



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine Ebru KESKİN

Antalya, 2021



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine Ebru KESKİN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Erkan ÇOBAN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında bulunduğum hem tıp fakültesi hem de uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum, desteğini bizden esirgemeyen ve emeği geçen başta Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Mustafa Ender TERZİOĞLU olmak üzere tüm değerli öğretim üyelerine,

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgilerinden çok şey öğrendiğim ve çalışmalarımda değerli fikirleriyle bana yol gösteren, tez hazırlama sürecinde yardımını ve anlayışını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Erkan ÇOBAN'a,

Uzmanlık eğitimim süresinde birlikte çalıştığım hekim arkadaşlarım dâhil olmak üzere hastanemizde emek veren tüm çalışanlara,

Her zaman olduğu gibi asistanlığım ve tez sürecinde desteğini esirgemeyen sevgili eşim Umut KESKİN'e,

Son olarak hayatımın hemen her anında destekleriyle yanımda olan ve bugünlere gelmemde en büyük paya sahip, teşekkürü en çok hak eden sevgili annem ve babam Nimet-İsa İZGİ'ye,

Sonsuz teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Simgeler ve Kısaltmalar	iv
Tablolar Dizini	v
Şekiller Dizini	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık Tanımı ve Yaşlanma Süreci	3
2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	4
2.3. Yaşlanmanın Epidemiyolojisi ve Toplumsal Yaşlanma	5
2.4. Yaşlanmaya Bağlı Nörolojik Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler.....	9
2.5. Kognitif Bozukluk ve Çeşitleri	10
2.5.1. Selim Yaşlılık Unutkanlığı	10
2.5.2. Hafif Kognitif Bozukluk.....	11
2.5.3. Demans	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
7. ÖZET	42
8. ABSTRACT.....	43
9. KAYNAKLAR	44
10. EKLER.....	51

SİMGELER VE KISALTMALAR

AH	Alzheimer Hastalığı
AONB	Ağır Olmayan Nörobilişsel Bozukluk
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HKB	Hafif Kognitif Bozukluk
ICD	International Classification of Disease
MMT	Mini Mental Test
OR	Odds Ratio
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SVO	Serebrovasküler Olay
SYÜ	Selim Yaşlılık Unutkanlığı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VaD	Vasküler Demans
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
2.1. Demans Sınıflandırması	14
4.1. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların sosyodemografik özellikleri	21
4.2. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların kronik hastalıklarına göre dağılımı	22
4.3. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların sigara ve alkol tüketim durumları	23
4.4. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların yaş gruplarına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	23
4.5. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların cinsiyetine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	24
4.6. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların VKİ düzeyine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	25
4.7. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların medeni durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	25
4.8. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların eğitim durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	26
4.9. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların emeklilik süresine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	27
4.10. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların yaşadığı yere göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	27
4.11. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların hobisi olma durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	28
4.12. Çalışmaya dâhil olan kadınların doğum sayısına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	28
4.13. Çalışmaya dâhil olan kadınların ev hanımı olma durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	29
4.14. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların sigara kullanımına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	29
4.15. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların SVO geçmişine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	30
4.16. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların diyabet varlığına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	30

4.17.	Çalışmaya dâhil olan yaşlıların hipertansiyon varlığına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	31
4.18.	Çalışmaya dâhil olan yaşlıların kullanılan ilaç sayısına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	31
4.19.	Çalışmaya dâhil olan yaşlıların kronik hastalık sayısına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı	32
4.20.	Çalışmaya dâhil olan yaşlıların demans varlığına göre bazı özelliklerin dağılımı	32
4.21.	Çalışmaya dâhil olan yaşlıların demans gelişimini etkileyen faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmesi	33



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
2.1. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080	6
2.2. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2014, 2019	6
2.3. Nüfus piramidi 1935, 1975, 2019	7
2.4. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke, 2019	7
2.5. Yaşlı nüfusun cinsiyete göre okuma yazma oranı, 2014, 2018	8
2.6. Eğitim durumuna göre yaşlı nüfus oranları, 2014, 2018	8
2.7. Medeni durum ve cinsiyete göre yaşlı nüfus oranı, 2019	9
4.1. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların demans varlığına göre dağılımı	20

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma, organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde; zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal, fonksiyonel, mental ve psikososyal işlevlerde görülen değişikliklerin tümüdür [1, 2]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılığı; fiziksel ve mental fonksiyonlarda yetersizliklerin arttığı bir dönem olarak kabul etmekte olup, yaşlanmayı dejenerasyona ve dış çevreden gelen strese karşı koymak üzere, iç çevrede meydana gelen değişikliklerin neden olduğu bir uyum süreci olarak tanımlamaktadır [3].

Günümüzde yaşam koşullarının iyileşmesi ve gelişen tıbbi bakım hizmetlerine bağlı olarak insan ömrünün uzamasıyla dünya yaşlı nüfusu artmaya devam etmektedir. Ülkemizde yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken beş yılda %21,9 artarak 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2014 yılında %8,0 iken, 2019 yılında %9,1'e yükseldi. Nüfus değerlendirmelerine göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının 2023 senesinde %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 senesinde %16,3, 2060 senesinde %22,6 ve 2080 senesinde %25,6 olacağı öngörülmüştür [4, 5]. Bu açıdan yaşlılıkta artan tıbbi, sosyal, psikiyatrik ve mental sorunların tespiti önem kazanmaktadır.

Yaşlılık sürecinde ortaya çıkan değişimler sonucunda, üretkenlikten uzaklaşma, çevreye ilgide azalma, yeni durumlara yanıt vermede gecikme, bellek, dikkat ve düşünme sürecinde yavaşlama gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Basit unutkanlıktan demansa kadar uzanabilen bir yelpazede incelenen bilişsel problemler bireyin sosyal, mesleksi ve toplumsal yaşam alanlarını etkilemektedir [6].

Yapılan çalışmalarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üzerinde %5 oranında şiddetli, %15 oranında ise hafif derecede bilişsel bozukluk bulunduğu ve yaşın ilerlemesiyle bu oranların arttığı belirtilmektedir [7]. Türkiye'de ise demanslı hasta sayısı net olarak bilinmemekle birlikte farklı coğrafik bölgelerden, birbiriyle benzer prevelans sonuçları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, Gurtit ve ark. 70 yaş ve üzerinde olası Alzheimer hastalığı (AH) ve demans sıklığını

sırasıyla %11 ve %20 oranında gözlemlenmişlerdir [8]. Arslantas ve ark. 75 yaş ve üzerinde demans prevalansını %30,4 ve Keskinoglu ve ark. 65 yaş ve üzeri yaşlılarda 22,9% oranında gözlemlenmişlerdir[9, 10].

Dünyada ve Türkiye'nin çeşitli coğrafyalarında mental durum bozukluğu değerlendiren çalışmalar bulunsa da sağlık hizmeti verdiğimiz coğrafyada yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız İç Hastalıkları ve Geriatri Polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarımızdaki mental durum bozukluğunun sıklığını ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Bu amaçla çalışmamız şu 3 soruya cevap vermek üzere dizayn edildi:

1. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, hayatlarını en uzun süre geçirdikleri yer, gelir durumu, eğitim durumu, vb) ve sahip olduğu kronik hastalıklar, kronik hastalıklar nedeni kullandığı ilaç sayıları açısından nasıl bir dağılım göstermektedirler?
2. Araştırmaya katılan yaşlılar mental durum düzeyleri bakımından nasıl bir dağılım göstermektedirler?
3. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri, sahip olduğu kronik hastalıkları ve bu hastalıklar için kullandıkları ilaç sayısı ile mental durum düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı ve Yaşlanma Süreci

‘Yaşlanma’ kelimesi, süreçle beraber ortaya çıkan problemler ve hastalıklar nedeniyle genellikle kişide iyi bir hissiyat oluşturmaz. Bu sebeple insanlar tarih boyunca yaşlanmayı engellemek ve geri döndürebilmek için hep bir arayış içinde olmuşlardır. Günümüzde de bu arayış halen sürmektedir[11].

Yaşlanma insan bedeninin her aşamasında zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan yapısal, mental, psikolojik ve sosyal işlevlerde meydana gelen gerilemelerin toplamı ve fonksiyonel açıdan yeteneklerin azalmasıdır [1, 12]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘nün tarifine göre yaşlılık çevresel faktörlere uyum yeteneğinin azalmasıdır ve “65 yaş ve üzeri” olarak kabul edilmektedir. Farklı tanımlamalar mevcut olsa da, yaşlılar üzerine yapılan çalışmalarının genelinde DSÖ’nün kriterleri kullanılmaktadır. DSÖ, yaşlılık dönemini fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarda gerilemenin arttığı bir dönem olarak değerlendirmekte olup; yaşlanmayı, dejenerasyon ve dış çevreden gelen stres ile iç çevrede meydana gelen değişikliklerin ortaya çıkardığı bir uyum süreci olarak da tanımlamaktadır [13-15].

Yaşlanma nedenleri tam olarak bilinmese de, bu süreçte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ile patolojik olanları ayırt etmek son derece önemlidir. Yaşlanma ile birlikte kalp-damar sistemi, solunum sistemi, kas-iskelet ve mide-bağırsak sistemi, deri, görme, işitme, tat, koku, denge, cinsel aktivite ile birlikte bilişsel işlevlerde fizyolojik değişiklikler görülebilir. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan bu fizyolojik değişiklikler yaşlının bir yandan uyumunu bozarken, diğer yandan onun için bir stres kaynağı oluşturmaktadır[11, 16]. Meydana gelen tüm bu değişikliklerden dolayı yaşlı hasta grubunda hastalıkların seyri atipik seyredebilmekte, eşlik eden birden fazla sorun olmakta ve gençlere göre iyileşme hızları yavaşlamaktadır. Bu sebeple koruyucu önlemler bu yaş grubunda daha da önem kazanmaktadır[17].

Normal yaşlanma süreciyle birlikte sinir sisteminde kan akımı azalmasıyla birlikte çeşitli kimyasal ve elektriksel bağlantılarda da azalma görülür. Beynin birçok bölgesinde nöron kaybı olmasına rağmen, demans gelişimi dışında bilişsel

işlevlerde azalma görülmez. Normal sınırlar içinde olmakla birlikte öğrenme ve hafıza ile ilgili fonksiyonların çoğunda yavaşlama görülebilir [18].

Hastalık ve fonksiyon kaybı gibi durumlar yaşlılarda belirgin artış göstermesine rağmen, sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Bu ayrımı bilmek hastayı değerlendirirken hekimin doğru tanı koyabilmesini kolaylaştırır [16, 17]. Poliklinik muayenesinde hekimler demans belirtilerine karşı uyanık olup, Standardize Mini Mental Testi (SMMT) gibi poliklinik koşullarında kolaylıkla uygulanabilecek testlerle demans riskini saptayabilmelidirler [19].

2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

- **Normal yaşlanma:**

Zamanın ilerlemesine bağlı olarak, herhangi bir hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan vücudun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerin tamamıdır[20]. Yaşlanma istisnasız her canlıda görülen, tüm fonksiyonlarda gerilemeye neden olan süreklilik gösteren ve her türlü çevresel veya içsel faktörlerden etkilenen bir süreçtir [20, 21].

- **Biyolojik yaşlanma:**

Yumurtanın döllenmesi ile başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden insanın vücudunda meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişikliklerdir [5, 15, 20-22].

- **Sosyal yaşlanma:**

Toplumdan topluma sosyo-kültürel özelliklere göre değişiklik gösteren yaşlılık tanımıdır [20]. Bireylerin, toplumun sosyal yapısı içindeki rollerinin, konumlarının ve sosyal ilişkilerinin yaşlanmasıyla birlikte değişmesiyle oluşur[23, 24].

- **Kronolojik yaşlanma:**

Kişinin doğumundan itibaren geçen süreyi tanımlar, bu süreye göre daha uzun süre yaşamış olanlar daha yaşlı kabul edilir.

DSÖ' nün tanımlamasında yaşlı nüfus kronolojik olarak alt gruplara ayrılmıştır. Bunlar;

- 65-74 yaş grubu “erken yaşlılık evresi”,
- 75-84 yaş grubu “orta yaşlılık evresi”,

- 85 ve üzeri yaş grubu “ileri yaşlılık evresi” olarak tanımlanmaktadır [14].

- **Psikolojik yaşlanma**

Yaşın ilerlemesine bağlı bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bellek gücü ile ilgili farklı alanlarda uyum sağlama özelliğindeki değişimleri kapsamaktadır. Bu açıdan bireyin fiziksel kayıpları yanında ortaya çıkan davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimler psikolojik yaşlanmayı oluşturur [16, 25].

2.3. Yaşlanmanın Epidemiyolojisi ve Toplumsal Yaşlanma

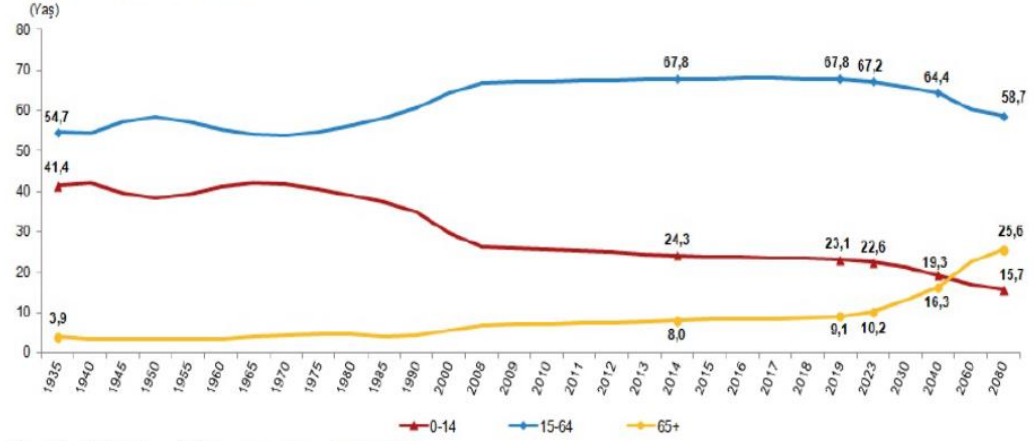
Bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de doğum hızının azalması, gelişen teknoloji ile tedavi seçeneklerinin artması ve sağlık hizmetlerine kolay ulaşım sağlanması sonucu insan ömrünün uzamasıyla yaşlı nüfusu artmaya devam etmektedir [26, 27].

Günümüzde, tüm dünya nüfusunun %10’unu 65 yaş ve üzeri iken 2050 yılında bu oranın %16’nın üzerinde olması öngörülmektedir. DSÖ, 2025 senesinde takribi nüfusun 1,2 milyonunun 60 yaş ve üzeri olacağı ve 2050 yılında ise bu sayının 2 milyona ulaşacağı ve bu yaşlı nüfusunun %80’inin gelişmekte olan ülkelerde bulunacağını ifade etmektedir [28].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ‘nın 2019 verilerine göre, ülkemizde yaşlı nüfus (≥ 65 yaş) 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken beş yılda %21,9 artarak 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2014 yılında %8,0 iken, 2019 yılında %9,1’e yükselmiştir. Nüfus değerlendirmelerine göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının 2023 senesinde %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 senesinde %16,3, 2060 senesinde %22,6 ve 2080 senesinde %25,6 olacağı öngörülmüştür [4, 5, 29]. Bu sebeple yaşlılıkta artan sıkıntıların saptanması önem kazanmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2019 verilerine göre, 1935-2080 yılları arası yaş grubuna göre nüfus oranları ve artışları Şekil 2.1.’de gösterilmiştir [4].

Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080

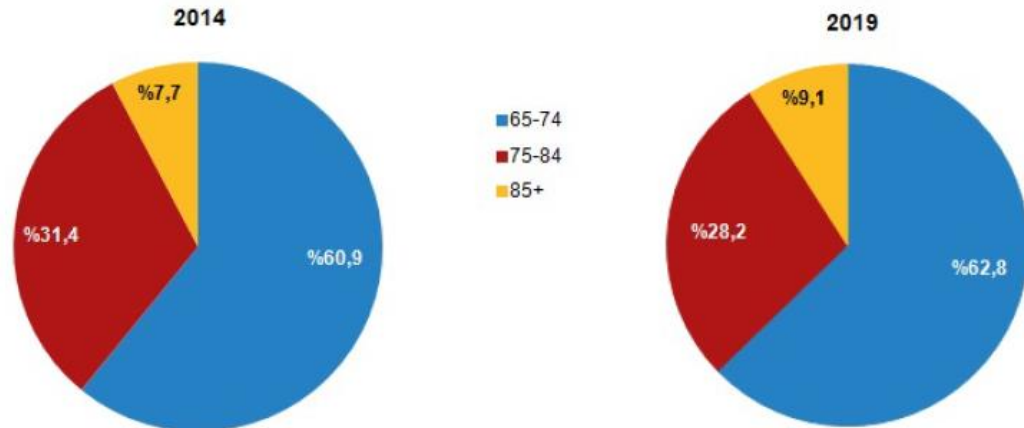


Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2019
TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2023-2080

Şekil 2.1. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080

Yaş grubuna göre incelendiğinde, 2014 yılında yaşlı nüfusun %60,9 'unun 65-74 yaş grubunda, %31,4' ünün 75-84 yaş grubunda ve %7,7' sinin 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülürken, 2019 yılında %62,8' inin 65-74 yaş grubunda, %28,2' sinin 75-84 yaş grubunda ve %9,1' inin 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görüldü [4] (şekil 2.2.).

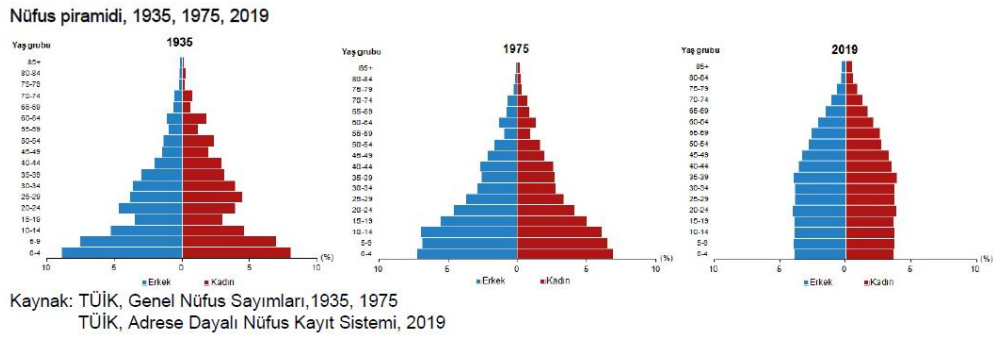
Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2014, 2019



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2014, 2019
Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

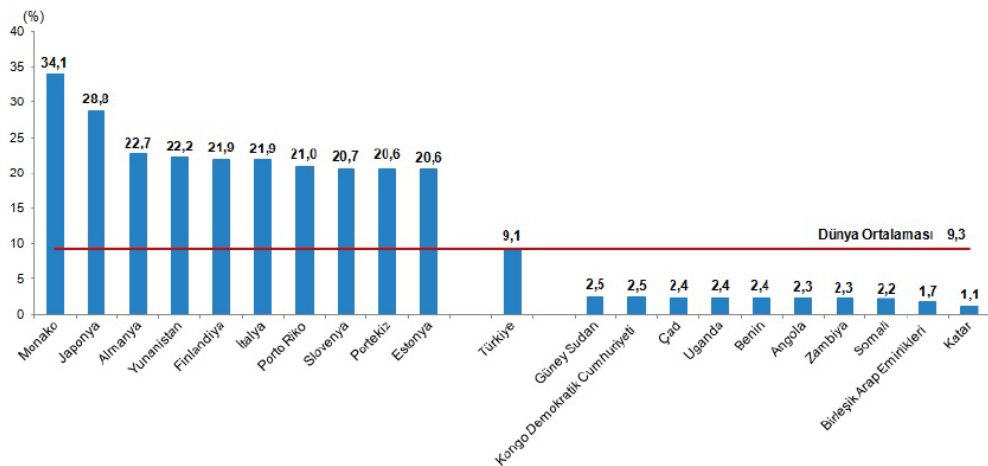
Şekil 2.2. Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2014, 2019

Yaşlı popülasyon oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir işaretidir. Türkiye'de yaşlı popülasyon, diğer yaş gruplarına göre daha hızlı bir artış göstermiştir. Tüm dünyada da yaşanmakta olan "demografik dönüşüm" sürecinde olan Türkiye'de, doğum ve ölüm hızlarında azalma, sağlık sektöründeki gelişmeler ve bunlara bağlı olarak beklenen yaşam süresinin uzaması ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmiştir. Genç nüfusun oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermiştir [4](şekil 2.3.) .



Şekil 2.3. Nüfus piramidi 1935, 1975, 2019

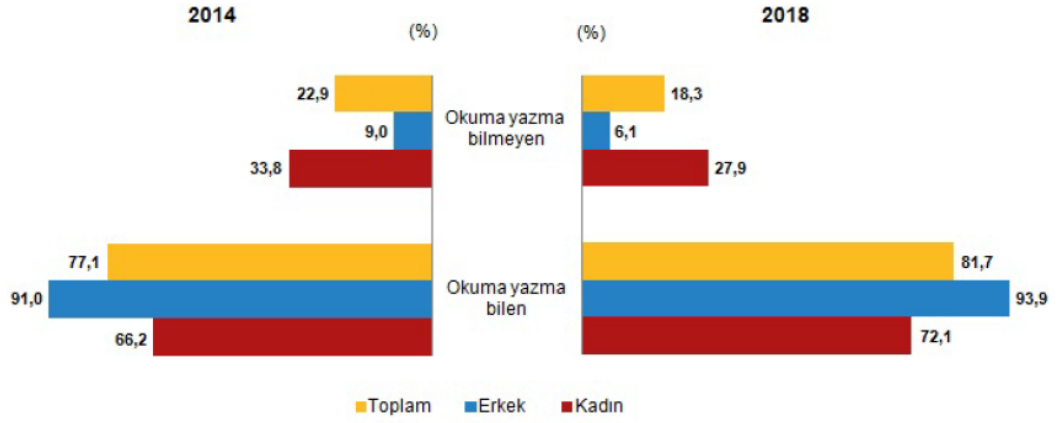
Türkiye’de yaşlı nüfus sayısal olarak oldukça fazla olsa da, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfuslu bir ülkedir [4](şekil 2.4.).



Kaynak: Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Bürosu, Uluslararası Veri Tabanı
Türkiye rakamının kaynağı TÜİK'tir.

Şekil 2.4. Yaşlı nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu 10 ülke, 2019

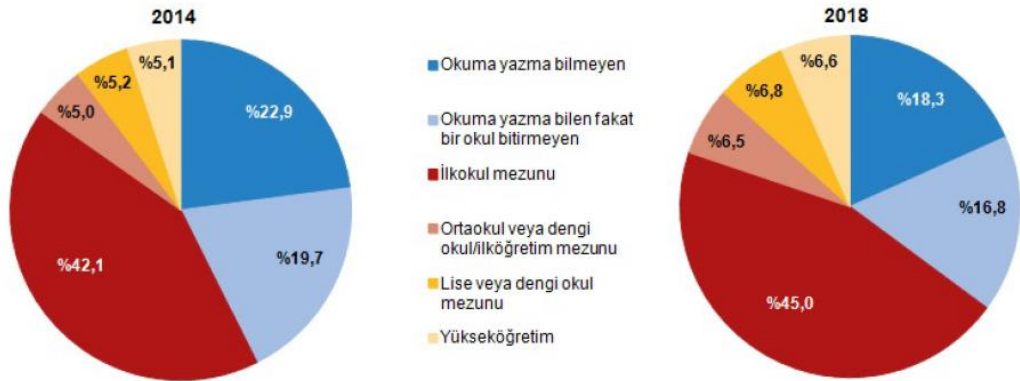
TÜİK verilerine göre; okuma yazma bilmeyen yaşlı nüfus oranının azaldığı (şekil 2.5.) ve eğitim durumuna göre yaşlı nüfus incelendiğinde bitirilen tüm eğitim düzeylerinde oransal artış olduğu (şekil 2.6.) görülmüştür [4].



Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, 2014, 2018

Şekil 2.5. Yaşlı nüfusun cinsiyete göre okuma yazma oranı, 2014, 2018

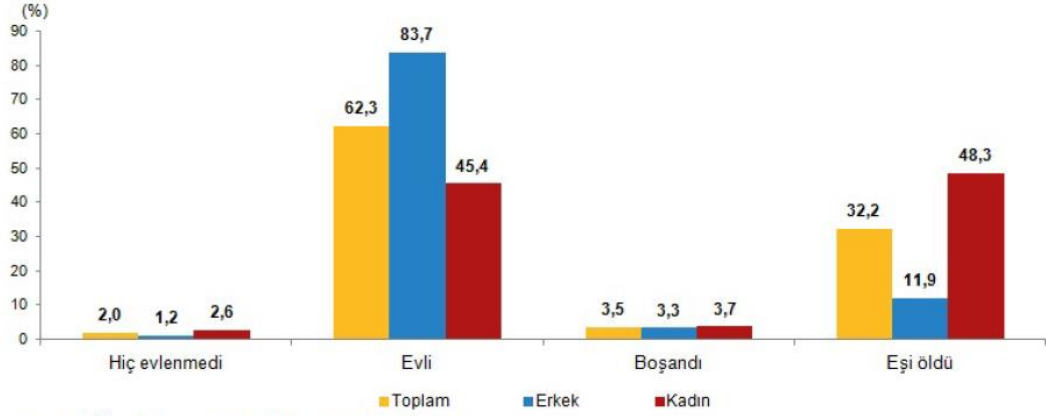
Eğitim durumuna göre yaşlı nüfus oranı, 2014, 2018



Kaynak: TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, 2014, 2018

Şekil 2.6. Eğitim durumuna göre yaşlı nüfus oranları, 2014, 2018

Yaşlı nüfus yasal medeni duruma göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar mevcut olup, yaşlı erkek nüfusun 2019 yılında %1,2'sinin hiç evlenmemiş, %83,7'sinin resmi nikâhla evli, %3,3'ünün boşanmış, %11,9'unun eşi ölmüş olduğu görülürken yaşlı kadın nüfusun %2,6'sının hiç evlenmemiş, %45,4'ünün resmi nikâhla evli, %3,7'sinin boşanmış, %48,3'ünün ise eşi ölmüş olduğu görülmüştür (şekil 2.7.) [4].



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2019
Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Şekil 2.7. Medeni durum ve cinsiyete göre yaşlı nüfus oranı, 2019

2.4. Yaşlanmaya Bağlı Nörolojik Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma genelde belirli bir fonksiyon kaybından bağımsız kronolojik olarak belirlenmiş bir tanımdır, fakat ilerleyen yaşla beraber beyin yapısında, davranışlarda ve bilişsel işlevlerde bozulmayla sonuçlanır. Oryantasyon (yer-zaman-kişi), bilmeye kavramaya ait (algılama, dikkat, zekâ, yargılama, soyutlama, hesaplama, gerçeği değerlendirme) yetenekler ve bellek fonksiyonu bilişsel işlevlerin tümünü oluşturur [30].

Beyinde bulunan dendritler (nöronların birbirleri arasında sinir iletilerini aktarmalarını sağlayan nöronal uzantılar) ve sinapslar (nöronların birbirleri arasında sinir iletilerini aktardıkları alanlar) bilişsel işlevlerinin devamlılığı için gerekli yapılardır. Alzheimer hastalığında bu yapılarda kayıplar saptanması sonucunda, bilişsel işlevlerdeki önemi gösterilmiştir [31]. Ek olarak hipokampus ve beyaz cevherde ortaya çıkan yaşlanma ile ilişkili yapısal ve işlevsel değişimler, yaşlanmanın doğal bir neticesi olarak kabul edilen yakın ve uzak hafızada ve öğrenmede azalma ile sonuçlanır.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte nöronların içyapılarında da değişiklikler olmaktadır. Bu değişikliklerin en belirginleri; hücre içinde yaşlanma pigmenti adını verilen lipofuksin birikimi, senil plaklar ve nörofibriler yumak gelişimi ve buna sebep olan amiloid birikimi, nöronlar arası iletişimi sağlayan nörotransmitter maddeler ve bu maddelerin reseptörlerinde azalmadır [32]. Beyindeki bu değişiklikler dış etmenler tarafından hem olumlu hem de olumsuz

etkilenebilmektedir. Yaşam tarzı, davranış özellikleri, stres, komorbid durumlar, aldığı tedaviler ve psikolojik yapı beyindeki değişikliklere farklı şekillerde etki edebilir [33].

2.5. Kognitif Bozukluk ve Çeşitleri

Artan yaşla birlikte bilişsel fonksiyonlar azalmakta ve bu durumdaki birey sayısı artmaktadır. Ortaya çıkan bu bilişsel değişimler başarılı kognitif yaşlanma olarak tanımladığımız en hafif seviyelerden, günlük yaşantıyı etkileyen patolojik seviyelere kadar geniş bir yelpazeye sahiptir [34, 35]. 85 yaş ve üzeri kişilerde yapılan bir çalışmada %50 oranında bilişsel yetersizlik ve %20 oranında demans varlığı saptanmış olup; bu sonuç yaşlı kişilerdeki unutkanlığın “normal yaşlanma mı?” yoksa “demansın öncü belirtisi mi?” olduğu konusunda ayırım yapılmasının ne kadar zor olduğunu düşündürmektedir [36]. Mevcut durumda AH (Alzheimer Hastalığı) ve diğer demans durumları belirlenmiş kriterler sayesinde büyük ölçüde tanınabilmekte; ama normal ve patolojik uçlar arasında kalan durumlarda tanı koymak daha güç olmaktadır. Objektif olarak belirlenebilen kognitif kayıpları olan ve günlük yaşantılarında belirgin bir problem yaşamayan kişiler hafif kognitif bozukluk tanısı almaktadır. Bu bireylerin AH’na ilerleme olasılığı yıllık % 10-15 dolayında olup bu oran genel nüfustaki oranın üstündedir [37, 38].

2.5.1. Selim Yaşlılık Unutkanlığı

Selim yaşlılık unutkanlığı (SYU) , yaşa göre beklenen seviyede gelişen entelektüel gerilemeyi tanımlamaktadır. Bu tanım ilk defa Kral tarafından 1962’ de kullanılmıştır ve fizyolojik yaşlanma ile ortaya çıkan hafif kognitif bozuklukların demansa ilerleme ile ilgili olmadığını düşünmüştür [39]. Bu durum literatürde farklı tanımlarla karşımıza çıkmaktadır [40]:

- Age-Associated Memory Impairment (AAMI),
- Age-Consistent Memory Impairment (ACMI),
- Late Life Forgetfulness (LLF),
- Ageing Associated Cognitive Decline (AACD)
- Age Related Cognitive Decline (ARCD)

Amerikan Ulusal Zihinsel Sağlık Enstitüsü' ne göre SYU tanı kriterleri şunlardır [41]:

- 1- Yaşın 50'den büyük olması
- 2- Günlük yaşamda belleğe ilişkin yakınmalar,
- 3- Genç erişkinlere göre 1 standart sapma daha düşük nesnel bellek performansı,
- 4- Demansın olmaması,
- 5- Normal veya normalin üstü zekâ seviyesi

2.5.2. Hafif Kognitif Bozukluk

Hafif kognitif bozukluk (HKB), normal yaşlanma ile demans arasındaki geçiş bölgesini tanımlamaktadır [42]. Bu hastalarda yaşa bağlı beklenilenden daha fazla unutkanlık olup AH veya demans kriterlerini karşılamamaktadır. HKB bir demans tablosu olmasa da, demans ortaya çıkma ihtimali normal popülasyona göre artmış bir durumdur. 65 yaş ve üzeri grupta her yıl yaklaşık % 1-2 oranında demans gelişirken, HKB bulunan hastalarda bu oran % 10-15 kadardır[43]. Bu geçiş bölgesi içinde hastaların hangi seviyede olduklarının bilinmesi, demansa ilerleme ihtimalinin değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Demansa ilerlememiş kognitif bozukluk ileri yaş döneminde sık görülmektedir [44, 45]. Demans sıklığında ve sağlık harcamalarında ortaya çıkan artış göz önüne alındığında, bu kişilerin saptanması, takibi ve tedavisinin önemi önümüzdeki yıllarda daha da artacaktır [40].

Kral, tanımladığı selim yaşlılık unutkanlığından daha belirgin kognitif bozukluğu olan kişilerin bir kısmının özellikle yakın zamana ait verileri hafızada tutamadığını, bu grupta mevcut SYU'nun demansa dönüşebileceğini, vasküler veya nörodejeneratif patolojiler ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür [39].

Hafif kognitif bozukluk ilk defa 1999' da Petersen ve arkadaşları tarafından kullanılan bir terimdir. Kişinin bilişsel fonksiyonlarında, kişinin yaşına ve eğitimine göre beklenenden fazla kayıp olması, ama bu kaybın günlük yaşantısını etkilemeyecek ölçüde ve demans tanısını karşılayacak kadar şiddetli olmaması durumunu kapsayan bir klinik tablo olarak tanımlanmıştır [40, 46]

Bu klinik tablo için ICD-10'da hafif bilişsel bozukluk tanısı kullanılmıştır. Ancak Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V (DSM-V)'de "Ağır Olmayan Nörobilişsel Bozukluk (AONB)" olarak tanımlanmıştır [47].

DSM-V AONB için klinik kriterler şunlardır[48]:

- A. Bir ya da birden çok bilişsel alanda (karmaşık dikkat, yerine getirme işlevi, öğrenme ve bellek, dil, algısal-devinsel ya da toplumsal biliş) daha önceki yeterlik düzeyine göre çok belirgin olmayan bilişsel bir gerileme olduğunun kanıtları şöyle temellendirilir:
1. Bilişsel işlevlerde belirgin bir gerileme olduğuyla ilgili kişinin, bilgisi olan birinin ya da klinisyenin kaygı duyuyor olması ve
 2. Nöropsikoloji ölçümleriyle belgelendirilmesi yeğlenen ya da bunların yokluğunda nicel bir klinik değerlendirmeye belgelendirilen, bilişsel yeterlikte çok önemli ölçüde olmayan bozulma
- B. Bilişsel eksiklikler, gündelik etkinliklerde kendi başına, bağımsız davranmayı engellemez (faturalarını ödeme ya da ilaçlarını doğru kullanma gibi günlük yaşamın karmaşık etkinliklerini yapabilir, ancak daha büyük çaba gerektirir, ödünleyici yöntemler bulunur ya da uyarlamalara gerek olabilir).
- C. Bilişsel eksiklikler yalnızca deliryum bağlamında ortaya çıkmamaktadır.
- D. Bilişsel eksiklikler başka bir ruhsal bozuklukla (örn. Yeğin depresyon bozukluğu, şizofreni) daha iyi açıklanamaz

Hafif Kognitif Bozukluk Tipleri

- **Amnestik Tip HKB**

Bellek bozukluğu ile birlikte giden, hasta ve yakınlarının hafızadaki değişim farkında olduğu, bellek dışında diğer bilişsel fonksiyonların korunduğu durumdur [48].

- **Multiple Alanda HKB**

Birden fazla bilişsel alanda (bellek, lisan, dikkat vs.) demans oluşturmayacak seviyede bozukluk olduğu durumdur[49].

- **Bellek dışında tek alanda HKB (non-amnestic HKB):**

Bellek dışında kalan bilişsel alanların (lisan, yürütücü işlevler vs.) bir tanesinde bozulma ile giden, diğer kognitif fonksiyonların korunduğu bir

durumdur. Demans oluşturmaz ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek ölçüdedir[50].

2.5.3. Demans

Demans, Latince’ de zihin anlamına gelen “mentia” sözcüğünden türemiş zihnin yitilmesi - akıl kaybolması - kişinin aklını yitirmesi anlamına gelen bir sözcüktür. Halk arasında “bunama” olarak da isimlendirilir. İlk defa 13. yüzyılda Ürgüp-Göreme dolaylarında yaşamış halk hekimi Bartholomeus Anglucus tarafından kullanılmıştır [51]. Zaman içinde delilik veya geri dönüşü olmayan akıl bozukluğu anlamlarında kullanılmış ve günümüzdeki şekliyle Pinel tarafından 19. Yüzyılda kullanıldığı düşünülmektedir [30, 51].

Demans bilişsel fonksiyonlarda ortaya çıkan bozulma ve ilerleyen süreçte bu bozulmaya bağlı günlük yaşam aktivitelerini bozan, davranış bozukluklarına neden olabilen bir sendromdur [52].

Demans, yaşlılık döneminde ciddi ruhsal ve fiziksel yıkıma neden olan bir hastalık olması yanında, uzun dönemde ciddi tıbbi bakım masraflarına yol açan bir halk sağlığı problemidir [53]. Bu sebeple tanı koyulması ve tedavisinin doğru düzenlenmesi açısından demans durumlarının etiyojisi ve altta yatan sebepler önem kazanmaktadır.

Demansın Sınıflandırılması

Demans durumları genelde primer (geri dönüşsüz- nörodejeneratif) ve sekonder (geri dönüşümlü – düzeltilebilir) olarak ikiye ayrılır. Primer (nörodejeneratif) demansın sebebi kognitif fonksiyonların alt yapısını oluşturan alanlarda, nöron ve sinaps kaybıyla meydana gelen işlev bozukluğudur. Ortaya çıkan bu işlev bozukluğu belli bir yayılım sonrasında kliniğe demans olarak yansımaktadır. Sekonder (düzeltilebilir) demans ile altta yatan vasküler, metabolik, enfeksiyöz vs. gibi tedavi edildiği takdirde kognitif fonksiyonlarda düzelme olması beklenen durumlardır. Bu sebeple demans durumlarında öncelikle sekonder demans nedenleri açısından hasta değerlendirilmelidir. Primer demansın en sık nedeni Alzheimer hastalığı (AH) iken, sekonder demansın en sık nedeni ise vasküler demanstır [54-56].

Tablo 2.1. Demans Sınıflandırması

Primer (nörodejeneratif)	Sekonder
Alzheimer hastalığı	Vasküler demans
Lewy cisimcikli demans	Normal basınçlı hidrocefali
Fronto-temporal demans	Toksik-metabolik demanslar
Pick hastalığı	Wernicke-Korsakoff hastalığı
Hareket bozukluğuyla birlikte	B12 vitamin eksikliği
- Parkinson hastalığı demansı - Lewy cisimcikli demans - Huntington hastalığı vs.	- Hipotiroidi - Kronik karaciğer hastalığı
Prion hastalıkları	Organik çözücülere maruz kalma
Creutzfeldt-Jacob hastalığı	İlaçlar
Çeşitli pediyatrik demanslar	İnfeksiyonlar
Nadir nedenler	- Herpes simpleks ensefaliti - Nörosifilis - Kronik menenjitler - HIV-demans kompleksi - Whipple hastalığı
- Gaucher hastalığı - NiemannPick hastalığı - Mitokondriyel hastalıklar vs	Kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar
	- Neoplastik durumlar - Subdural hematoma
	Otoimmün-inflamatuar hastalıklar
	- Multipl skleroz - Behçet hastalığı - Paraneoplastik - Limbik ensefalit - Granülomatöz anjitis - Primer sinir sistemi vaskülit

Demans Risk Faktörleri

Yaş: Demans görülme sıklığı 65 yaş ve üzeri grupta her 5 yılda bir, iki kat artış göstermektedir. Kişinin kendi yaş durumuna ek olarak, Avrupa’da yapılan kohort çalışmalarında saptanan verilere göre, doğumda ebeveyn yaşının ileri olmasının da kromozomal bozukluklardan kaynaklı risk faktörü olabileceği düşünülmektedir[57].

Cinsiyet: Önemli bir risk faktörü olup 85 yaş üzerinde demans riskinin kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu durum kadınlarda beklenen yaşam süresinin uzun olması ile ilişkilendirilmiştir. Vasküler demans (VaD) söz konusu olduğunda sonuç tam tersi olarak saptanmıştır. Perimenopozal dönemde östrojenin koruyucu etkisinin buna sebep olabileceği düşünülmüştür. Bu ilişkiyi yaşam tarzı, etnik köken ve genetik polimorfizim etkileyebilir[57].

Genetik faktörler: Birinci derece akrabalarda AH varlığının demans gelişme riskini 3 kat artırdığı bildirilmiştir. 60 yaştan genç AH hastalığı gelişenlerin %50 sinden fazlasında aile hikâyesi rapor edilmiştir[58, 59].

Corder ve arkadaşları 1993’de ilk olarak APO E geni ve AH arasında bir ilişki olduğunu göstermiş ve sonrasında AH patogenezinde önemli bir yeri olduğu görülmüştür[57].

Fiziksel aktivite: Bilişsel fonksiyonlar ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur ve bazı gözleme dayalı kohort çalışmalarında aralarında pozitif bir ilişki olduğu ve fiziksel aktivitenin bilişsel işlevlerdeki bozulmayı %30-50 oranında azalttığı gösterilmiştir. Fiziksel aktivitenin inflamatuvar ürünlerde azalma sağlayarak bu etkiyi ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Ek olarak obeziteyi ve vasküler riski azaltarak etki oluşturduğu düşünülmektedir[57, 60].

Sigara: Demans gelişimi üzerine etkileri tartışmalıdır. Buna sebep olan durumlar sigara içme miktarının sınıflandırılmasındaki başarısızlıklar, aktif ve eski içicilerin sınıflandırılmasındaki problemlerden kaynaklanıyor olabilir[57, 61].

İlaçlar: Demans birçok ilaçla ilişkilendirilmiştir ve birçok çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmalarında sonuçları çoğunlukla birbiri ile çelişmektedir, bu sebeple daha aydınlatıcı ve uzun dönem takip çalışmalarına ihtiyaç

duyulmaktadır [57]. Buna ek olarak kullanılan ilaç sayısının da demansa etkisi olduğu düşünülmekte olup bunu destekleyen çalışmalarda mevcuttur [62].

Eğitim: Yapılan çeşitli takip ve kohort çalışmasında demans ve eğitim durumu arasında ilişki bulunmuştur. Demans riskinin eğitim düzeyi düşük kişilerde 2 kata kadar arttığı görülmüş ama eğitim seviyesi ve demans seviyesi arasında oransal bir ilişki bulunmamıştır.[63]

Alkol tüketimi: Yapılan bir meta-analizde yaşlılarda alkol tüketiminin AH dâhil demansa karşı koruyucu olduğu fakat VaD ve bilişsel bozulmadan koruyamadığı gösterilmiştir. Fazla miktarda alkol tüketiminin tam tersi etki ile hafif kognitif bozukluğu ilerletebileceği düşünülmektedir. Bu ilişkiyi değerlendirmek için doğru bir ölçü sistemi ile daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır [57, 64]

Vücut kitle indeksi (VKİ) : Yapılan takip çalışmasında 50 yaş üstü kişilerde VKİ ile demans arasındaki ilişkiyi göstermiştir. VKİ>30 olan obez kişiler normal kilolular ile karşılaştırıldığında demans riskinde artış saptanmıştır. 65 yaş üstü kişilerde bu ilişki tam tersi olarak bulunmuştur. Başlangıçta yüksek VKİ varlığının demans riskini azalttığı, 8 yıllık takipte VKİ değişikliği olmayanlara göre yavaş bir VKİ düşüşünün demans riskini azalttığı görülmüştür. [57, 65].

Komorbidite: Demans gelişimi çeşitli hastalıklarla ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon varlığı VaD için risk faktörü iken AH ile ilişkisi bulunmamıştır. Serebrovasküler olaylar sonrasında demans gelişiminde artış saptanmıştır. Tip 2 diyabetes mellitus ile demans arasında güçlü bir ilişki ortaya koyulmuştur[57].

Depresyon: Bazı çalışmalarda depresyon ataklarının AH gelişme riskini artırdığı gösterilmiştir. Kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada depresyon varlığının ileride AH riskini %50 oranında artırdığı saptanmıştır[66].

Erken Tanı ve Korunma

Demans, kognitif fonksiyonlarda bozulma ile giden, günlük yaşamı etkileyen, ilerlemesi sonucu başkasına bağımlılık ve bakım ihtiyacı gerektiren klinik bir sendromdur. Bu açıdan nüfusun yaşlanması hem gelişmiş hem de

gelişmekte olan ülkeler için yük oluşturmaktadır. Erken tanı ve tedavi ile hastaların bilişsel ve fonksiyonel yetenekleri daha fazla korunabilir bu sayede ailelerine hayat planı yapabilmek için zaman kazandırılır ve gereksiz tıbbi tetkik ve harcamaların önüne geçilebilir[67].

Günümüzde demans tedavisi için yapabildiklerimiz sınırlı olup hastalığın önlenmesi ve ortaya çıkmasının geciktirilmesi önem kazanmaktadır. Bunun için değiştirilebilir risk faktörleri değerlendirilmelidir. Kişilerin fiziksel, sosyal ve entelektüel aktivitelerinin devamlılığının sağlanması, toplumsal eğitim seviyesinin yükselmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması ve kronik hastalıkların kontrol altında tutulması gibi değişiklikler demans gelişmesini geciktirebilir [57].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı İç Hastalıkları ve Geriatri Polikliniği'ne başvuran 65 yaş ve üzeri 102 yaşlı birey dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-1)'ni imzalayan 102 hastaya demans sıklığını ve buna etki eden faktörleri saptamaya yönelik olarak “Standardize Mini Mental Test (SMMT)” (EK-2) ve “Sosyodemografik Bilgi Formu” (EK-3) uygulanmıştır.

MMT (Mini Mental Test) İlk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış (1975) ve sonrasında Molloy ve Standish tarafından standardize versiyon ve uygulama yönergesi hazırlanarak 3 psikiyatrist tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve 24 eşik değeri SMMT'in Türk yaşlılarında hafif demansın tanısında oldukça yüksek duyarlık ve özgüllüğe sahip olduğu bulunmuştur [68]. Çin, Suudi Arabistan ve Türkiye-İzmir'de yapılan çalışmalarda eğitimsiz yaşlılarda SMMT eşik değeri 18 olarak alınmıştır [10, 69].

Bu çalışmaları dikkate alarak SMMT'nin cut-off değeri olarak 5 yıl altı eğitimi olanlar için ≥ 18 , 5 yıl ve üzeri eğitimi olanlar için ≥ 24 değeri kabul edilmiştir.

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, analizler IBM SPSS 23.0 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY) ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama $\pm$ standart sapma (SS) ve medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Hastalarda demans varlığı ile diğer kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı Shapiro-Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Araştırma grubundaki hastaların demans varlığına göre sayısal verileri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda Student's t test kullanılmıştır. Hastalarda demans varlığını etkileyen bağımsız risk faktörlerinin belirlenmesi için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmış ve sonuçlar Odds oranı (OR) ve %95 güven aralıkları ile

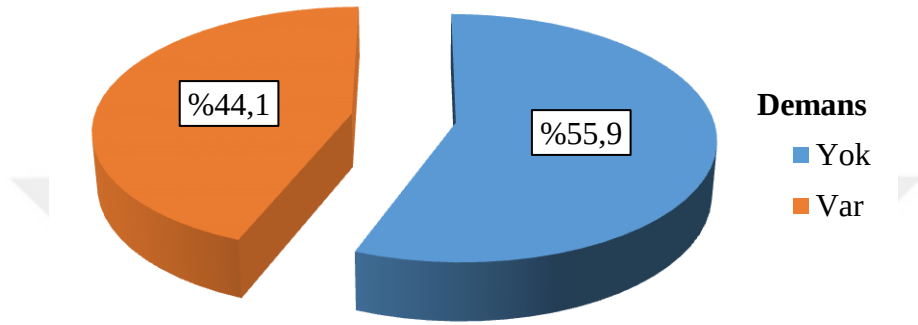
sunulmuştur. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bu çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun onayı alınmıştır (Tarih: 27.11.2019; Karar No: 1098). Etik kurul onayı EK-4'de sunulmuştur.



4. BULGULAR

Araştırmaya dâhil olan 65 yaş üstü hastaların (n=102) %55,9’unda (n=57) demans görülmezken %44,1’inde (n=45) demans olduğu belirlenmiştir. Hastaların demans varlığına göre dağılımı Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların demans varlığına göre dağılımı

Hastaların %55,9’u (n=57) kadın, % 44,1’i (n=45) erkek olup, araştırma grubunun yaş ortalaması $70,91 \pm 4,96$ (min:65; max:89) yıldır. Araştırma grubunda 77 kişi (%75,5) 65-74 yaş ve 25 kişi (%24,5) 75 ve üzeri yaş aralığındadır. Hastaların ortalama beden kitle indeksi (VKİ) $28,14 \pm 4,88$ (min:18,9; max:44,73) kg/m^2 ’dir. Hastaların %25,5’inin (n=26) VKİ değeri 18,5-24,9, %42,2’sinin (n=43) 25-29,9 aralığında iken %32,4’ünün (n=33) 30 ve üzeri olarak bulunmuştur. 65 kişi (%63,7) evli ve 37 kişi (%36,3) bekârdır. Araştırma grubunda ilkokul mezunu hasta oranının (%41,2) yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadın hastalarda 15 kişinin (%26,3) 5 ve üzeri doğum yaptığı bulunmuştur. Emekli olan hastaların %84,4 (n=54) ile çoğunluğunun emeklilik süresi 10 yıldan fazladır. 71 hastanın (%69,6) herhangi bir hobisi vardır. Hastaların %70,6’sı (n=72) kent merkezinde yaşamaktadır. Araştırmaya dâhil olan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Yaş (yıl)	70,91 $\pm$ 4,96	65-89
VKI (kg/m ²)	28,14 $\pm$ 4,88	18,9-44,73
	n	%
Yaş grup		
65-74	77	75,5
75 ve üzeri	25	24,5
Cinsiyet		
Erkek	45	44,1
Kadın	57	55,9
VKI grup		
18,5-24,9	26	25,5
25-29,9	43	42,2
30 ve üzeri	33	32,4
Medeni durum		
Bekâr	37	36,3
Evli	65	63,7
Eğitim durumu		
Okul bitirmeyen	19	18,6
İlkokul	42	41,2
Ortaokul	16	15,7
Lise	12	11,8
Üniversite/Yüksekokul	13	12,7
Doğum sayısı (n=57)		
5 altı	42	73,7
5 ve üzeri	15	26,3
Emeklilik süresi (n=64)		
10 yıl ve altı	10	15,6
10 yıl üzeri	54	84,4
Hobi durumu		
Var	31	30,4
Yok	71	69,6
Son 5 yılda yaşadığı yer		
Kent merkezi	72	70,6
İlçe/belde/kasaba vb.	22	21,6
Köy/Kırsal	8	7,8

Hastaların ortalama kronik hastalık sayısı 2,84 $\pm$ 1,25 (min:0; maks:5) ve kullanılan ilaç sayısı 4,77 $\pm$ 2,95 (min:0; maks:14) olarak hesaplanmıştır. Araştırma grubundaki hastaların %8,8'inde (n=9) SVO öyküsü, %58,8'inde (n=60) diyabet ve %63,7'sinde (n=65) hipertansiyon bulunmaktadır. 48 kişi (%47,1) 5 ve üzeri

sayıda ilaç kullanmaktadır. Araştırmaya dâhil olan hastaların kronik hastalıklarına göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların kronik hastalıklarına göre dağılımı

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Kronik hastalık sayısı	2,84±1,25	0-5
Kullanılan ilaç sayısı	4,77±2,95	0-14
	n	%
SVO		
Evet	9	8,8
Hayır	93	91,2
Diyabet		
Evet	60	58,8
Hayır	42	41,2
Hipertansiyon		
Evet	65	63,7
Hayır	37	36,3
Kullanılan ilaç sayısı		
<5	54	52,9
≥5	48	47,1

Araştırma grubundaki hastaların %50’si (n=51) hiç sigara içmediğini, %38,2’si (n=39) bıraktığını ve %11,8’i (n=12) aktif olarak içtiğini belirtmiştir. Sigara kullanan hastaların ortalama sigara miktarı 34,54±24,99 (min:1; maks:100) paket/yıldır. 5 kişi (%4,9) alkol kullanmaktadır. Alkol kullanan hastaların ikisi haftada bir gün, biri haftada iki veya üç gün ve ikisi her gün alkol kullandığını bildirmiştir. Araştırmaya dahil olan hastaların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre dağılımı Tablo 4.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların sigara ve alkol tüketim durumları

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Sigara miktarı (n=51) (paket/yıl)	34,54±24,99	1-100
	n	%
Sigara kullanımı		
Aktif içen	12	11,8
Hiç içmeyen	51	50
Bırakan	39	38,2
Alkol kullanımı		
Evet	5	4,9
Hayır	97	95,1
Alkol kullanım sıklığı (n=5)		
Haftada 1 gün	2	40
Haftada 2-3 gün	1	20
Her gün	2	40

Araştırma grubundaki 65-74 yaş arası hastalarda demans görülme oranı %40,3, 75 yaş ve üzeri hastalarda %56 olarak bulunmuştur. 75 yaş ve üzeri hastalarda demans görülme oranının daha yüksek olduğu görülse de bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,168$). Araştırmaya dâhil olan hastaların yaş gruplarına göre demans görülme oranları Tablo 4.4'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.4. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların yaş gruplarına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Yaş grupları	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
65-74	46(59,7)	31(40,3)	77(75,5)	$\chi^2=1,897$	0,168
75 ve üzeri	11(44)	14(56)	25(24,5)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Çalışmaya dâhil edilen tüm hastalarda cinsiyete göre demans görülme oranları karşılaştırıldığında, kadınlarda demans görülme oranının (%54,4) erkeklere göre (%31,1) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,019$). Benzer şekilde, 65-74 yaş arası hasta grubunda kadınlarda demans görülme oranının (%50) erkeklere göre (%28,6) daha yüksek bulunmuş, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,056$). 75 yaş ve üzeri hastalarda cinsiyet ile demans görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,366$). Araştırmaya dâhil olan cinsiyete göre demans görülme oranları Tablo 4.5'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.5. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların cinsiyetine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

	Cinsiyet	Demans		Toplam	Test değeri	p
		Yok	Var			
Tüm hastalar	Erkek	31(68,9)	14(31,1)	45(44,1)	$\chi^2=5,526$	0,019
	Kadın	26(45,6)	31(54,4)	57(55,9)		
	Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		
65-74 yaş arası	Erkek	25(71,4)	10(28,6)	35(45,5)	$\chi^2=3,645$	0,056
	Kadın	21(50)	21(50)	42(54,5)		
	Toplam	46(59,7)	31(40,3)	77(100)		
75 yaş ve üzeri	Erkek	6(60)	4(40)	10(40)	$\chi^2=0,818$	0,366
	Kadın	5(33,3)	10(66,7)	15(60)		
	Toplam	11(44)	14(56)	25(100)		

Araştırma grubundaki hastaların VKİ düzeyi ile demans görülme oranları arasındaki ilişki incelendiğinde, VKİ düzeyi arttıkça demans görülme oranlarının da arttığı görülmüş, fakat istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,258$). Araştırmaya dâhil olan hastaların VKİ düzeyine göre demans görülme oranları Tablo 4.6'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.6. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların VKİ düzeyine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

VKİ grupları	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
18,5-24,9	18(69,2)	8(30,8)	26(25,5)	$\chi^2=2,712$	0,258
25-29,9	23(53,5)	20(46,5)	43(42,2)		
30 ve üzeri	16(48,5)	17(51,5)	33(32,4)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki medeni durumu bekar olan hastalarda demans oranı %56,8 ve evli olan hastalarda %36,9'dur. Bekar hastalarda demans görülme oranının daha yüksek olduğu gözlenirse de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,052). Araştırmaya dahil olan hastaların medeni durumuna göre demans görülme oranları Tablo 4.7'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.7. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların medeni durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Medeni durum	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Bekar	16(43,2)	21(56,8)	37(36,3)	$\chi^2=3,762$	0,052
Evli	41(63,1)	24(36,9)	65(63,7)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubunun eğitim durumu ile demans görülme oranları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, en yüksek demans oranının ilkökul mezunu hastalarda (%64,3) olduğu görülürken üniversite/yüksekokul mezunu hastaların tamamında demans olmadığı gözlenmiştir. Hastalarda eğitim düzeyi arttıkça demans görülme oranının azaldığı görülmektedir (p=0,001). Erkek hastalarda ilkökul ve ortaokul bitirmiş kişilerde demans oranının daha yüksek, lise ve üniversite/yüksekokul bitirmiş kişilerde ise daha düşük olduğu görülmüş, fakat istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0,063). Kadınlarda en yüksek demans oranının ilkökul

mezunu hastalarda (%80) olduğu tespit edilmiştir (p=0,002). Araştırmaya dâhil olan hastaların eğitim durumuna göre demans görülme oranları Tablo 4.8’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.8. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların eğitim durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

	Eğitim durumu	Demans		Toplam	Test değeri	p
		Yok	Var			
Tüm hastalar	Okul bitirmeyen	11(57,9)	8(42,1)	19(18,6)	$\chi^2=19,004$	0,001
	İlkokul	15(35,7)	27(64,3)	42(41,2)		
	Ortaokul	9(56,3)	7(43,8)	16(15,7)		
	Lise	9(75)	3(25)	12(11,8)		
	Üniversite/Yüksekokul	13(100)	0(0)	13(12,7)		
	Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		
Erkek	Okul bitirmeyen	1(100)	0(0)	1(2,2)	$\chi^2=7,998$	0,063
	İlkokul	10(58,8)	7(41,2)	17(37,8)		
	Ortaokul	6(50)	6(50)	12(26,7)		
	Lise	5(83,3)	1(16,7)	6(13,3)		
	Üniversite/Yüksekokul	9(100)	0(0)	9(20)		
	Toplam	31(68,9)	14(31,1)	45(100)		
Kadın	Okul bitirmeyen	10(55,6)	8(44,4)	18(31,6)	$\chi^2=14,355$	0,002
	İlkokul	5(20)	20(80)	25(43,9)		
	Ortaokul	3(75)	1(25)	4(7)		
	Lise	4(66,7)	2(33,3)	6(10,5)		
	Üniversite/Yüksekokul	4(100)	0(0)	4(7)		
	Toplam	26(45,6)	31(54,4)	57(100)		

Araştırma grubundaki emekli olan hastalarda emeklilik süresine göre demans sıklıkları karşılaştırıldığında, emeklilik süresi ile demans görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (p=0,437). Araştırmaya dahil olan hastaların emeklilik süresine göre demans görülme oranları Tablo 4.9’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.9. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların emeklilik süresine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Emeklilik süresi	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
10 yıl ve altı	6(60)	4(40)	10(15,6)	$\chi^2=0,604$	0,437
10 yıl üzeri	39(72,2)	15(27,8)	54(84,4)		
Toplam	45(70,3)	19(29,7)	64(100)		

Araştırma grubundaki son beş yıldır kent merkezinde yaşayan hastalarda demans görülme yüzdesinin yüksek (%48,6), köyde yaşayan hastalarda ise düşük (%25) olduğu görülürken bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,320$). Araştırmaya dâhil olan hastaların son beş yılda yaşadıkları yere göre demans görülme oranları Tablo 4.10’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.10. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların yaşadığı yere göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Yaşadığı yer	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Kent merkezi	37(51,4)	35(48,6)	72(70,6)	$\chi^2=2,184$	0,320
İlçe/belde/kasaba vb.	14(63,6)	8(36,4)	22(21,6)		
Köy/Kırsal	6(75)	2(25)	8(7,8)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki herhangi bir hobisi olmayan hastalarda demans görülme oranının (%49,3) hobisi olan hastalara göre (%32,3) daha yüksek olduğu görülürken bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,111$). Araştırmaya dahil olan hastaların hobisi olma durumuna göre demans görülme oranları Tablo 4.11’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.11. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların hobisi olma durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Hobi	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Var	21(67,7)	10(32,3)	31(30,4)	$\chi^2=2,541$	0,111
Yok	36(50,7)	35(49,3)	71(69,6)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki kadın hastalarda doğum sayısı ile demans görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p=0,611$). Araştırmaya dâhil olan kadın hastaların doğum sayısına göre demans görülme oranları Tablo 4.12’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.12. Çalışmaya dâhil olan kadınların doğum sayısına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Doğum sayısı	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
5 altı	20(47,6)	22(52,4)	42(73,7)	$\chi^2=0,259$	0,611
5 ve üzeri	6(40)	9(60)	15(26,3)		
Toplam	26(45,6)	31(54,4)	57(100)		

Araştırma grubundaki kadın hastalarda ev hanımı olanların demans yüzdelерinin (%69,4) ev hanımı olmayanlara göre (%28,6) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). Araştırmaya dahil olan kadın hastaların ev hanımı olma durumuna göre demans görülme oranları Tablo 4.13’te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.13. Çalışmaya dâhil olan kadınların ev hanımı olma durumuna göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Ev hanımı	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Hayır	15(71,4)	6(28,6)	21(36,8)	$\chi^2=8,932$	0,003
Evet	11(30,6)	25(69,4)	36(63,2)		
Toplam	26(45,6)	31(54,4)	57(100)		

Araştırma grubundaki hiç sigara içmeyen hastalarda demans görülme oranının yüksek (%52,9), aktif içenlerde düşük (%25) olduğu gözlenmiş, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,136$). Araştırmaya dâhil olan hastaların sigara kullanım durumuna göre demans görülme oranları Tablo 4.14'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.14. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların sigara kullanımına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Sigara kullanımı	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Aktif içen	9(75)	3(25)	12(11,8)	$\chi^2=3,997$	0,136
Hiç içmeyen	24(47,1)	27(52,9)	51(50)		
Bırakan	24(61,5)	15(38,5)	39(38,2)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki SVO geçiren hastalarda demans görülme oranının (%77,8) geçirmeyenlere göre (%40,9) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,033$). Araştırmaya dâhil olan hastaların SVO geçmişine göre demans görülme oranları Tablo 4.15'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.15. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların SVO geçmişine göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

SVO	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Geçirmiş	2(22,2)	7(77,8)	9(8,8)	$\chi^2=4,536$	0,033
Geçirmemiş	55(59,1)	38(40,9)	93(91,2)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki hastalarda diyabet ile demans görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,305$). Araştırmaya dâhil olan hastalarda diyabet varlığına göre demans görülme oranları Tablo 4.16’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.16. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların diyabet varlığına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Diyabet	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Var	31(51,7)	29(48,3)	60(58,8)	$\chi^2=1,050$	0,305
Yok	26(61,9)	16(38,1)	42(41,2)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki hipertansiyonu olmayan hastalarda demans görülme oranının (%56,8) olanlara göre (%36,9) daha yüksek olduğu görülürken bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,052$). Araştırmaya dâhil olan hastalarda hipertansiyon varlığına göre demans görülme oranları Tablo 4.17’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.17. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların hipertansiyon varlığına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Hipertansiyon	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
Var	41(63,1)	24(36,9)	65(63,7)	$\chi^2=3,762$	0,052
Yok	16(43,2)	21(56,8)	37(36,3)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki beş ve üzeri sayıda ilaç kullanan hastalarda demans görülme oranının (%54,2) kullanmayanlara göre (%35,2) daha yüksek olduğu görülmüş, fakat bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0,054). Araştırmaya dâhil olan hastalarda kullanılan ilaç sayısına göre demans görülme oranları Tablo 4.18’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.18. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların kullanılan ilaç sayısına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

İlaç sayısı	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
<5	35(64,8)	19(35,2)	54(52,9)	$\chi^2=3,714$	0,054
≥5	22(45,8)	26(54,2)	48(47,1)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki kronik hastalık sayısı beş ve üzeri olan hastalarda demans görülme oranının daha yüksek olduğu görülürken (%71,4) bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,240). Araştırmaya dâhil olan hastalarda kronik hastalık sayısına göre demans görülme oranları Tablo 4.19’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.19. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların kronik hastalık sayısına göre demans görülme sıklıklarının dağılımı

Kronik hastalık sayısı	Demans		Toplam	Test değeri	p
	Yok	Var			
≤2	21(63,6)	12(36,4)	33(32,4)	$\chi^2=2,845$	0,240
3-4	34(54,8)	28(45,2)	62(60,8)		
≥5	2(28,6)	5(71,4)	7(6,9)		
Toplam	57(55,9)	45(44,1)	102(100)		

Araştırma grubundaki hastalarda demans varlığına göre yaş ($p=0,127$), emeklilik süresi ($p=0,796$), kronik hastalık sayısı ($p=0,311$) ve kullanılan ilaç sayısı ($p=0,128$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Demans görülen hastalarda BKİ ortalaması $29,12\pm4,41$, görülmeyenlerde $27,36\pm5,12$ kg/m^2 olarak hesaplanmıştır. Demans görülen hastalarda VKİ ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenirken, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,070$). Araştırmaya dâhil olan hastalar demans varlığına göre yaş, VKİ, emeklilik süresi, kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı bakımından Tablo 4.20’de karşılaştırılmıştır

Tablo 4.20. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların demans varlığına göre bazı özelliklerin dağılımı

Değişkenler	Demans		p
	Yok	Var	
Yaş (yıl), ort±SS	70,25±4,79	71,76±5,1	0,127
VKİ (kg/m^2), ort±SS	27,36±5,12	29,12±4,41	0,070
Emeklilik süresi (yıl) (n=64), ort±SS	19,91±8,13	19,32±8,93	0,796
Kronik hastalık sayısı, medyan (min-maks)	3(0-5)	3(0-5)	0,311
Kullanılan ilaç sayısı, medyan (min-maks)	4(0-14)	6(0-13)	0,128

Student’s t-test, Mann-Whitney U test.

Araştırmaya dâhil edilen 65 yaş üstü hastalarda demans gelişimini bağımsız olarak etkileyen faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile Tablo 4.21’de değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, hastalarda yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, SVO öyküsü ve hobi durumu demans gelişimini etkileyen bağımsız risk faktörü olarak belirlenmemiştir ($p>0,05$). Hastalarda eğitim düzeyi arttıkça demans görülme riskinin azaldığı gözlenmiştir (OR:0,658; %95 CI: 0,454-0,953; $p=0,027$). Hipertansiyonu olan hastalarda demans görülme riskinin daha düşük olduğu görülürken (OR: 0,266; %95 CI: 0,097-0,735; $p=0,011$), 5 ve üzeri sayıda ilaç kullanan hastalarda demans görülme riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (OR: 3,358; %95 CI: 1,237-9,117; $p=0,017$).

Tablo 4.21. Çalışmaya dâhil olan yaşlıların demans gelişimini etkileyen faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

Değişkenler	OR (%95 GA)	p değeri
Yaş ≥ 75	1,534(0,515-4,574)	0,442
Kadın cinsiyet	1,736(0,628-4,801)	0,288
Evli olma	0,685(0,256-1,827)	0,449
Eğitim durumu	0,658(0,454-0,953)	0,027
Kent merkezinde yaşama	2,646(0,907-7,721)	0,075
SVO öyküsü	1,156(0,184-7,274)	0,878
Hipertansiyon	0,266(0,097-0,735)	0,011
Kullanılan ilaç sayısı ≥ 5	3,358(1,237-9,117)	0,017
Hobisi olma	0,925(0,317-2,698)	0,887

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda elde ettiğimiz ve değerlendirdiğimiz verileri yorumlarken öncelikle evrenin özelliklerini ortaya koymalıyız. Çalışmamız; ileri tetkik ve tedavi hizmetinin verildiği, genellikle hastaların birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşu başvurusu sonrası kendi istekleri veya sevk edilmesi sebebiyle başvurduğu son basamak sağlık kuruluşunda yapılmıştır. Evrenimizi 65 yaş ve üzerinde genellikle fiziksel ve bilişsel olarak işlevselliği azalmış bireyler oluşturmaktaydı, buna rağmen kendi yeterlilikleri veya yakınlarının yardımı ile sağlık kuruluşuna ulaşabilecek imkânlara sahiptiler. Evrenimiz gerek mesafe gerekse sosyoekonomik sebeplerle üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşamayan toplumun geri kalan yaşlılarını kapsamadığı için toplumun tamamını yansıtmamaktadır.

Çalışmamıza katılan 102 kişinin %55,9'u (n=57) kadın, % 44,1'i (n=45) erkekti. Araştırma grubunun yaş ortalaması $70,91 \pm 4,96$ yıl olarak saptandı. 65-74 yaş grubu 77 kişi (%75,5), 75 yaş ve üzeri grup 25 kişi (%25,5) idi. TÜİK 2019 yılı verilerine göre yaşlı nüfusun %62,8'inin 65-74 yaş grubunda, %28,2'sinin 75-84 yaş grubunda ve %9,1'inin 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı ve %44,2'sini erkek nüfus, %55,8'ini kadın nüfusun oluşturduğu görülmüştür[4]. Resmi rakamlarla karşılaştırıldığında 65-74 yaş grubunun çalışmamızda daha yoğunlukta olduğu görülmüştür. Covid – 19 pandemi döneminde ileri yaş hastaların hastane başvurularını erteleme ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak daha çok seçilmiş hasta gruplarının başvurması toplumun geneli ile uyuşmayan bu dağılıma sebep olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan popülasyonda okul bitirmeyenler %18,6, ilkokul mezunu olanlar %41,2, ortaokul mezunu olanlar %15,7, lise mezunu olanlar %11,8 ve yükseköğretim mezunu olanlar %12,7 oranındaydı. TÜİK 2018 verilerine göre okuma yazma bilen/bilmeyen fakat okul bitirmemiş olanların oranı %35,1, ilkokul mezunu olanların oranı %45,0, ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu olanların oranı %6,5, lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %6,8, yükseköğretim mezunu olanların oranı ise %6,6 olduğu

görülmüştür. Eğitim konusunda da evrenimizin toplumun geneli yansıtmadığı, eğitim seviyesinin daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Yaşlı nüfusta demans tanısında oldukça yüksek duyarlılık-özgüllüğe sahip ve poliklinik ortamında kullanımı uygun olan SMMT sonuçlarımıza göre kesme değeri 5 yılın altında eğitim alanlarda 18'in altında, 5 yıl ve üzeri eğitim alanlarda 24'ün altında kalan, dolayısıyla demans riski taşıyan 45 kişi (%44,1) tespit edildi. 2005 yılında İzmir'de yapılmış ve SMMT değerlendirmesinde benzer değerler kabul edilmiş bir çalışmada bu oran %22,9 şeklinde saptanmıştır[10]. Bu çalışma saha çalışması olarak yapılmış, örneklem olarak belirli bir yaşam alanında bulunan tüm 65 yaş üzeri kişiler (tektik tedavi ihtiyacı olmayanlar da) dâhil edilmiştir. Bizim çalışmamızda demans riski olanların yüzdesinin yüksek çıkmasının birkaç nedeni olabilir. Birincisi çalışmamız Covid-19 pandemi döneminde yapılmış olup, bu dönemde gerçekten tıbbi tetkik ve tedaviye ihtiyaç duyan (ilaç raporu, reçete, genel kontrol gibi sebeplerle gelen çok azdı) insanlar hastaneye başvurmuştu. İkinci olarak üçüncü basamak sağlık kurumu olduğumuz için normal popülasyona ve diğer sağlık kuruluşlarına göre hasta spektrumumuz daha fazla ve daha komplike sorunları olan kişileri içermektedir. Bu sebeplerle nüfusun genelinden yüksek bir oran saptanması beklediğimiz bir durumdur.

Yapılan çalışmalarda yaş artışı ile demans sıklığının arttığı gösterilmiş olup yaş demans risk faktörleri arasında yer alır. Keskinoglu ve ark.'nın İzmir'de 490 kişiyi değerlendirdikleri araştırmada yaş dilimlerine göre demans sıklığı belirlenmiş olup 65-75 yaş arasında %4, 75-85 yaş arasında %15, 80-85 yaş arasında ise %34 olarak hesaplanmıştır[10]. Nijerya'da ve Tayvan'da yapılan 2 farklı çalışmada yine yaş artışı ile demans artışı ilişkili bulunmuştur[62, 70]. Araştırma grubumuzda 65-74 yaş arası hastalarda demans görülme oranı %40,3, 75 yaş ve üzeri hastalarda %56 olarak bulunmuştur. 85 yaş ve üzeri 2 kişi olduğu için bu hastalar 75 yaş ve üzeri gruba dâhil edilmiştir. 75 yaş ve üzeri hastalarda demans görülme oranının daha yüksek olduğu görülse de bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Hasta sayımızın yetersiz olmasından dolayı anlamlı sonuç elde edemediğimize kanaat getirilmiştir.

Demans risk faktörleri arasında kadın cinsiyetin yer aldığı bilinmektedir. Bunu destekleyen ve desteklemeyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. 2011 yılında

demans ve komorbid hastalıklarla ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada kadın cinsiyette demans insidansı daha yüksek saptanmıştır[71]. Yakın zamanda aile sağlığı merkezine başvuran ve huzurevinde yaşayanlarda yapılan başka bir çalışmada kadın cinsiyet ile SMMT skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur[72]. Çalışmamızda kadınlarda demans görülme oranının (%54,4) erkeklere göre (%31,1) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,019$) fakat bağımsız risk faktörü belirlemek için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmamıştır. Kadınlarda toplumsal olarak eğitim seviyesinin erkeklere göre daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu bizim çalışmamızda da benzer saptanmıştır. Kadın cinsiyetin bağımsız risk faktörü olarak anlamlı çıkmamasına eğitim seviyesindeki farklılık ve buna ek olarak parite durumunun sebep olabileceği düşünülmektedir.

Demans için değerlendirilen başka bir risk faktörü ise medeni durumdur. Hem Türkiye’de hem de yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda bekâr olmak (dul, boşanmış, hiç evlenmemiş) demans açısından anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmıştır[71-74]. Bizim değerlendirmemizde medeni durumu bekâr olan hastalarda demans oranı %56,8 ve evli olan hastalarda %36,9’dur. Bekâr kişilerde demans görülme oranının daha yüksek olduğu gözlenirse de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun hasta sayımızın kısıtlı olmasından kaynaklığını düşünmekteyiz.

Obezite risk faktörü olarak farklı açılardan ele alınmış ve net olarak risk faktörü olduğu söylenemeyen bir etkidir. 2005 yılında yayınlanmış bir çalışmada orta yaş grubu insanlar 12-17 yıl aralıklar ile 2 defa değerlendirilmiş ve orta yaş obezitesi ile demans gelişimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur[75]. 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada ise yaşlı hastalarda mevcut bazal VKİ yüksekliğinin demans sıklığını azaltan anlamlı bir faktör olduğu, yavaş kilo kaybının aynı şekilde koruyucu bir faktör olup hızlı kilo kaybının demansı artırabileceği şeklinde yorumlanmıştır[65]. Bizim araştırma grubumuzdaki hastaların VKİ düzeyi ile demans görülme oranları arasındaki ilişki incelendiğinde, VKİ düzeyi arttıkça demans görülme oranlarının da arttığı görülmüş, fakat istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Eğitim seviyesi demans gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Yapılan çok sayıda çalışmada özellikle 8 yıl altı eğitim alan grubun demans açısından riskli olduğu görülmüştür[76, 77]. Çalışmaların bir kısmı kognitif işlevselliği artıran durumların demans gelişiminde koruyucu olduğu ve eğitim seviyesinin de bu açıdan pozitif etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Farklı olarak 2009 da yapılmış bir çalışma bu durumu “eğitimin bilişsel işlev düzeyiyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu, ancak bilişsel düşüş oranıyla ilişkili olmadığı ve asıl koruyuculuğun temelde oluşan yüksek bilişsel düzeyi ile ilişkili olduğu” şeklinde yorumlamıştır[63]. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hastalarda eğitim düzeyi arttıkça demans görülme oranının azaldığı görülmektedir ($p=0,001$).

Araştırma grubumuzdaki emekli olan hastalarda emeklilik süresine göre demans sıklıkları karşılaştırıldığında, emeklilik süresi ile demans görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. 2013 yılında yayınlanmış emeklilik yaşı, süresi ile demans arasında ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada ileri yaşta emekli olan grupta demansın daha az görüldüğü saptanmıştır[78]. Bizim verilerimizde ise 10 yıl ve üzeri emeklilik süresi olan grupta demans daha az saptanmıştır. Ülkemizde şuan 65 yaş ve üzeri olan grup genel olarak 40’lı yaşlarda emekli olup sonrasında çoğunlukla aktif iş hayatına devam etmiştir. Sorgulamamızda resmi emeklilik zamanı değerlendirmeye alındığı için elde ettiğimiz sonuçlar gerçeği yansıtmıyor olabilir.

Kişilerin yaşadığı yer ve coğrafyaya göre eğitime ve sosyokültürel aktivitelere erişim imkânı değişmektedir. Bu sebeple kişilerin yaşadığı yerin demans üzerinde etkisi olduğu düşünülmekte ve araştırılmaktadır. 2008 yılında Eskişehir’de yapılmış bir çalışmada kent merkezinde yaşayanlar ile kırsal bölgede yaşayanlar karşılaştırıldığında, kent merkezinde yaşayanlarda demans anlamlı şekilde az görülmüştür[9]. Tersine bir sonuç olarak bizim araştırmamızda son beş yıldır kent merkezinde yaşayan hastalarda demans görülme yüzdesinin yüksek (%48,6), köyde yaşayan hastalarda ise düşük (%25) olduğu görülürken bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna kırsaldan kente göçün artması, örneklemimizin yaşadığı yer açısından dağılımın homojen olmaması ve kırsalda yaşayanlardan kognitif durum açısından daha iyi durumda olanların hastanemize ulaşabilmiş olmasını sebep olduğu düşünmekteyiz.

Demans koruyucu etken olarak boş zaman aktiviteleri incelenen faktörler arasındadır. 2003 yılında yayınlanan bir çalışmada 489 denek ile 21 yıl süren bir takip boyunca boş zaman aktivitelerinin demans gelişimine etkisi incelenmiş ve demans gelişiminde azalma ile ilişkili bulunmuştur[79]. 2011 yılında yayınlanan bir derleme çalışmasında zihinsel işleve dayalı aktivitelerin bilişsel gerileme üzerinde olumlu etkilerinin olduğu fakat diğer boş zaman aktiviteleri ile ilgili bir sonuca varabilmek için yeterli veri olmadığı belirtilmiştir[80]. Biz de katılımcılarımıza ilgilendikleri hobisi/hobileri (tanımı ile ilgili bilgi vererek) olup olmadığını sorduk. Herhangi bir hobisi olmayan hastalarda demans görülme oranının (%49,3) hobisi olan hastalara göre (%32,3) daha yüksek olduğu görülürken bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hobi varlığını değerlendirirken, aktiviteleri gruplamadan bütün olarak değerlendirmiş olmamızın çalışmamızın bu konuda eksik tarafı olduğunu düşünmekteyiz.

Kadınlar açısından demans risk faktörü olarak multiparite-grandmultiparite ile birçok çalışma yapılmıştır. Literatür tarandığında 5 ve üzeri doğum sayısının (grandmultiparite) kadınlarda demans gelişimi açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır[81, 82]. Literatür ile uyumlu olarak, araştırmamıza katılan kadın hastalarda grandmultiparite olan grupta demans görülme sıklığı daha fazla saptanmış olup örneklem sayısı yetersiz geldiği için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Sigara kullanımına göre demans risk durumu değerlendirildiğinde araştırma grubundaki hiç sigara içmeyen hastalarda demans görülme oranının yüksek (%52,9), aktif içenlerde düşük (%25) olduğu gözlenmiş, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde çoğunlukla sigara içilmesinin risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur[61, 83]. Bizim sonuçlarımızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sigara içmeyen grupta demans daha yüksek saptanmıştır. Bizim sonuçlarımıza benzer olarak Trabzon ilinde bilişsel bozukluk ve depresyon prevalansı ile ilgili yapılan bir çalışmada sigara kullanımının bilişsel bozukluğu azalttığı belirtilmiştir[84].

Demans açısından risk faktörü olduğu düşünülen komorbid hastalık sayısı açısından birbiriyle çelişen yayınlar mevcuttur. 2018 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada demans gelişen grupta komorbid hastalığı sayısı daha düşük

bulunmuş olup mevcut hastalıklarının ciddiyeti Charlson Komorbidite İndeksi ile değerlendirildiğinde sonuç anlamlı olarak yüksek bulunmuştur[71]. Literatür tarandığında çoğunlukla demans ve yüksek komorbid hastalık sayısı ilişkisi anlamlı bulunmuştur[85, 86]. Bizim çalışmamızda da kronik hastalık sayısı arttıkça demans görülme sıklığında artış görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilememiştir.

Demans riski oluşturabilecek hastalıklara bakacak olursak serebrovasküler olay, diyabet ve hipertansiyon çoğu çalışmada ilişkili bulunmuştur. Farklı olarak 2008 yılında İspanya’da yapılmış 65 yaş ve üzeri yaklaşık 73 bin kişinin dâhil edildiği büyük ölçekli bir çalışmada demanslı kişilerde en sık görülen 2 hastalığın diyabet ve hipertansiyon olarak saptandığı fakat demans gelişiminde anlamlı risk faktörleri olarak saptanmadığı bildirilmiştir[85]. Ek olarak aynı çalışmada SVO varlığı demans ile ilişkili risk faktörü olarak saptanmıştır. 2012 yılında etkin diyabet kontrolü ile demanstan korunma üzerine hazırlanmış bir derlemede demans risk faktörü olarak diyabet anlamlı bulunmuştur[87]. 2005 yılında yayınlanmış bir derlemede hem yüksek hem de düşük kan basıncı değerlerinin nörodejeneratif olabileceği, bu durumların etkilerinin yaşa göre değerlendirilmesi gerektiği ek olarak antihipertansif kullanımının klinik demans gelişimine karşı koruyucu veya başlangıcı erteleyici olabileceği üzerinde durulmuştur[88]. Bizim çalışmamızda literatür ile benzer olarak SVO varlığı demans açısından anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Diyabeti olan hasta grubunda demans sıklığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmakta birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hipertansiyon açısından değerlendirildiğinde ise hipertansiyon olmayan grupta daha yüksek oranda demans saptanmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.052$). Devamında bağımsız risk faktörü belirlenmesi için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde hipertansiyonu olan hastalarda demans görülme riskinin daha düşük olması anlamlı olarak saptanmıştır (OR: 0,266; %95 CI: 0,097-0,735; $p=0,011$). Bu durumu değerlendirecek olursak öncelikle örneklemimiz saha çalışmalarına nazaran toplumla tam örtüşmediği için bu bilgiyi genellemek doğru olmayacaktır. Ek olarak sayı kısıtlılığımız da kesin bir sonuca varmaya engeldir. Yukarıda yer verilen çalışmada da bahsedildiği gibi bizim çalışmamız sonucunda da soru işareti oluşturan konu antihipertansif

kullanımı demans açısından koruyucu olabilir mi, öyleyse bunu hangi grup antihipertansifler için söyle biliriz? Bu soruya yanıt bulabilmek için daha geniş ölçekli çalışmalar gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda demans risk faktörü olarak değerlendirilen son parametre çoklu ilaç kullanımıdır. Literatür tarandığında 5 ve üzeri ilaç kullanımı polifarmasi olarak değerlendirilmiş ve demans gelişimi açısından anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuştur[62, 89]. Bizim araştırma grubumuzdaki beş ve üzeri sayıda ilaç kullanan hastalarda demans görülme oranının (%54,2) kullanmayanlara göre (%35,2) daha yüksek olduğu görülmüş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0,054$). Fakat bağımsız risk belirlenmesi için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde 5 ve üzeri sayıda ilaç kullanan hastalarda demans görülme riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (OR: 3,358; %95 CI: 1,237-9,117; $p=0,017$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda demans görülme sıklığı %44,1 gibi yüksek bir oranda saptanmıştır. Çalışmanın üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılmış olması ve toplumun geneli yansıtmayan bir örneklem üzerinde çalışmamızdan dolayı yüksek bir oran saptandığı düşünülmektedir. Yapılan analizler sonucunda eğitim seviyesi ve çoklu ilaç kullanımı demansı artıran risk faktörleri olarak anlamlı bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar ve yapılmış diğer çalışmalardan kazanılan bilgiler doğrultusunda yaşlı bireylerde demans riski ve ilişkili faktörlerin belirlenip, önlem alınmasına yönelik olarak;

- Demansın en büyük risk faktörlerinden biri eğitim seviyesidir. Toplumsal okur-yazarlık ve eğitim seviyesinin artırılmasına daha fazla önem verilmelidir ve eğitime ulaşmada ortaya çıkan fırsat eşitsizlikleri ortadan kaldırılmalıdır. Fırsat eşitsizliğine en çok maruz kalan kadın cinsiyetin eğitim ve meslek hayatında daha fazla dâhil edilmesi için sosyal sorumluluk projeleri artırılmalıdır.
- Yaşlıların rutin muayene ve taramaları için daha fazla geriatri kliniği ve polikliniği açılmalı ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Sağlık kuruluşuna ulaşamayan yaşlı hastalar için daha kapsamlı bir evde bakım hizmeti programı hazırlanmalı ve yaşlı hasta grubuna hizmet veren her aşamadaki sağlık çalışanına demans farkındalığı açısından eğitim verilmelidir.
- Yaşlı bireylerin sosyoekonomik durumları göz önünde bulundurularak ülke çapında düzenlemeler yapılması ve bu bireylerin yaşam şartları iyileştirilmeli ve sosyal hayata daha fazla dâhil olmaları sağlanmalıdır.
- Son olarak dâhiliye hekimleri olarak yaşlı bireylere hizmet verirken mevcut komorbid hastalıkları, mental durum değerlendirmesi, kullandığı ilaçları ve bunlar arasındaki neden sonuç ilişkileri açısından dikkatli olmalı, gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmeli ve demans gelişimine sebep olabilecek patolojiler akılda bulundurulmalıdır.

7. ÖZET

Demans özellikle ileri yaş kişilerde görülen bir sağlık sorunudur. Hem dünyada hem de ülkemizde gerek doğum hızında azalma gerekse gelişen teknoloji ve sağlık hizmetleri sebebiyle yaşlı nüfus artmaktadır. Yaşlı nüfusun arttığı bu ortamda demans sendromu önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Geriatri ve İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran yaşlılarda demans sıklığı ve etkileyen faktörler ile ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya 102 gönüllü katılımcı dâhil edilmiştir. Katılımcıların %55,9'u (n=57) kadın, % 44,1'i (n=45) erkek olup, araştırma grubunun yaş ortalaması $70,91 \pm 4,96$ (min:65; max:89) yıldır. Yaşlıların % 63,7'si evli, % 18,6'sı okul bitirmemiştir. Standardize Mini Mental Test değerlendirmesine göre %44,1 inde demans saptanmıştır.

Demans görülme sıklığı düşük eğitim seviyesi, kadın cinsiyet, SVO öyküsü, çoklu ilaç kullanımı ile ilişkili çıkmıştır. Demans gelişimini bağımsız olarak etkileyen faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde kadın cinsiyet ve SVO öyküsü bağımsız risk faktörü olarak saptanmamıştır.

Sonuç olarak; Geriatri ve İç hastalıkları Polikliniğimize başvuran yaşlılarda demans görülme sıklığı yüksektir. Multidisipliner yaklaşımla, yaşlılarda demans ile ilişkili risk faktörleri de değerlendirilerek, bu gruba yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler düzenlenmelidir.

Anahtar kelimeler: demans, geriatri, mental durum, mini mental test

8. ABSTRACT

Dementia is a health problem especially seen in elderly people. The elderly population is increasing both in the world and in our country due to the decrease in the birth rate and the developing technology and health services. This study was carried out in order to determine the relationships between the prevalence and affecting factors of dementia in the old in Akdeniz University Faculty of Medicine, Geriatrics and Internal Medicine Polyclinic.

102 volunteer participants were included in the study. 55.9% of the participants (n = 57) were female, 44.1% (n = 45) were male, and the average age of the study group was 70.91 ± 4.96 (min: 65; max: 89) years. 63.7% of the elderly are married and 18.6% have not finished school. According to the Standardized Mini Mental Test, 44.1% of them had dementia.

The incidence of dementia has been found to be associated with low education level, female gender, cerebrovascular disease, and multiple drug use. When the factors that independently affect the development of dementia were evaluated by multivariate logistic regression analysis, female gender and cerebrovascular disease were not found to be independent risk factors.

As a result; the incidence of dementia is high in the elderly who admitted to our Geriatrics and Internal Medicine Polyclinic. With a multidisciplinary approach, protective treatment and rehabilitation services should be organized by evaluating the risk factors related to demantia in the old.

Key words: demantia, geriatrics, mental state, mini mental test

9. KAYNAKLAR

1. Turaman, C, Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Turk Geriatr Derg, 2001; 4(1): 22-27.
2. Altay, A, Yaşlılarda Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Programı Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi. Ankara Erişim Tarihi, 2005; 21(10): 2011.
3. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://www.who.int/iris/handle/10665/254610>.
4. TÜİK (2019), İstatistiklerle Yaşlılar, Ankara.
5. TÜİK (2018), İstatistiklerle Yaşlılar, Ankara.
6. Tuncay, FÖ, and Fertelli, T. Yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam doyumu ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2018; 32(3): 183-190.
7. Yaman, M, et al., Yatarak tedavi gören hastalarda bilişsel profil. Balkan Medical Journal, 2012; 2012(1): 73-76.
8. Gurvit, H, et al., The prevalence of dementia in an urban Turkish population. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 2008; 23(1): 67-76.
9. Arslantaş, D, et al., Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. Journal of Clinical Neuroscience, 2009; 16(11): 1455-1459.
10. Keskinoglu, P, et al., The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. Archives of gerontology and geriatrics, 2006; 43(1): 93-100.
11. Lata H, Walia L. (2007). Ageing: Physiological aspects. JK Science 2007; 9(3): 111-5.
12. Coşkun, F, Yaşa Bağlı Solunum Fizyolojisinde Değişiklikler ve KOAH. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 41(3): 159-162.

13. Organization, WH, Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017, World Health Organization.
14. Sağlam, E. and Özdamar, EN. Yaşlanma teorileri ve tedavi yaklaşımları. 2012.
15. Etkinlikleri, H.Ü.H.E., Yaşlılıkta kaliteli yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi.
16. Eyüboğlu, C, Şişli, Z, and Kartal, M. Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. Turkish Family Physician, 2012; 3(1): 18-22.
17. Müdürlüğü, T.S.H.G., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tani Ve Tedavi Rehberi 2010.
18. Özkayar, N, and Arıoğlu, S. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. İç Hastalıkları Dergisi, 2007; 14(1): 18-26.
19. İşeri, PK. and Efendi, H. Demanslı hastaya Klinik Yaklaşım ve Tedavi. 2003, Sted.
20. Güler, Ç, Yaşlılıkta tanımlar ve yaşlılık üstüne söylenenler. Turkish Journal of Geriatrics Geriatri, 1998. 1.
21. Arpacı, F, Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, 2005.
22. Growing Older - Staying Well Ageing And Physical Activity In Everyday Life.
[Www.Who.Int.\(http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf?ua=1\)](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf?ua=1) erişim tarihi: 10.7.2014
23. Aslan, M, and Hoccoğlu, Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017; 1(1): 53-62.
24. Nazlı, A, Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. Ege Tıp Dergisi, 2016. 55.
25. Wurm, S, Tesch-Römer, C, and Tomasik, MJ, Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2007; 62(3): P156-P164.
26. Enstitüsü, H.Ü.N.E., Türkiye nüfus ve sağlık araştırması ana raporu. 2013, Ankara.

27. Akgün, S, Bakar, C, and Budakoğlu, İ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7(2): 105-110.
28. Beğer, T. and H. Yavuzer, Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim, 2012; 25(3): 1-3.
29. Kaynak: Genel Nüfus Sayımı sonuçları, 1935-2000 ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları, 2007-2019.
30. Işık, AT ve Bozoğlu, E. Bilişsel (Kognitif) Yaşlanma. İçinde: Ahmet T. Işık, Oğuz Tanrıdağ (ed): Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. (1. Basım). Som Kitap, İstanbul, Türkiye 2009, ss: 21 ve 73-77.
31. Wong, TP. Aging in The Cerebral Cortex. McGill Journal of Medicine 2002; 6: 104-13.
32. Besdine, RW. and Wu, D. Aging of the human nervous system: what do we know? Medicine and Health Rhode Island, 2008; 91(5): 129.
33. Burke, Sara N, and Carol, A Barnes. “Neural plasticity in the ageing brain.” Nature reviews. Neuroscience vol. 7,1 (2006): 30-40. doi:10.1038/nrn1809.
34. Hedden, T. and JD. Gabrieli, Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. Nature reviews neuroscience, 2004; 5(2): 87-96.
35. Yankner, BA, Lu, T, and Loerch, P, The aging brain. Annu. Rev. Pathol. Mech. Dis., 2008, 3: 41-66.
36. Yesavage, JA, et al., Modeling the prevalence and incidence of Alzheimer’s disease and mild cognitive impairment. Journal of psychiatric research, 2002; 36(5): 281-286.
37. Chertkow, H, et al., Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. Cmaj, 2008; 178(10): 1273-1285.
38. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity, J Intern Med. 2004; 256: 183-94.
39. Kral, VA, Senescent forgetfulness: benign and malignant. Canadian Medical Association Journal, 1962; 86(6): 257.
40. Petersen, RC, Mild cognitive impairment. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, 2004; 10(1): 9-28.

41. Gürvit, İ, Demans sendromu, Alzheimer hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. by Öge AE. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti, 2004: 367-415.
42. Batur, K, Hafif kognitif bozukluğunun Alzheimer hastalığı ve vasküler demans temelinde araştırılması. 2013.
43. Bennett, DA., et al., Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*, 2002; 59(2): 198-205.
44. Bakar, M, and Yuluğ, B, Hafif kognitif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Nöroloji-Özel Konular*, 2009; 2(1): 88-93.
45. Bosma, H, et al., Engaged lifestyle and cognitive function in middle and old-aged, non-demented persons: a reciprocal association? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2002; 35(6): 575-581.
46. Petersen, RC, et al., Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, 1999; 56(3): 303-308.
47. Edition, F, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc, 2013.
48. Köroğlu E (çeviri ed). American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Fifth edition, Arlington, Va, 2013. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara 2013 ss:306-311.
49. Gauthier, S, Pharmacotherapy of mild cognitive impairment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2004; 6(4): 391.
50. Frank AR, Petersen RC. Mild cognitive impairment. In: Duyckaerts C, Litvan I, eds. *Handbook of Clinical Neurology Dementia*. Elsevier BV; 2009; 89: 217-21.
51. Eker, E, Yaşlıda Demans. *Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu 1998*: 43-58.
52. Grossman, H, Bergmann, C, Parker, S. Dementia: a brief review. *Mt Sinai J Med*. 2006 Nov; 73(7): 985-92. PMID: 17195884.
53. Golomb, J, et al., *Mild Cognitive Impairment*. 2001: London: Science Press.
54. Yavral, F, and Güngör, HA, Demansta klinik bulgular. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 2016.

55. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 19th Edition, Section 13; neurologic disorders. 175; 1669-85.
56. Hanağasi, HA, and Emre, M. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Türkiye Klinikleri Nöroloji-Özel Konular, 2009; 2(1): 1-4.
57. Karakuş, F, Altmışbeş yaş ve üstü bireylerin fiziksel, sosyal, mental aktiviteleri ile kognitif fonksiyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. 2013, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
58. Karaman, Y. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar. Kayseri: Lebib Yalkın Matbaası, 2002: 151-59.
59. Terry, R., et al., Alzheimer hastalığı. Çeviri editörü: İ. Hakan Gürvit. İstanbul: Yelkovan yayıncılık, 2001.
60. Prohaska, TR, and Peters, KE. Physical activity and cognitive functioning: Translating research to practice with a public health approach. Alzheimer's & Dementia, 2007; 3(2): S58-S64.
61. Peters, R, et al., Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. BMC geriatrics, 2008; 8(1): 1-7.
62. Lai, SW, et al., Association between polypharmacy and dementia in older people: A population-based case-control study in Taiwan. Geriatrics & gerontology international, 2012; 12(3): 491-498.
63. Wilson, R, et al., Educational attainment and cognitive decline in old age. Neurology, 2009; 72(5): 460-465.
64. Peters, R, et al., Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. Age and ageing, 2008; 37(5): 505-512.
65. Hughes, T, et al., Association between late-life body mass index and dementia: The Kame Project. Neurology, 2009; 72(20): 1741-1746.
66. Saczynski, JS, et al., Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. Neurology, 2010; 75(1): 35-41.
67. Giaquinto, S. and Parnetti, L. Early detection of dementia in clinical practice. Mechanisms of ageing and development, 2006; 127(2): 123-128.
68. Güngen, C, et al., Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(4): 273-281.

69. Al-Rajeh, S, et al., Preliminary assessment of an Arabic version of the Mini-Mental state examination. *Annals of Saudi medicine*, 1999; 19(2): 150-152.
70. Ochayi, B, and Thacher, T. Risk factors for dementia in central Nigeria. *Aging and Mental Health*, 2006; 10(6): 616-620.
71. Okudur, SK, et al., Demans ve Komorbid Hastalıklarla İlişkisi. *Geriatrik Bilimler Dergisi*. 1(2): 32-39.
72. Altıntaş, H, et al., Ankara'da bir huzurevinde kalan yaşlılar ile bir sağlık ocağına gelen yaşlıların mini mental test ile değerlendirilmesi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 2011; 3: 138-149.
73. Sundström, A, Westerlund, O, and Kotyrlo, E, Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. *BMJ open*, 2016; 6(1).
74. Liu, H, et al., Marital status and dementia: Evidence from the Health and Retirement Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 2020; 75(8): 1783-1795.
75. Kivipelto, M, et al., Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 2005; 62(10): 1556-1560.
76. Karp, A, et al., Mentally stimulating activities at work during midlife and dementia risk after age 75: follow-up study from the Kungsholmen Project. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009; 17(3): 227-236.
77. Gönen, S, Hastanede yatan yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek işlevsel-bilişsel bozukluk sıklığının incelenmesi. 2010, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
78. Dufouil, C, et al., Older age at retirement is associated with decreased risk of dementia. *European journal of epidemiology*, 2014; 29(5): 353-361.
79. Verghese, J, et al., Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 2003; 348(25): 2508-2516.
80. Wang, H-X, Xu, W, and Pei, J.-J. Leisure activities, cognition and dementia. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*, 2012; 1822(3): 482-491.

81. Bae, J, et al., Parity and the risk of incident dementia: a COSMIC study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 2020. 29.
82. Prince, MJ, et al., Reproductive period, endogenous estrogen exposure and dementia incidence among women in Latin America and China; A 10/66 population-based cohort study. *PloS one*, 2018; 13(2): e0192889.
83. Juan, D, et al., A 2-year follow-up study of cigarette smoking and risk of dementia. *European Journal of Neurology*, 2004; 11(4): 277-282.
84. Kavakci, Ö, et al., Prevalence of depression and cognitive impairment in old age in Trabzon. 2011.
85. Poblador-Plou, B, et al., Comorbidity of dementia: a cross-sectional study of primary care older patients. *BMC psychiatry*, 2014; 14(1): 1-8.
86. Chen, T-B, et al., Comorbidity and dementia: a nationwide survey in Taiwan. *PLoS One*, 2017; 12(4): e0175475.
87. Kawamura, T, Umemura, T. and Hotta, N. Cognitive impairment in diabetic patients: can diabetic control prevent cognitive decline? *Journal of Diabetes Investigation*, 2012; 3(5): 413-423.
88. Qiu, C, Winblad, B, and Fratiglioni, L. The age-dependent relation of blood pressure to cognitive function and dementia. *The Lancet Neurology*, 2005; 4(8): 487-499.
89. Niikawa, H, et al., Association between polypharmacy and cognitive impairment in an elderly Japanese population residing in an urban community. *Geriatrics & Gerontology International*, 2017; 17(9): 1286-1293.

10. EKLER

EK 1: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



6

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: Yaşlı Hastalarımızda Mental Durum Bozukluk Sıklığı ve Bunu Etkileyen faktörler
- b. Araştırmanın İçeriği: Anket çalışması
- c. Araştırmanın Amacı: İç Hastalıkları ve Geriatri Polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarımızdaki mental durum bozukluğunun sıklığını ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmektir.
- d. Araştırmanın Nedeni:
☐ Bilimsel araştırma
☒ Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 3 ay veri toplama, 3 ay veri işleme, 3 ay tez yazma, toplam 9 ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 100
- g. Araştırmada İzlenecek DeneySEL İşlemler:
DeneySEL işlem bulunmamaktadır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşılabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilindindeyim:

Kişisel verilerin kullanılacak olmasının

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Mental durum bozukluğu özellikle yaşlılarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Bu açıdan İç Hastalıkları ve Geriatri Polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarımızda mental durum bozukluğunu ve buna etki eden faktörleri saptamayı amaçlıyoruz. Bu faktörlerin düzeltilmesine yönelik stratejiler yaşlı hastalardaki mental durum değişikliklerinin yol açtığı sorunları azaltabilir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Erkan Çoban 0 332 404 20



6

5. Zararların Karşlanması:

Anket çalışması olduğu için hastanın zarar göreceği bir durum bulunmamaktadır

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:



6

Velayet ya da vassayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK 2: Standardize Mini Mental Test

Toplam puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeysiniz ()

- Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

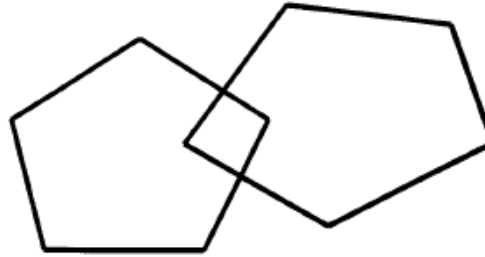
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

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

LİSAN (Toplam puan 9)

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



EK 3: Sosyodemografik Bilgi Formu

'ANTALYA AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA MENTAL
DURUM DEĞERLENDİRMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER ' UZMANLIK
TEZ ÇALIŞMASI ANKETİ

1- Cinsiyet : 1) Erkek 2) Kadın

2- Cevabınız kadın ise kaç doğum yaptınız ? defa

3- Yaşınız : (Doğum Tarihiniz :)

4- Kilonuz : kg Boyunuz : cm

5- Son 5 yıl içinde en uzun yaşadığınız yeri aşağıdakilerden hangisi ile tanımlayabilirsiniz ?

a- Kent merkezi

b- İlçe/belde/kasaba vb

c- Köy/kırsal

6- Medeni durumunuz:

1- Bekar

2- Evli

3- Dul (eşi vefat etmiş)

4- Boşanmış

7- Eğitim durumunuz nedir ?

1- Okur – yazar değil

2- Okur – yazar , fakat herhangi bir okul bitirmemiş

3- İlkokul mezunu

4- Ortaokul mezunu

5- Lise mezunu

6- Üniversite – Yüksek okul mezunu

8- Mesleğiniz :

9- Halen aktif olarak iş hayatınız devam ediyor mu ?

a- Evet

b- Hayır

10- Cevabınız hayır ise kaç yıl önce emekli oldunuz ? yıl

11- Günlük yaşamınızda gelir beklentisi olmadan sizi meşgul edecek bir uğraşınız var mı (hobi) ?

.....

12- Sigara içiyor musunuz ? a- Evet

b- Hayır/ hiç içmedim

c-

Hayır/bıraktım

13- Cevabınız evet veya bıraktım ise süre ve miktar : yıl paket / gün

14- Alkol tüketir misiniz ? a- Evet b- Hayır

15- Cevabınız evet ise ne sıklıkla tüketirsiniz ? Haftada defa ,
Kadeh/şişe/bardak

16- Serebrovasküler hastalık geçirdiniz mi ? (hekim tarafından açıklanacak)

17- Mevcut kronik hastalıklarının sayısı (hekim tarafından sorgulanacak ve not
edilecek) :

18- Kullandığınız ilaçların sayısı (hekim tarafından sorgulanacak ve not
edilecek) :

