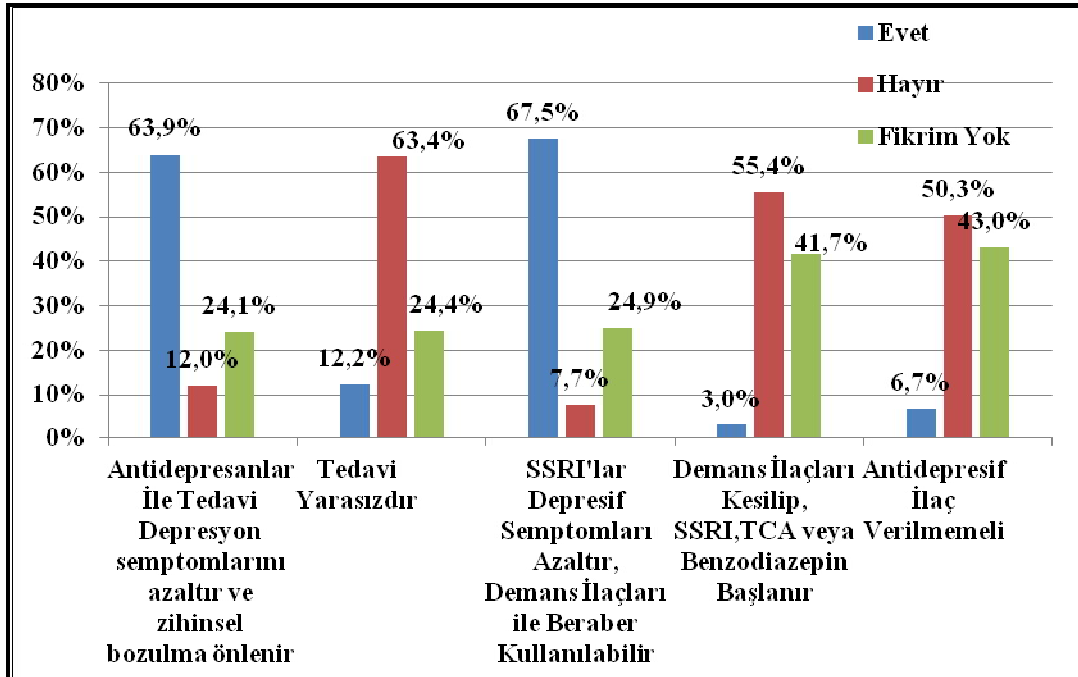
Şekil 4.13. Demans tedavisi.

Sorulara verilen fikrim yok cevapları soruya cevap verilmemiş sayılarak verilen cevaplar “ evet” ve “hayır” olarak tekrar gruplandırıldıktan sonra hekimlerin vermiş olduğu doğru cevaplarının nelerden etkilendiği araştırılması yapılmıştır. Erkek hekimler 4’üncü soruya kadın hekimlerden istatistiksel anlamlı olarak daha fazla doğru cevap vermişken ( $p=0,041$ ,  $p<0,05$ ), diğer sorulara verilen doğru cevap oranlarında cinsiyet için anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bütün sorulara doğru cevap vermede, demans tanı-tedavisi için yeterli eğitime sahip olunmasını “her zaman” veya “genellikle” olarak değerlendirenlerin diğer gruplara üstünlüğü görülmüştür. Bu ilişkilendirme için 1’inci ve 2’inci soruda p değeri yorulması yapılamamıştır. 3’üncü soruya doğru cevap verenler için istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,43$ ,  $p<0,05$ ) ve 4’üncü soru için istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,228$ ,  $p>0,05$ ).

Demansa eşlik eden depresyon, yeti kaybına neden olabileceğinden tedavi edilmesinde fayda vardır. Halen demanstaki depresyonun standart bir farmakolojik tedavisi olmamasına rağmen SSRI’ların tedavi amaçlı tercihi sıklıkla (80, 81, 99, 102). Sağlık sistemimizde trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanlar ve atipik antipsikotikler dışındaki antipsikotik ilaçların reçetelenmesi tüm hekimler tarafından yapılabilmektedir (147).

Demanstaki depresyonun tedavisi başlığı altındaki; “ Antidepresanlar ile tedavi depresyon semptomlarını azaltır ve zihinsel bozulma önlenir (1’inci soru)”, “depresyonun tedavisi yararsızdır, çünkü hüznün ve yetersizlik demansın bir özelliğidir (2’inci soru)”, “SSRI’lar depresif semptomları azaltır, demans ilaçları ile beraber kullanılabilir (3’üncü soru)”, “antidemans ilaçlar kesilip, SSRI’lar, Trisiklik Antidepresan (TCA) ve benzodiazepin verilir (4’üncü soru)” ve “antidepresif ilaç verilmemelidir, antidepresif tedavi kognitif fonksiyonları bozar (5’inci soru)” ifadelerine evet, hayır ve fikrim yok şeklinde hekimlerin cevap vermelerini istedik. Soruların doğru cevapları sırasıyla “hayır”, “hayır” “evet”, “hayır”, ve “hayır” şeklindedir. Verilen doğru cevap oranları sırası ile %12, %63,4, %67,5, %55,4 ve %50,3’dür.

Demans tanısı için ayırıcı tanıda öncelikle depresyonu eliyor olma, demansta depresyonun tedavisi sorularına doğru cevap vermede anlamlı bir fark yaratmamıştır (p=0,221, p=0,204, p=0,465, p= 1,0 p>0,05). Şekil 4.14 hekimlerin demanstaki depresyonun tedavisi sorularına verdikleri cevaplar gösterilmiştir.



Şekil 4.14. Demanstaki depresyonun tedavisi.

3’üncü soruya, son 1 ayda demans tanısı koyan hekimler, son 1 ay içinde demanslı hastası olanlar ve erkekler daha fazla doğru cevap vermişlerdir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05) (karşılaştırma grupları için

sırası ile  $p=0,376$ ,  $p=0,075$  ve  $p=0,064$ ). Çizelge 4.12’de üçüncü sorunun doğru cevabı ile son 1 ayda demans tanısı koyma, son 1 ay içinde demanslı hastası olma ve cinsiyet ile ilişkilendirilmesi görülmektedir.

**Çizelge 4.12.** SSRI’lar depresif semptomları azaltır, demans ilaçları ile beraber kullanılabilir doğru cevabı ile son 1 ayda demans tanısı koyma, son 1 ay içinde demanslı hastası olma ve cinsiyet ile ilişkisi.

			SSRI’lar Depresif Semptomları Azalttığı, Demans İlaçları ile Beraber Kullanılabilir			Toplam	P değeri	
			Fikrim Yok	Evet	Hayır			
<b>Son 1 Ayda Demans Tanısı Koydunuz mu?</b>	Evet	Sayısal Değer	5	15	0	20	0,376	
		Yüzde Değer	25,0	75,0	0,0	100,0		
	Hayır	Sayısal Değer	37	98	13	148		
		Yüzde Değer	25,0	66,2	8,8	100,0		
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>42</b>	<b>113</b>	<b>13</b>	<b>168</b>		
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>25,0</b>	<b>67,3</b>	<b>7,7</b>	<b>100,0</b>		
<b>Son 1 Ay İçinde Demans Tanılı Hastasınız Oldu mu?</b>	Evet	Sayısal Değer	9	45	3	57		0,075
		Yüzde Değer	25,8	78,9	5,3	100,0		
	Hayır	Sayısal Değer	33	69	10	112		
		Yüzde Değer	29,5	61,6	8,9	100,0		
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>42</b>	<b>114</b>	<b>13</b>	<b>167</b>		
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>24,9</b>	<b>67,5</b>	<b>7,7</b>	<b>100,0</b>		
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	Sayısal Değer	31	69	10	110	0,064	
		Yüzde Değer	28,2	62,7	9,1	100,0		
	Kadın	Sayısal Değer	9	45	2	56		
		Yüzde Değer	16,1	80,4	3,6	100,0		
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>40</b>	<b>114</b>	<b>12</b>	<b>166</b>		
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>24,1</b>	<b>68,7</b>	<b>7,2</b>	<b>100,0</b>		

Sorulara verilen fikrim yok cevapları soruya cevap verilmemiş sayılarak verilen cevaplar “evet” ve “hayır” olarak tekrar gruplandırılmıştır. Depresyonu öncelikli olarak ayırıcı tanıda düşünen hekimler tüm sorulara daha fazla oranlarda doğru cevap vermişlerdir. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (tüm gruplarda  $p>0,05$ )

Birinci basamakta 16 yıl ve üstü çalışan hekimler, daha az sürelerde birinci basamakta çalışan diğer hekimlere oranla tüm sorulara daha fazla doğru cevap vermişlerdir. Ancak bu durum için p değeri yorumlaması yapılamamıştır.

### Halk anketleri için;

Anket uygulamasında katılımcılara “demans”, bunama olarak ifade edilmiştir. Katılımcıların (n=171) %44,5’i erkek, (n=213) %55,5’i kadındır. Yaş grubu 45-80 aralığındadır ve ortalama yaş 55,96’dır. Çizelge 4.13’de çalışmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı yer almaktadır.

Ülkemizde kadınların erkeklerden daha fazla sağlık sorunları yaşadıkları, bir hekim tarafından teşhis edilmiş hastalığa sahip oldukları ve kontrol tetkik amaçlı sağlık kurumuna başvurdıkları tespit edilmiştir (141). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yarısından fazlası kadınlardan oluşmaktadır.

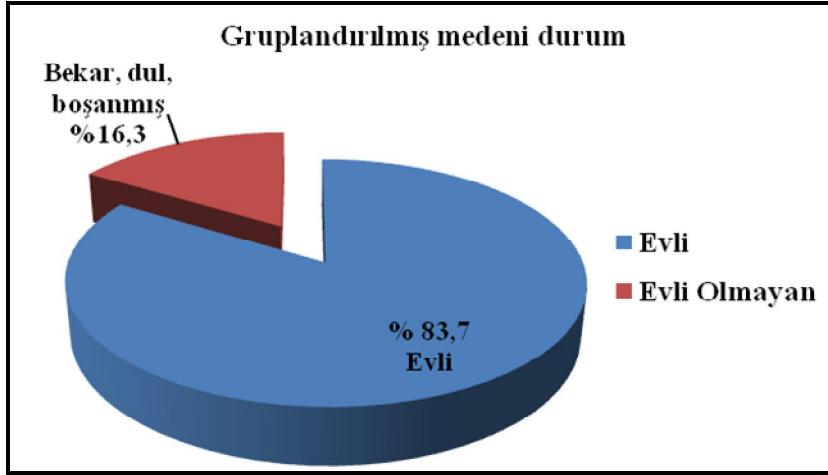
**Çizelge 4.13.** Cinsiyete göre dağılım.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Erkek	171	44,5	44,5	44,5
Kadın	213	55,5	55,5	100,0
<b>Toplam</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Katılımcıların (n=16) %4,2’si medeni durum bilgisi vermemiştir. Soruyu cevaplayanların %83,7’si evli (n=308), %10,1’i dul (eşi ölmüş) (n=37), %3,5 bekâr (n=13), %2,7’si (n=10) boşanmıştır. Veri değerlendirmesi için medeni durum “evli olanlar” ve “evli olmayanlar” olarak iki alt gruba ayrılmıştır. İlk grupta evli olanlar bulunurken ikinci grupta bekâr, dul ve boşanmış olanlar bulunmaktadır. Çizelge 4.14’de çalışmaya katılanların medeni duruma göre dağılımı ve Şekil 4.15’de gruplandırılmış medeni durum dağılımı yer almaktadır.

**Çizelge 4.14.** Medeni duruma göre dağılım.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Bekâr	13	3,4	3,5	3,5
Evli	308	80,2	83,7	87,2
Boşanmış	10	2,6	2,7	89,9
Dul	37	9,6	10,1	100,0
Cevaplamayan	16	4,2	0,0	
<b>Toplam</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

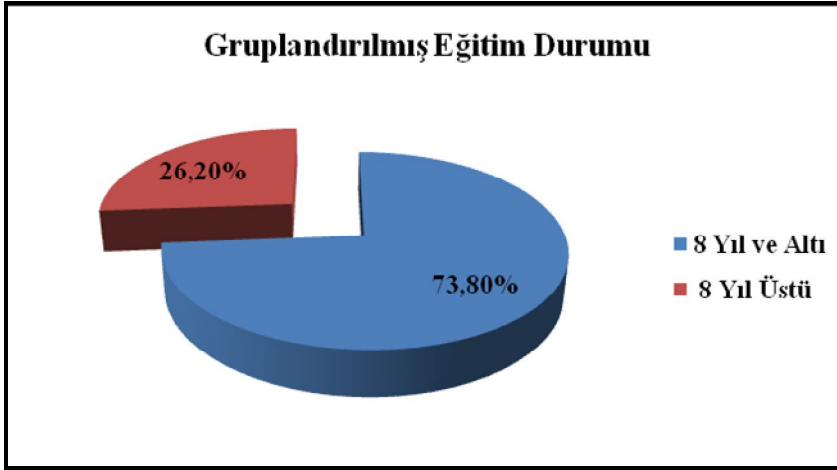


**Şekil 4.15.** Gruplandırılmış medeni durum dağılımı.

Son bitirilen okulun esas alındığı eğitim durumunda, %39,0 ile ilköğretim okulu ilk sırada yer almıştır. Yüksek okul-üniversite cevabı ise %26,2 ile bu cevabı takip etmiştir. Katılımcıların %21,4'ü lise veya dengi bir okul bitirmişken, %9,2'si ilköğretim diplomasına sahip olduklarını belirtmiştir. Okuma-yazması olmayanların oranı %1,4'dür. %2,8'lik bir kesim ise herhangi bir okul bitirmediklerini ancak günlük ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde okur-yazar olduklarını ifade etmiştir. Öğrenim durumu için verilen cevaplar çalışmamızın yapıldığı dönemde ülkemizdeki 8 yıllık zorunlu temel eğitim süreci esas alınarak 8 yıl ve altı ve 8 yıl üstü eğitim alanlar olarak ikiye ayrılmıştır. İlk grupta okur-yazar olmayanlar, okur-yazar olanlar, ilköğretim mezunları ve ortaokul mezunları yer alırken, ikinci grupta lise mezunları, yüksek okul ve üniversite mezunları yer almıştır. Çizelge 4.15 katılımcıların son bitirdikleri okula göre eğitim durumu dağılımlarını ve Şekil 4.16 gruplandırılmış eğitim durumu dağılımını göstermektedir.

**Çizelge 4.15.** Eğitim durumu dağılımı.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
<b>Okur-yazar değil</b>	5	1,3	1,4	1,4
<b>Okuryazar</b>	10	2,6	2,8	4,2
<b>İlkokul</b>	140	36,5	39,0	43,2
<b>Ortaokul</b>	33	8,6	9,2	52,4
<b>Lise</b>	77	20,1	21,4	73,8
<b>Yüksek okul/ üniversite</b>	94	24,5	26,2	100,0
<b>Eksik veri</b>	25	6,5	0,0	
<b>Toplam</b>	<b>384</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



**Şekil 4.16.** Gruplandırılmış eğitim durumu dağılımı.

#### 4.1. Yaşlanma ve Demans

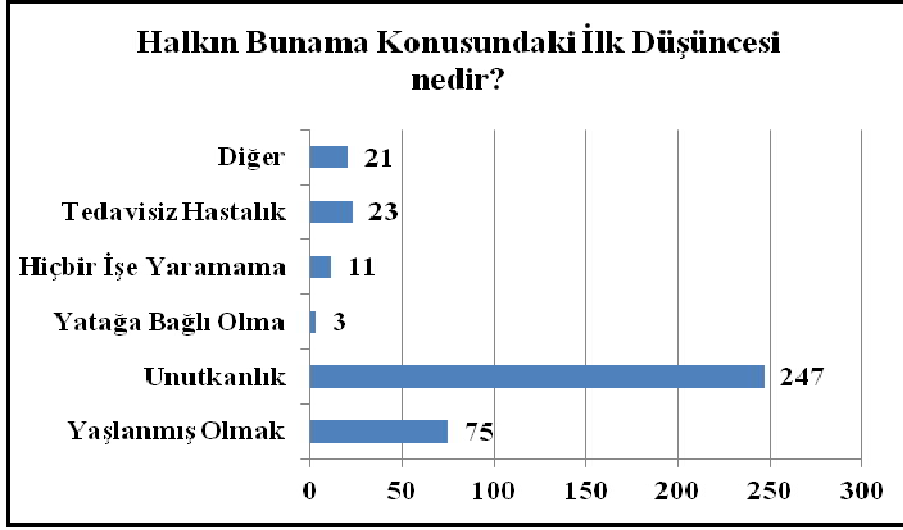
Yaşlılık, tüm sistemlerdeki fizyolojik değişimlere bağlı gelişen fonksiyonel kapasitede azalmalar, bu azalmalara bağlı günlük yaşam faaliyetlerinde azalmaların ve kısıtlamaların sıklıkla yaşandığı bir dönemdir. Yaşlılık bir hastalık olmamasına rağmen hastalıkların atipik ve sıkça yaşandığı bir durumdur (148).

“Yaşlılık sizce nedir?” sorusuna %41,2 ikinci şans, %32,4 yorgunluk, halsizlik, %16,6 yaşamın sonu ve %9,9 oranında bakıma muhtaç olma cevapları verilmiştir.

Yaş; 45-60 yaş arası ve 60 yaş üstü olarak iki kategoride gruplandırılmıştır. Bu gruplamada DSÖ yaşlılık sınırı olarak kabul ettiği 60 yaş, sınır kabul edilmiştir. İlk grupta %40,2 ikinci şans, %32,0 yorgunluk, halsizlik, %10,9 bakıma muhtaç olma, %16,8 yaşamın sonu cevapları alınmıştır. İkinci grupta sırasıyla %43,2, %33,1, %7,6, %16,1 değerleri tespit edilmiştir. Kişilerin 60 yaş üstünde veya 45-60 yaş arasında olmaları ile soruya verdikleri cevaplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p=0,772$ ,  $p>0,05$ ).

Yaşlılıkla öne çıkan ve sık karşılaşılan unutkanlık, demansın en sık rastlanan bulgusudur. Yaşlılığa bağlı gelişen "Selim Yaşlılık Unutkanlığı" olarak da adlandırılan hafıza azalmaları kişinin günlük yaşamını etkilememe özelliği ile demanstan ayrılır (51, 56). Katılımcılar tarafından “bunama” deyince ilk akla gelen tanımlamasına %65,0 ile unutkanlık cevabı verilmiştir. Son bitirilen okula göre tüm eğitim gruplarında da benzer şekillerde unutkanlık en sık verilen cevap olmuştur. Şekil 4.17 bunama denince ilk akla gelen tanımlamaya verilen cevapların sayısal dağılımını

(n=384, cevap vermeyen 4) ve Çizelge 4.16 eğitim durumuna göre bunama denince ilk akla gelen tanımlama yüzdelerini göstermektedir.



Şekil 4.17. Halkın bunama konusundaki ilk düşüncelerinin dağılımı.

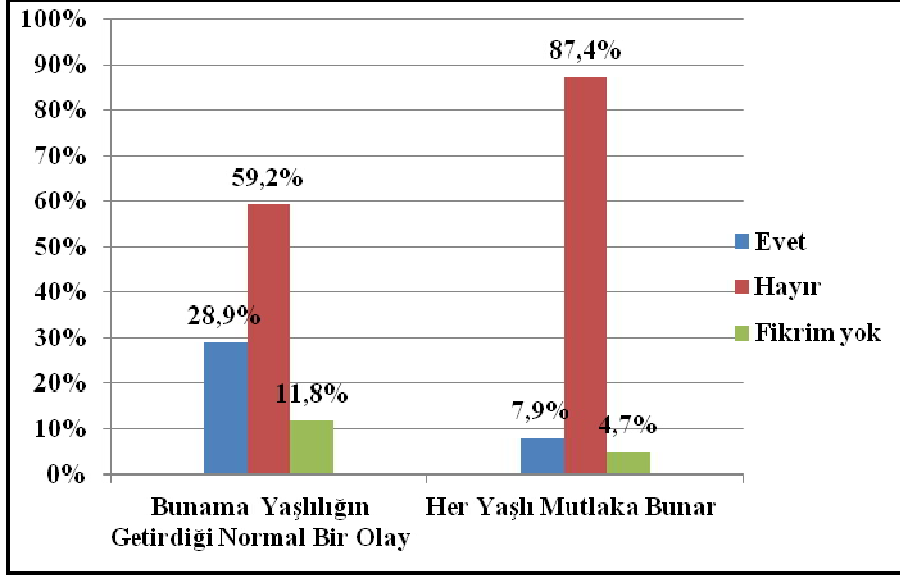
Çizelge 4.16. Son bitirilen okulun esas alındığı eğitim durumuna göre bunama denince ilk akla gelen tanımlama.

	Okur-yazar Değil	Okur-yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek okul/ üniversite
Unutkanlık	%80,0	%50,0	%65,0	%66,7	%61,8	%64,9
Yaşlanmış olma	%0,0	%30,0	%25,5	%24,2	%14,5	%17,0
Yatağa bağlı olma	%0,0	%0,0	%0,7	%0,0	%2,6	%0,0
Tedavisiz hastalık	%0,0	%10,0	%5,1	%3,0	%6,6	%9,6
Hiçbir İşe Yaramama	%0,0	%0,0	%0,7	%3,0	%6,6	%2,1
Diğer	%20,0	%10,0	%2,9	%3,0	%7,9	%6,4
<b>Toplam</b>	<b>%100,0</b>	<b>%100,0</b>	<b>%100,0</b>	<b>%100,0</b>	<b>%100,0</b>	<b>%100,0</b>

Yaşlılık demans gelişiminde bilinen en kuvvetli risk faktörüdür. Risk yaş ile birlikte artar. Demans multifaktöriyel etyolojiye sahiptir. Beyin hücrelerinde farklı pek çok sebep ile gelişen hasara bağlı bir hastalıktır (31,64,66,113,145,149).

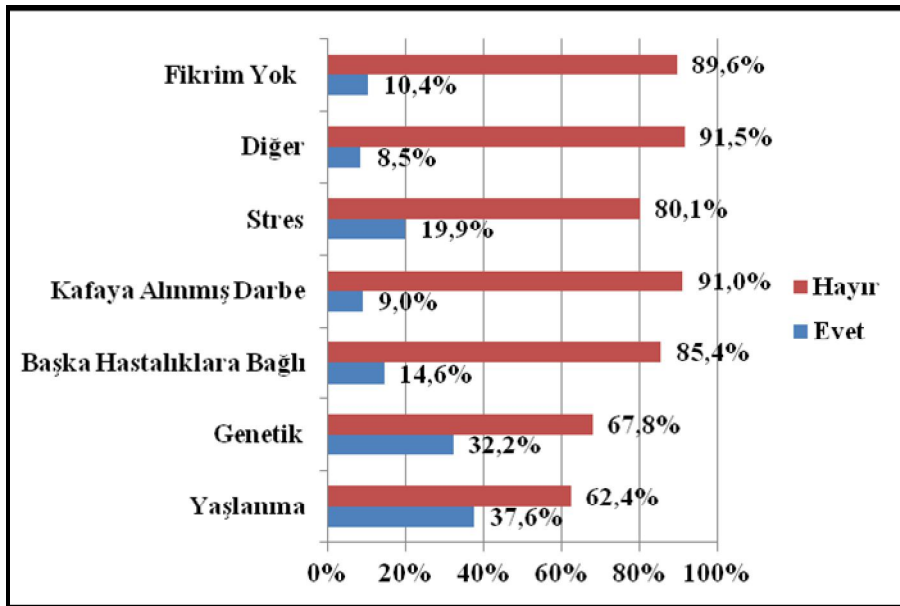
Katılımcıların %28,9'u bunamanın yaşlılığın getirdiği normal bir durum olduğu düşüncesindeyken, %59,2'si normal bir durumunun dışında bir hastalık olduğu düşüncesindedir. Her yaşlının mutlaka bunayacağı düşüncesine katılanların oranı %7,9, bu düşünceye katılmayanların oranı ise %87,4'dür. Katılımcıların her iki konu hakkındaki düşünceleri ile cinsiyetleri ve yaşlarının 60'ın üstünde olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). İstatistiksel olarak

anamlı bir şekilde, 8 yıl ve altı eğitim alanlar, 8 yıl üstü eğitim alanlardan daha fazla bunamanın yaşlılığın getirdiği normal bir olay olduğuna inanmaktadırlar ( $p=0,036$ ,  $p<0,05$ ). Şekil 4.18 çalışmaya katılanların bunama ve yaşlılık arası ilişki ile ilgili düşüncelerini göstermektedir.



Şekil 4.18. Bunama ile yaşlılık ilişkisi.

%37,6 ile yaşlanma, %32,2 ile genetik yatkınlık (aile hikâyesi) ve %19,9 ile stres en sık bunama sebebi olarak gösterilen durumlardır. Şekil 4.19'da çalışmaya katılanlar için demansın sebepleri gösterilmiştir.



Şekil 4.19. Halk için bunamanın sebepleri.

Araştırmaya katılanların %62,8'i demansı engellemek/yavaşlatmak için yapılabilecek bir şeyler olduğunu belirtirken, %32,9'u tedavi edilebilir olduğunu belirtmiştir.

8 yıl ve altı eğitim alanlar daha fazla demansın tedavi edilebildiğine ve engellemek-yavaşlatmak için yapılabilecek bir şeylerin varlığına inanmaktadırlar ( $p=0,007$ ,  $p=0,018$   $p<0,05$ ). Çizelge 4.17 ve Çizelge 4.18'de eğitim durumu ile demansı engelleme veya yavaşlatma inancı arasındaki ilişki gösterilmektedir.

**Çizelge 4.17.** Eğitim durumu ile demansı engelleme veya yavaşlatma inancı arasındaki ilişki.

			Bunama			Toplam	p değeri
			Engellenebilir/Yavaşlatılabilir mi?				
			Fikrim Yok	Evet	Hayır		
Öğrenim Durumu	8 Yıl ve Altı	Sayısal Değer	76	153	33	262	0,007
		Yüzde Değer	29,0	58,4	12,6	100,0	
	8 Yıl Üstü	Sayısal Değer	16	72	6	94	
		Yüzde Değer	17,0	76,6%	6,4	100,0%	
Toplam		Sayısal Değer	92	225	39	356	
		Yüzde Değer	25,8	63,2	11,0	100,0%	

**Çizelge 4.18.** Eğitim durumu ile demansın tedavi edilebilir bir hastalık olduğuna inanma arasındaki ilişki.

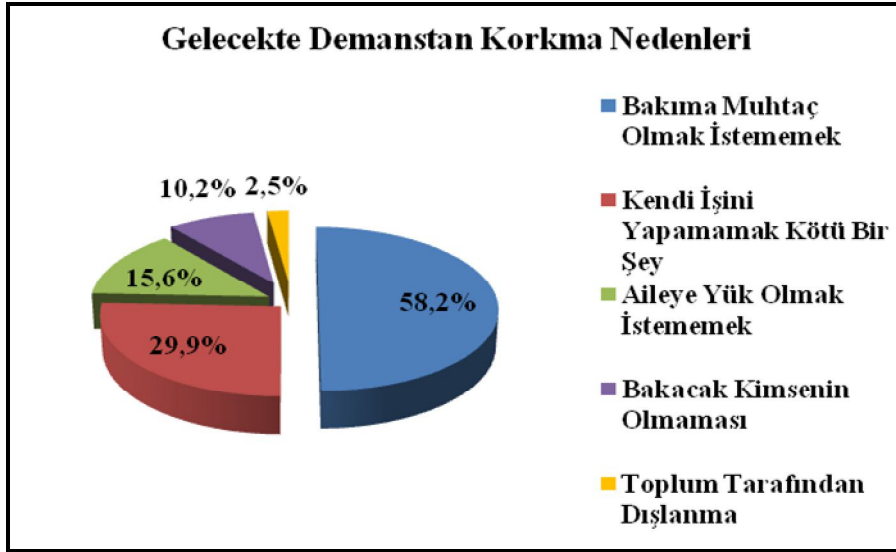
			Demans Tedavi Edilebilir mi?			Toplam	p değeri
			Fikrim Yok	Evet	Hayır		
Öğrenim Durumu	8 Yıl ve Altı	Sayısal Değer	92	89	81	262	0,018
		Yüzde Değer	35,1	34,0	30,9	100,0	
	8 Yıl Üstü	Sayısal Değer	21	30	43	94	
		Yüzde değer	22,3	31,9	45,7	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	113	119	124	356	
		Yüzde Değer	31,7	33,4	34,8	100,0	

Çalışma grubumuzun %64,1'i gelecekte demans olmaktan korktuklarını, %27,7'si böyle bir korkularının olmadığını belirtmiştir. Cinsiyete göre gelecekte demans olma korkusu incelendiğinde kadınların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde erkeklerden daha fazla bu korkuya sahip oldukları gözlenmiştir ( $p<0,001$ ). Çizelge 4.19'da cinsiyete göre gelecekte demans olma korkusu gösterilmiştir.

**Çizelge 4.19.** Cinsiyete göre gelecekte demans olmadan korkma durumu.

			Gelecekte Bunamaktan Korkuyormusunuz?			Toplam	p değeri
			Fikrim Yok	Evet	Hayır		
Cinsiyet	Erkek	Sayısal Değer	19	88	64	171	<0,001
		Yüzde Değer	11,1	51,5	37,4	100,0	
	Kadın	Sayısal Değer	12	157	42	211	
		Yüzde Değer	5,7	74,4	19,9	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	31	245	106	382	
		Yüzde Değer	8,1	63,4	28,5	100,0	

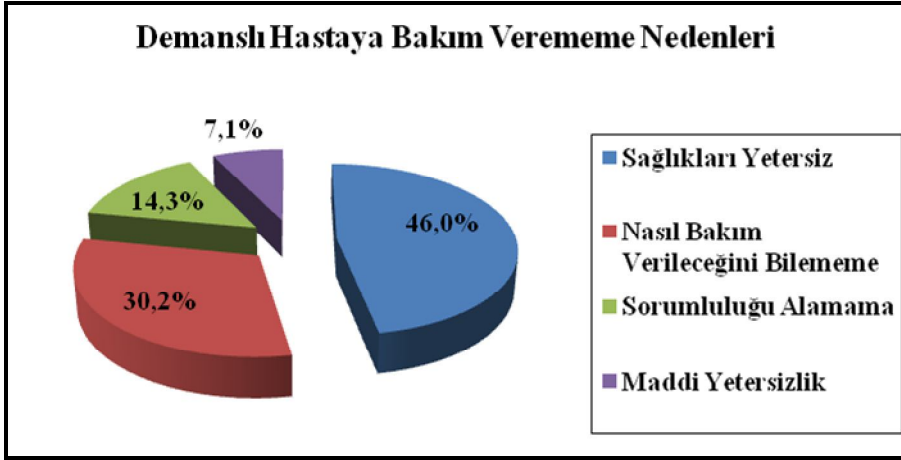
Şekil 4.20’de gösterildiği üzere, gelecekte demans olmadan korkma nedenleri arasında %58,2 ile “bakıma muhtaç olmak istemem” ilk sırada yer almıştır. %29,9 ile “kendi işini yapamayacak olmak kötü bir şey” cevabı ikinci sıklıkta verilen cevaptır. “Aileme yük olmak istemem” (%15,6), “bakacak kimsen yok” (%10,2) ve “toplum tarafından dışlanırım” (%2,5) verilen diğer cevaplardır.



**Şekil 4.20.** Gelecekte demanstan korkma nedenleri.

Araştırmaya katılanların yaklaşık 1/3’ü (%32,5) ailelerinde bunamış birinin varlığında ona yeterince iyi bakamayacaklarını bildirmişlerdir. Bakım verememeye; %46 oranında sağlıklarının iyi olmadığını, %30,2 oranında nasıl bakım verileceğini bilmediklerini, %14,3 oranında böyle bir sorumluluğu alamayacaklarını ve %7,1

oranında ise maddi yetersizliklerini sebep olarak bildirmişlerdir. Şekil 4.21’de bu oranlar gösterilmektedir.



Şekil 4.21. Demanslı hastaya bakım verememe nedenleri.

#### 4.2. Bakım ve Beklentiler

Anketlerin uygulanması esnasında, katılımcıların demans hastalarının bakımına ve beklentilerine yönelik düşüncelerini ölçen sorulara “çok katılıyorum”, “katılıyorum”, “bilmiyorum”, “katılmıyorum”, “hiç katılmıyorum” şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Ancak veri değerlendirmesi sırasında cevaplar “katılıyorum”, “bilmiyorum” ve “katılmıyorum” şeklinde tekrar gruplandırılmıştır. İlk grup “çok katılıyorum veya katılıyorum” cevaplarını içerirken, “katılmıyorum veya hiç katılmıyorum” cevapları “katılmıyorum” başlığı altında değerlendirmeye alınmıştır.

Demans hastalarının uzun dönem bakımları zorludur. Hastalığın başlangıç dönemlerinde hastalar günlük yaşam ihtiyaçlarını yardımsız veya az bir yardımla yapabilirler. İlerleyen dönemler de özellikle geç dönemde hasta tamamen başkasının bakımına muhtaç ve çoğu kez yatağa bağlı hale gelir. Hastanın yatağa bağlanıp tamamen birinin bakımına ihtiyaç duyduğu ileri dönemlerde gün boyu birinin hasta ile ilgilenmesi gerekir. Küçülen aile yapısı, kadınların daha fazla çalışma ortamlarında bulunmaları gibi sebepler bu dönemin aileler için daha zor hale gelmesine neden olabilmektedir. Bu dönemde hasta yakınlarının daha fazla desteğe ihtiyacı olacaktır (79, 51, 80, 114, 113, 150).

Ülkemizdeki aile yapısı ve yaşam tarzı Cumhuriyet Döneminin ilk yıllarından bu yana değişimlere uğramıştır. Geniş aile yaşamından çekirdek aile yaşamına geçiş

izlenmektedir. Ancak oluşan yeni aile yapısı, gelenekselliğin korunduğu ve akrabalık ilişkilerinin yaşanmaya devam ettiği geçiş aile modelidir (150).

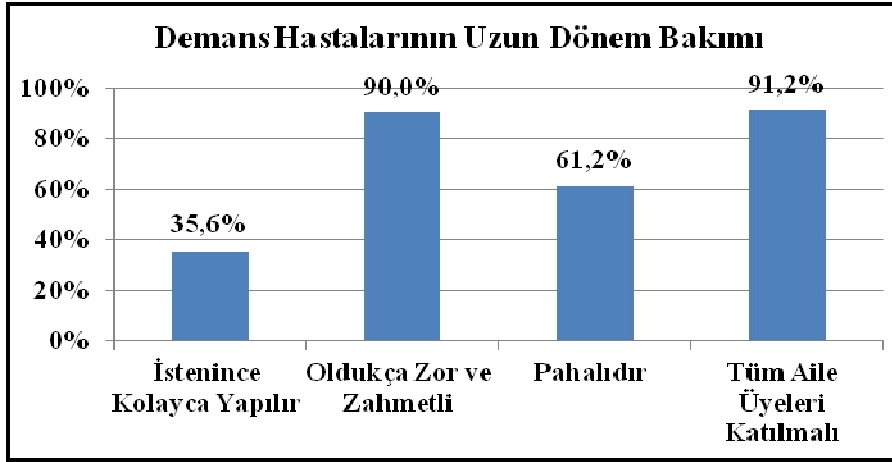
Katılımcıların %93,2'si bunama tanısı konulan herkesin mutlaka birinin yardımına ve gözetimine ihtiyacı olduğu ifadesine katılmaktadır. Verilen bilmiyorum cevapları, cevap verilmemiş gibi değerlendirilmiştir. Soruya verilen “çok katılıyorum veya katılıyorum” cevapları “katılıyorum” ve “katılmıyorum veya hiç katılmıyorum” cevapları “katılmıyorum” olarak tekrar gruplandırıldıktan sonra yapılan değerlendirmede, eğitim süresi 8 yıl ve altı olanların %98,3'ü bu düşünceye katılırken aynı düşünce 8 yıl üstü eğitim alanlarda %95,4 oranında kabul görmüştür. Demans tanısı konulan herkesin mutlaka birinin yardımına ve gözetimine ihtiyacı olduğu düşüncesine katılımda, eğitim süresi istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çizelge 4.20'de eğitim süresi ile demans tanısı konulan herkesin mutlaka birinin yardımına ve gözetimine ihtiyacı olduğuna katılım arasındaki ilişki gösterilmektedir.

**Çizelge 4.20.** Eğitim süresi ile demans tanısı konulan herkesin mutlaka birinin yardımına ve gözetimine ihtiyacı olduğuna katılım arasındaki ilişki.

			Bunama Tanısı Konulan Herkesin Mutlaka Birinin Yardımına ve Gözetimine İhtiyacı Vardır		Toplam	p değeri >0,05
			Katılıyorum	Katılmıyorum		
<b>Eğitim Süresi</b>	8 yıl ve altı	Sayısal Değer	228	4	232	0,145
		Yüzde Değer	98,3	1,7	100,0	
	8 yıl üstü	Sayısal Değer	83	4	87	
		Yüzde Değer	95,4	4,6	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>311</b>	<b>8</b>	<b>319</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>97,5</b>	<b>2,5</b>	<b>100,0</b>	

Uzun dönem demanslı hastaların bakımının istenince kolayca yapılabileceğini ifade edenler %35,6 iken; bakımının oldukça zor ve zahmeti olduğunu düşünenler %90,0 ve bu bakımın pahalı olduğunu düşünenler %61,2'dir. Bu sürece tüm aile bireylerinin katılması gerektiği düşüncesi %91,2'dir. Şekil 4.22 katılımcıların demans hastalarının uzun dönem bakımları hakkındaki düşüncelerinin oransal dağılımını göstermektedir.



**Şekil 4.22.** Demans hastalarının uzun dönem bakımı.

Demans hastasının bakımının istenince kolayca yapılamayacağı düşüncesinde olanlar istatistiksel olarak anlamlı oranlarda; daha fazla diğer aile üyelerinden yardım isteyeceklerini, yardım alabileceği kurumlar var mı? diye araştıracaklarını, ailesinde bunamış biri olsaydı ona yeterince iyi bakamayacaklarına inandıklarını söylemişlerdir (sırasıyla  $p=0,034$ ,  $p=0,012$ ,  $p<0,001$ , tüm gruplar için  $p<0,05$ ). Söz konusu ilişkiler Çizelge 4.21, 4.22 ve 4.23’de gösterilmektedir.

**Çizelge 4.21.** Demans hastasının bakımının istenince kolayca yapılamayacağı düşüncesi ile diğer aile üyelerinden yardım isteme.

			Bakım Konusunda Diğer Aile Üyelerinden Yardım İsteme			Toplam	P değeri <0,05
			Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Bilmiyorum	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum		
<b>Demanslı Hastanın Uzun Dönem Bakımı İstenince Kolayca Yapılır</b>	Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Sayısal Değer	98	4	20	122	0,034
		Yüzde Değer	80,3	3,3	16,4	100,0	
	Bilmiyorum	Sayısal Değer	55	9	4	68	
		Yüzde Değer	80,9	13,2	5,9	100,0	
	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum	Sayısal Değer	130	10	21	161	
		Yüzde Değer	80,7	6,2	13,0	100,0	
<b>Toplam</b>		Sayısal Değer	283	23	45	351	
		Yüzde Değer	80,6	6,6	12,8	100,0	

**Çizelge 4.22.** Demans hastasının bakımının istenince kolayca yapılamayacağı düşüncesi ile bakım konusunda yardım alınabilecek kurumların araştırılması ilişkisi.

			Bakım Konusunda Yardım Alınacak Kurumları Araştırma			Toplam	p değeri <0,05
			Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Bilmiyorum	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum		
<b>Demanslı Hastanın Uzun Donem Bakımı İstenince Kolayca Yapılır</b>	Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Sayısal Değer	81	14	26	121	0,012
		Yüzde Değer	66,9	11,6	21,5	100,0	
	Bilmiyorum	Sayısal Değer	49	13	4	66	
		Yüzde Değer	74,2	19,7	6,1	100,0	
	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum	Sayısal Değer	121	24	16	161	
		Yüzde Değer	75,2	14,9	9,9	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>251</b>	<b>51</b>	<b>46</b>	<b>348</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>72,1</b>	<b>14,7</b>	<b>13,2</b>	<b>100,0</b>	

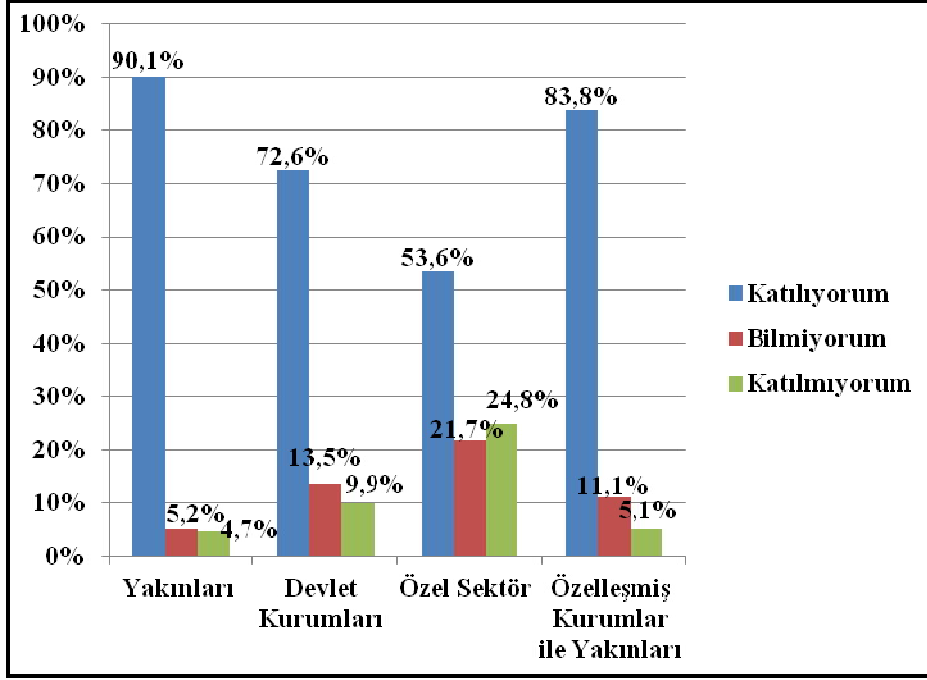
**Çizelge 4.23.** Demans hastasının bakımının istenince kolayca yapılamayacağı düşüncesi ile demanslı aile üyesine yeterli bakım verebileceğine inanma.

			Demanslı Aile Üyesine Yeterli Bakım Verme			Toplam	p değeri
			Fikrim Yok	Evet	Hayır		
<b>Demanslı Hastanın Uzun Donem Bakımı İstenince Kolayca Yapılır</b>	Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Sayısal Değer	9	92	25	126	,000 <0,001
		Yüzde Değer	7,1	73,0	19,8	100,0	
	Bilmiyorum	Sayısal Değer	19	27	22	68	
		Yüzde Değer	27,9	39,7	32,4	100,0	
	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum	Sayısal Değer	17	72	73	162	
		Yüzde Değer	10,5	44,4	45,1	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>45</b>	<b>191</b>	<b>120</b>	<b>356</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>12,6</b>	<b>53,7</b>	<b>33,7</b>	<b>100,0</b>	

Bakım sürecinde diğer aile üyelerinden yardım isteyeceğini ifade edenler %80,6 oranındadır. 8 yıl üstü eğitim almış olmak bakım sürecinde daha fazla oranda diğer aile üyelerinden yardım isteme üzerine, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilidir (p=0,007, p<0,05). Evli olanlar ve kadınlar daha fazla sayıda diğer aile üyelerinden yardım isteyeceklerini belirtmişlerdir. Ancak bu sayısal fazlalık istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,268 ve p=0,968, p>0,05).

“Demanslı hastaların bakımı hangi kurum/kişiler tarafından yapılmalıdır?” sorusuna katılımcıların %90,1’i yakınları, %72,6’si devlet kurumları, %53,6’sı özel sektör ve %83,8’i bu konuda özelleşmiş kurumlar ile yakınları beraber yapmalı

şeklinde görüş bildirmişlerdir. Demanslı hastanın bakımının devlet kuruluşları tarafından yapılmasına destek verenlerin sayısının, özel sektöre yapılmasına destek verenlerden fazla olması istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ,  $p<0,05$ ). Şekil 4.23 “demans hastalarının bakımının hangi kurum/ kişiler tarafından yapılmalıdır?” sorusuna verilen cevap oranlarını göstermektedir. Çizelge 4.24 halkın demanslı hastaların bakımında kamu kuruluşlarını özel sektöre tercihini göstermektedir.



Şekil 4.23. Demanslı hastaların bakımı hangi kurum/kişiler tarafından yapılmalıdır.

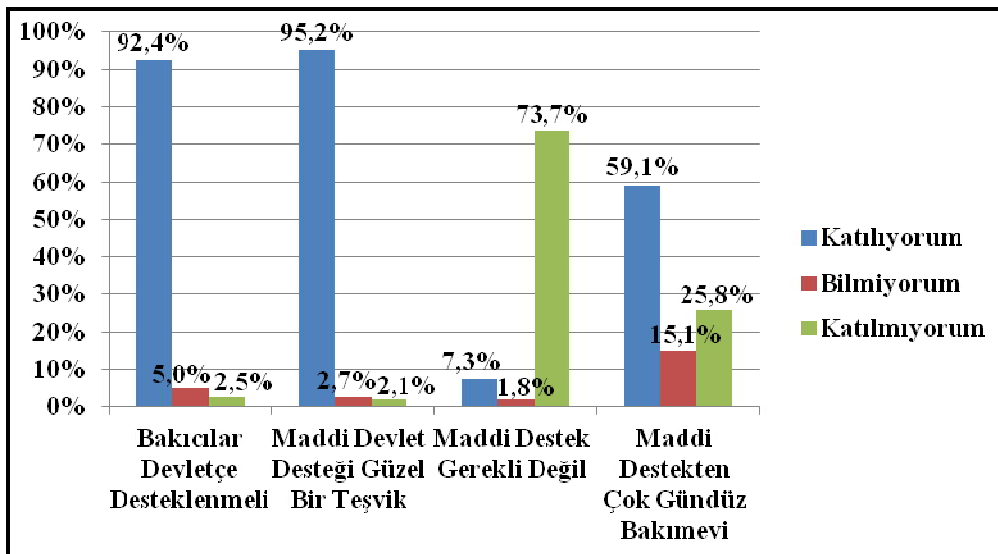
Çizelge 4.24. Halkın kurumsal bakıma bakışı.

		Özel Bakımevleri/Sertifikalı Bakıcı			Toplam	p değeri
		Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Bilmiyorum	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum		
Kamu Kuruluşları	Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Sayısal Değer	134	50	44	0,000 <0,001
		Yüzde Değer	58,8	21,9	19,3	
	Bilmiyorum	Sayısal Değer	22	16	12	
		Yüzde Değer	44,0	32,0	24,0	
	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum	Sayısal Değer	10	4	23	
		Yüzde Değer	27,0	10,8	62,2	
Toplam		Sayısal Değer	166	70	79	315
		Yüzde Değer	52,7	22,2	25,1	100,0

Maddi gücünün yerinde olması halinde hastasını bir bakımevine veya huzurevine verebileceğini söyleyen %11,4'lük kesime karşın, böyle bir davranışta bulunmayacağını söyleyenlerin oranı %78,4'dür. Katılımcıların %10,2'si ise hastalarını bir bakımevine veya huzurevine verip vermeyeceklerini bilemediklerini ifade etmiştir.

Hastasını huzurevine veya bakımevine verme düşüncesine sıcak bakma ile 60 yaş üstünde olma, evli olmama veya erkek olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,870, p=0,530, p=0,406 ve tüm karşılaştırma grupları için p>0,05). Bakım için hastasını huzurevine veya bakımevine verme düşüncesine katılmayanların %65,8'i devletin bakım verenlere maddi destekten çok ücretsiz gündüz bakımevi yaptırmasına destek verirken %34,2'si bu düşünceye destek vermemiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,019, p<0,05). Verilen anlamlılık oranları sorulara verilen bilmiyorum cevapları elenip “çok katılıyorum veya katılıyorum” cevapları “katılıyorum”, “katılmıyorum veya hiç katılmıyorum” cevapları “katılmıyorum” olarak tekrar gruplandırıldıktan sonra elde edilen değerlerdir.

Katılımcıların %92,4'ü demans hastalarına bakım verenlerin devlet tarafından desteklenmesi gerektiği düşüncesindedir. Bakım verene devlet tarafından yapılacak maddi desteğin güzel bir teşvik olduğu düşüncesi %95,2'dir. Katılımcıların %8,8'i bakım verenlerin devlet tarafından maddi olarak desteklenmesinin gerekli olmadığını söylemiştir. Katılımcıların bakım verenlere devlet desteği hakkındaki görüşleri Şekil 4.24'de gösterilmiştir.



Şekil 4.24. Bakım verenlere devlet desteği.

Anket genelinde, devletin bakım verenlere maddi desteğinden çok, ücretsiz gündüz bakımevlerinin arttırılması düşüncesine katılım oranı %59,1'dir. Aynı soruya 8 yıl üstü eğitim alanların %77'si ve 8 yıl ve altı eğitim alanların %52,5'i katılımı cevabı vermiştir. Eğitim süresine göre bu düşünceye katılmama oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Demanslı hastaya bakma durumunda olduğunda bakım için yardım alabileceği kurumların varlığını araştıracağını söyleyen 214 katılımcının 138'i devletin maddi kaynaklarının, bakım verenlere maddi destekten çok ücretsiz gündüz bakımevlerinin arttırılması yönünde kullanılması düşüncesindedir. Maddi kaynak kullanımını konusunda aynı düşünce bakım sürecinde yardım kurumu aramayacağını ifade eden 38 katılımcının 19'undan onay almıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Bakım sürecinde kurumsal yardım aramanın ve eğitim durumunun, devletin maddi kaynaklarının bakım verenlere maddi destekten çok ücretsiz gündüz bakımevlerinin arttırılması yönünde kullanılmasını destekleme ile olan ilişkileri Çizelge 4.25 ve Çizelge 4.26'da gösterilmiştir.

**Çizelge 4.25.** Demanslı hastanın bakım sürecinde bakım için yardım alınabilecek kurumların varlığının araştırılmasının bakım verenlere maddi destekten çok ücretsiz gündüz bakımevlerinin arttırılması düşüncesine olan etkisi.

			<b>Bakım Verene Devlet Tarafından Maddi Destekten Çok Ücretsiz Bakımevi Arttırımı</b>			<b>Toplam</b>	<b>p değeri</b>
			Çok Katılıyorum veya Katılıyorum	Bilmiyorum	Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum		
<b>Bakım Konusunda Yardım Alınacak Kurumlar Araştırırım</b>	Çok Katılıyorum ve Katılıyorum	Sayısal Değer	138	25	51	214	0,016
		Yüzde Değer	64,5	11,7	23,8	100,0	
	Bilmiyorum	Sayısal Değer	15	11	12	38	
		Yüzde Değer	39,5	28,9	31,6	100,0	
	Katılmıyorum ve Hiç Katılmıyorum	Sayısal Değer	19	7	12	38	
		Yüzde Değer	50,0	18,4	31,6	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>172</b>	<b>43</b>	<b>75</b>	<b>290</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>59,3</b>	<b>14,8</b>	<b>25,9</b>	<b>100,0</b>	

**Çizelge 4.26.** Eğitim düzeyi ile bakım verenlere maddi destekten çok ücretsiz gündüz bakımevlerinin arttırılması düşüncesi arasındaki ilişki.

			<b>Bakım verene Devlet Tarafından Maddi Destekten Çok Ücretsiz Bakımevi Arttırımı</b>			<b>Toplam</b>	<b>p değeri</b>
			<b>Çok Katılıyorum veya Katılıyorum</b>	<b>Bilmiyorum</b>	<b>Katılmıyorum veya Hiç Katılmıyorum</b>		
<b>Öğrenim Durumu</b>	8 Yıl ve Altı	Sayısal Değer	107	39	58	204	p=0,001
		Yüzde Değer	52,5	19,1	28,4	100,0	
	8 Yıl Üstü	Sayısal Değer	57	5	12	74	
		Yüzde Değer	77,0	6,8	16,2%	100,0	
<b>Toplam</b>		<b>Sayısal Değer</b>	<b>164</b>	<b>44</b>	<b>70</b>	<b>278</b>	
		<b>Yüzde Değer</b>	<b>59,0</b>	<b>15,8</b>	<b>25,2</b>	<b>100,0</b>	

## 5. TARTIŞMA

Benzer çalışmalardaki gibi (84,122,139,151,152) bizde aile hekimi olarak görev yapan hekimlerin demans tanı-tedavi konusundaki tutumlarını ve bilgilerini değerlendirmeyi amaçladık. Bazı çalışmalardan daha fazla (84,139,151,152) bazılarından daha az sayıda hekime ulaştık (19,122). Aile hekimlerinin bu tür anket çalışmalarına katılım azlığından bahsedilmesine rağmen biz hedeflediğimiz sayının üstünde gönüllüye ulaştık (122).

Kadın hekimlerin erkelere oranla daha az sayıda tanı koymuş olmaları Cahill ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile benzerdi (122) ancak bizim çalışmamızda daha yakın süredeki (son 1 ay içindeki) tanı koymaları esas alınmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Alzheimer demansın gelişiminde bir risk faktörü olarak aile hikâyesi, yaşa oranla daha fazla seçilmiş olsa da, seçim oranları İngiliz Ulusal Denetim Dairesi'nin 2010 raporunda Alzheimer demans için risk faktörü olarak yaşın aile hekimlerince dile getirilme oranından fazla bir orandadır (140). Yine aynı şekilde yaş, Turner ve arkadaşlarının çalışmasından daha fazla oranlarda Alzheimer demansın gelişiminde bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (139).

Tanı değerlendirmesinde geri dönüşlü demans sendromlarına yönelik laboratuvarın kullanımı, benzer çalışmalardaki gibi (122,152), diğer değerlendirme araçlarından daha fazladır. Görüntüleme yöntemlerinin gereksiz bulunmuş olmasının aksine bizim çalışmamızda hekimlerin yarıdan fazlası görüntüleme yöntemlerinin kullanılması gerektiğini belirtmiştir (152). Tanı değerlendirme amaçlı görüntüleme yöntemlerinden MRI'nın kullanımı Cahill ve arkadaşlarının (122) çalışmasından farklı olarak BT'den daha fazladır. MRI lehine olan bu tercih istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Elektroforez benzer çalışmalardan (19,139) az olmakla beraber, tanı değerlendirmesine yönelik yapılması en uygunsuz bulunan yöntemdir.

Tanı hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirme için bulduğumuz yüksek olumlu cevap oranları, Pentzek ve arkadaşlarının çalışmasındaki gibi hasta yakınlarını tanı hakkında bilgilendirmede hastayı bilgilendirmeden daha yüksektir (19). Muhtemelen bu durum hekimlerimizin de tanının iyi bir tanı olmadığı düşüncesinin ağır basmasından dolayı hastalara tanıyı açıklamaktan kaçınan bir yaklaşım içine

olmalarından (84) ve hasta yakınlarına söylemeyi daha yapılabilir bulmalarından kaynaklanmaktadır (153).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada, yapımı önerilmesine rağmen, hekimler MMSE'nin demans tanısında yararlı olmayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir (84). Biz çalışmamızda elde ettiğimiz ilk değerlendirmede düşük MMSE kullanım oranlarını bu düşünce ile bağdaştırabiliriz. Belki anketimizde, tanı değerlendirmesi testleri için sadece bilişsel testleri veren kısa testler gibi (140), tanı değerlendirmesi testleri için sadece bilişsel testleri verseydik, yüksek oranlarda MMSE cevabına ulaşabilirdik.

İngiliz Ulusal Denetim Dairesi'nin 2010 aile hekimi kısa testinde (140) ve Turner ve arkadaşlarının çalışmasında (139) olduğu gibi bizim çalışmamızda da kesin tanı yöntemi sorusu en az doğru cevap verilen soru olmuştur. Erken tanının olumsuz sonuçlarından endişe duyan meslektaşlarının (84) aksine hekimlerimiz erken tanının hasta, hasta yakını ve sağlık sistemi için olumlu sonuçlar sağlayacağı düşüncesindedirler.

Demans ile karışabilen durumlar için hekimlerimizin bilgilerini ayırıcı tanı yapmaları ile ölçme yoluna gittik. Depresyon cevabı için benzer çalışmalardan (139, 140) daha yüksek oranlar elde ettik.

Demans ve demansta depresyon tedavisinin ana hatları için yöneltilen sorulara verilen doğru cevaplar benzer çalışmalardaki gibi tatmin edici oranlardadır (139,140).

Biz uyguladığımız anketlerle 45 yaş üstü bireylerin demansın getirdiği zorlukların farkındalık derecesini ve sağlık sisteminden beklentilerini öğrenmeyi amaçladık. Katılımcı olma şartı olarak demans tanılı hastaya bakım verme veya ailesinde demans hastasına sahip olma özellikleri aramadık ve toplumun demansa bakış açısını, bilgi edinme kaynaklarını öğrenme amaçlı 2008'de İzmir'de yapılan araştırmadan (154) farklı olarak katılımcılarımıza bu konu ile ilgili soru yöneltmedik. Ancak anketi uygularken bakım verip vermediklerini ve yakınlarından demans tanısı olan kişilerin varlığını sözlü olarak sorduk. Ankete katılanların neredeyse hepsi bakım vermediklerini ve yakınlarında böyle bir durumun söz konusu olmadığını ancak sosyal çevrelerinde demensli hasta ve bakım verenlerin olduğunu ifade ettiler.

T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğüne 40 yaş ve üzeri bireylerde ülke genelinde yapılmış bir çalışmada toplumun yaşlılara ve yaşlılığa olumlu bakış düşüncesi içinde oldukları gözlenmiştir (155). Bizim çalışmamızda da söz konusu çalışmadaki kadar yüksek olmasa da yaşlılığa olumlu bir bakış vardı. Yine

aynı çalışmaya göre toplumun en yüksek oranlarda yardım ihtiyacı içinde bulunduğu durumlardan biri hasta bakımındır ve bu konuda yardım başta eş olmak üzere aile üyelerinden beklenmektedir (155). Çalışmamızdaki demanslı hastanın bakım sürecine tüm aile bireylerinin katılımının gerektiği ve bakım konusunda diğer aile üyelerinden yardım istemeye yüksek katılım oranları çalışma evrenimiz dâhilindeki 45 yaş ve üzeri bireylerin, ülke genelindeki 40 yaş ve üzeri bireylerle benzer düşünce içinde olduğunu göstermektedir. Hastasını bakım amaçlı huzurevine veya bakımevine vermeye sıcak bakmama, katılımcıların sahip olduğu değer yargılarından veya dini inanışlarından kaynaklanabileceği gibi, kendilerine bakamayacak kadar yaşlandıklarında huzurevinde kalma düşüncesine sıcak bakmamaya (150) bağlı olabilir. Bizim çalışmamızda İzmir'deki çalışmadan daha fazla oranda demanslı hastalara bakım aile üyeleri tarafından verilmeli düşüncesinin ortaya çıkmış olması, katılımcılarımızın neredeyse hepsinin demanslı hastanın bakımında aktif rol almamış olmasına bağlanabilir (154).

T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü araştırmasında halkın devletten yardım başlığı altında beklentileri; maddi ve ayni yardım, evde bakım ve ücretsiz sağlık hizmetidir (150). Bizim çalışmamızda, katılımcıların devletten bakım sürecinde ihtiyaç sahibi bakım verenlere, devletin maddi destekte bulunması ve ücretsiz gündüz bakımevleri beklentisi bulunmaktadır.

## 6. SONUÇLAR

Hekim anketleri, Antalya il merkezinde çalışan rasgele seçim yöntemi ile belirlenen aile hekimlerine demans tanı ve yönetimindeki tutumlarının ve bilgi birikimlerinin demans yönetimindeki yeterliliğini araştırmak üzere uygulanan bireysel bilgilere ek olarak 36 maddeden oluşan bir ankettir (Ek 1). Biz bu çalışma ile hekimlerimizin konu hakkındaki yeterliliklerini değerlendirmeyi, kendi değerlendirmelerini yapmalarını sağlayarak da daha iyi demans tanı ve yönetim çabası içinde olmalarını hedefledik.

Hekimler son 1 ay içinde tanı koydukları demans hastalarından daha fazla tanıli hastaya poliklinik hizmeti vermişlerdir ( $p<0,001$ ). Baskın bölge nüfusu 40 yaş üstü olan hekimler daha fazla oranlarda demans tanısı koymuş ve tanıli hasta ile karşılaşmışlardır ( $p<0,05$ ).

Aile hikâyesi (%92) ve yaş (%86,9) hekimler tarafından Alzheimer demans için en fazla belirtilen risk faktörleri olmuştur. Aile hikâyesinin yaştan daha fazla oranda risk faktörü olarak kabul edilmesi anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Depresyon, ayırıcı tanıda öncelikli olarak en fazla düşünülen hastalıktır (%83,5). Depresyonun ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünülmesi inmeye göre anlamlı bir şekilde fazla iken ( $p<0,05$ ) diğer hastalıklardan daha fazla ayırıcı tanıda düşünülmüş olması anlamsızdır ( $p>0,05$ ).

Demans şüphesinde ilk değerlendirme yöntemi olarak MMSE uygulaması, geri dönüşümlü demans sendromlarına yönelik laboratuvar testlerine oranla daha az, nörogörüntüleme yöntemlerine oranla daha fazla tercih etmektedirler. Ancak tercihler arası ilişkilendirme için p değeri yorumlaması yapılamamıştır. İlk değerlendirme için seçilen görüntüleme yöntemlerinden MRI, anlamlı bir şekilde BT'den daha fazla tercih edilmektedir ( $p<0,001$ ).

Cinsiyet, MMSE'yi ilk değerlendirme yöntemi olarak belirtmiş olmada istatistiksel olarak anlamlılık gösteren bir etken ( $p<0,05$ ) iken birinci basamakta çalışma süresi, baskın bölge ve polikliniğe başvuru nüfus yaşı istatistiksel olarak anlamlılık göstermeyen etkenlerdir (tüm gruplar için  $p>0,005$ ). MMSE ilk değerlendirmede kullanım tercihi üzerine hekimlerin demans tanı testlerinin kullanımındaki kendilerine olan güven derecesi, hekimin tanı-tedavi için yeterli eğitime

sahip olduğunu düşünmesi ve tanı koymada kendine güvenmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Hekimler kesin tanıda kullanılabilecek yöntem olarak MMSE'yi, istatistiksel olarak anlamlı bir fark ile postmortemden daha fazla seçmişlerdir. ( $p<0,001$ ) Demans tanısı koyma ve tanıda kullanılabilecek testlerin kullanımı konusunda kendilerine olan güven derecelerinin kesin tanı için kullanılabilecek testlerin seçimi üstüne istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur ( $p>0,005$ ).

Hekimlerin büyük çoğunluğu erken tanının hastanın tedavisi, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesi ve sağlık harcamaları üzerine olumlu etkileri olacağı görüşündedir. Hekimlerin çoğunluğu her zaman, genellikle veya bazen hastayı ve hasta yakınlarını bilgilendirme tutumundadır. Küçük bir hekim grubu hasta ve yakınına bilgilendirme tutumları için nadiren veya hiç bir zaman ifadesini kullanmışlardır.

Hekimler geri dönüşümlü olan demans tiplerini Alzheimer demanstan daha fazla tedavi edilebilir bulmaktadır. Bu durum vitamin B12 eksikliğine ve hipotroidiye bağlı gelişen demans sendromları için istatistiksel anlamlılıkta ( $p<0,05$ ) iken normal basınçlı hidrosefaliye bağlı demans için istatistiksel anlamlılıkta değildir ( $p>0,05$ ).

Demansın ilaç tedavisi hakkında yöneltilen sorulara, her soru için hekimlerin yarısından fazlası doğru cevap vermişlerdir.

Hekimler demansta depresyon tedavisinin yararına inanmaktadırlar. Depresif semptomları azaltan antidepresif tedavinin demans ilaçları ile beraber kullanılabileceği görüşündedirler.

Hekimlerin demans risk faktörleri, ayırıcı tanı ve tedavinin ana hatları konusunda tutumları olumlu, bilgi birikimleri yeterli düzeydedir. Ancak demans şüphesinde ilk değerlendirmede laboratuvar testlerine bilişsel test uygulamasından daha fazla yönelmiş olmaları, bilişsel testlerden MMSE'yi ilk değerlendirme yönteminden daha çok kesin tanı yöntemi olarak değerlendirmeleri bilişsel testlerin kullanımına tam hâkim olmadıklarını göstermektedir.

Biz uyguladığımız halk anketleri ile ailelerinde demanslı hastaya sahip olma ve bakım verme durumunda olma olasılığı yüksek bir grup olan 45 yaş üstü bireylerin demansa bakış açılarını, bu hastaların bakımı konusunda düşündüklerini ve sağlık sisteminden beklentilerini öğrenmeyi amaçladık.

Yaşla yaşlılık algısı pek fazla değişmemektedir. Unutkanlık en sık bunama olarak nitelendirilen bulgudur. Düşük eğitim düzeyinde bunamanın yaşın bir getirisi

olduğu düşüncesi hâkim olsa da halk bunamanın bir hastalık olduğunun farkındadır. Yaşlanma ve genetik gibi değiştirilemez sebepler kadar yaşanan stresleri de bunama sebebi olarak görmekte-dirler. Gelecekte bunamaktan korkma sebebi olarak en fazla gösterilen “bakıma muhtaç olmak istemem” ve “kendi işini yapamayacak olmak kötü bir şey” cevapları halkın bunamanın getireceği bakım ihtiyacının farkında olduğunun bir göstergesidir. Araştırmaya katılanların yaklaşık 1/3’ü (%32,5) ailelerinde bunamış birinin varlığında ona yeterince iyi bakamayacaklarını bildirmiştir. Bakım verememeye; %46 oranında sağlıklarının iyi olmadığını, %30,2 oranında nasıl bakım verileceğini bilmediklerini, %14,3 oranında böyle bir sorumluluğu alamayacaklarını ve %7,1 oranında ise maddi yetersizliklerini sebep olarak bildirmişlerdir.

Büyük bir çoğunluğun bunama tanısı alan herkesin mutlaka birinin yardımına ve gözetimine ihtiyacı olduğuna katılıyor olması halkın bunama olarak orta-ciddi demansı nitelendirdiğini gösterir. Bu durum aynı zamanda erken demans vakalarının toplumda yaşlılığın getirisi olduğu inancının halen devam ettiğine işaret eder. Yüksek oranlarda tüm aile üyelerinin katılım gerekliliği, bakımın zor ve zahmetli olduğu ve pahalı olduğu söylemleri, halkın demans hastalarının bakım zorluklarının farkında olduğunu göstermektedir. Demanslı hastanın uzun dönem bakımının kolayca yapılamayacağı düşüncesi beraberinde bakım için kurumsal yardım arayışlarını getirmiştir. Demanslı hastaların bakımının aileler tarafından yapılması gerektiği düşünülmektedir. Bu hastalara aileleri dışında bakım hizmetinin verilmesinde devlet kurumları, özel sektöre tercih edilmektedir. Bakım verenlerin devlet tarafından desteklenmesi istenmektedir. Doğru kişilere devlet tarafından yapılacak maddi desteğin bakım verenler için güzel bir teşvik olacağına inanılmaktadır. Devletin maddi kaynak kullanımında bakım verenlere maddi yardımdan çok ücretsiz gündüz bakımevlerinin artırılması düşüncesine, hastanın bakım amaçlı bir huzurevine veya bakımevine verilmesinden daha sıcak bakılmıştır.

Halk demansın getirdiği uzun dönem bakım ihtiyacının ve bakımın zorlu bir süreç olduğunun bilincindedir. Ancak sahip oldukları her demans tanısının mutlaka yardım ve gözetim gerektirdiği düşüncesi, erken dönem demans vakalarının normal yaşlanma ile bir tutuyor olabileceklerini düşündürmektedir. Bakım sürecinde devlet desteği ve yardımı beklemekteler ancak hastaların bakımlarının aslen yakınları tarafından yapılması gerektiğini savunmaktadırlar.

## 7. ÖZET

### **BİRİNCİ BASAMAKTA AİLE HEKİMLERİNİN VE HERHANGİ BİR NEDENLE BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN BİREYLERİN BİLİŞSEL BOZUKLUKLARA DAİR BİLGİ, BECERİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Demans, oluşturduğu bağımlılık, zorlu bakım süreci, yüksek bakım maliyeti ve bakım verenlerde oluşturduğu depresyon ve anksiyete ile aileler ve toplum için büyük bir yüküdür. Birinci basamakta yapılacak erken tanı ve etkin hastalık yönetiminin sağlık sistemi ve hasta yakınları üzerindeki yükü hafifletebileceği gösterilmiştir.

Bu çalışma ile aile hekimlerinin demans tanı ve yönetimindeki tutum ve bilgilerinin değerlendirilmesi, toplumun demansın getirdiği zorlukların farkında olup olmadıkları ve bakım sürecindeki beklentileri öğrenilmeye çalışılmıştır.

Hekimlerin demans ayırıcı tanı ve tedavi bilgileri yeterlidir. Ancak bilişsel testlerin hekimler tarafından ilk değerlendirme kullanım sıklığının laboratuvar testlerinden azlığı, bilişsel testlerden MMSE'yi kesin tanı yöntemi olarak değerlendirme fazlalıkları, bilişsel testlerin ilk değerlendirmede daha etkin kullanmaları konusunda hekimlerin teşvik edilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Hekimlerin bilişsel testlerin ilk değerlendirmede daha etkin kullanmaları ve demans tanı değerlendirme sürecinde kullanılan yöntemlerin kullanım amaçları üzerine verilecek eğitimler ile bilişsel bozuklukların birinci basamakta daha etkin tanı ve tedavi edilmesi sağlanabilir.

Toplum demansın getireceği zorlu bakım sürecinin farkındadır. Hastaların bakımı konusunda sistemden beklentileri bulunmakla beraber bakımın esasen aileler tarafından yapılması gerektiği düşüncesindedirler.

**Anahtar Sözcükler:** Demans, aile hekimleri, tanı ve tedavi, toplum, beklentiler.

## **8. ABSTRACT**

### **THE ASSESSMENT OF KNOWLEDGE, SKILL AND ATTITUDE OF FAMILY PHYSICIANS IN PRIMARY CARE AND INDIVIDUALS WHO APPLYING TO PRIMARY CARE FOR ANY REASON ABOUT COGNITIVE IMPAIRMENT.**

Dementia, which creates dependency, difficulty in duration of caregiving, high care cost and existing depression and anxiety on caregivers is a big burden on patient's families and society.

It was shown that early diagnosis and active disease management in primary care might alleviate the burden on health system cost and relatives of patients.

In this study, to assess family physician's diagnosis and managing knowledge behavior on dementia, if society is aware of dementia's difficulties or not and their expectations of duration of care tried to be learned.

Physician's knowledge of differential diagnosis and treatment on dementia are sufficient. But using frequency MMSE by physicians in the first assessment rather than laboratory tests and assessment of MMSE as a method of definitive diagnosis more than other cognitive tests, showed that physicians need to be encouraged with using more active cognitive tests in the first assessment.

Using more active cognitive tests in the first assessment by the physician and giving training physician on purpose using method in assessment of diagnosis duration care can provide more active diagnosis and treatment to cognitive impairment in the primary care.

Society is aware of durations of dementia's difficulties. There is an expectation from system about patient's care nevertheless they think that patient's care need to be done by their families.

**Key words:** Dementia, family physicians, diagnosis and treatment, society, expectation.

## 9. KAYNAKLAR

1. World Population Ageing: 2009. Department of Economic and Social Affairs Population Division. United Nations, New York 2009.
2. CDC, Public Health and Aging: Trends in Aging: United States and Worldwide. MMWR Weekly 2003; 52(06): 101-6.
3. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam kavramı: Önümüzdeki demografik değişime yönelik bir çözüm önerisi. GeroFam 2010; 1(1): 1-14 .
4. Towards Age-friendly Primary Health Care. Active Ageing: WHO Library Cataloguing-in Publication Data. Geneva: World Health Organization. 2004. Erişim. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>. Erişim tarihi: 30.05.2011
5. Yaman H, Kanevetci Z, Akdeniz M. Ülkemizde Beklenen Demografik Değişime Hazırlık: Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri. RNA Aile Hekimliği Dergisi 2008; 2(2): 14-21.
6. Breyer F, Costa-Font J, Felder S. Ageing, health, and health care. Oxf Rev Econ Policy 2010; 26(4): 674-90.
7. Şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve koruyucu tıp. GeroFam 2010; 1(1): 49-68.
8. Kinsella K, Wan H. US Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, An Aging World: 2008, US Government Printing Office, Washington DC 2009.
9. World Health Organization. Global Health and Aging. US National Institute of Aging 2011.
10. Tufan I. Is Turkey ready for the aged in the 21st Century, Turkey's Hair is getting Grey? Proceeding of the 1st International Gerontology Symposium in Turkey. Antalya: Gero-Yay 2005.
11. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic Disease: An Economic Perspective Oxford Health Alliance, London 2006.
12. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009; 3; 374(9696): 1196–208.

13. International Longevity Centre UK, HelpAge International and Alzheimer's Disease International lunch debate. Non-Communicable Diseases in an Ageing World 2011. Erişim: [www.ilcuk.org.uk](http://www.ilcuk.org.uk). Erişim tarihi: 30.05.2011.
14. Penningx BWJH, BeekmanATF, Ormel J, Kriegsman DMW, Boeke AJP, Van Eijk JThM, Deeg DJH. Psychological status among elderly people with chronicdiseases: Does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40(5): 521-34
15. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life in Elderly People in Samsun. *Turk J Med Sci* 2003; 33: 335-40
16. Akdeniz M, Yaman A, Howe J, Kavukcu E, Yaman H. Bilişsel sorunların birincil bakımda yönetimi. *GeroFam* 2010; 1(2): 18-54.
17. Ferri CP, Prince M, Brayne C. Et all. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 9503: 211.
18. Adelman AM, Daly MP. Initial Evaluation of the Patient with Suspected Dementia. *Am Fam Physician* 2005; 71: 1745-50.
19. Pentzek M, Abholz HH, Ostapczuk M, Altiner A. Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties of a new instrument. *International Psychogeriatrics* 2009; 21(6): 1105–15.
20. Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2010, Executive summary.Erişim:[http://www.alz.org/documents/national/World\\_Alzheimer\\_Report\\_2010\\_Summary\(1\).pdf](http://www.alz.org/documents/national/World_Alzheimer_Report_2010_Summary(1).pdf). Erişim tarihi: 11.06.2011.
21. Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research (Free Executive Summary). Erişim:<http://www.nap.edu/catalog/10120.html>. Erişim tarihi 21.08.2011.
22. National Institute On Aging Why Population Aging Matters. A Global Perspective. Erişim:<http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/WPAM.pdf>. Erişim tarihi 21.08.2011
23. TÜİK, İstatistiklerle Türkiye 2010, TÜİK Yayınları Ankara 2010.
24. T.C Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Web Sitesi; Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/> Erişim tarihi: 25.01.2011.
25. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem

- Planı 2007. Erişim:<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylemla.pdf>. Erişim tarihi: 20.08.2010.
26. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low income and middle income country. *The Lancet* 2007; 370(9603): 1929-38.
  27. Lafortune G, Balestat G. Trends in Severe Disability Among Elderly People. Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers 26. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development 2007.
  28. Oxley, H. Policies for Healthy Ageing: An Overview. OECD Health Working Papers 42. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development 2009.
  29. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series N 20.
  30. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG. Prevalence of dementia in the United States: The aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology* 2007; 29: 125-32.
  31. Improving services and support for people with dementia executive summary. Erişim:[http://www.nao.org.uk/publications/0607/support\\_for\\_people\\_with\\_dementia.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0607/support_for_people_with_dementia.aspx). Erişim tarihi: 11.02.2012.
  32. Tufan İ. Yaşlılıkta bakıma muhtaçlık ve yeni bir bakım kültürü. Gero Yay, Antalya 2006
  33. Agency for Healthcare Research and Quality, Preventing Disability in the Elderly. With Chronic Disease. Issue 3. 2002. Erişim:<http://www.ahrq.gov>. Erişim tarihi: 15.02.2012
  34. Myint PK, Welch AA. Healthier ageing. *BMJ* 2012; 344: e1214.
  35. Yin D, Chen K. The essential mechanisms of aging: Irreparable damage accumulation of biochemical side-reactions. *Experimental Gerontology* 2005; 40: 455–65.

36. The Academia of Medical Sciens. Rejuvenating ageing research. A report by the Academy of Medical Sciences 2009.
37. Aging Process, in The Merck Manuel of Geriatrics. Ed. Abrams WB et al. Second ed. Merc&Co.Inc. NJ. USA 1996; 419-24.
38. Lata H, Alia LW. Ageing: Physiological Aspects 2007; 9(7): 111-15.
39. Besdine W, Wu D. Aging of the human nervous systems: What do we know? Medicine and Health 2008; 91(5): 129-31.
40. Boss GR, Seegmiller JE, Age-related physiological changes and their clinical significance. Geriatric Medicine. West J Med 1981; 135: 434-40.
41. Wong TP. Aging in the cerebral cortex. MJM 2002; 6: 104-13.
42. Burke SN, Barnes CA. Neural plasticity in the aging brain. Nat Rev Neurosci 2006; 7(1): 30-40.
43. Mancall EL. Neurological Assessment of the Elderly Psychiatric Patient. In: Agronin ME, Maletta GJ. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins 2006; 77-91.
44. Neurology of Aging in Adams and Victor's Principles of Neurology ed. Ropper A, Brovn R. 2005. Erişim:<http://www.mhprofessional.com/downloads/products/007149992X/RopperCh29.pdf>. Erişim tarihi:21.02.012.
45. Mielkel R, Kessler J. From Normal to Pathological Ageing-The Spectrum of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. European Neurological disease European Neurological Review 2006; 2: 74-7.
46. Nilsson LG. Memory function in normal aging. Acta Neurologica Scandinavica. Supplementum 2003; 1(179): 7-13.
47. Callahan CM, Hendrick HC, Tierney WM. Documentation and Evaluation of Cognitive Impairment in Elderly Primary Care Patients. Ann Intern Med 1995; 122: 422-9.
48. Orhan FÖ. Yaşlılarda psikiyatrik sorunlar. GeroFam 2010; 1(2): 18-54.
49. Türk Dil Kurumu. Erişim:<http://www.tdk.org.tr>. Erişim tarihi: 20.01.2012.
50. Warner J, Butler R, Wuntakal B. Dementia. Mental health. Erişim: <http://www.consumerreports.org/health/resources/pdf/.../sr-dementia-1001.pdf>. Erişim tarihi: 20.11. 2009

51. Alzheimer's Association. 2009 Alzheimer's disease facts and figures. Erişim:[http://www.alz.org/national/documents/report\\_alzfactsfigures\\_2009.pdf](http://www.alz.org/national/documents/report_alzfactsfigures_2009.pdf). Erişim tarihi: 30.02.2012
52. Major and Chronic Disease Report 2007 Prevalence and Incidence. Erişim: [http://www.euro.who.int/HEN/HTResults?language=English&HTParentPage=30256&HTCode=chronic\\_disease](http://www.euro.who.int/HEN/HTResults?language=English&HTParentPage=30256&HTCode=chronic_disease). Erişim tarihi: 30.02.2012
53. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, Neurology 2001; 56: 1133-42.
54. Golomb J, Kluger A, Ferris SH, Mild cognitive impairment: historical development and summary of research Dialogues Clin Neurosci 2004; 6: 351-67.
55. Anderson H S, Hoffmann M. Mild Cognitive Impairment. Update 2012. Erişim: <http://emedicine.medscape.com/article/1136393-overview>. Erişim tarihi: 13.02.2010
56. Ritchie K, Artero S, Touchan J. Classification criteria for mild cognitive impairment: A population-based validation study. Neurology 2001; 56: 37-42.
57. Morris JC, Storandt M, Miller JP. "Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease". Arch. Neurol 2001; 58(3): 397-405 (26).
58. Burns A, Zaudig M. Mild cognitive impairment in older people Lancet 2002; 360: 1963–65.
59. Grundman M, Petersen RC, Ferris SH. "Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials". Arch Neurol 2004; 61.
60. Bert MH, Manly JJ, Liu X. "Neuropsychological prediction of conversion to Alzheimer disease in patients with mild cognitive impairment". Arch Gen Psychiatry 2006; 63(8): 916-24(28).
61. Boyle PA, Wilson RS, Aggarwal NT. Mild cognitive impairment: risk of Alzheimer disease and rate of cognitive decline. Neurology 2006; 67(3): 441-5.
62. 3rd Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Erişim:[http://www.ccdtd.ca/pdfs/Final\\_Recommendations\\_CCCDTD\\_2007.pdf](http://www.ccdtd.ca/pdfs/Final_Recommendations_CCCDTD_2007.pdf) Erişim tarihi: 11.09.2011

63. The Alzheimer's Study Group. A National Alzheimer's Strategic Plan: The Report of the Alzheimer's Study Group. March 2009. Erişim:[http://www.alz.org/documents/national/report\\_ASG\\_alzplan.pdf](http://www.alz.org/documents/national/report_ASG_alzplan.pdf). Erişim tarihi: 20.11.2009.
64. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Delirium, Demans, Amnestik ve Kognitif Bozukluklar, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001; 77-87.
65. Boustani M, Peterdson 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.
66. McKhann G.M, Knopman D. S, Chertkow H, Hyman BT, The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease *Alzheimer's & Dementia* 2011; 2: 7263-9.
67. Arslantaş D, Özbabalık D, Metintaş S, Özkan S, Kalyoncu C, Özdemir G, Arslantaş A. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *Journal of Clinical Neuroscience* 2009; 16(11): 1455- 9.
68. The Gürvit H, Emre M, Tınaz S, Bilgiç B. Prevalence Of Dementia In An Urban Turkish Population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008; 23(1): 67-76.
69. Cankurtaran M, Yavuz B, Halil M, Daglı N, Cankurtaran ES, Ariogul S. Are serum lipid and lipoprotein levels related to dementia? *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 41(1): 31-9.
70. Alzheimer's Association, 2012 Alzheimer's Disease Facts and Figures, *Alzheimer's & Dementia* 2012; 8(2).
71. Alzheimer's Disease International The prevalence of dementia worldwide 2008: Erişim:<http://www.alz.co.uk>. Erişim tarihi: 23.01.2011
72. Schmand B, Smit JH, Geerlings MI, Lindeboom J. The effects of intelligence and education on the development of dementia. A test of the brain reserve hypothesis. *Psychol Med* 1997; 27(6): 1337-44.
73. Van Der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology And Risk Factors of Dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76(V): V2-V7.

74. Richard E. Explaining The Role of Genetics As A Risk Factor for Dementia to Patients in The Primary Care Setting. Erişim: <http://www.alzbrain.org/pdf/>. Erişim tarihi:11.03.2010
75. Kaarin J. Anstey, Chwee von Sanden, Agus Salim, and Richard O’Kearney. Smoking as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Am J Epidemiol* 2007; 166: 367-78.
76. Whitmer KA, Sidney S, Selby J, Claiborne Johnston S, Yaffe K. Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology* 2005; 64(2): 277-81.
77. Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42. Erişim: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30317/30317.pdf> Erişim tarihi: 28.03.2012
78. Screening for Dementia U.S. Preventive Services Task Force. Erişim:<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsdeme.htm> Erişim tarihi: 25.02.2012
79. A guide to dementia diagnosis and treatment from the American Geriatrics Society. Erişim: <http://www.seniorpsychiatry.com/docs/guidetodementia diagnosisandtreatment.pdf>. Erişim tarihi 10.01.2012
80. Beers M, Jones T. Delirium and Dementia. [Electronic Version]. In *The Merck Manual of Geriatrics* (3 rd ed.) Retrieved, 2003. March 1, 2006. Erişim: <http://www.merck.com/mrkshared/mmg/sec5/ch40/ch40a.jsp>. Erişim tarihi: 13.01.2012
81. Care of Patients with Dementia in General Practice-Guidelines Royal Australian College of General Practitioners September 2003. Erişim:<http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/RemovedArchived/CareofPatientswithDementia/20060413dementiaguidelines.pdf>. Erişim tarihi: 22.12.2011
82. Adelman RD, Greene MG, Friedman E. Discussions about cognitive impairment in first medical visits: Older patients’ perceptions and preferences. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2004; 19(4); 233-8.
83. Kelley RE, Minagar A. Memory complaints and dementia. *Med Clin North Am* 2009; 93: 389-406.
84. Hansen E.C, Hughes C, Routley G, Robinson L.A. General practitioners’ experiences and understandings of diagnosing dementia: Factors impacting on

- early diagnosis. National Research Council Canada. *Social Science & Medicine* 2008; 67: 1776-83.
85. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T, Borrie M, Et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ* 2008; 25; 178(7): 825-36.
  86. Dormont D, Seidenwurm DJ, Davis PC, Brunberg JA, De La Paz RL, Hackney DB, et al. American College of Radiology-Medical Specialty Society. Expert Panel on Neurologic Imaging. Dementia and movement disorders. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2007. 15 p. [86 references]
  87. Mathers C, Leonardi M. Global burden of dementia in the year 2000: summary of methods and data sources. Erişim: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod\\_dementia.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_dementia.pdf). Erişim tarihi:14.01.2012
  88. Borson S, Scanlan JM, Brush M et al. The mini-Cog: A cognitive vital signs measure for dementia screening in multilingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15(11): 1021-27.
  89. Simmon B. B, Hartmann B, DeJoseph D. Evaluation Of Suspected Dementia. *Am Fam Physician* 2011; 84(8): 895-9.
  90. Ismail Z, Ranji TK, Shulman K. Brief cognitive screening instruments: an update. *Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 111–20.
  91. AAN Guideline Summery for Clinicians. Detection, Diagnosis and Management of Dementia. American Academy of Neurology. Erişim:[http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/dementia\\_guideline.pdf](http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/dementia_guideline.pdf). Erişim tarihi: 30.10.2011
  92. Forlenza OV, Diniz BS, Gattaz WF. Diagnosis and biomarkers of predementia in Alzheimer's disease. *BMC Med.* 2010;8:89. Erişim:<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/89>. Erişim tarihi: 09.01.2012
  93. Kukull W.A, Higdon R, Bowen J.D, McCormick W.C. Dementia and Alzheimer Disease Incidence A Prospective Cohort Study. *Arch Neurol* 2002; 59: 1737-46.
  94. Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, Ashley P. Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24(9): 895-901.
  95. Overcoming barriers to early dementia diagnosis. *Lancet* 2008 7; 371(9628): 1888.

96. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. Ege Tıp Dergisi 2010; 49(3): 19-30
97. Elie M, Cole MG, Pimeau FJ. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. J Gen Intern Med 1998; 13(3): 204-12.
98. Ateşkan Ü. Yaşlı hastalarda deliryum. Erişim:<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/48.pdf> Erişim tarihi:06.08.2011.
99. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in Dementia Epidemiology, Mechanisms, and Treatment. Curr Opin Psychiatry 2011; 24(6): 461-72.
100. A Report on Alzheimer's Disease and Current Research© 2005 Alzheimer Society of Canada Revised 2008. Erişim: <http://www.scribd.com/narmi10/d/25954074-A-Report-on-Alzheimer%E2%80%99s-Disease-and-Current-Research>. Erişim tarihi: 22.10.2011.
101. Hogan DB, Bailey P, Black S, Carswell A, Chertkow H, Clarke B, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. CMAJ 2008;179(10): 1019-26.
102. Press D, Alexander M. Treatment of behavioral symptoms related to dementia. Erişim: [http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-behavioral-symptoms-relatedtodementia?source=search\\_result&search=Treatment+of+behavioral+symptoms+related+to+dementia&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-behavioral-symptoms-relatedtodementia?source=search_result&search=Treatment+of+behavioral+symptoms+related+to+dementia&selectedTitle=1%7E150). Erişim tarihi 24.01.2012
103. Basics of alzheimer's disease. Alzheimer's Association 2011. Erişim:[http://www.alz.org/national/documents/brochure\\_basicsofalz\\_low](http://www.alz.org/national/documents/brochure_basicsofalz_low). Pdf. Erişim tarihi: 12.01.2012
104. Guideline for Alzheimer's Disease Management. California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management Final Report 2008. Erişim:[http://www.caalz.org/PDF\\_files/GuiRdeline-FullReport-CA.pdf](http://www.caalz.org/PDF_files/GuiRdeline-FullReport-CA.pdf). Erişim tarihi:02.02.2012
105. Warner J, Butler R, and Wuntakal B. Dementia Search date February 2006. BMJ Clin Evid 2008; 01: 1001.
106. Hansen RA, Gartlehner G, Webb AP, Morgan LC, Moore CG, Jonas DE. Efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. Clin Interv Aging 2008; 3(2): 211-25.

107. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Erişim:<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=11533>. Erişim tarihi: 12.02.2012.
108. Alzheimer's Association Report 2010 Alzheimer's disease facts and figures Alzheimer's Association, 2010 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Alzheimer's & Dementia 2010; 6: 158-94.
109. Qaseem A, Snow V, Cross J. T. Jr, Forcica M. A, Hopkins R. Jr, Shekelle P, et al. Current Pharmacologic Treatment of Dementia: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 148: 370-8.
110. Graham L. Practice Guidelines, AAFP and ACP Release Guideline on Dementia Treatment. *Am Fam Physician* 2008; 15; 77(8): 1173-5.
111. Alzheimer Vakfi. Erişim:<http://www.alz.org.tr>. Erişim tarihi: 23.03.2012.
112. Türkiye Alzheimer Derneği. Erişim:<http://www.alzheimerdernegi.org.tr>. Erişim tarihi: 23.03.2012
113. Major And Chronic Diseases Report 2007. By the Task Force on Major and Chronic Diseases of DG SANCO's Health Information Strand. Directorate-General for Health & Consumers. European Communities. April 2008. Erişim:[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_threats/non\\_com/docs/mcd\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf). Erişim tarihi: 17.10.2011.
114. Lindsay J, Laurin D, Verreault R, Hébert R, Helliwell B, Hill GB, et al. Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *Am J Epidemiol* 2002; 156(5): 445-53.
115. McDowell I. Alzheimer's disease: insights from epidemiology. *Aging (Milano)*. 2001; 13(3): 143-62. Review.
116. Ikeda T, Yamada M. Risk factors for Alzheimer's disease. *Brain Nerve* 2010; 62(7): 679-90.
117. Grossberg GT. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(9): 3-6.
118. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease *CMAJ* 2008; 179(12): 1279-87.

119. Beier MT. Treatment strategies for the behavioral symptoms of Alzheimer's disease: focus on early pharmacologic intervention. *Pharmacotherapy* 2007; 27(3): 399-411.
120. Bowler J. Vascular cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(9): 724-33.
121. Erkinjuntti T. Diagnosis and management of vascular cognitive impairment and dementia. *J Neural Transm Suppl* 2002; 63: 91-109.
122. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, B.Lawlor. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 319-24.
123. Cardarelli R, Kertesz A, Knebl J.A. Frontotemporal Dementia: A Review for Primary Care Physicians. *Am Fam Physician* 2010; 82(11): 1372-7.
124. Neef D, Walling AD. Dementia with Lewy Bodies: An Emerging Disease. *Am Fam Physician* 2006; 73: 1223-9.
125. Robert RL. Parkinson disease dementia. Erişim:[http://www.uptodate.com/contents/Parkinson-diseasedementia?source=search\\_result&search= Parkinson+disease+dementia& selectedTitle =1%7E14](http://www.uptodate.com/contents/Parkinson-diseasedementia?source=search_result&search= Parkinson+disease+dementia& selectedTitle =1%7E14). Erişim tarihi 24.01.2012
126. Lepeleire JD, Wind AW, Iliffe S, Moniz-Cook ED, Wilcock J, Gonzalez V, et al. The primary care diagnosis of dementia in Europe: an analysis using multidisciplinary, multinational expert groups. *Aging & Mental Health* 2008; 12(5): 568-76.
127. Cameron MJ, Horst M, Lawhorne LW, Lichtenberg PA. Evaluation of Academic Detailing for Primary Care Physician Dementia Education. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2010; 25: 333.
128. Downs M. The role of general practice and the primary care team in dementia diagnosis and management. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996; 11: 937-42.
129. Mitchell AJ, Malladi S. Screening and Case Finding Tools for the Detection of Dementia. Part I: Evidence- Based Meta-Analysis of Multidomain Tests. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 9.
130. Perry M, Drařković I, Achterberg T van, Borm GF, Eijken MIJ van, Lucassen PL, MJFJ Can an EASY care based dementia training programme improve diagnostic assessment and management of dementia by general practitioners and

- primary care nurses? The design of a randomised controlled trial. Vernooij-Dassen and MGM Olde Rikkert. BMC Health Services Research 2008, 8: 71.
131. Cummings JL, Jeste DV. Alzheimer's Disease and Its Management in the Year 2010. *Mental Health & Aging* 1999; 50: 9.
132. Brodaty H, Gibson L, Hons B, Burns K. What Is the Best Dementia Screening Instrument for General Practitioners to Use? *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:5.
133. Bruce DG, Paley GA, Underwood PJ, Roberts D, and Steed D. Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services. *MJA* 2002; 177: 186-8.
134. Pucci E, Angeleri F, Borsetti G, Brizioli E, Cartechini E, Giuliani G, et al. General practitioners facing dementia: are they fully prepared? *Neurol Sci* 2003; 24: 384-9.
135. Williams GO, Gjerde CL, Haugland S, Darnold D, Simonton LJ, Woodward PJ. Patients With Dementia and Their Caregivers 3 Years After Diagnosis A Longitudinal Study. *Arch Fam Med* 1995; 4: 512-7.
136. Pond D, Brodaty H. Diagnosis and management of dementia in general practice. *Australian Family Physician* 2004; 33: 10.
137. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Erişim: <http://www.yaslilikrehberi.org/media/51240/eylempla.pdf> Erişim tarihi: 28.03.2012.
138. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilgilendirme Rehberi. Erişim:[http://www.ozurluveyasli.gov.tr/upload/mce/eski\\_site/arastirma/bilgilendirmerehberi2.Pdf](http://www.ozurluveyasli.gov.tr/upload/mce/eski_site/arastirma/bilgilendirmerehberi2.Pdf). Erişim tarihi: 29.03.2012
139. Turner S, Iliffe S, Down M, Wilcock J, Bryans M. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing* 2004; 33: 461-7.
140. Improving Dementia Services in England-an Interim Report. GP Survey Results. Erişim:[http://www.nao.org.uk/publications/0910/improving\\_dementia\\_services.asp](http://www.nao.org.uk/publications/0910/improving_dementia_services.asp). Erişim tarihi: 11.06.2011
141. T.C Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni Türkiye Sağlık Araştırması 2008. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim:[http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb\\_id=6&ust\\_id=1](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=6&ust_id=1). Erişim tarihi: 27.03.2012

142. Türkiye’de Birinci Basmak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi Birinci Baskı, Aralık 2007, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Erişim:<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/birincibasamaksh.pdf>. Erişim tarihi: 29.03.2012
143. Antalya Sağlık Müdürlüğü. Erişim:[http://www.antalyasm.gov.tr/ailehekimligi/index9728.html?page=aile\\_hekimligi\\_basliyor](http://www.antalyasm.gov.tr/ailehekimligi/index9728.html?page=aile_hekimligi_basliyor). Erişim tarihi: 28.03.2012
144. Patterson CJS, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. Canadian Consensus Conference 1998; Canadian Consensus Conference on Dementia: a physician’s guide to using the recommendations. CMAJ 1999; 160: 1738-42.
145. Yaluğ İ, Alemdar M. Hafif Bilişsel Bozukluk. Türkiye’de Psikiyatri (8) 2: 2006. 108-114. Erişim:[http://www.psikiyatridizini.org/viewarticle.php?article\\_id=5135](http://www.psikiyatridizini.org/viewarticle.php?article_id=5135). Erişim tarihi 26.12.2011
146. Herrmann N, Gauthier S, Lysyc PG. Clinical practice guidelines for severe Alzheimer’s disease. Alzheimer & Dementia 2007; 3: 385-97.
147. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği Resmi Gazete Tarihi: 25.03.2010 Resmi Gazete Sayısı: 27532 (Mükerrer). Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=9.5.13891&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>. Erişim tarihi: 09.04.2012
148. Halil M, Cankurtaran M. Geriatrik Hastaya Yaklaşım. Türkiye Klinikleri. J Med Sci 2008; 28 (Suppl)
149. Shadlen MF, Larson EB. Risk factors for dementia. Erişim: [http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-dementia?source=search\\_result&search=Risk+factors+for+dementia&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-dementia?source=search_result&search=Risk+factors+for+dementia&selectedTitle=1%7E150) Erişim tarihi 24.01.2012
150. Aile Yapısı Araştırması 2006. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Erişim:<http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/AileYap%C4%B1s%C4%B1%202006%20.pdf>. Erişim tarihi:30.03.2012
151. Pimlott NJ, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JL, Seigel K, Family physicians and dementia in Canada: Part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions. Can Fam Physician. 2009 May;55(5):506-7.e1-5

152. Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, and Congleton L. Diagnosing Dementia: Perspectives of Primary Care Physicians. *The Gerontologist*; 39(4): 457-64.
153. Iliffe S, Eden A, Downs M, Rae C. *Aging & Mental Health* The diagnosis and management of dementia in primary care: Development, implementation and evaluation of a national training Programme. Available online: 09 Jun 2010. Pages 129-35.
154. Tekin, G.Dişçigil, E.Altunbaş. Demans hastalarının bakımı, toplumsal bakış açısı, davranış ve bilgi kaynakları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011; 14 (1) 35-9.
155. Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* Yıl:12 Cilt:7 Sayı: 27 Sayfa: 103-125. Erişim:<http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/aile%20ve%20toplum%20dergisi%2027.%20Say%C4%B1.v1.pdf> Erişim tarihi: 16.04.2012

## 10. EKLER

### 10.1. EK 1

#### BİRİNCİL BAKIMDA BİLİŞSEL BOZUKLUKLARA YAKLAŞIMA DAİR HEKİM ANKETİ

##### Açıklama

Bu anket Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'da yapılan bir tez çalışması içindir. Çalışmanın amacı tüm dünyada giderek artan yaşlı nüfusun önemli sağlık sorunlarından biri olan bilişsel bozukluklar konusuna dikkat çekmek ve bu konuda eğitim gereksinimi olup olmadığını değerlendirmektir. Doğru ve yanlış yanıt yoktur. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın. Anket sorularını tam okuyarak tüm sorulara yanıt vermeniz anketlerin değerlendirilmesi ile elde edilecek verinin kalitesi için çok önemlidir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

##### A. Katılımcının Özel Bilgileri

Adınız: .....	Yaşınız: .....
Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	
Medeni durumunuz: <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul	

##### B. Katılımcının ASM Uygulamasına Dair Bilgiler

1. Kaç yıldan beri birincil bakımda hekim olarak çalışıyorsunuz? ..... yıl.
2. Bölge nüfusunuz yaklaşık olarak kaç kişi? <input type="checkbox"/> 1500 – 2000 <input type="checkbox"/> 2000 - 2500 <input type="checkbox"/> 2500 - 3000 <input type="checkbox"/> 3000 - 3500 <input type="checkbox"/> 3500 – 4000 <input type="checkbox"/> 4000'den fazla
3. Bölgenizdeki baskın nüfus hangi gruptadır? <input type="checkbox"/> 0-10 yaş çocuklar <input type="checkbox"/> 10-20 yaş ergenler <input type="checkbox"/> 20-40 yaş genç erişkinler <input type="checkbox"/> 40-65 orta yaş erişkinler <input type="checkbox"/> 65 yaş üstü yaşlılar
4. Günlük ortalama hasta sayınız ne kadar? ..... kişi
5. Polikliniğinize başvuran hastaların çoğunluğu hangi yaş grubundadır? <input type="checkbox"/> 0-10 yaş çocuklar <input type="checkbox"/> 10-20 yaş ergenler <input type="checkbox"/> 20-40 yaş genç erişkinler <input type="checkbox"/> 40-65 orta yaş erişkinler <input type="checkbox"/> 65 yaş üstü yaşlılar
6. BB'da en sık karşılaştığınız ilk üç kronik hastalık hangileridir? Lütfen yazınız. a. .... b. .... c. ....
7. Son (1) ay içinde demans tanısı olan hastanız oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet ..... kişi <input type="checkbox"/> Hayır
8. Siz son (1) ay içinde demans tanısı koydunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet ..... kişiye <input type="checkbox"/> Hayır

**C. Lütfen Aşağıdaki Soruları Kendi Düşüncenizi Yansıtır Şekilde Yanıtlayın.**

1. Demans tanı ve tedavisi için yeterli eğitime sahip olduğumu düşünüyorum	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
2. Demans tanısı koymak kolaydır.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
3. Demans tanısı koyma konusunda kendime güvenirim.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
4. Erken tanı, demanslı hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırır.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
5. Tanıda kullanılacak testlerin kullanımı konusunda kendime güvenirim.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
6. Tanı konusunda hastaları bilgilendiririm.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
7. Hastanın tanısı konusunda hasta yakınlarını bilgilendiririm.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
8. Demans tedavisi genelde yüz güldürücü sonuçlar verir.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
9. Aile hekimleri demans tanı ve tedavisinde anahtar rol oynayabilir.	<input type="checkbox"/> Her zaman	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Bazen	<input type="checkbox"/> Nadiren	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman

**D. Aşağıdaki Maddelerin Karşısına Tanı ve Tedavi Zorluklarına Göre 0 İla 10 Arası Puan Veriniz (0= Hiç Zor Değil; 10= Çok Zor)**

Demans İçin Alanlar	(... Puan)
1.Hastalıktan şüphelenmek	
2.Tanıdan emin olmak	
3.Tanıyı hastaya söylemek	
4.Tanıyı aileye söylemek	
5.Hastayı hastalığı hakkında bilgilendirmek	
6.Aileyi hastalık hakkında bilgilendirmek	
7.Tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermek	
8.Hastaların izlemine yapmak	
9.Ailelerin endişelendiği konularda rahatlatıcı açıklamalarda bulunma	
10.İlgili branş uzmanlarına konsültasyon için ulaşım	

**E. Aşağıdaki sorular demans konusundaki bilgi düzeyimizi değerlendirme amacı ile sorulmuştur. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen size en doğru gelen kutuyu işaretleyin.**

1. Bazı demans tipleri tedavi edilebilir. Sizce hangi demans tipleri tedavi edilebilir?
  - Hipotiroidiye bağlı yalancı demans
  - Normal basınçlı hidrosefali
  - Vitamin B 12 eksikliğine bağlı yalancı demans
  - Vasküler demans
  - Alzheimer Hastalığı
  - Lewy cisimcikli demans
  - Diğer, lütfen yazınız
2. Demans için aşağıdakiler konusunda ne düşünüyorsunuz?
  - a. Normal laboratuvar bulguları vardır.
    - Evet
    - Hayır
    - Fikrim yok
  - b. Hastalık yavaş ilerler.
    - Evet
    - Hayır
    - Fikrim yok
  - c. Hafıza kaybı ve inkontinans hastaların nerdeyse hepsinde vardır.
    - Evet
    - Hayır
    - Fikrim yok
3. Aşağıdakilerin hangilerinin Alzheimer için risk faktörü olduğunu düşünüyorsunuz?
  - Yaş
  - Antioksidanlar
  - Ailede demans öyküsü olması
  - APOE4
  - Sigara
  - Atriyal fibrilasyon
  - Depresyon
  - Kafa travması
  - Hiperkolesterolemi
  - Hipertansiyon
4. Demansda erken tanı koymanın yararları konusunda düşünceleriniz nedir? Lütfen düşüncenize uygun kutuyu işaretleyin.
  - a. Gereksiz tetkik ve harcamalar engellenir.
    - Evet
    - Hayır
    - Fikrim yok
  - b. Hastanın ve ailesinin gelecek planlaması, yaşam kalitesi artırımını sağlanabilir.
    - Evet
    - Hayır
    - Fikrim yok
  - c. Zamanında tedavi ile hastanın bilişsel ve fonksiyonel yetenekleri daha uzun zaman korunabilir.
    - Evet
    - Hayır
    - Fikrim yok
  - d. Erken başlanan tedavi ile kür sağlanabilir.
    - Evet
    - Hayır
    - Fikrim yok

5. Demans şüphesi olan hastada ilk değerlendirmede yapılması gereken testler konusunda düşünceniz nedir?
- Bilişsel testler (MMST, FAST...)  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Vitamin B-12 ve folik asit  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Bun-kreatinin ve elektrolitlere bakılmalıdır  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Hemoglobin elektroforezi yapılmalıdır  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Beyin Tomografi yapılmalıdır  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Beyin MRI yapılmalıdır.  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
6. Demans için ayırıcı tanıda öncelikle hangi hastalıkları ekarte ediyorsunuz?
- Deliryum       İnme       Depresyon       B12 eksikliği  
 Hipotroidi       Diğer, (Lütfen yazınız)
7. Sizce demansın kesin tanısı için kullanılacak yöntemler nelerdir? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.
- Mini Mental Test       Post mortem       Beyin Tomografisi  
 APOE4 testi       Diğer (lütfen yazınız) .....
8. Demanslı hastalardaki depresyon tedavisi konusunda düşünceniz nedir?
- Antidepresanlar ile tedavi depresyon semptomlarını azaltır ve zihinsel bozulma önlenir.  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Tedavi yararsızdır çünkü hüznün ve yetersizlik demansın bir özelliğidir.  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - SSRI'lar depresif semptomları azaltır, anti demans ilaçlarla beraber kullanılabilir.  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Anti demans ilaçlar kesilip, SSRI, TCA ve ya benzodiazepin başlanır  
 Evet       Hayır       Fikrim yok
  - Anti depresif ilaçlar verilmemelidir, anti depresif tedavi kognitif fonksiyonları bozar.  
 Evet       Hayır       Fikrim yok

9. Demans tedavisi konusunda düşünceniz nedir?
- a. Hafif Alzheimer hastalığının tedavisinde asetil kolinesteraz inhibitörleri kullanılabilir.
- Evet       Hayır       Fikrim yok
- b. Tedavinin etkinliğini değerlendirmek için 3 ay beklenir.
- Evet       Hayır       Fikrim yok
- c. Anti-demans tedavi ile bazı olgularda hastalığın geçici olarak durdurulması mümkündür.
- Evet       Hayır       Fikrim yok
- d. Anti-demans tedavi ile bütün olgularda hastalık geçici olarak durdurulur.
- Evet       Hayır       Fikrim yok

**YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM**

## 10.2. EK 2

### BİRİNCİ BASAMAKTA BİLİŞSEL BOZUKLUKLARA YAKLAŞIMA DAİR 45 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLER İÇİN ANKET

#### Açıklama

Bu anket Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'da yapılan bir tez çalışması içindir. Çalışmanın amacı tüm dünyada giderek artan yaşlı nüfusun önemli sağlık sorunlarından biri olan bilişsel bozukluklar konusuna dikkat çekmek ve bu konuda eğitim gereksinimi olup olmadığını değerlendirmektir. Doğru ve yanlış yanıt yoktur. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın. Anket sorularını tam okuyarak tüm sorulara yanıt vermeniz anketlerin değerlendirilmesi ile elde edilecek verinin kalitesi için çok önemlidir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

#### A. Katılımcı Bilgileri

<b>Adınız:</b> .....					
<b>Yaşınız:</b> .....					
<b>Cinsiyetiniz:</b>	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın			
<b>Medeni durumunuz:</b>	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/>	
Dul					
<b>Öğrenim durumunuz (en son bitirdiğiniz okul):</b>					
<input type="checkbox"/> Okur-yazar	<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Yüksek okul /	
Üniversite					
<b>Mesleğiniz (lütfen yazınız):</b>					

#### B. Katılımcının Yaşlanma ve Demans konusunda düşünceleri

<b>1. Yaşlılık sizce nedir?</b>					
<input type="checkbox"/> İkinci şans, güzel günler					
<input type="checkbox"/> Yorgunluk, halsizlik, hastalık					
<input type="checkbox"/> Başkasının bakımına muhtaç olmak					
<input type="checkbox"/> Yaşamın sonu, sonuna yaklaşma					
<b>2. Demans (bunama) denince ilk aklınıza gelen şey nedir?</b>					
<input type="checkbox"/> Yaşlanmış olmak					
<input type="checkbox"/> Unutkanlık					
<input type="checkbox"/> Yatağa bağlı yaşamak					
<input type="checkbox"/> Hiçbir işe yaramamak					
<input type="checkbox"/> Tedavisiz bir hastalık					
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)					
<b>3. Demans (bunama) yaşlılığın getirdiği normal bir olay mıdır?</b>					
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Fikrim yok			
<b>4. Her yaşlı mutlaka bunar mı?</b>					
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Fikrim yok			

**Demansı (bunamayı) engellemek-yavaşlatmak için yapılabilecek şeyler var mı?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**5a. Yanıtınız EVET ise ne tür yöntemler biliyorsunuz? Lütfen yazın.**

- a. ....  
b. ....  
c. ....  
d. ....  
e. ....

**6. Sizce demansın (bunamanın) nedeni nedir?**

- Yaşlanma  
 Genetik geçiş (Kalıtsal)  
 Başka hastalıkları olma (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, guatr gibi).  
 Geçirilmiş kafa travması (kafaya darbe)  
 Diğer (Lütfen yazınız)  
 Fikrim yok

**7. Sizce Demans tedavi edilebilir bir hastalık mı?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**7a. Yanıtınız EVET ise hangi tedavi yöntemlerini biliyorsunuz? Lütfen yazınız.**

1.  
2.  
3.  
4.

**8. Ailenizde demanslı biri olsaydı ona yeterince iyi bakabileceğinize inanıyor musunuz?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**8a. Cevabınız HAYIR ise bakamama nedeniniz nedir?**

- Demanslı bir kişinin nasıl bakılacağını bilmiyorum  
 Sağlığım başkasına bakacak kadar iyi değil  
 Yeterince maddi gücüm yok  
 Bu sorumluluğu alamam  
 Diğer (Lütfen yazınız)

**9. Gelecekte demans olmaktan korkuyor musunuz?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**9a. Yanıtınız EVET ise nedenini açıklayabilir misiniz?**

- Bakacak kimsem yok  
 Kendi işini yapamayacak olmak çok kötü bir şey  
 Bakıma muhtaç olmak istemem  
 Toplum tarafından dışlanırım  
 Aileme yük olurum

**10. Demanslı bir yakınınız olsaydı bakımıyla ilgili olarak davranışınız ne olurdu?**

**a. Elimden geldiğince iyi bakardım**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**b. Bakımı konusunda diğer aile üyelerinden yardım isterdim**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**c. Bu konuda yardım alabileceğim kurumlar var mı diye araştırırdım**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**d. Maddi gücüm yerindeyse eve bakıcı alırım**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**e. Maddi gücüm yerindeyse bakımevine/huzurevine veririm**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**11. Demanslı hastaların uzun dönem bakımı konusunda ne düşünüyorsunuz?**

**a. İstenince kolayca yapılabilir**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**b. Tüm yakınlarının katılması gereken bir süreçtir**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**c. Bakım verenler devlet tarafından desteklenmelidir**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**d. Pahalıdır**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**e. Oldukça zor ve zahmetlidir**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**12. Demanslı (bunamış) hastaların bakımı sizce hangi kurum/ kişiler tarafından yapılmalıdır?**

**a. Yakınları**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**b. ASM, hastanelerin ilgili branşları gibi devlet sağlık kurumları**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**c. Özel bakım evleri ve sertifikalı bakıcılar**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**d. Bu konuda özelleşmiş kurumların yardımı ile yakınları**

Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum.

**13. İleride demans olma olasılığınızı gösteren bir test var mı?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**13a. Böyle bir test olsaydı bu testi yaptırmak ister miydiniz?**

- Evet  Hayır  Fikrim yok

**13b. Yanıtınız EVET ise nedeni nedir?**

**a. Hayatımı daha dolu yaşamak için**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**b. Yavaşlatmak/ önlemek için yapılabilecekleri araştırmak için**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**c. Bana bakacak kurum/ kişileri ayarlamak için**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**d. Bakımım için gerekli mali finansı sağlamak için**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**13c. Yanıtınız HAYIR ise nedeni nedir?**

**a. İleride bunayacağımı bilerek yaşamak beni korkutur.**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**b. Dini inançlarım gereği**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**c. Bu yaşamımı normal yaşamama engel olur.**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**d. İnsanların bana zavallı gözüyle bakacağından korkarım.**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**14. Doktorunuz size demans olduğunuzu söyler ise ne hissederdiniz?**

**a. Korkarım**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**b. İnançım gereği rahatlıkla kabullenirim**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**c. Tedavi seçeneklerini sorarım**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**d. Bir başka doktora giderim**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum

**e. Depresyona girerim**

- Çok katılıyorum  Katılıyorum  Bilmiyorum  Katılmıyorum  Hiç katılmıyorum.

<p><b>15. Demanslı hastalar sizde ne gibi duygular yandırır</b></p> <p><b>a. Üzülürüm, bakımı ve iletişim kurması zor olan hastalardır</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>b. Bir gün benimde başıma gelebileceğini düşünürüm</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>c. Kendine yetemeyeceğini düşündüğünden yardım etmeye çalışırım</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>d. Bana saldırmabileceğini düşünerek uzak dururum</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>e. Başıma gelmemesini dilerim</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>16. Demans tanısı konan her hastanın mutlaka birinin yardımına ve gözetimine ihtiyacı vardır</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>17. Demanslı hastaya bakanlara devlet tarafından maddi destek sağlanması</b></p> <p><b>a. Hastanın bakım verenleri için güzel bir teşviktir.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>b. Suistimallere yol açabilir. Bu nedenle doğru kişilerin bulunması gerekir.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>c. Aile bakıcılarının desteklenmesinden çok yaşlılar için ücretsiz bakım veren gündüz bakımevleri artırılmalıdır.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p> <p><b>d. Bakımverenlerin devlet tarafından desteklenmesi gerekli değildir.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Çok katılıyorum <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum</p>
---

**YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM**