

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BEYLİKOVA'DA 55 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE UYKU
KALİTESİ, YORGUNLUK VE KOGNİTİF
FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Necati BUĞRUL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2015

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BEYLİKOVA'DA 55 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE UYKU
KALİTESİ, YORGUNLUK VE KOGNİTİF
FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Necati BUĞRUL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ

ESKİŞEHİR
2015

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Necati BUĞRUL'a ait " Beylikova'da 55 yaş üstü bireylerde uyku kalitesi, yorgunluk ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:15.06.2015

Jüri Başkanı Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte KurulununTarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Enver İHTİYAR

Dekan

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren her konuda rahatlıkla ulaşıp danıştığım değerli tez danışmanım Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ'a, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Cemalettin KALYONCU'ya, Prof. Dr. Selma METİNTAŞ'a, Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL'a, Prof. Dr. Burhanettin IŞIKLI'ya, Yard. Doç, Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ'e; Nöroloji Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Belgin Demet ÖZBABALIK'a, Prof. Dr. Osman Oğuz ERDİNÇ'e; bölümümüzde birlikte çalıştığım arkadaşlarım Dr. Tuğçe KOYUNCU'ya, Dr. Fatih ÖZ'e, Dr. Mehmet Enes GÖKLER'e, Dr. Emine AYHAN'a, Dr.Özkan ÖZAY'a, Dr. Egemen ÜNAL'a, Dr. Burak SÖNMEZLER'e, Dr. Reşat AYDIN'a yardımları ve destekleri için teşekkür ederim.

ÖZET

Buğrul, N. Beylikova'da 55 yaş üstü bireylerde uyku kalitesi, yorgunluk ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2015.

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesinde, Alzheimer Hastalığı dâhil olmak üzere "zihinsel ve nörolojik bozukluklar"ın önemli bir yer tuttuğunu belirtmektedir. Bu çalışmada, 55 yaş ve üzeri bireylerde uyku kalitesi, yorgunluk ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışma, Eylül 2013 – Şubat 2014 tarihleri arasında Eskişehir İli, Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. İlçe merkezinde haneler tek tek dolaşarak çalışma hakkında bilgilendirildi, önceden hazırlanan anket formlar, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme metoduyla doldurularak antropometrik ölçümleri yapıldı. Beylikova merkez'de yaşayan 55 yaş ve üzeri 839 (%25.8) kişiden, 496 (%59.1) kişiye ulaşıldı ve kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı %47.2 olarak bulundu. Kognitif fonksiyon bozukluğu olanların %61.5'inin uyku kalitesinin kötü, %76.9'unun yorgun olduğu saptandı. Kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı ile ilişkili faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde; kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı 75 ve üzeri yaş, ilkokul ve altı öğrenim, evli olmama ve hekim tanımlı herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumunda artmakta iken; cinsiyet, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi ve yardımcı cihaz kullanımını arasında bir ilişki tespit edilemedi. Uyku kalitesi kötü, gündüz uykulu, yorgun, depresyon şüphesi olanlar ve yarı bağımlı/bağımlı olanlarda kognitif fonksiyon bozukluk sıklığının daha fazla olduğu bulundu. Yaşlılarda periyodik kontrollerin ve sağlık eğitimlerinin yapılmasının uygun olacağı kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, demans, uyku kalitesi, yorgunluk

ABSTRACT

Bugrul, N. Assessment of sleep quality, fatigue and cognitive function in individuals over the age of 55 years in Beylikova. Eskisehir Osmangazi University Medicine of Faculty, Department of Public Health, Eskisehir, 2015.

The calculations considering the assumption that current demographic trends will remain indicate that 21st century will be the elderly century in Turkey in parallel with the expectations of the entire world. The World Health Organization and the United Nations State that “mental and neurological disorders” including Alzheimer’s disease have an important role in the prevention and control of non-transmitted diseases. Present study aimed to assess the sleep quality, fatigue and cognitive function in individuals aged over 55 years. This cross-sectional study was carried out on individuals over the age of 55 years and living in the Beylikova town center of the Eskisehir province between the September 2013 and February 2014. All residences in the town center were visited individually and households were informed about the study, the pre-prepared questionnaire forms were filled out by researchers by face-to-face interview method followed by anthropometric measurements. Of the 839 (25.8%) individuals aged over 55 years and living in Beylikova, 496 (59.1%) were reached and the frequency of cognitive function impairment was found to be 47.2% in these individuals. Of the people with cognitive function impairment, 61.5% had a poor sleep quality and 76.9% had fatigue. The logistic regression analysis used to determine the factors associated with cognitive function impairment revealed that the frequency of cognitive function impairment increases in the case of being 75 years old or older, having an educational level of primary school or under, being unmarried and having a physician-diagnosed chronic disease, while the gender, employment status, income level, family type and use of ancillary equipment did not associated with cognitive function impairment. The individuals with a poor sleep quality and suspicious depression, those being daytime sleepiness and fatigue, and the semi-dependent/dependent individual were found to have increased frequency of cognitive function impairment. It was concluded that periodical checks and health educations are needed for elderly people.

Key Words: Elderly, cognitive function. sleep quality and fatigue.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Yaşlanma	3
2.2. Demans	6
2.2.1.Demansın Tanımı	6
2.2.2. Demansın Epidemiyolojisi	6
2.2.3. Demansın Etiyolojisi	7
2.2.4. Demansın Sınıflaması	8
2.2.5. Demansın Evreleri ve Klinik Özellikleri	9
2.2.6. Demansın Tanısı	11
2.2.7. Demansın Ayırıcı Tanısı	13
2.2.8. Demansın Tedavisi	13
2.3. Yorgunluk	16
2.4. Uyku	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Şekli ve Süresi	20
3.2. Sosyodemografik Form	20
3.3.Tanımlar	21
3.4. Antropometrik Ölçümler	21
3.5. Kullanılan Ölçekler	22
3.5.1. Standardize Mini Mental Test	22

	Sayfa
3.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	22
3.5.3. Epworth Uykululuk Ölçeği	23
3.5.4. Yorgunluk Şiddet Ölçeği	23
3.5.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği	24
3.5.6. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	24
3.5.7. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	25
3.6. İstatistiksel Analiz	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	50
EKLER	
EK 1: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uyku Kalitesi, Yorgunluk Ve Kognitif Fonksiyonların Değerelendirilmesi Anketi	
EK 2: Standardize Mini Mental Test Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Epworth Uykululuk Ölçeği Yorgunluk Şiddet Ölçeği Geriatrik Depresyon Ölçeği Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
ark.	Arkadaşları
β	Beta
cm	Santimetre
DSM IV	Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı IV
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroensefalografi
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
FSS	Yorgunluk Şiddet Ölçeği
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
GYA	Günlük yaşam aktivitelerini
KFBS	Kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı
kg	Kilogram
m ²	Metrekare
max	Maksimum
min	Minimum
NREM	Hızlı göz hareketinin olmadığı
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi
REM	Hızlı göz hareketi
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SSRI	Selektif Serotonin Geri-Alım İnhibitörleri
TGYA	Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
X ²	Ki-kare testi

ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı	27
4.2. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı	28
4.3. Araştırma grubu ve kognitif fonksiyon bozukluğu olanlarda kronik hastalıkların dağılımı	31
4.4. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu ile uyku kalitesi ve yorgunluğun korelasyonu	40

TABLOLAR

	Sayfa
2.1. Türkiye için yapılan projeksiyonda yaş gruplarının dağılımı	5
2.2. Alzheimer hastalığı olası risk faktörleri	7
2.3. Önemli demans tiplerinin klinik özellikleri	10
2.4. Geri dönüşümlü demans nedenleri ve tedavisi	14
4.1. Beylikova’da yaşayan 55 yaş ve üzeri bireyler ile araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu ve medeni durumlarına göre dağılımları	26
4.2. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı	27
4.3. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı	27
4.4. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	29
4.5. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı	30
4.6. Araştırma grubunun Vücut Kitle İndeksine göre dağılımı	31
4.7. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların cinsiyete göre dağılımı	32
4.8. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların yaş gruplarına göre sıklığının dağılımı	32
4.9. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	33
4.10. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların sağlıkla ilgili bazı özelliklere göre dağılımı	34
4.11. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların uyku kalitesine göre dağılımı	35
4.12. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların gündüz uykululuk durumuna göre dağılımı	35
4.13. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların yorgunluk durumlarına göre dağılımı	36
4.14. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların depresyon şüphesi varlığına göre dağılımı	36
4.15. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların günlük yaşam aktivite durumlarına göre dağılımı	37

	Sayfa
4.16. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların enstrümental günlük yaşam aktivite durumlarına göre dağılımı	37
4.17. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı ile ilişkili faktörleri gösteren Backward Stepwise (Wald) lojistik regresyon model (step 5)	38
4.18. Araştırma grubunun bazı ölçeklerden aldıkları puanlar ile Standardize Mini Mental Test puanı arasındaki korelasyon	39

1.GİRİŞ

İnsanın doğušta beklenen yaşam süresinin artması, doğurganlık düzeyinde meydana gelen azalma, yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki orantısının giderek artmasına yol açmakta, bu durum demografik dönüşüm olarak adlandırılmaktadır. Demografik dönüşümün gerçekleşmesi “toplum yaşlanması” kavramını gündeme getirmiştir. Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Türkiye’de 65 ve üzeri yaş grubunun 2012 yılında toplam nüfusun %7.5’ini oluşturduğu (1), 2023 yılında ise yaklaşık %10.0’ünü oluşturacağı tahmin edilmektedir (2).

Demografik dönüşüm, toplumların hazırlıklı olmadıkları sosyal, ekonomik ve sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır. Kognitif bozukluk yeni yüzyılda yaşanan nüfus için en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir (3). Öğrenme, bellek ve diğer bilişsel işlevlerde azalma yaşlanmadaki en belirgin semptomlardandır. Bu durumda kişilerde özellikle yakın bellek kaybı, yeni bilgilerin öğrenilmesinde ve akılda tutulmasında kayıp, isimlerin hatırlanmasında güçlük, fikir oluşturma, karar verebilme ve programlama gibi bilişsel işlevlerde bozukluklar görülebilir.

Sağlıklı yaşlılar arasında kognitif durumda progresif bir azalmaya maruz kalacak grubu tanımlayabilmek pratik açıdan çok önemlidir. Kısa dönemde bu bireyleri tanımlamak hasta ve aileleri için değerli prognostik bilgiler sağlar. Bu bireylerin tanımlanmasında anahtar özellik normal yaşlanma ile demans arasındaki dönemde kognitif düşüş aşamasının tanınmasıdır (3). Entellektüel yetilerde sosyal veya mesleki açıdan fonksiyonu bozacak kadar progresif kayıp olduğunda demans ortaya çıkar. Demans olarak tanımlanmaya yetmeyen kognitif bozukluğu olan bireyler de vardır. Bu bireyler, bir tarafta normal yaşlanma sürecindeki bireyler ile diğer taraftan da demansı olan bireyler arasında bir ara bölgeyi oluşturmaktadır.

Demans, gerek kişide neden olduğu ciddi morbidite, artmış mortalite oranı ile gerekse hastaya bakım veren kişilere yüklediği ağır yük ve sigorta sistemlerine getirdiği ekonomik yük nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemi (4). Demans ve mortalite ile ilgili yapılan çalışmalarda demanslı kişilerin aynı yaş ve cinsiyetkilerde göre yaşam süresinin daha az olduğu bildirilmektedir (5, 6).

Dünyada demansın 2010 yılında maliyetinin 604 milyar dolar olduğu, 35.6 milyon kişinin demans hastası olduğu, bu sayının 2030 yılında 65.7 milyona, 2050 yılında 115.4 milyona ulaşacağı, 20 yılda yaklaşık iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, 2008 yılında Demansın da içinde olduğu Ruh Sağlığı Eylem Programı başlatılmıştır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 2011 yılı toplantısında bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesinde, Alzheimer Hastalığı dâhil olmak üzere "zihinsel ve nörolojik bozukluklar"ın önemli bir yer tuttuğunu belirtmektedir (4).

Yaşın artmasıyla unutkanlıktaki ilerlemenin, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak kabul edilmesi demansın erken evrede teşhis edilmesini güçleştirmektedir (7, 8). Bu da demansın yaşlı popülasyonda sık rastlanan bir hastalık olmasına rağmen hasta yakınları ve hekimler tarafından sıklıkla gözden kaçırılmasına neden olmaktadır (9).

İnsanoğlunun temel gereksinimlerinden birisi olan uykunun tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olduğu, uyku kalitesindeki bozulmanın birçok olumsuz tıbbi durum ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (10-12). Yaşlanma süreci ile birlikte normal uyku düzeninde bazı değişikliklerin meydana geldiği; uyku kalitesinden memnuniyetsizliğin ve uykusuzluk yakınmalarının arttığı bilinmektedir (13, 14).

Yorgunluk hastanın bireysel, sosyal, mesleki, eğitimsel ve ruhsal fonksiyonlarını sınırlandırırken, zengin klinik bulgularla birliktelik göstermektedir (15). Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan birisidir (16).

Bu çalışmada, 55 yaş ve üzeri bireylerde uyku kalitesi, yorgunluk ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir (17). Normal yaşlanma sürecinde, zamana bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler, organların, sistemlerin rezervlerinde ve homeostatik kontrolde bir azalmaya neden olurlar. Genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin fizyolojik olarak başa çıkma yolları değişkenlik gösterdiğinden, gerçek biyolojik yaşlanma farklı bireylerde değişik hızlarda olmaktadır (18).

Gerontologlar yaşlanmayı dört farklı sürece göre değerlendirmektedir (19):

1. Kronolojik yaşlanma: Yaşlanmanın tanımı bireyin doğum tarihi temelinde yapılmaktadır. Kronolojik yaş bireyin fiziksel sağlığı, zihinsel yeterliliği veya sosyal statüsü ile ilgili değildir.

2. Biyolojik yaşlanma: Kalp, akciğer, dolaşım sistemi gibi organ sistemlerinin yeterliliğinin azalması gibi fiziksel değişimler temelinde açıklanmaktadır. Biyolojik yaşlanmanın ana nedeni, kronolojik olarak yaşlanan organizmada hücre yenilenme sayısının düşmesi ve belli tipteki hücrelerin yenilenmemesi nedeniyle hücre kaybı olmasıdır.

3. Psikolojik yaşlanma: Duyu organları ve algılama süreçlerinde, hafıza, öğrenme, zekâ gibi zihinsel fonksiyonlarda, kişilik, güdü ve dürtülerde kronolojik yaşın ilerlemesiyle görülen değişikliklerdir.

4. Sosyal yaşlanma: Bireyin sosyal yapı içinde aile ve arkadaşları (ark.) ile, çalışma alanında, dini ve politik gruplar gibi örgütlenmeler içinde rollerinin ve ilişkilerinin değişmesini açıklamaktadır.

Gerontologların kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yaptıkları yaşlanma sınıflandırmasına ek olarak, nüfusla ilgili çalışmalarda da yaşlanma üç farklı sınıflandırma içerisinde ele alınmaktadır (19).

1. Demografik yaşlanma: Toplam nüfus içinde yaşlı sayısının artması,

2. Tavan yaşlanması: Toplumda yaşlı oranının artması,

3. Taban yaşlanması: Toplumda gençlerin oranının azalmasıdır.

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya

Sağlık Örgütü yaşlılıkla ilgili olarak yayınlanan 1998 yılı sağlık raporunda yaşlılığı, çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması, özürllüklerin artması ve başkalarına daha çok bağımlı hale gelme şeklinde tanımlamaktadır (20).

Yaşlılık dönemi olarak ele alınan dönem, sağlık açısından bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma yaşamı açısından çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve emekli olunan dönem, kronolojik olarak bakıldığında ise 65 ve yaş üzeri grubu olarak ele alınmaktadır (21). Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir (22). Birleşmiş Milletler’e göre ise yaşlılık 60 yaşından itibaren başlamaktadır (23). Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’nün tanımı esas alınmaktadır.

Kronolojik yaş bir gösterge olarak alındığında yaşlılık kendi içinde:

1. 65-74 yaş arası “genç yaşlılık”,
2. 75-84 yaş arası “ileri yaşlılık”,
3. 85 yaş ve üzeri “çok ileri yaşlılık” olarak sınıflandırılmaktadır (24).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payına göre toplumlar dört gruba ayrılırlar (25):

1. Genç toplumlar: Altmış beş yaş üzeri nüfus % 4.0'den azdır.
2. Olgun toplumlar: Altmış beş yaş üzeri nüfus % 4.1–7.0 arasındadır.
3. Yaşlı toplumlar: Altmış beş yaş üzeri nüfus %7.1–10.0 arasındadır.
4. Çok yaşlı toplumlar: altmış beş yaş ve üzeri nüfus % 10.1'in üzerindedir.

Türkiye’de de, değişen yaş yapısı ile birlikte yaşlı nüfusun, özellikle yüzyılın ikinci yarısında sosyal, demografik ve ekonomik açıdan önem kazanması beklenmektedir. Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan “demografik dönüşüm” sürecinde olan Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre genç bir nüfus yapısına sahip görünse de mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır (26).

Nüfusun yaşlanması sürecinde ele alınan temel değişkenlerden bazıları; doğuşta beklenen yaşam süresi, nüfus artış hızı, toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı, ortanca yaş ve yaş bağımlılık oranlarıdır.

İkinci Dünya Savaş’ından sonraki dönemde dünya genelinde insanlar doğumdan itibaren en fazla 46 yıl yaşarken, 2010-2015 dönemi tahminlerine göre dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi 69.0 yıl, Türkiye’de ise 74.6 yıldır (26).

Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranısı 1985’te % 4.2, 1990’da % 4.3, 1997’de % 4.7, 2000’de % 5.6, 2013 yılında % 7.7 olarak tespit edilmiştir (26).

Yaşlılık bireyler kadar, toplumlar içinde geçerli bir kavramdır. Ancak toplum yaşlanmasının farkı geri dönüşlü olabilmesidir. Dünya nüfusunun hızla yaşlandığı, 2000 ve 2050 yılları arasında, 60 yaş üzeri dünya nüfus oranısının yaklaşık %11.0’dan %22.0’ye, 60 yaş üzeri kişi sayısının da aynı dönemde 605 milyondan 2 milyara çıkması beklenmektedir. Yine en hızlı ve dramatik demografik değişimin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanacağı bildirilmektedir (22).

Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Türkiye’de toplam nüfusun artış hızı 2013 yılında %13.7 iken yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı fazla olup %36.2’dir (26).

Ülkemizde 2011 yılında 29.7 olan ortanca yaşın, 2012 yılında 30.1, 2013 yılında 30.4 olduğu bildirilmiştir (26).

Çalışma çağındaki 15-64 yaş grubunda bulunan nüfusun oranısı 2012 yılında %67.6, 2013 yılında %67.7 olarak gerçekleşmiştir. Yine aynı dönemde çocuk yaş grubundaki (0-14 yaş) nüfusun oranısı ise %24.9’dan %24.6’ya gerilerken, 65 ve üzeri yaştaki nüfusun oranısı da %7.5 ‘ten %7.7’ye yükselmiştir (26). Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısı olan yaş bağımlılık oranı, Türkiye’de 2013 yılında %11.3 iken bu sayının 2030 yılında %19.0 olması beklenmektedir (26).

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan projeksiyonda, insanlık tarihinde ilk kez, önümüzdeki beş yıl içinde, 65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin sayısının, 5 yaşın altındaki çocuklardan, 2050 yılına gelindiğinde ise, 14 yaş ve altındaki çocuklardan sayıca daha fazla olacağı öngörülmektedir (27). Türkiye için yapılan projeksiyonda benzer özellikler göstermesi beklenen yaş grubunun dağılımı Tablo 2.1’de verilmiştir (28).

Tablo 2.1. Türkiye için yapılan projeksiyonda yaş gruplarının dağılımı.

Yaş grubu	2013 (%)	2023 (%)	2050 (%)	2075 (%)
0-14	24.5	21.2	15.7	14.6
15-64	67.8	68.6	63.5	57.7
≥65	7.7	10.2	20.8	27.7

2.2. Demans

2.2.1. Demansın Tanımı

Demans sözcüğü, Latince zihin anlamına gelen “mens” kelimesinden türemiştir ve “zihnin yitirilmesi” anlamına gelmektedir (29). Demans bilişsel ve diğer kognitif fonksiyonlarda, günlük aktivite ve davranışları etkileyecek düzeyde, sonradan oluşan progresif kayıpla karakterize bir klinik tablodur (30).

“Demans” kelimesini ilk olarak, Celsus, milattan sonra 1. yüzyılda “De Re Medicina” (“Tıbbi Konular Hakkında”) adını taşıyan kapsamlı eserinde kullanmıştır. Demans, 18. yüzyıl sonlarına kadar “delilik” anlamında kullanılmış, 19. yüzyıl sonlarına kadar da kronik beyin hastalığı nedeni ile geri dönüşü olmayan akıl bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Yirminci yüzyıl başlarına kadar bir akıl hastalığı tanımının karşılığı olarak kullanılmış olmasına karşılık, 1906’da Alzheimer ve 1908’de Pick’in otopsi raporlarından sonra yaşanan bir beyinde, yaşlanmanın oluşturduğu biyolojik ve işlevsel etkilerin sonucu olarak “organik bir beyin hastalığının varlığı ile birlikte bir beyin sendromu” olarak adlandırılmaktadır (29).

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan biri olan demans genellikle kronik, ilerleyici karakterde bir sendromdur (4). Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV))’e göre demans, günlük normal fonksiyonları bozacak şekilde kognitif yeti alanlarından birden fazlasında bozulmayla seyretmektedir (31).

2.2.2. Demansın Epidemiyolojisi

Demans çoğunlukla bir ileri yaş hastalığı olması nedeniyle hasta ve hasta yakınları, erken demans semptomlarını sıklıkla yaşlanmanın doğal özellikleri olarak yorumlamakta, bu da hastalığın erken dönemde tanınmasında klinisyenlere zorluk oluşturmaktadır. Demans’ın %2.0-10.0’unun 65 yaşından önce başladığı tahmin edilmektedir (4).

Demansa yaklaşımda en temel nokta doğal yaşlanmanın demans ile aynı anlamda olmadığı bilinmesidir. Yaşlanma ile ortaya çıkması beklenen hesaplama gücünde yavaşlama gibi kognitif değişiklikler benign iken, demans genellikle progresiftir ve normal bir yaşlanmada olmayacak kadar hastayı düşkün ve bağımlı hale getirebilir (32). Demans sıklığının %1.6-47.2 arasında olduğunu bildiren

çalışmalar bulunmaktadır (33-36). Arslantaş ve ark. (37) Eskişehir İlinde yaptıkları çalışmada demans sıklığını %8.4 olarak bildirmiştir. Demansın en sık görülen formu Alzheimer Hastalığı olup, vakaların yaklaşık % 60.0-70.0'ini oluşturmaktadır (38).

2.2.3. Demansın Etiyolojisi

Demansın kesin nedeni bilinmemektedir. Ancak demans için bazı risk faktörleri tespit edilmiştir. Bunlar: Yaş, ailede demans öyküsünün varlığı, kadın cinsiyet, Down sendromu, 1.,14. ve 21. kromozomlarda spesifik mutasyonların varlığı, apolipoprotein E-4 genotipi ve kafa travmasıdır (39-41). Vasküler demans için ise hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, sigara, yaş, erkek cinsiyeti gibi inme için var olan risk faktörleri geçerlidir.

Ayrıca, yükseköğrenim seviyesi, fiziksel aktivite, nonsteroid antiinflatuvar ilaç kullanımı, östrojen, statin, E vitamini gibi antioksidan ilaçlar ve orta derecede alkol tüketiminin Alzheimer Hastalığında risk azalmasına neden olduğu bazı çalışmalarda belirtilmişse de bu konuda henüz yeterli kanıt yoktur (18). Alzheimer hastalığının kesin ve olası risk faktörleri Tablo 2.2'de gösterilmiştir (42).

Tablo 2.2. Alzheimer hastalığının kesin ve olası risk faktörleri.

1- İleri yaş	12- Hipertansiyon
2- Aile hikayesi	13- Homosistein
3- Apolipoprotein E4 alleli	14- Diabetes mellitus
4- Down sendromu	15- Vitamin B ₁₂ eksikliği
5- Düşük öğrenim seviyesi	16- Dislipidemiler
6- Sık kafa travması	17- Hipotiroidizm
7- Kadın cinsiyet	18- Enfeksiyonlar
8- Nörotoksinler, sigara, alkol	19- Serum demir yüksekliği
9- Serebrovasküler hastalık	20- Ferritin yüksekliği
10-Miyokard infarktüsü	21- C-reaktif protein yüksekliği
11- Menopoz	22- Folat eksikliği

2.2.4. Demansın Sınıflaması

Demans sınıflaması hastalığın çok geniş etiyolojik yelpazesi, mekanizma ilişkisi, lokalizasyon, semptom kompleksleri, nöropatolojik temeli dikkate alınarak çeşitli şekillerde yapılmaktadır (43, 44).

Demans sınıflamaları genel olarak başlangıçta iki ana gruba göre düzenlenmektedir. Bu gruplara bakıldığında (43);

a- Primer dejeneratif demanslar:

Demansların büyük bölümünü oluşturan bu grup, beyinde ilerleyici hücre hasarına ve ölümüne neden olurlar. Alzheimer Hastalığının da dâhil olduğu ve demansların büyük bölümünü oluşturan bu gruptaki diğer hastalıklara örnek olarak demans tablosunun yanında hareketlerde yavaşlama, yürüme bozukluğu gibi Parkinson hastalığı belirtileri ile ortaya çıkan Lewy cisimcikli demans ve davranışsal bulguların ön planda olduğu frontotemporal demanslar verilebilir.

b- Sekonder demanslar

Bu gruptaki hastalıklar, beyin dokusunda hasara yol açarlar ve demansa neden olurlar. Bu demanslar, beyinin damarsal, enfeksiyöz (frengi, tüberküloz, edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS), vb.), psikiyatrik (depresyon), zehirlenme (karbon monoksit zehirlenmesi), metabolik (hipotiroidi, vitamin B₁₂ eksikliği vb.) ve tümörler gibi ikincil nedenlerle etkilenmesine bağlı olarak gelişir.

Sendromik sınıflamaya göre demanslar (44, 45);

a- Nörodejeneratif: Hafif kognitif bozukluk, Alzheimer Hastalığı, Lewy cisimcikli demans, Parkinson hastalığı demansı, Parkinson plus sendromlar

b- Mikst demanslar

c- Vasküler demans

d- Geri döndürülebilir sendromlar: Depresyon, ilaca bağlı, metabolik dengesizlik, vitamin B₁₂ eksikliği, tiroid hastalıkları, kronik hastalıklar (renal yetmezlik, hepatik yetmezlik, malignite), gastrointestinal hastalıklar, whipple hastalığı, vitamin E eksikliği, pellagra, yapısal beyin lezyonları, tümör, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, enfeksiyöz nörosifiliz, HIV/AIDS.

En sık kullanılan bir diğer demans sınıflaması;

1-Alzheimer hastalığı

2-Vasküler demans

3-Lewy cisimcikli demans

4-Frontotemporal demans

5-Diğer demanslar: Vitamin B₁₂, folik asit, vitamin B₁ gibi vitamin eksiklikleri, bazı endokrin bozukluklar, AIDS, nörosifiliz, aşırı alkol kullanımı ve bazı intoksikasyonlar, intrakranial tümörler, subdural hematoma, normal basınçlı hidrocefali ve depresyondur (46).

2.2.5. Demansın Evreleri ve Klinik Özellikleri

Demans ağırlık derecesine göre hafif, orta ve ağır olmak üzere üç evreye ayrılmaktadır (47).

1- Hafif evre: Hastalar isimleri unutur, eşyaları koydukları yeri hatırlamakta güçlük çeker ve bunları hatırlamak için listeler yaparlar. Yeni tanınan yabancıların isimleri unutulabilir, karmaşık konular konuşulurken sözcük bulma zorlaşabilir. Önceleri dalgalı olan bellek bozukluğunda ön planda olan bileşen, yakın belleğe ait kayıptır. Uzak hafıza görece korunmuş olup, hatırlanamayan şeyler için listeler yapılması ve ipuçları verilmesi bu dönemde işe yarar. Önemsiz günlük olaylar güç hatırlanırken, emosyonel öneme sahip olanlar halen kısmen hatırlanabilir. Hasta işyerinde çalışan arkadaşına destekleniyorsa ve işi kognitif yetilerini fazla zorlayacak özellikte bir iş değilse, bu dönemde halen çalışabilir. Ev işlerini yapabilen hasta, fatura ödeyebilir, araba kullanabilir ve hemen tüm sosyal aktivitelere katılabilir. Kompleks finansal aktiviteler ve uygun elbise seçimi kısmen zor hale gelmiş olabilir.

2- Orta evre: Bellek bozukluğu daha ilerlemiş olup eski olaylarında unutulduğu gözlenir. Yüzler uzaktaki ve sık görüşülmeyen kişilerden başlamak koşuluyla unutulur, ipuçları ve listeler kullanılamaz hale gelir, yer oryantasyonu bozulmaya başlayan hasta, tanımadığı çevrelerde kaybolmaya başlar. Sıradan konularda konuşurken bile sözcükleri bulmada zorluklar baş gösterir. Anlama bozuklukları, yanlış anlamalar ve bunlara bağlı davranış kusurları ve hezeyan, halüsinasyon gibi psikiyatrik belirtiler ortaya çıkar. Ev işlerinde, fatura ödeme, giyinmede, tuvalet ve banyo gereksinimlerinin giderilmesinde bağımsızlık giderek azalır.

3- Ağır evre: Günlük yaşam etkinlikleri sürekli bir gözetim gerektirecek düzeyde bozulmuştur. Tamamen geçmişte yaşar, aile üyelerini dahi tanıyamayabilir.

Tanıdık çevreler de bile kaybolan hasta, evinde odaları ve tuvaletin yerini karıştırabilir. Konuşma tamamen konseptle ilişkisiz hale gelir, afazik özellikler gösterir ve sonunda tamamen yitirilir. Amaçsız gezinme, tekrarlayıcı hareketler, ajitasyon ve bağırma sık görülür. Bu evrenin sonlarına doğru hareket etme, beslenme, banyo yapma ve tuvalet için yardım kesin gerekli hale gelir ve tabloya sıklıkla sfinkter kusuru da eklenir. Rijidite, yürüme güçlüğü gibi motor bulgular bu evrede ortaya çıkar ve hasta yatağa bağımlı hale gelir. Bu durum emboli ve enfeksiyonlara bağlı ölüme yol açabilir (47). Önemli demans tiplerinin klinik özellikleri Tablo 2.3'te gösterilmiştir (48).

Tablo 2.3. Önemli demans tiplerinin klinik özellikleri.

<p>Alzheimer Hastalığı 60 yaş üzeri tutulum Sinsi başlangıç, nörolojik belirtiler ileri döneme kadar normal olabilir Uyku siklus bozuklukları Apati, apraksi, afazi Kaybolma</p>	<p>Vasküler Demans 60 yaş üzeri tutulum Ani başlangıç, merdivenvari gidiş Fokal nörolojik belirtiler, inme öyküsü Yürüyüş anormallikleri, dişli çark belirtisi ve rijidite, yavaşlama, depresyon</p>
<p>Lewy-Cisimcikli Demans 50 yaş üzeri tutulum Görsel halusinasyonlar Nöroleptiklere duyarlılık Fluktuasyonlar tarzında gidiş Erken ekstrapiramidal semptomlar Tremordan daha ziyade rijidite</p>	<p>Normal Basınçlı Hidrosefali Herhangi bir yaşta tutulum olabilir Geri çağırma hafızası bozukluğu, yavaşlama Üriner inkontinans, progresif yürüme anormallikleri, visiospatial infarktlar Hipereflexi (bacaklar>omuzlar), babinski bulgusu</p>
<p>Fronto-Temporal Demans 45-65 yaş tutulum Kişilik değişiklikleri, disinhibisyon Obsesyon/Kompulsiyonlar Yabancı gibi sabit bakış “Alien Stare” Bellek yitimi daha geç olur Visiospatial işlevler korunur Nörolojik belirtiler ileri döneme kadar normal olabilir</p>	<p>Pick Hastalığına Bağlı Demans Özellikle beynin frontal ve temporal loblarını etkileyen dejeneratif bir hastalık (Frontal lobu tutan ve demans ile seyreden diğer hastalıklarda olduğu gibi) Başlangıçta kişilik değişiklikleri, sosyal becerilerde yıkım Duygusal küntleşme Davranış bozuklukları ve belirgin dil anormallikleri ile karakterizedir</p>

2.2.6. Demansın Tanısı

Klinik tanı hastanın hikâyesi, mental durumu ve laboratuvar testleri üzerinde temellendirilmiştir. Preklinik evrede, özellikle hafızada kolaylıkla fark edilmeyen kayıplar kognitif performanstaki testler ile saptanabilir. Ancak bu kayıplar günlük aktivitelerde herhangi bir aksama ile ilişkili değildir (49). Önemli bir halk sağlığı sorunu olan demans için toplumsal çalışmalarda kullanılabilen birçok tarama testi mevcut olup bunlar içinde en çok bilineni Standardize Mini Mental Test (SMMT)'dir. Bu ölçekler kognitif alanda nöropsikolojik testlere göre daha kaba ve yüzeysel olmakla birlikte, uygulanması ve sonuçlarının yorumlanması daha kolaydır. Epidemiyolojik çalışmalarda kolaylıkla uyarlanabilirler (46).

Klinik tanı içerisinde kognitif fonksiyonlarda bozukluk yanında kişinin günlük yaşamını bağımsız olarak sürdürüp sürdürmediğinin tespiti de önemlidir. Günlük yaşam aktivitesi basitçe kendi başına giyinebilme, yemeğini yiyebilme, kendi basına banka hesabını ve mali durumunu kontrol ve idare edebilme, iş yerinde gereken performansı sürdürebilme gibi özelliklerin bütünüdür ve hastanın kendi yaşam stili içinde dikkatlice sorgulanmalıdır.

Geriatrik bir hasta klinik açıdan demans yönünden değerlendirilirken laboratuvar değerlendirmesinde tam kan sayımı, elektrolitler ile böbrek, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri gibi biyokimyasal parametreleri, vitamin B₁₂ düzeyi incelenmiş olmalıdır (44). Bu taramalar ile hastada düzeltilebilir kognitif bozukluğa sebep olabilecek vitamin B₁₂ yetmezliği, tiroid hastalıkları, hiperkalsemi, depresyon, alkolizm, ilaç etkileri gibi tanıların gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır. Latent sifiliz ve HIV yönünden ciddi olarak şüphe varsa taramaları yapılmalıdır (50). Atipik sendromu olan hastalarda, örneğin genç hastalarda (≤ 60 yaş) veya hızlı ilerleyen demans olanlarda, Elektroensefalografi (EEG), ve/veya serolojik testler, Lomber Ponksiyonu içeren daha geniş bir değerlendirmeden yararlanabilir (51).

Amerikan Nöroloji Akademisi demanslı hastaların rutin ilk değerlendirmede bir nonkontrast kranial Bilgisayarlı Tomografi veya Magnetik Rezonans Görüntüleme ile yapısal nörogörüntüleme önermektedir (50). Kranial Bilgisayarlı Tomografi veya Magnetik Rezonans Görüntüleme ile beyin görüntüleme akut başlangıçlı kognitif bozukluk ve hızlı nörolojik bozulma olan hastalar (subdural

hematom, trombotik felç, beyin kanaması, hızlı ilerleyen demans) için önemlidir (51).

Beyin biyopsisi demans tanısında tanısal verimi düşük ve ciddi komplikasyonları olan invaziv yöntemdir (52).

Demans tanısı konurken subjektiviteden kısmen de olsa uzaklaşmak için çeşitli tanı kriterleri önerilmiştir. Bunlardan en iyi bilinen ve sık kullanılanı DSM IV kriterleridir (53).

DSM IV demans tanı kriterleri:

A- Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul kognitif defisit gelişmesi

1- Bellek bozukluğu (yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma)

2- Aşağıdaki kognitif bozukluklardan birinin ya da daha fazlasının bulunması

a- Afazi (dil bozukluğu)

b- Apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına rağmen motor aktiviteleri yerine getirmede bozukluk)

c- Agnozi (duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama)

d- Yönetimsel işlevlerde bozukluk (organize etme, sıraya koyma, tasarlama, soyutlama)

B- A_1 ve A_2 tanı ölçütlerindeki kognitif bozuklukların kişinin toplumsal, sosyal ve günlük işlevselliğinde bozulmaya ya da önceki işlevsellik düzeyinde azalmaya sebep olması

C- Hastalığın yavaş, sinsi, aşama aşama oluşu ve sürekli bir kognitif azalma

D- Hastanın kognitif kapasitesindeki azalmanın santral sinir sistemini ilgilendiren hastalıklara (serebrovasküler olay, Parkinson hastalığı, subdural hematom, beyin tümörü, hidrosefali vb.), demansa yol açabilecek sistemik durumlara (hipotiroidizm, vitamin B₁₂ eksikliği, hipoglisemi vb.) ya da madde bağımlılığına bağlı olmaması

E- Hasta deliryum tablosunda olmamalı

F- Hastanın klinik durumu başka bir psikiyatrik bozuklukla (şizofreni, majör depresyon vb.) açıklanamamalıdır

2.2.7. Ayırıcı Tanı

Yaşlı hastada demans değerlendirmesi sırasında dikkat edilecek bir nokta demansla karışabilecek ve ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekli durumlardır. Bunlar; metabolik hastalıklar, yapısal santral sinir sistemi lezyonları, ilaçlar, alkolizm, depresyon, deliryum, amnestik bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıklar (ajitasyon, agresyon, delüzyon, halüsinasyon, paranoya, depresyon, uyku bozuklukları)'dır (18).

2.2.8. Tedavi

Demans, sıklığı yaşla birlikte artan bir hastalık olmasına rağmen, özellikle hastalık erken evrelerinde teşhis edilemeden ilerleyebilmektedir. İlaç tedavisine erken başlamak hastalık için kür sağlayamasa da hastanın hayat kalitesini arttırdığı, hastanın nispeten kendi kendine yeter haldeki fonksiyonlarını koruyabildiği, sürekli bakım gerektirir hale gelişini geciktirdiği ve toplamda bu yöndeki sağlık harcamalarını azalttığı için çok önemlidir.

Demans her zaman geri dönüşümsüz bir hastalık değildir. Olabildiğince erken evrede teşhis edilmesi, hastalığın tedavi edilebilir geri dönüşümlü demans nedenlerinin tespit edilip ortadan kaldırılabilmesi için önemlidir. Geri dönüşümlü demans nedenleri ve tedavisi Tablo 2.4'te gösterilmiştir (30).

Tablo 2.4. Geri dönüşümlü demans nedenleri ve tedavisi.

Neden	Tedavi
Eksiklikler B ₁ , B ₁₂ , Folik asit	Spesifik yerine koyma tedavileri
Endokrin hastalıklar Hiper/Hipotiroidi, Hiper/Hipoparatiroidi Cushing hastalığı, Addison hastalığı	Eksikliklerde yerine koyma Fazlalıklarda süpresyon
Enfeksiyonlar AIDS Sfiliz	Antiretroviral Antibiyotik
Toksinler Alkol, İlaçlar, Ağırmetaller, Karbonmonoksit zehirlenmesi	Toksik maddeden uzaklaşılması, Destek tedavisi, varsa spesifik antidot
Diğerleri Tümörler (özellikle meningiomlar) Subdural hematom Normal basınçlı hidrosefali Depresyon (Depresif pseudodemans)	Cerrahi, ödem varsa steroid Cerrahi Cerrahi şant Antidepresif, psikoterapi, Elektro konvülsif tedavi

Alzheimer Hastalığının tedavisinde beş temel noktadan bahsedilmektedir. Bunlar (54):

1- Farmakolojik tedavi: Asetilkolin beynin bellekle ilgili bölgelerinde önemli bir nörotransmitterdir. Alzheimer Hastalığında asetilkolin azalması bellek bozukluğuyla ilişkilidir. Kolinerjik fonksiyonda düzelme sağlayan ajanlar hastalığın fizyopatolojik ilerlemesini durdurmaz. Bu amaçla kullanılan temel ilaçlar:

a- Asetilkolinesteraz inhibitörleri; takrin, donepezil, rivastigmin ve galantamin,

b- Memantin'dir.

2- Nöroprotektif yöntemler: Amiloid Beta(β)'nın, hücre zarının lipid peroksidasyonu ve oksidatif hasarı, inflamasyon, tau proteinlerinin

hiperfosforilasyonu, glutaminerjik eksitotoksisiteyi arttırması gibi sekonder mekanizmalarla nörotoksik etki yaptığı düşünülmektedir. Ancak bu konuda henüz etkin bir ajan bulunamamıştır (54).

a- Antiamiloid tedaviler: Şu anda klinik kullanıma girmiş etkin ve kanıtlanmış bir antiamiloid tedavi yoktur.

b- Antioksidanlar: Antioksidan tedavinin temelini alfa-tokoferol (E vitamini) oluşturmaktadır (54). Yüksek homosistein düzeyleri Alzheimer Hastalığı için bağımsız bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (54, 55). Vitamin B₁₂, vitamin B₆ ve folik asit kullanılmasının homosistein düzeyini düşürerek Alzheimer Hastalığında etkili olabilecekleri düşünülmektedir (54, 55).

c- Antiinflamatuvar ajanlar: Alzheimer Hastalığında beyin dokusunda mikrobik olarak inflamasyonun varlığının gösterilmiş olması steroid ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların Alzheimer Hastalığı tedavisinde kullanılabileceğini düşündürmektedir (54, 56).

d- Ginkgo Biloba: Primer korunmada ginkgo biloba'ların kullanımıyla ilgili çalışmalar devam etmektedir (54, 57).

3- Farmakolojik olmayan tedaviler ve psikofarmakolojik ajanlar: Davranışsal semptomların tedavisinde ilaç kullanımının yanında farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri de bulunmaktadır. Pratik ve etkili olmaları nedeniyle ilk olarak farmakolojik olmayan yöntemlerin denenmesi önerilmektedir (54, 58). Bu yöntemlere, müzik dinletilmesi, hasta yakınlarının video kayıtlarının seyrettirilmesi, bakım verenin ses kaydının dinletilmesi, yürüme ve ışık egzersizleri, duyuşal stimülasyon ve gevşeme egzersizleri örnek olarak verilebilir (54, 59).

Demans seyrinde görülen psikoz ve ajitasyonda atipik antipsikotikler tercih edilmektedir (54). Alzheimer Hastalığında görülen depresyon tedavisinde hem selektif serotonin geri-alım inhibitörleri (SSRI) hem de trisiklik antidepresanlar etkili görülmektedir. Ancak yaşlı hastalarda trisiklik antidepresanların antikolinerjik yan etkileri nedeniyle SSRI'lar tercih edilmektedir (54).

4- Genel sağlığı korumaya yönelik aktiviteler: Alzheimer Hastalığının ileri dönemlerinde ölüme neden olabilecek sepsis, pnömoni, üst solunum yolu enfeksiyonları, beslenme problemleri, bası yaraları, kırıklar gibi ikincil problemlerin esas etkili tedavisi önlemedir. Erken evrelerde egzersiz önerileri, hipertansiyon ve

diğer sağlık problemlerinin kontrolü, grip ve pnömokok aşılılarının yapılması, ağız bakımı, gözlük ve işitme cihazı kullanımı gibi genel sağlık önerilerinin yanında, ileri evrelerde beslenme ve cilt bakımı gibi konularda rehberlik verilmesi bu tür ikincil komplikasyonların gelişmesini en aza indirecektir (54, 60).

5- Klinisyen ile hasta yakınları veya bakım verenler arasındaki iş birliği: Hastanın tedavisinin hekim tarafından ayarlansa da, hasta yakınlarının veya bakım verenlerin tedaviye aktif olarak katılmaları tedavinin başarısı için gereklidir. Hasta yakını ve bakım verenlerin ev içi güvenlik tedbirleri, ilaçların kullanım şekli, hastanın transferi, genel bakım kuralları konusunda bilgilendirilmelidirler. Diğer bir önemli nokta da bakım verenlerin sağlığıdır. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin normal topluma göre kendilerini daha sağlıksız hissettikleri, somatik yakınmaların, depresyon, anksiyete gibi şikâyetlerin daha sık görüldüğü saptanmıştır (54, 61). Alzheimer hastalarının yakınları ve bakım verenleri arasında danışma gruplarının kurulmasının teşvik edilmesi yararlı olabilir.

2.3. Yorgunluk

Yorgunluğun çeşitli tanımları yapılmıştır. Kapsamlı, yaygın, subjektif ve bir tükenme duygusu olarak tanımlandığı gibi (62), bireyin algısına bağlı olarak sübjektif, kronik, emosyonel, bilişsel ve fiziksel faktörlerin rol oynadığı, tüm bedeni etkileyen durum şeklinde de tanımlanmıştır (63).

Hastanın bireysel, sosyal, mesleki, eğitimsel ve ruhsal fonksiyonlarını sınırlandırırken, zengin klinik bulgularla birliktelik göstermektedir (15). Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin GYA'sini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (16). Hem sağlıklı hem de hasta bireyleri ilgilendiren önemli bir semptom olan yorgunluk, sağlıklı bireylerde harcanan enerji ile doğru orantılıdır ve genellikle kısa sürelidir. Kronik hastalıklarla birlikte ortaya çıkan, uyku ve dinlenmekle azalmayan, uzun süreli yorgunluk normal olmayıp, bu durum kronik yorgunluk olarak tanımlanmaktadır (64). Bir tabloya kronik yorgunluk sendromu denebilmesi için aralıksız en az altı ay süren yorgunluk hali tanımlanmalı; ek olarak bellek ve konsantrasyonda bozulma, boğaz ağrısı, servikal ve aksiller lenf nodlarında hassasiyet, kas ağrısı, çoğul eklem ağrısı, yeni baş ağrısı, dinlendirmeyen

uyku, egzersiz sonrası bitkinlik belirtilerinden en az dört tanesinin tabloya eşlik etmesi gerekmektedir (65).

Toplum tabanlı yapılan çalışmalarda kişilerin % 21.0-33.0'ünde yorgunluk rapor edilmiştir (66-70). Ayrıca psikiyatrik hastalığı olanların %60.0–80.0'inde kronik yorgunluk bildirilmiştir (69, 71, 72). Yorgunluk sıklığının kadınlarda erkeklere göre genellikle daha yüksek olduğu bildirilmektedir (68, 69). Yorgunluğa neden olduğu düşünülen faktörler şu şekilde sınıflandırılmıştır (73):

1- Patofizyolojik faktörler: Akut ve kronik enfeksiyonlar, oksijen taşıma sisteminde bozukluk, endokrin hastalıklar, nöromusküler hastalıklar, kanser, obezite, elektrolit dengesizlikleri, beslenme bozuklukları (demir, folat, B₁₂ vitamin eksikliği), AIDS.

2- Tedaviye ilişkin faktörler: Kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, uzun süreli steroid kullanımı, trankilizanlar, beta blokerler.

3- Durumsal faktörler: Depresyon, aşırı stres, kriz (kişisel, gelişimsel, mesleki, ailevi, maddi), duyuşal yüklenme (ses, ışık vb.), aşırı ısı artışı ve uzun süreli aşırı rol beklentisidir.

Uykusuzluk, yetersiz beslenme, günlük yaşamda hareketin az olması, çalışma ve sosyal yaşantıdaki sorumluluğun geçici olarak artması yorgunluğa neden olabilir. Bu tür yorgunluk, iyi bir uyku ya da stres ve aktivitenin azaltılması ile azalmakta ya da kaybolmaktadır (74).

2.4. Uyku

İnsanoğlunun temel gereksinimlerinden birisi olan uykunun tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olduğu, uyku kalitesindeki bozulmanın birçok olumsuz tıbbi durum ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (10-12). Epidemiyolojik çalışmalar, yaygın bir problem olan uyku bozukluğu sıklığını %26.0-37.0 arasında olduğu rapor edilmektedir (75). Yaşlılarda uyku bozukluğu insidansının arttığı, 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık yarısında bazı uyku bozuklukları yaşadığı belirtilmektedir (76-78).

Uyku, geçici bir bilinçsizlik dönemi olup, fizyolojik ölçütlere göre ayrılmış iki temel evreden oluşur. Bunlar hızlı göz hareketlerinin olduğu "rapid eye

movement” (REM) ve hızlı göz hareketlerinin olmadığı “non rapid eye movement” (NREM) dönemleridir. NREM’in kendi içinde dört evresi bulunmaktadır.

Evre 1 uyku; uyanıklık ve uyku arasında bir geçiş evresidir. Yatağa girdikten sonra evre 1’e kadar geçen süre uyku latensi olarak adlandırılır. Bu süre normalde 20 dakikaya kadar uzayabilmektedir.

Evre 2 uyku EEG’de uyku içcikleri ve K kompleksleri ile karakterizedir.

Evre 3 ve evre 4 uyku tek evre olarak kabul edilebilen ve EEG’de yavaş delta dalgalarının bulunduğu evredir. Evre 3 ve 4 yavaş dalga uykusu, delta uyku veya derin uyku olarak da adlandırılmaktadır. Dinlendirici uyku NREM 3 ve 4 dönemidir. Bu dönemlerin ardından REM uykusu başlar. REM uykusu ayrı dönemlere ayrılmamakla birlikte tonik ve fazik ögeler içermektedir. Tonik ögeler göz kasları ve diyafram dışındaki iskelet kaslarında atoni ile karakterizedir. Fazik ögeler ise düzensiz hızlı göz hareketleri ve kas seyirmeleri şeklinde kendini göstermektedir.

Uykunun, uyku periyodu süresi, toplam uyku süresi, uyku latensi, uyku düzeni gibi farklı yönleri bulunmaktadır. Bunlardan biri de uyku kalitesidir. Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesinin tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesinin güç olduğu bilinmektedir. Uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi, uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir. Uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olması ve kötü uyku kalitesi birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabileceğinden önemlidir.

Yaşlanma süreci ile birlikte normal uyku düzeninde bazı değişikliklerin meydana geldiği; uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlük, sabah erken saatte uyanma, gündüz saatlerinde aşırı uyuklama, uyku kalitesinden memnuniyetin ve uykusuzluk yakınmalarının arttığı bilinmektedir (13, 14, 79-81). Uykuda yaşla birlikte görülen değişiklikler sağlıklı yaşlılarda daha az görülmektedir, eşlik eden medikal ve psikiyatrik hastalığı olan 60 yaş üzeri bireylerde ise uykudaki bozulmalar çok daha belirgin olmaktadır (79).

İnsanların yaşı ilerledikçe yaşamlarında eş kaybı, yalnız yaşama, huzurevi-bakımevinde kalma, emeklilik gibi değişiklikler olmakta, kronik bedensel hastalıklar sıklaşmaktadır. Görme ve işitmede azalma sonucu ışık ve ses gibi dış uyaranları

algılamada eksiklikler ortaya çıkmaktadır. Tüm bu değişikler bireyin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (82, 83).

Uzun süre devam eden uyku bozukluğu; gündüz uyuklama, yorgunluk, depresyon, anksiyete, irritabilite, ağrıya duyarlılığın artması, kas titremeleri, immunosüpresyon, mental fonksiyonlarda azalma, genel sağlık ve fonksiyonel durumda bozulmaya neden olabilmektedir (76, 84). Yaşlılardaki uyku problemleri ve bellek bozuklukları hem yaşam kalitesini etkilemekte hem de morbidite ve mortaliteyi de arttırmaktadır (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli, Yeri ve Süresi

Bu çalışma, Eylül 2013 – Şubat 2014 tarihleri arasında Eskişehir İli, Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 26.06.2013 tarih ve 218 sayılı Etik Kurul onayı alındı.

Beylikova, Eskişehir'in doğusunda, Eskişehir-Ankara demiryolu üzerinde yer alan ve il merkezine uzaklığı 76 km olan bir ilçedir. Beylikova'da yaşayan halkın en önemli geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır (86). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre ilçe merkezinin nüfusu 1646 (%50.5)'sı erkek, 1611 (% 49.5)'i kadın olmak üzere toplam 3257'dir (87).

Araştırmanın evrenini Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerin tümü oluşturdu. Beylikova'da yaşayan 55 yaş ve üzeri bireyler ilçe merkezinde haneler tek tek dolaşarak (evlerinde bulunamayan kişiler için ikinci kez dolaşarak) çalışma hakkında bilgilendirilip çalışmaya katılmaları istendi. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden Helsinki Bildirgesi kuralları çerçevesinde bilgilendirilmiş sözlü onamları alınarak önceden hazırlanan anket formlar, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme metoduyla dolduruldu. Anket formunu doldurma işlemi yaklaşık olarak 20-25 dakika sürdü.

Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri kişi sayısı 839 (%25.8) olup, çalışmaya katılmayı kabul eden 496 (%59.1) kişi çalışma grubunu oluşturdu. Çalışma bölgesinde çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve iletişim kurmakta zorlanılan 86 (% 10.3) kişi çalışma dışı bırakıldı.

3.2. Sosyodemografik Form

Çalışmanın amacına yönelik Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı'nın görüş ve önerileri dikkate alınarak ve literatürden faydalanılarak bir anket form hazırlandı (37,44-47). Anket form, 55 yaş ve üzeri bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, cins, medeni durum, öğrenim, gelir getirici bir işte

çalışma, gelir düzeyi, hekim tanımlı kronik hastalık varlığı, aile tipi, ailede demans hikâyesi, kafa travması, sigara içme durumu, alkol tüketimi) içermektedir.

3.3. Tanımlar

Medeni durumun değerlendirilmesinde, hiç evlenmemiş olanlar ile eşi ölmüş ve/veya boşanmış olanlar “evli değil” olarak alındı.

Gelir düzeyi, kişinin kendi söylemi dikkate alınarak “kötü-orta ve üzeri” olarak gruplandırıldı.

Aile tipi sorgulamasında; Eş ve çocukları ile birlikte yaşayanlar “çekirdek”, eş ve çocukların yanında anne/baba ve/veya evli çocukları ile birlikte yaşayanlar “geniş aile”, yalnız yaşayanlar “yalnız” olarak değerlendirildi.

Herhangi gelir getirici bir iş’te çalışanlar “çalışan”, herhangi gelir getirici bir iş’te çalışmayanlar “çalışmayan” olarak alındı.

Baston, yürüteç (Walker) ve kulaklık gibi yardımcı cihaz kullananlar “yardımcı cihaz kullanıyor” olarak değerlendirildi.

Düzenli olarak günde en az 1 tane sigara içenler “sigara içiyor” olarak kabul edildi (88).

Kişilerin kendi beyanlarına göre tüketilen etil alkol miktarı ve süresine bakılmaksızın alkollü içecek tükettiğini bildirenler “alkol tüketiyor” olarak değerlendirildi (89).

Vücut kitle indeksi (VKİ), kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile hesaplandı. Çalışmaya katılanların VKİ’i 18.50-24.99 kilogram/metrekare (kg/m^2) olanlar “normal”, 25.00-29.99 kg/m^2 olanlar “kilolu” ve 30.00 kg/m^2 ve üzeri olanlar ise “obez” olarak kabul edildi (90).

3.4. Antropometrik Ölçümler

Çalışmaya katılanların boyları ve kiloları ölçüldü. Boy ölçümü sert zemin üzerinde, ayakkabısız, duvara yaslanarak, mezura ile kilo ölçümü ise kişilerin üzerinde tek kat elbise varlığında, ayakkabısız, banyo tipi baskül ile yapıldı.

3.5. Kullanılan Ölçekler

Araştırmada, Türkiye’de standardizasyonu yapılmış Standardize Mini Mental Test (SMMT), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (TGYA), Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA) kullanılmıştır.

3.5.1. Standardize Mini Mental Test

Çalışmada, kişilerin kognitif özelliklerinin belirlenmesi amacıyla Folstein ve ark. (91) tarafından 1975 yılında geliştirilen SMMT kullanıldı. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2002 yılında Güngen ve ark. (92) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplamda 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve eğitimliler ile eğitimsizler için 2 farklı çeşidi vardır. Ölçeğin 5 alt alanı olup bunlar: yönelim (10 puan), kayıt hafızası (3 puan), dikkat ve hesap yapma (5 puan), hatırlama (3 puan) ve lisan (9 puan)’dır. Corrigan (93), 14 ve altındaki puanların “düşük”, 15-25 arası puanların “orta”, 26 ve üzerindeki puanların “yüksek” kognitif düzeyi gösterdiğini belirtmiştir. Çalışmada 25 ve altında puan alanlar “kognitif fonksiyon bozukluğu var” olarak kabul edildi.

3.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

Uyku kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan PUKİ, 1989 yılında Buysse ve ark. (94) tarafından geliştirilmiştir. Son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan, psikiyatri ve genel tıp uygulamalarında hem klinik hem de araştırma amacıyla kolay ve yaygın olarak kullanılabilir nitelikte olduğu belirtilen bir ölçektir. Ölçeğin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin arkadaşı tarafından cevaplanmaktadır. Son 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılmakta ve puanlamaya katılmamaktadır. Kendini değerlendirme niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19.soru) bir oda arkadaşının veya eşinin bulunup bulunmadığı ile ilgili olup, PUKİ toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmamaktadır. Kişi tarafından cevaplanan 18 soru ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere

7 alt boyut değerlendirilmektedir. Ölçekteki her bir madde 0 (hiç sıkıntı olmaması)-3 (ciddi sıkıntı) puan arasında bir değer almaktadır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Yedi alt boyutun puanlarının toplamı ise 0-21 arasında değişmekte ve toplam PUKİ puanını vermektedir. Toplam PUKİ puanının 5 ve üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve ark. (95) tarafından yapılmıştır. “İyi uykunun” ve “kötü uykunun” tanımlanmasına yarayan PUKİ, uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü vermektedir.

3.5.3. Epworth Uykululuk Ölçeği

Ölçek, 1991'de M.W. Johns tarafından gerçekleştirilmiş olup (96), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında İzci ve ark. (97) tarafından yapılmıştır. Gündüz uyku halini göstermekte kullanılan test toplam 8 sorudan oluşmaktadır. Her soru hastanın kendisi tarafından 0-3 puan verilecek şekilde araştırmacı tarafından doldurulur. Bu ankette hastanın aşırı yorgun olmadığı sıradan bir günde, belli durumlarda uykuya dalma olasılığı sorgulanmaktadır. Tüm sorularda puanlama yöntemi aynı olup, birey uykuya dalma olasılığı hiç yoksa 0, uykuya dalması düşük olasılıklı ise 1, orta olasılıklı ise 2 ve yüksek olasılıklı ise 3 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-24'tür. Ölçekten alınan toplam puan 10 ve üzerinde ise gündüz aşırı uyku halinin varlığına işaret etmektedir.

3.5.4. Yorgunluk Şiddet Ölçeği

Çalışmada Krupp tarafından 1989'da geliştirilen (98), Armutlu ve ark. (99)'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini 2007 yılında yaptığı FSS kullanıldı. Likert tipi dokuz sorudan oluşan bu ölçekte her bir soru “1 (kesinlikle katılmıyorum) – 7 (kesinlikle katılıyorum)” arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 9-63 arasında değişirken, toplam 27 ve üzerindeki puanlar yorgunluk olduğuna işaret etmektedir. Kişilerden, son 1 aylık dönemdeki durumlarını göz önünde bulundurarak her bir soru için kendilerine uygun gelen seçenekleri söylemeleri istenmektedir.

3.5.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Yesavage ve ark. (100) tarafından 1983 yılında oluşturulan GDÖ yaşlı popülasyona yönelik bir depresyon ölçeğidir. Kişinin yaşamının son bir haftasında kendisini nasıl hissettiğine ilişkin öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan bu ölçeğin hazırlanışındaki temel amaç yanıtlanması kolay ve yaşlılara özgü olmasıdır. Yaşlı popülasyon için depresyon dışı nedenlerle oluşabilecek semptomları hedef almayan, yanıtları sadece evet ya da hayır şeklinde olan sorulara yer verilmiştir. Ölçeğin puanlamasında her soruya depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmektedir. Verilen puanların toplamı, toplam depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30. sorulara verilen her “hayır” yanıtı için 1, “evet” yanıtı için 0 puan, 3-6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28. sorulara verilen her “evet yanıtı için 1 “hayır” yanıtı için 0 puan verildi. Ölçekten alınabilecek puanlar minimum (min): 0, maksimum (max): 30’dur. Ertan ve ark. (101) ile Sağduyu (102) tarafından yapılan çalışmalarda, testin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir. Geriatrik depresyon ölçeğinde depresyon için kesme puanı 14 ve üzeri olarak kabul edildiğinde ölçeğin duyarlılığının %90, özgüllüğünün %94 olduğu hesaplanmıştır (102). Testin sağlıklı yaşlı nüfusta, bedensel hastalığı olan yaşlılarda, hafif ve orta düzeyde demansı olanlarda geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (100).

3.5.6. Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık derecesini belirlemeye yönelik olan ölçek; banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Özellikle kronik hastalıklarda ve yaşlılarda özbakım fonksiyonlarını değerlendirmek için tasarlanan ölçek 1963 yılında Katz ve ark. (103, 104) tarafından geliştirilmiştir. Yaşlı bireylerin TGYA’lerinin değerlendirilmesi; birey her bir aktiviteyi bağımsız olarak yapıyorsa 1 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 3 puan verilerek yapılmaktadır. Ölçekten toplam 0-6 arası puan alanlar “bağımsız”, 7-12 arası puan alanlar “yarı bağımlı”, 13-18 arası puan alanlar “bağımlı” olarak değerlendirilmektedir (105). Katz’ın günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Yardımcı (106) tarafından yapılmıştır.

3.5.7. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Lawton ve Brody (107) tarafından 1969 yılında geliştirilen ölçek, bireylerin her gün kullandıkları araçlarla ilgili performansını değerlendirmektedir. Telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri sorgulamaktadır. Enstrümental günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilme “3” puan, yarı bağımlılık “2” puan, bağımlı olma “1” puan olarak değerlendirilmektedir. En yüksek 24, en düşük 8 puan alınabilmekte olup, 0-8 puan alanlar “bağımlı”, 9-16 puan alanlar “yarı bağımlı”, 17-24 puan alanlar “bağımsız” olarak değerlendirilmektedir (108). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik Gürvit ve ark. (33) tarafından 2007 yılında yapılmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM-SPSS (International Business Machines- Statistical Package for Social Sciences versiyon 20.0) istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi, araştırma grubunun evreni temsil edip etmediğini belirlemek için “evren oranı önemlilik testi” kullanıldı. Çalışmada Ki-kare testi (X^2), Spearman korelasyon analizi kullanıldı. X^2 analizinde $p \leq 0.05$ düzeyinde anlamlılık veren değişkenlerle Backward Stepwise (Wald) lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Lojistik modele alınan değerler için %95 Güven Aralığı hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık için $p \leq 0.05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Türkiye İstatistik Kurumu 2012 verilerine göre Beylikova ilçe merkezinde 55 yaş ve üzeri toplam 839 kişinin 387 (%46.1)'si erkek, 452 (%53.9)'si kadındır (109). Çalışma grubunu oluşturan toplam 496 kişinin 223 (%45.0)'ü erkek, 273 (%55.0)'ü ise kadındır.

Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireyler ile araştırma grubu arasında cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum arasında fark bulunamadı. Beylikova'da yaşayan 55 yaş ve üzeri bireyler ile araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu ve medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 4.1'de, araştırma grubunun cinsiyet dağılımı cinsiyet dağılımı Tablo 4.2 ve Şekil 4.1'de gösterilmiştir.

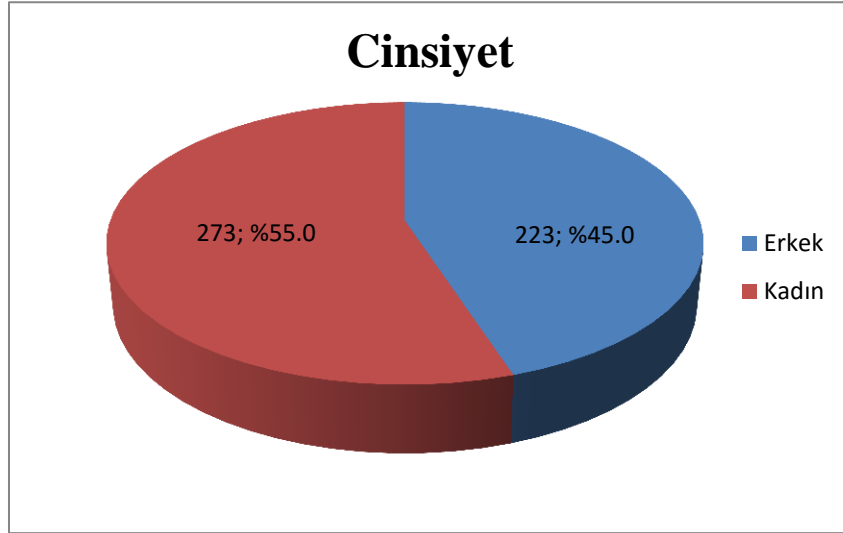
Tablo 4.1. Beylikova'da yaşayan 55 yaş ve üzeri bireyler ile araştırma grubunun cinsiyet, yaş grubu ve medeni durumlarına göre dağılımları.

	Çalışma Grubu n(%)	Beylikova n(%)*	İstatistiksel Analiz t; p
Yaş Grupları			
55-59 yaş	134 (27.0)	208 (24.8)	1.105; >0.05
60-64 yaş	101 (20.4)	167 (19.9)	0.277; >0.05
65 yaş ve üzeri	261 (52.6)	64 (55.03)	-1.205; >0.05
Cinsiyet			
Erkek	223 (45.0)	387 (46.1)	-0.507; >0.05
Kadın	273 (55.0)	452 (53.9)	
Medeni Durum			
Evli	354 (71.4)	586(69.8)	0.788; >0.05
Evli Değil	142 (28.6)	253 (30.2)	
Toplam	496 (100.0)	839 (100.0)	

*Türkiye İstatistik Kurumu 2012 (87)

Tablo 4.2. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı.

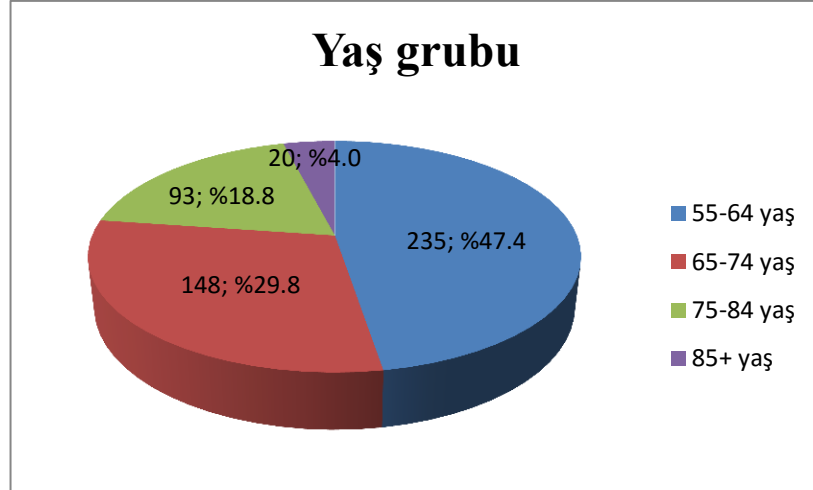
Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	223	45.0
Kadın	273	55.0
Toplam	496	100.0

**Şekil 4.1.** Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı cinsiyet dağılımı.

Araştırma grubunun yaş ortalaması 66.98 ± 9.07 (min:55.0, max: 98.0) yıl olup, kadınların yaş ortalaması 67.13 ± 9.18 yıl, erkeklerin yaş ortalaması ise 66.78 ± 8.96 yıl idi. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.3 ve Şekil 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş Grupları	Sayı	%
55-64 yaş	235	47.4
65-74 yaş	148	29.8
75-84 yaş	93	18.8
85+ yaş	20	4.0
Toplam	496	100.0



Şekil 4.2. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı yaş gruplarına göre dağılımı.

Araştırma grubunun 325 (%71.4)'i evli, 441 (%88.9)'i ilkokul ve altı öğrenimli, 252 (%50.2)'si ise gelir getirici bir iş'te çalışmakta, 119 (%24.0)'unun gelir durumu kötü, 353 (%71.2)'ü çekirdek aile yapısında, 36 (%7.3)'sının ailesinde demans hikayesi mevcut, idi. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.

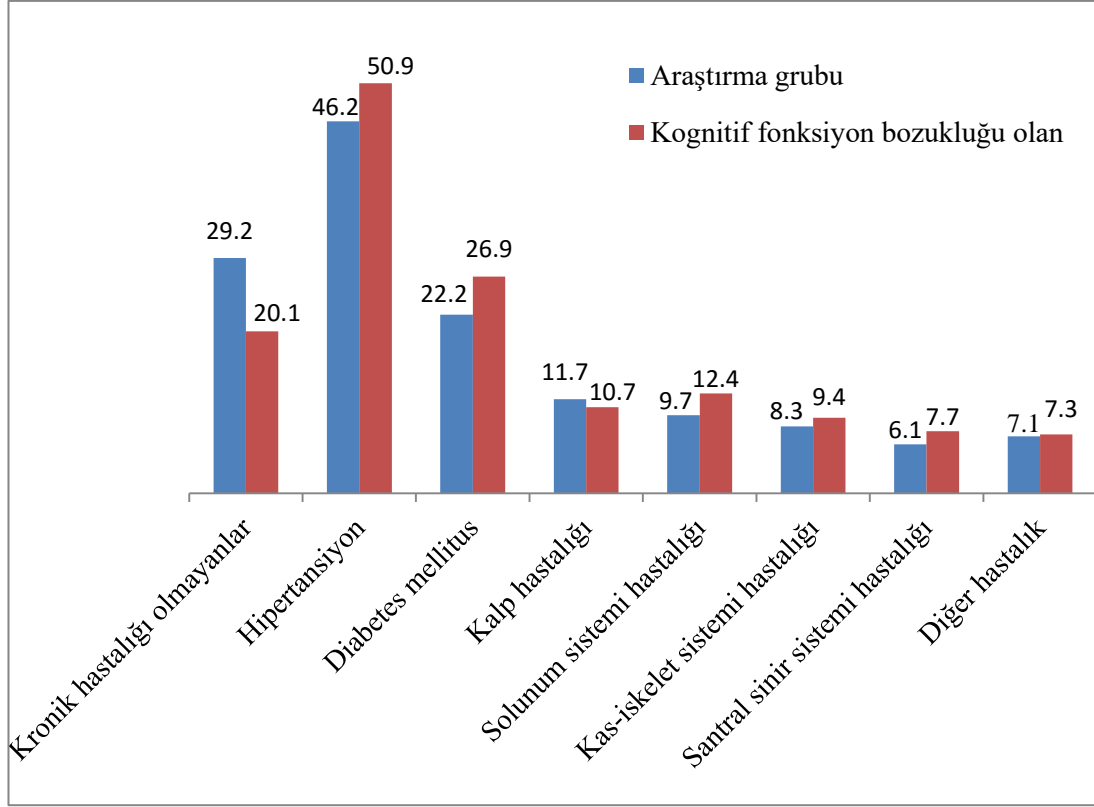
Bazı sosyodemografik özellikler	Sayı	%
Medeni durum		
Evli	354	71.4
Evli değil	142	28.6
Öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	441	89.9
Ortaokul ve üzeri	55	11.1
Çalışma durumu		
Çalışmayan	244	49.2
Çalışan	252	50.8
Gelir düzeyi		
Kötü	119	24.0
Orta ve üzeri	377	76.0
Aile tipi		
Yalnız	85	17.1
Çekirdek	353	71.2
Geniş	58	11.7
Ailede demans hikâyesi		
Yok	460	92.7
Var	36	7.3

Araştırma grubunun 351 (%70.8)'inde hekim tanılı herhangi bir kronik hastalık, 79 (%15.9)'unda herhangi bir yardımcı cihaz kullanımı, 47 (%9.5)'sinde kafa travması, 110 (%21.1)'unda sigara içme, 34 (%6.9)'ünde ise alkol tüketimi mevcuttu. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı.

Sağlıkla ilgili bazı özellikler	Sayı	%
Hekim tanımlı kronik hastalık varlığı		
Yok	145	29.2
Var	351	70.8
Yardımcı cihaz kullanımı		
Yok	417	84.1
Var	79	15.9
Kafa travması		
Yok	449	90.5
Var	47	9.5
Sigara içme durumu		
Hiç içmedim	285	57.5
Bıraktım	101	20.4
İçiyorum	110	22.1
Alkol tüketimi		
Yok	462	93.1
Var	34	6.9

Araştırma grubunun 229 (%46.2)'unda hipertansiyon, 110 (%22.2)'unda diabetes mellitus mevcuttu. Araştırma grubu ve kognitif fonksiyon bozukluğu olanlarda hekim tanımlı kronik hastalıkların dağılımı Şekil 4.3'te verilmiştir.



Şekil 4.3. Araştırma grubu ve kognitif fonksiyon bozukluğu olanlarda hekim tanıli kronik hastalıkların dağılımı.

Araştırma grubundaki kişilerin ortalama; kiloları 74.53 ± 12.99 kg (min: 38.0 kg, max:126.0 kg), boyları 161.25 ± 9.58 santimetre (cm) (min: 134.0 cm, max: 189.0 cm), VKİ'leri 28.79 ± 5.30 (min: 18.79, max: 55.46)'dur. Araştırma grubunun VKİ'ne göre dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Araştırma grubunun Vücut Kitle İndeksi'ne göre dağılımı.

VKI	Sayı	%
Normal	113	22.8
Kilolu	206	41.5
Obez	177	35.7
Toplam	496	100.0

Araştırma grubundaki yaşlıların SMMT'nden aldıkları puanların medyanı 26.0 (min:3.0, max:30.0) puan olup, katılımcıların 234 (% 47.2)'ünde kognitif

fonksiyon bozukluğu tespit edildi. Dünya Sağlık Örgütü Standart Popülasyonuna göre yapılan standardizasyon sonrasında yaşa standardize prevalans hızı %43.2 olarak hesaplandı. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
Erkek	136 (61.0)	87 (39.0)	233 (45.0)
Kadın	126 (46.2)	147 (53.8)	273 (55.0)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $X^2= 10.836$; $p= 0.001$

Araştırma grubunda yaş arttıkça kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı (KFBS)’nin arttığı, 85 yaş ve üzeri grupta 17 (%85.0) kişide kognitif fonksiyon bozukluğu tespit edildi. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların yaş gruplarına göre sıklığının dağılımı.

Yaş grup	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
55-64 yaş	155 (%66.0)	80 (%34.0)	235 (%47.4)
65-74 yaş	77 (%52.0)	71 (%48.0)	148 (%29.8)
75-84 yaş	27 (%29.0)	66 (%71.0)	93 (%18.8)
85+ yaş	3 (%15.0)	17 (%85.0)	20 (%4.0)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, X^2 trend = 48.017; $p< 0.001$

Evli olmayanlardan 95 (%66.9)'inde, ilkokul altı öğrenimlilerden 110 (%71.4)'unda, gelir getirici işte çalışmayanların 133 (%52.8)'ünde, gelir durumu kötü olanların 67 (%56.3)'sinde, yalnız yaşayanların 58 (%68.2)'inde, ailesinde demans hikayesi olanların 17 (%36.5)'sinde kognitif fonksiyon bozukluğu tespit edildi. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

Bazı sosyodemografik özellikler	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu			İstatistiksel analiz χ^2 ; p
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**	
Medeni durum				
Evli	215 (60.7)	139 (39.3)	354 (71.4)	31.168; <0.001
Evli değil	47 (33.1)	95 (66.9)	142 (28.6)	
Öğrenim durumu				
İlkokul ve altı	217 (49.2)	224 (50.8)	441 (88.9)	20.870; <0.001
Ortaokul ve üzeri	45 (81.8)	10 (18.2)	55 (11.1)	
Çalışma durumu				
Çalışmayan	119 (47.2)	133 (52.8)	252 (50.8)	6.447; 0.011
Çalışan	143 (58.6)	101 (41.4)	244 (49.2)	
Gelir düzeyi				
Kötü	52 (43.7)	67 (56.3)	119 (24.0)	5.231; 0.022
Orta ve üzeri	210 (55.7)	167 (43.4)	377 (76.0)	
Aile tipi				
Yalnız	27 (31.8)	58 (68.2)	85 (17.1)	22.386; < 0.001
Çekirdek	209 (59.2)	144 (40.8)	353 (71.2)	
Geniş	26 (44.8)	32 (55.2)	58 (11.7)	
Ailede demans hikâyesi				
Yok	229 (51.6)	215 (48.4)	444 (89.5)	2.183; 0.140
Var	33 (63.5)	17 (36.5)	36 (10.5)	

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılanlardan hekim tanımlı kronik hastalığa sahip olanların 187 (%53.3)'sinde, yardımcı cihaz kullananların 58 (%73.4)'inde, kafa travması olanların 19 (%40.4)'unda, sigara içenlerin 41 (%37.3)'inde, alkol tüketenlerin 14 (%41.2)'ünde, VKI'yi normal olanların 56 (%49.6)'sında kognitif fonksiyon bozukluğu tespit edildi. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların sağlıkla ilgili bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların sağlıkla ilgili bazı özelliklere göre dağılımı.

Sağlıkla ilgili bazı özellikler	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu			İstatistiksel analiz X ² ; p
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**	
Hekim tanımlı kronik hastalık varlığı				
Yok	98 (67.6)	47 (32.4)	145 (29.2)	17.922; <0.001
Var	164 (46.7)	187 (53.3)	351 (70.8)	
Yardımcı cihaz kullanımı				
Yok	241 (57.8)	176 (42.2)	417 (84.1)	25.963; <0.001
Var	21 (26.6)	58 (73.4)	79 (15.9)	
Kafa travması				
Yok	234 (52.1)	215 (47.9)	449 (90.5)	0.674; 0.412
Var	28 (59.6)	19 (40.4)	47 (9.5)	
Sigara içme durumu				
Hiç içemedim	144 (50.5)	141 (49.5)	285 (57.5)	5.685; 0.058
Bıraktım	49 (48.5)	52 (51.5)	101 (20.4)	
İçiyorum	69 (62.7)	41 (37.3)	110 (22.2)	
Alkol tüketimi				
Yok	242 (52.4)	220 (47.6)	462 (93.1)	0.301; 0.583
Var	20 (58.8)	14 (41.2)	34 (6.9)	
VKI				
Normal	57 (50.4)	56 (49.6)	113 (22.8)	1.098; 0.578
Kilolu	106 (51.5)	100 (48.5)	206 (41.5)	
Obez	99 (55.9)	78 (44.1)	177 (35.7)	

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi

Araştırma grubunun PUKİ'nden aldıkları puanların medyanı 5.0 (min:0.0, max:18.0) idi. Çalışmada uyku kalitesi kötü olarak tespit edilen 272 (%54.6) kişiden 144 (%53.1)'ünde kognitif fonksiyon bozukluğu saptandı. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların uyku kalitesine göre dağılımı Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların uyku kalitesine göre dağılımı.

Uyku kalitesi	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
İyi	135 (60.0)	90 (40.0)	225 (45.4)
Kötü	127 (46.9)	144 (53.1)	272 (54.6)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $X^2 = 8.513$; $p = 0.004$

Araştırma grubunun EUÖ'nden aldıkları puanların medyanı 4.0 (min:0.0, max:24.0) idi. Çalışmada gündüz uykululuğu olan 100 (%20.2) kişiden 62 (%62.0)'sinde kognitif fonksiyon bozukluğu saptandı. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların göre gündüz uykululuk durumuna göre dağılımı Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların gündüz uykululuk durumuna göre dağılımı.

Gündüz Uykululuk	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
Yok	224 (56.6)	172 (43.4)	396 (79.8)
Var	38 (38.0)	62 (62.0)	100 (20.2)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $X^2 = 11.043$; $p = 0.001$

Araştırma grubunun FSS'nden aldıkları puanların medyanı 36.0 (min:0.0, max:54.0) idi. Çalışmada yorgun olarak tespit edilen 317 (%63.9) kişiden 180 (%56.8)'inde kognitif fonksiyon bozukluğu saptandı. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların yorgunluk durumlarına göre dağılımı Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların yorgunluk durumlarına göre dağılımı.

Yorgunluk	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
Yorgun değil	125 (69.8)	54 (30.2)	179 (36.1)
Yorgun	137 (43.2)	180 (56.8)	317 (63.9)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $X^2 = 32.518$; $p = 0.004$

Araştırma grubunun GDÖ'nden aldıkları puanların medyanı 8.0 (min:0.0, max:29.0) idi. Çalışmada depresyon tespit edilen 139 (%28.0) kişiden 89 (%64.0)'unda kognitif fonksiyon bozukluğu saptandı. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların depresyon şüphesi varlığına göre dağılımı Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların depresyon şüphesi varlığına göre dağılımı.

Depresyon Şüphesi	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
Yok	212 (59.4)	145 (40.6)	357 (72.0)
Var	50 (36.0)	89 (64.0)	139 (28.0)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $X^2 = 22.006$; $p < 0.001$

Araştırma grubunun TGYA'ndan aldıkları puanların medyanı 6.0 (min:6.0, max:18.0) puan idi. Çalışmada yarı bağımlı/bağımlı tespit edilen 52 (%10.5) kişiden 45 (%86.5)'inde kognitif fonksiyon bozukluğu saptandı. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların günlük yaşam aktivite durumlarına göre dağılımı Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların günlük yaşam aktivite durumlarına göre dağılımı.

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
Bağımsız	255 (57.4)	189 (42.6)	444 (89.5)
Yarı bağımlı/Bağımlı	7 (13.5)	45 (86.5)	52 (10.5)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $X^2 = 34.372$; $p < 0.001$

Araştırma grubunun EGYA'ndan aldıkları puanların medyanı 21.0 (min:7.0, max:21.0) puan idi. Çalışmada yarı bağımlı/bağımlı tespit edilen 53 (%10.7) kişiden 47 (%88.7)'sinde kognitif fonksiyon bozukluğu saptandı. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların Enstrümental GYA durumlarına göre dağılımı Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanların enstrümental günlük yaşam aktivite durumlarına göre dağılımı.

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	Kognitif Fonksiyon Bozukluğu		
	Yok (%)*	Var (%)*	Toplam (%)**
Bağımsız	256 (57.8)	187 (42.2)	443 (89.3)
Yarı bağımlı/Bağımlı	6 (11.3)	47 (88.7)	53 (10.7)
Toplam	262 (52.8)	234 (47.2)	496 (100.0)

*Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi, $X^2 = 41.014$; $p < 0.001$

Kognitif fonksiyon bozukluğu sıklığı ile ilişkili faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde oluşturulan modele X^2 analizde $p \leq 0.05$ anlamlılık veren cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, hekim tanıli kronik hastalık varlığı ve yardımcı cihaz kullanımı değişkenleri alındı.

Lojistik regresyon analizinde; 75 ve üzeri yaş grubunda olmak, ilkokul ve altı öğrenime sahip olmak, evli olmama ve hekim tanıli kronik hastalık varlığı KFBS ile ilişkili değişkenler olarak bulundu ($p \leq 0.05$). Kognitif fonksiyon bozukluğu için 64 yaş ve altı referans alındığında 75-84 yaş grubu 3.25 kat, 85 yaş ve üzeri grubu 6.78 kat daha riskli bulundu. Ortaokul ve üzeri öğrenime sahip olma referans alındığında ilkokul ve altı öğrenime sahip olma 3.35 kat daha riskli bulundu. Medeni durum için evli olanlar referans alındığında evli olmayanlar 1.80 kat daha riskli bulundu. Kognitif fonksiyon bozukluğu için, hekim tanıli kronik hastalığa sahip olanlarda 1.87 kat olmayanlara göre daha fazla risk saptandı. Araştırma grubunda KFBS ile ilişkili faktörleri gösteren lojistik regresyon model sonucu Tablo 4.17’de verilmiştir.

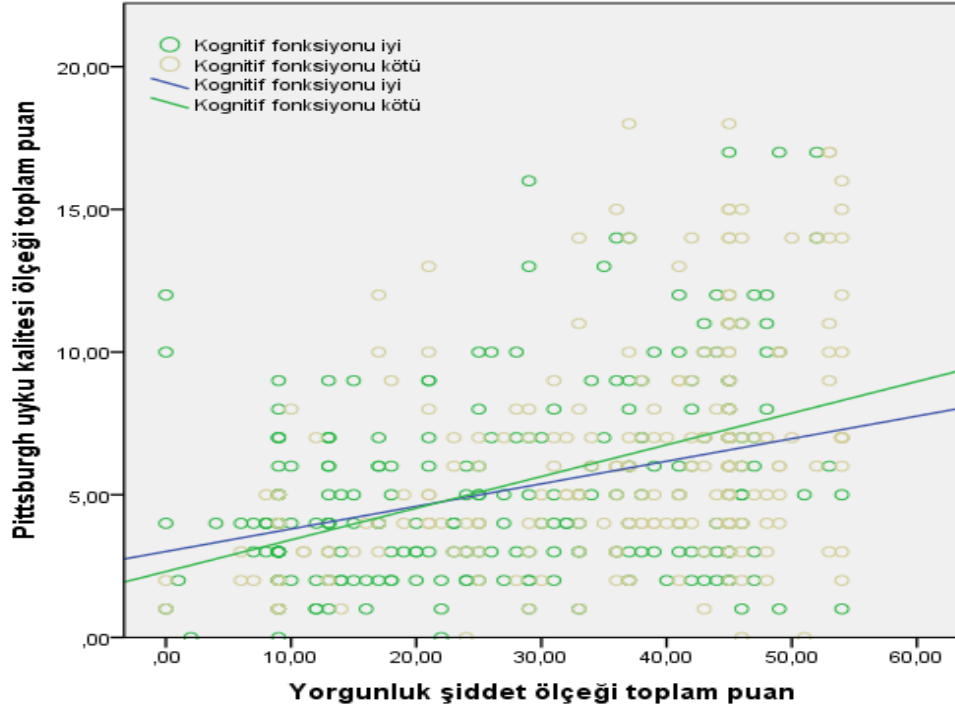
Tablo 4.17. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı ile ilişkili faktörleri gösteren Backward Stepwise (Wald) lojistik regresyon model (step 6).

Özellikler	Beta	Standart hata	p	Odd's Oranı	%95 Güven Aralığı
Yaş grup (Referans: 64 yaş ve altı)					
65-74 yaş	0.350	0.226	0.122	1,420	0.911-2.212
75-84 yaş	1.179	0.285	0.000	3,253	1.860-5.689
85 yaş ve üzeri	1.914	0.676	0.005	6,781	1.803-25.500
Öğrenim durumu (Referans: Ortaokul ve üzeri)					
İlkokul ve altı	1.209	0.386	0.002	3.351	1.574-7.135
Medeni durum (Referans:evli)					
Evli değil	0.590	0.234	0.012	1.803	1.141-2.850
Hekim tanıli kronik hastalık (Referans: Yok)					
Var	0.625	0.222	0.005	1.869	1.210-2.887
Constant	-2.217	0.401	0.000		

Çalışma grubunun SMMT puan azalışı ile PUKİ, EUÖ, FSS, GDÖ, TGYA puanının arttığı ve EGYA puanının azaldığı saptandı. Uyku kalitesi kötü, gündüz uykulu, yorgun, depresyon şüphesi olanlar ve yarı bağımlı/bağımlı olanlarda KFBS daha fazla tespit edildi. Araştırma grubunun bazı ölçeklerden aldıkları puanlar ile SMMT puanı arasındaki korelasyon Tablo 4.18’de, kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanlarda uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki korelasyon Şekil 4.4’te verilmiştir.

Tablo 4.18. Araştırma grubunun bazı ölçeklerden aldıkları puanlar ile Standardize Mini Mental Test puanı arasındaki korelasyon.

Bazı ölçeklerden alınan puan	SMMT puan
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	$r_s = -0.210; p < 0.001$
Yorgunluk Şiddet Ölçeği	$r_s = -0.334; p < 0.001$
Geriatrik Depresyon Ölçeği	$r_s = -0.371; p < 0.001$
Epworth Uykululuk Ölçeği	$r_s = -0.238; p < 0.001$
Katz Bağımlılık Ölçeği	$r_s = -0.279; p < 0.001$
Enstrümental Bağımlılık Ölçeği	$r_s = 0.461; p < 0.001$



Şekil 4.4. Araştırma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olan ve olmayanlarda uyku kalitesi ve yorgunluğun korelasyonu.

5.TARTIŞMA

Demans ve diğer kognitif problemler yaygın görülen halk sağlığı sorunlarından. Dünya genelinde 2012 yılında 35.6 milyon demanslı olduğu ve bu rakamın her 20 yıl için ikiye katlanacağı ön görülmektedir (49).

Çalışma grubunda KFBS %47.2 olarak bulundu. Çuhadar ve ark. (110) Gaziantep'te yaptıkları çalışmada KFBS'nı %43.3 olarak bildirmişlerdir. Vincze ve ark. (111) Macaristan'da yapmış oldukları çalışmada KFBS'nı %48.0 olarak belirtmektedirler.

Dünyada yapılan KFBS ve/veya demans toplumlarda genetik, demografik, sosyo-kültürel ve çalışmada kullanılan yöntem farklılığı nedeniyle %2.7-60.6 arasında değişmektedir. Kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı ve/veya demans için yapılan çalışmalarda Güney Kore'de %2.7 (112), İtalya'da %6.5 (45), Amerika Birleşik Devletleri'nde %16.0 (44), Fransa'da %42.0 (113), Macaristan'da %48.0 (111), Brezilya'da %60.6 (47) olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde KFBS'nı Kavakçı ve ark. (114) %17.1, Diker ve ark. (105) %32.6, Yaman ve ark. (115) %53.7, Amuk ve ark. (116)'da %62.4 olarak rapor etmişlerdir.

Arslantaş ve ark. (37) Eskişehir İlinde yaptıkları çalışmada KFBS'nı %20.4 olarak belirtmektedirler.

Östrojen'in öğrenme ve hafıza üzerine olumlu etkisi çeşitli mekanizmalar ile açıklanmaktadır. Öğrenme ve hafıza ile ilgili nörotransmitter sisteminden biri olan glutamat sistemi, östrojenden etkilenmektedir (117). Bu etkilenme uzun süreli öğrenmeyi sağlayan N-metil-D-aspartat reseptörünün aktivasyonunu artırma yönündedir. Östrojenin nöronların birbirleri ile iletişim yeteneklerini uyardığı bildirilmektedir (118). Östrojen sinir hücrelerini ekzototoksinlerden ve serbest radikal hasarından korumak için bir antioksidan olarak hareket edebilir (119). Östrojenin Alzheimer Hastalığında oluşan amiloid öncü protein oluşumunu engellediği, amiloid- β ve senil plak birikimini azaltarak koruyucu etki gösterdiği de ileri sürülmüştür (120). Kognitif fonksiyonu düşük olan kadınlarda amiloid- β proteinin plazma seviyelerinin yüksekliği geç başlangıçlı Alzheimer Hastalığının cinsiyete bağlı insidansındaki artışı açıklayıcı biyolojik mekanizma olabilir (121). Bu durum postmenopozal kadınlarda östrojen düzeylerinde ani düşüş olurken erkeklerde

testesteronun aromatisasyonu sonucu östrojene dönüşüm nedeniyle östrojen düzeylerinde ani düşüşün olmaması ile açıklanmaktadır. Çalışmamızda KFBS kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulundu ($p \leq 0.05$). Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (37, 110, 111, 114, 116, 122-126). Oysa Rocca ve ark. (127) demans sıklığının 75 yaş altında erkeklerde daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir. Erkekler ve kadınlar arasında demans sıklığı açısından bir fark bulunamadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (105, 112, 115, 128-131).

Framingham insidans çalışmasında ise, cinsler arasında insidans farkı saptanamamış ve bu durum araştırmacıların prevalans ile ilgili bulgularını, demans geliştikten sonra iki cinsin farklı sağ kalım oranlarına bağlamalarına neden olmuştur (132).

Yaşla ilgili görülen bellek bozukluğu nöron kayıpları ve sinaptik değişiklikleri içermektedir (133). Yaşlanma ile oksidatif strese artış, inflamasyon ve nöroprotektif faktörlerin kaybı beyin atrofisine katkıda bulunabilmektedir. Çalışma grubunda yaş arttıkça KFBS daha yüksek saptandı ($p \leq 0.05$). Çalışmamızda oluşturulan lojistik modelde KFBS 64 yaş ve altı gruba göre 75-84 yaş grubundakilerde 3.25 kat, 85 yaş üzeri gruptakilerde 6.78 kat daha fazla bulundu. Keskinoglu ve ark. (126) İzmir’de yapmış oldukları çalışmada KFBS’nin 80 yaş ve üzeri grupta 79 yaş ve altı gruba göre 4.23 kat fazla bulunduğunu bildirmişlerdir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da KFBS’nin yaş artışına paralel olarak arttığı bildirilmektedir (37, 110-112, 114-116, 123-125, 128, 134, 135). Oysa Altıntaş ve ark. (130) Ankara’da bir huzurevinde yapmış oldukları çalışmada yaş grupları arasında KFBS açısından fark bulunamadığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada evli olmayanlarda KFBS evli olanlara göre daha yüksek bulundu ($p \leq 0.05$). Oluşturulan lojistik modelde de evli olanlara göre evli olmayanlar kognitif fonksiyon bozukluğu için önemli bir risk faktörü olduğu saptandı ($p \leq 0.05$; OR=1.803). Yaşlılarda evli olmayanlarda kognitif fonksiyon bozukluğunun daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (112, 114, 122, 124, 126, 134). Yapılan çeşitli çalışmalarda ise evli olan ve evli olmayan gruplar arasında KFBS yönünden fark bulunamadığı rapor edilmiştir (105, 115, 123).

Erken yaşlarda alınan eğitimin, neokortikal sinaptik dansiteyi etkileyerek bilişsel kapasiteyi arttırdığı ve demans açısından koruyuculuk sağladığı bilinmektedir

(136-138). Çalışma grubunda ilkokul ve altı öğrenime sahip olanlarda KFBS daha yüksek saptandı ($p \leq 0.05$). Oluşturulan lojistik modelde de ilkokul ve altı öğrenime sahip olmanın kognitif fonksiyon bozukluğu için önemli bir risk faktörü olduğu bulundu ($p \leq 0.05$; OR=3.351). Yapılan çoğu çalışmada kognitif fonksiyon bozukluğu olan grupta öğrenim düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (37, 105, 110-112, 114-116, 122-125, 129, 134, 137, 139). Öğrenim durumu ile KFBS arasında bir ilişki bulunamadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (128, 135, 140).

Çalışma grubunda herhangi gelir getirici bir işte çalışanlarda KFBS daha az saptandı ($p \leq 0.05$). Keskinoglu ve ark. (126)'da benzer sonuç rapor etmişlerdir. Çalışma grubunda gelir durumunu kötü olarak bildirenlerde KFBS daha fazla saptandı ($p \leq 0.05$). Benzer şekilde geliri giderinden az olan bireylerde KFBS'nın daha fazla olduğu rapor edilmiştir (105, 123, 126, 141). Amuk ve ark. (116) ise yaptıkları çalışmada gelir durumu ile kognitif fonksiyon bozukluk varlığı arasında bir ilişki bulunamadığını bildirmişlerdir. Bu durum gelir getirici bir işte çalışmayanların ve gelir durumunu kötü olarak bildirenlerin öğrenim düzeylerinin düşüklüğünden kaynaklanabilir.

Yaşlılıkla birlikte artan işlevsel kayıplar nedeniyle kişiler çeşitli açılardan bağımlı hale gelmektedir. Artan bakım ihtiyacı yoğun olarak aile bireyleri ve öncelikle çocuklar aracılığı ile sağlanmaktadır. Modern çağ yaşantısıyla birlikte aile içerisindeki daralma, geniş aile tipinin çekirdek aile tipine kayması ve zayıflayan aile bağları gittikçe daha fazla yaşlının, toplumdan destek ihtiyacını doğurmaktadır. Çalışma grubunda çekirdek aile yapısına sahip olanlarda kognitif fonksiyon bozukluğu daha az saptandı ($p \leq 0.05$). Soykök ve ark. (142) yalnız yaşayanlarda kognitif fonksiyon bozukluğunun daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Oysa Keskinoglu ve ark. (124) eş/çocuklarıyla ya da yalnız yaşayanlarda KFBS arasında fark bulunamadığını rapor etmiştir.

Erken başlangıçlı Alzheimer Hastalığı otozomal dominant geçiş göstermekte, geç başlangıçlı Alzheimer Hastalığında kişide bir adet apolipoprotein E-4 allelinin bulunması Alzheimer Hastalığı riskini iki-üç kat arttırırken, apolipoprotein E-2 allelinin bulunması hastalık için koruyucu özellik gösterdiğinden ailesinde demans hikâyesi olan grupta kognitif fonksiyon bozukluğu daha fazla beklenmektedir (18). Çalışma grubunda ailesinde demans hikâyesi olan ve olmayan bireyler arasında

KFBS yönünden fark bulunamadı ($p>0.05$). Launer ve ark. (143) ile Yaman ve ark. (115)'nin yaptığı çalışmada da ailesinde demans hikâyesi olan ve olmayan gruplarda KFBS yönünden bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Oysa Arslantaş ve ark. (37)'nin yaptığı çalışmada ailede demans hikâyesi olanlarda kognitif fonksiyon bozukluğunun daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Çalışmada yaşlıların %70.8'inde bir kronik hastalığın olduğu saptandı. Berberoğlu ve ark. (144)'nin yaptığı çalışmada da yaşlıların %74.7'sinde hekimce tanısı konulmuş en az bir kronik hastalığın bulunduğu rapor edilmiştir. Çalışma grubunda hekim tanıli herhangi bir kronik hastalığa sahip olanlarda KFBS daha fazla bulundu ($p\leq 0.05$). Ayrıca oluşturulan lojistik modelde de hekim tanıli kronik hastalığa sahip olmanın kognitif fonksiyon bozukluğu için önemli bir risk faktörü olduğu tespit edildi ($p\leq 0.05$; OR=1.869). Benzer şekilde eşlik eden bazı organik hastalığı olanlarda kognitif fonksiyon bozukluğunun daha fazla bulunduğunu bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte (116, 124, 126), fark bulunmadığını bildiren çalışma da mevcuttur (142).

Çalışma grubunda herhangi bir yardımcı cihaz kullananlarda KFBS daha fazla saptandı ($p\leq 0.05$). Literatürde yardımcı cihaz kullanımı ile ilgili bulguya rastlanamadı.

Kafa travmasının nöronal hasara yol açtığı, bunun amiloid- β birikimini arttırdığı, bunların da daha sonra amiloid plaklara dönüştüğü, gerek hayvan gerekse de insan çalışmalarında gösterilmiştir (127, 145). Yapılan bazı çalışmalarda da kafa travması olanlarda demansın daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (114, 125, 137). Ancak çalışmamızda şiddetli herhangi bir kafa travması olan ya da olmayan gruplarda KFBS yönünden fark bulunamadı ($p>0.05$). Benzer şekilde çeşitli çalışmalarda kafa travması olan ve olmayan gruplar arasında KFBS açısından fark bulunmadığı bildirilmiştir (37, 124, 143).

Sigara içme durumu ve demans ile ilişkili çelişkili bilgiler bildirilmektedir. Sigaranın serbest radikal hasarı ve mikrovasküler hastalık yoluyla demans gelişimini ilişkilendiren çalışma olduğu gibi (146), nikotinin senil plak oluşumunu azaltarak Alzheimer Hastalığı üzerine koruyucu etkiye sahip olabileceğini bildiren çalışmada bulunmaktadır (147). Çalışma grubunda sigara içen ve içmeyenlerde KFBS yönünden fark bulunamadı ($p>0.05$). Benzer şekilde sigara içimi ile demans varlığı

arasında bir ilişki bulunamadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (112, 129, 148). Yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içenlerde KFBS daha fazla olduğu rapor edilmiştir (116, 127, 149-153). Ancak sigara içiminin KFBS azalttığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (111, 114, 147).

Alkolün bilişsel işlevler üzerinde intoksikasyon, yoksunluk, kafa travması, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, hipoglisemi, hepatik yetmezlik, beslenme yetersizliği, Wernicke-Korsakoff bozukluğu gibi dolaylı olumsuz etkileri vardır ve doğrudan nörotoksindir; yeterli doza ulaştığında demansa yol açabilir. Bununla beraber düşük, ılımlı dozlarda demans riskini azaltabilmektedir (154, 155). Çalışma grubunda alkol tüketen ve tüketmeyenlerde KFBS yönünden fark bulunamadı ($p>0.05$). Bu durumun nedenlerinden biri, alkol tüketen kişi sayısının az olması olabilir. Alkol tüketimi ile demans varlığı arasında bir ilişki bulunamadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (129, 156). Ancak, alkol tüketiminin KFBS'ni azalttığını bildiren çalışmalar da rapor edilmiştir (114, 157, 158). Alkol tüketmenin kognitif fonksiyon bozukluğunu arttırdığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (111, 116, 159).

Sekonder demans sınıflamasında diğer bir geniş grup ise beyni etkileyen sistemik hastalık ve durumlardır. Beyni etkileyen sistemik hastalıklar demans ile birlikte ortaya çıkabileceği gibi, seyirleri sırasında da demans tablosu oluşabilirler. Çalışma grubunda obez, kilolu ve normal kiloya sahip olma ile KFBS arasında fark bulunamadı ($p>0.05$). Kognitif fonksiyon bozukluğunun obezlerde daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar (129, 153, 160) yanında, zayıf kişilerde KFBS'nin arttığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (112, 161, 162). Bazı çalışmalarda ise hayatın son döneminde kilo kaybı olanlarda kognitif fonksiyon bozukluğunun daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (163-168).

Uyku bozukluğu demansın diğer alt tiplerinde de görülen problemlerden biridir (169). Demans hastalarında yaşlanmayla meydana gelen nöro-endokrin değişikliklerin (melatonin azalması, noktürnal kortizol düzeyinde artış, büyüme hormonu azalması vb.) ve suprakiazmatik nükleus hücre kaybının daha belirgin olduğu düşünülmektedir. Bu değişikliklerin uykunun sirkadiyen ritminin bozulmasında temel rol oynadığına inanılmaktadır (170). Demans hastalarının yaklaşık % 25.0-35.0'inde uyku bozukluklarının tabloya eklendiği rapor edilmektedir

(171). Çalışmaya katılanlardan kognitif fonksiyon bozukluğu olanların %61.5'inin uyku kalitesi kötü olarak saptandı. Malezya'da toplum tabanlı yapılan bir çalışmada demanslı hastalarda uyku bozukluğu sıklığının %41.0 olduğu bildirilmiştir (172). Çalışma grubunda uyku kalitesi kötü olanlarda kognitif fonksiyon bozukluğu fazla bulundu ($p \leq 0.05$). Yapılan korelasyon analizinde de kişinin kognitif bozukluğu arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği tespit edildi. Povtin ve ark. (125)'nin yapmış olduğu çalışmada da kognitif bozukluğu olanlarda olmayanlara göre uyku bozukluğunun 3.15 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Diker ve ark. (105) yapmış olduğu çalışmada ise kognitif fonksiyon bozukluğu ile uyku puanı arasında bir ilişki saptanamadığını belirtmişlerdir.

Aşırı gündüz uykululuğu bireylerin zihinsel, fiziksel ve mesleki performanslarını ciddi düzeyde etkileyebilecek risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Normal popülasyonda beklenen aşırı gündüz uykululuk hali %10.0-25.0 arasında bildirilmektedir (173). Çalışma grubunun %20.2'sinde gündüz aşırı uykululuğun varlığı tespit edildi. Gündüz aşırı uykululuğu bulunan 55 yaş ve üzeri bireylerde kognitif fonksiyon bozukluğu daha fazla bulundu ($p \leq 0.05$). Merlino ve ark. (174)'da İtalyan erkeklerde yapmış oldukları çalışmada gündüz uykululuğu bulunanlarda demans sıklığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Yorgunluk, toplumun neredeyse yarısından fazlasında gözlenen bir semptomdur (175). Enerji ve motivasyon eksikliğidir, uykulu olma haliyle veya uyku ihtiyacı hissiyle karıştırılmamalıdır (176). Kişiyi düşkünleştiren ve beraberinde sosyal ve mesleki fonksiyonlarını yapmayı engelleyen yorgunluk normal değildir. Kronik yorgunluğun birinci basamaktaki başvurularında sıklığın %28'e kadar ulaştığı bildirilmiştir (66). Toplumdaki sıklığının ise %18 civarında olduğu ifade edilmektedir (175). Çalışma grubunda yorgun olanların kognitif fonksiyon bozukluğu yorgun olmayanlara göre daha fazla bulundu ($p \leq 0.05$). Ayrıca yapılan korelasyon analizinde kişinin kognitif fonksiyon bozukluğu arttıkça yorgunluğunun arttığı tespit edildi. Povtin ve ark. (125)'nin yapmış olduğu çalışmada da kognitif bozukluğu olanlarda olmayanlara göre yorgun olanların 3.15 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Oysa Diker ve ark. (105) yapmış oldukları çalışmada kognitif fonksiyon bozukluğu ile yorgunluk arasında bir ilişki saptanamadığını belirtmektedirler.

Depresyon, zihin süreçlerinde genel olarak yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli, ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açabilmektedir. Depresyon bazen de demansın öncü belirtisi olabilmektedir. Depresyon, demansla birlikteliği ve demansın öncü belirtisi olabilmesi nedeniyle de yaşlılarda özel bir önem taşımaktadır (177). Yaşlı bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavisinin başlanması onların yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırır ve erken ölümleri önleyebilir (178). Toplum tabanlı çalışmalarda kognitif fonksiyon bozukluğu olanlarda %3.0-63.3 oranında depresif bozukluk olduğu bildirilmektedir (177). Yapılan çalışmada da kognitif fonksiyon bozukluğu olan 234 (%47.2) kişinin 89 (%38.0)'unda depresyon şüphesi var olarak bulundu. Çalışma grubunda kognitif fonksiyon bozukluğu olanlarda depresyon şüphesi sıklığı daha fazla tespit edildi ($p \leq 0.05$). Ayrıca yapılan korelasyon analizinde kişinin kognitif bozukluğu arttıkça depresyon şüphesinin arttığı bulundu. Benzer şekilde Keskinoglu ve ark. (124, 126)'nın yapmış olduğu iki ayrı çalışmada da demansı olanlarda depresyon sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Gülseren ve ark. (179)'nın yaptığı bir çalışmada bu eğilim gösterilememiş olsa da kullanılan ölçeklerin farklılığına bağlanmıştır.

Yaşlının kendine bakım kapasitesi GYA'lerinin değerlendirilmesiyle ölçülebilmektedir. Altmış beş yaş ve üzerindeki grubun %25'inde, 85 yaş ve üzerindeki grubun ise %50'sinde GYA'lerinde bağımlılık tespit edildiği bildirilmiştir (180). Kognitif fonksiyonların uzun süre korunması, yaşlının bağımsız yaşamasını sağlayabilir. Yaşlılık ve yaşlılığın getirdiği rahatsızlıklarla beraber bilişsel yıkım artmaktadır. Bu yıkımla beraber yaşlının GYA'leri bozulmakta ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Hastalık ilerledikçe demanslı hastaların yıkanma, giyinme ve yemek yemeyi içeren günlük yaşamın en temel işlerini bile gerçekleştirmede yardıma muhtaç oldukları, er geç inkontinanslı hale geldiği, hastaların çoğunun 24 saat bakıma muhtaç olabileceği ifade edilmektedir. Herhangi bir işi yapmada yetersizlik belli bir süreçte gelişen dinamik bir durum olduğu için hastaların belli aralıklarla bu açıdan değerlendirilmesi uygundur (181). Yaşlının GYA'sinde veya Enstrümental GYA'sinde saptanan düşüşler depresyon, demans, düşme, inkontinans, görme problemi veya diğer hastalıkların habercisi olabilmektedir.

Çalışma grubunda yarı bağımlı/bağımlı olanlarda kognitif fonksiyon bozukluğu daha fazla bulundu ($p \leq 0.05$). Ayrıca yapılan korelasyon analizinde Standardize Mini Mental Test puanı azaldıkça yarı bağımlılık/bağımlılığın arttığı tespit edildi. Camcı ve ark. (182)'da yaptıkları çalışmada bilişsel durumda bozukluk arttıkça GYA'lerinde azalma görüldüğünü rapor etmişlerdir. Oysa Diker ve ark. (105) yapmış oldukları çalışmada kognitif fonksiyon bozukluğu ile GYA'leri arasında bir ilişki saptanamadığını bildirmişlerdir.

Çalışmanın sınırlılıkları; Beylikova'da tüm evler ve işyerleri iki kez tek tek ziyaret edilmesine rağmen TÜİK 2012 verilerine ulaşılamamıştır. Bunun nedenleri arasında Beylikova'dan Eskişehir'e doğru bir nüfus hareketinin olmasının yanında okul, sağlık, çalışma imkânı gibi nedenlerle bazı hanenin boş olması sayılabilir. Çalışmanın kesitsel olması nedeniyle neden sonuç ilişkisinin kurulamaması bir diğer kısıtlılığdır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Beylikova ilçe merkezinde 55 yaş ve üzeri grupta KFBS %47.2 olarak bulundu. Kognitif fonksiyon bozukluğu olanların %61.5'inin uyku kalitesinin kötü, %26.5'inin gündüz uykulu, %76.9'unun yorgun, %38.0'inin depresyon şüpheli, %19.2'sinin GYA'si yarı bağımlı/bağımlı ve %20.1'inin Enstrumental GYA'si yarı bağımlı/bağımlı olduğu saptandı.

Kognitif fonksiyon bozukluk sıklığı ile ilişkili faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon modeli sonucuna göre 75 ve üzeri yaşta olanlarda, ilkokul ve altı öğrenimlilerde, evli olmayanlarda ve hekim tanımlı herhangi bir kronik hastalığa sahip olanlarda KFBS artmakta iken; cinsiyet, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi ve yardımcı cihaz kullanımı ile kognitif fonksiyon bozukluğu arasında bir ilişki tespit edilemedi.

Uyku kalitesi kötü, gündüz uykulu, yorgun, depresyon şüphesi olanlar ve yarı bağımlı/bağımlı olanlarda KFBS daha fazla tespit edildi.

Yaşlılarda kognitif fonksiyon bozukluğu açısından;

- 1- periyodik kontrollerin yapılması,
- 2 yaşlı bireylere ve ailelerine kognitif fonksiyon bozukluğunun erken tanısı konusunda sağlık eğitimi çalışmalarının yapılması,
- 3- kognitif fonksiyon bozukluğu olan yaşlı bireyler ile ailelerinin destek sağlayacak birimlere yönlendirilmesi,
- 4- kognitif fonksiyon bozukluğu olan yaşlı bireylere destek sağlayacak programların oluşturulmasının uygun olacağı kanaatine varıldı.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736> (08.03.2013).
2. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/ias/ias.html> (08.03.2013).
3. Golomb J, Cluger A, Garrard P. Clinician's Manual on Mild Cognitive Impairment. London UK: Science Press; 2011.
4. Dünya Sağlık Örgütü.
<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf> (08.03.2013).
5. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, de Castro I, Bahia VS, Anghinah R, et al. Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;20 (3):247-53.
6. Perkins AJ, Hui SL, Ogunniyi A, Gureje O, Baiyewu O, Unverzagt FW, et al. Risk of mortality for dementia in a developing country: the Yoruba in Nigeria. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;17 (6):566-73.
7. Pinsky LE, Burke W, Bird TD. Why should primary care physicians know about the genetics of dementia? *The Western Journal of Medicine*. 2001;175 (6):412-6.
8. Cankurtaran M, Arıoğul S. Alzheimer hastalığı ve demans tedavisinde yenilikler. *Türkiye Tıp Dergisi* 2002; 9 (3): 128-36.
9. Dugu M, Neugroschl J, Sewell M, Marin D. Review of dementia. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2003;70 (1):45-53.
10. Avidan AY. Insomnia in the geriatric patient. *Clinical Cornerstone*. 2003;5 (3):51-60.
11. Roth T, Roehrs T. Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*. 2003;5 (3):5-15.
12. Walsh JK. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65 Suppl 8:13-9.

13. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, Grigoletto F, Pavan M, Foley DJ, et al. Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998;46 (2):161-8.
14. Sukegawa T, Itoga M, Seno H, Miura S, Inagaki T, Saito W, et al. Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003;57 (3):265-70.
15. Çevik R, Gür A, Nas K, Acar S, Saraç AJ. Kronik yorgunluk sendromlu hastaların klinik özellikleri. *Romatizma*. 2003;18:18-22.
16. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A, Parfrey PS. Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron*. 1990;55 (1):10-5.
17. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. *Türk Geriatri Dergisi*. 2001;4 (1):22-7.
18. Şener D, Arnoğul S. Yaşlı hastada demans değerlendirmesi ve önemi. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2007; 14 (1):27 – 32.
19. Akgün HS, Erdal R. Temel Geriatri. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlıya Yaklaşım, Kutsal, GY. (Ed.). Temel Geriatri. s.73-86. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2007.
20. Dünya Sağlık Örgütü.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1 (04.04.2013).
21. Ebrahim S. Health of elderly people, *Oxford Textbook of Public Health*. Vol.3, 4th ed. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R et al (Eds) Oxford: Oxford University Pres; 2002.
22. Dünya Sağlık Örgütü. <http://www.who.int/ageing/en/> (07.02.2014).
23. Dünya Sağlık Örgütü.
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. (17.06.2014).

24. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. s. 1528. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.
25. Güler Ç. Çobanoğlu Z. Yaşlı ve çevre. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/yasli_ve_cevre.pdf. (17.06.2014).
26. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>. (20.03.2014).
27. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/index.html> (13.02.2014).
28. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. (24.02.2014).
29. Karaman Y. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar. Kayseri: 1. Baskı, Lebib Yalkın Matbaası; 2002.
30. Jones RW. The dementias. *Clinical medicine*. 2003;3 (5):404-8.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994,pp 133–55.
32. Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, DeKosky ST, Ferris SH, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *The Journal of the American Medical Association*. 1997;278 (16):1363-71.
33. Heyman A, Fillenbaum G, Prosnitz B, Raiford K, Burchett B, Clark C. Estimated prevalence of dementia among elderly black and white community residents. *Archives of Neurology*. 1991;48 (6):594-8.
34. De Ronchi D, Berardi D, Menchetti M, Ferrari G, Serretti A, Dalmonte E, et al. Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60: a population-based study from Northern Italy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2005;19 (2-3):97-105.

35. Yamada T, Hattori H, Miura A, Tanabe M, Yamori Y. Prevalence of Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies in a Japanese population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2001;55 (1):21-5.
36. Takada LT, Caramelli P, Radanovic M, Anghinah R, Hartmann AP, Guariglia CC, et al. Prevalence of potentially reversible dementias in a dementia outpatient clinic of a tertiary university-affiliated hospital in Brazil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 2003;61 (4):925-9.
37. Arslantas D, Ozbabalik D, Metintas S, Ozkan S, Kalyoncu C, Ozdemir G, et al. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2009;16 (11):1455-9.
38. Dünya Sağlık Örgütü.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
(08.03.2013).
39. Mocerri VM, Kukull WA, Emanuel I, van Belle G, Larson EB. Early-life risk factors and the development of Alzheimer's disease. *Neurology*. 2000;54 (2):415-20.
40. Kurt, GS. Alzheimer hastalığında genetik dışı etyolojik faktörler. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi*. 2003;1 (1):38-44.
41. Arıoğul S. Alzheimer tip demansta risk faktörleri. 5. Ulusal iç hastalıkları kongresi kitabı: 2003; 102-5.
42. Türk Eczacıları Birliği.
http://eski.teb.org.tr/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110113040255demans_alzheimer.pdf 2011. (08.03.2013).
43. Emre M. Classification and diagnosis of dementia: a mechanism-based approach. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2009;16 (2):168-73.
44. Scott KR, Barrett AM. Dementia syndromes: evaluation and treatment. *Expert review of neurotherapeutics*. 2007;7 (4):407-22.

45. Öztürk Ş. Demansların klinik ve nöropatolojik sınıflaması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010; Supplement 3:15-19.
46. Gürvit H, Baran B. Demanslar ve kognitif bozukluklarda ölçekler. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2007;44:58-65.
47. Erkol G. Kognitif bozukluklar ve demans. www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/42/4220.pdf. (10.04.2012).
48. Goldman L, Ausiello D. *Cecil Textbook of Medicine*. 22nd Edition, Saunders Elsevier Inc: Philadelphia; 2004.
49. Morris JC, McKeel DW, Jr., Storandt M, Rubin EH, Price JL, Grant EA, et al. Very mild Alzheimer's disease: informant-based clinical, psychometric, and pathologic distinction from normal aging. *Neurology*. 1991;41 (4):469-78.
50. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56 (9):1143-53.
51. Geschwind MD, Shu H, Haman A, Sejvar JJ, Miller BL. Rapidly progressive dementia. *Annals of Neurology*. 2008;64 (1):97-108.
52. Warren JD, Schott JM, Fox NC, Thom M, Revesz T, Holton JL. et al. Brain biopsy in dementia. *Brain : a Journal of Neurology*. 2005;128 (Pt 9):2016-25.
53. Wancata J, Borjesson-Hanson A, Ostling S, Sjogren K, Skoog I. Diagnostic criteria influence dementia prevalence. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2007;15 (12):1034-45.
54. Ülger Z, Arnoğul S. Demans tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2007;14 (1):33-8.
55. Religa D, Winblad B. Therapeutic strategies for Alzheimer's disease based on new molecular mechanisms. *Acta neurobiologiae experimentalis*. 2003;63 (4):393-6.

56. Tuppo EE, Arias HR. The role of inflammation in Alzheimer's disease. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*. 2005;37 (2):289-305.
57. Ott BR, Owens NJ. Complementary and alternative medicines for Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 1998;11 (4):163-73.
58. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;9 (4):361-81.
59. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56 (9):1154-66.
60. Papademetriou V. Hypertension and cognitive function. Blood pressure regulation and cognitive function: a review of the literature. *Geriatrics*. 2005;60 (1):20-2.
61. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*. 1995;35 (6):771-91.
62. Carpenito LJ. Yorgunluk. Çeviri: Erdemir, F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 7. baskı, 2003. s. 386-391.
63. Walker L, Avant K. *Strategies for Theory Constructions in Nursing* (3. b.). London: Appleton Lange; 1995.
64. Hart LK, Freel MI, Milde FK. Fatigue. *The Nursing clinics of North America*. 1990;25 (4):967-76.
65. Fidaner H. Kronik yorgunluk sendromu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1999;2:261-5.
66. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, Ware NC, Lee J, Thoyer E, et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Archives of Internal Medicine*. 1993;153 (24):2759-65.

67. Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Archives of Internal Medicine*. 1990;150 (8):1685-9.
68. Fuhrer R, Wessely S. The epidemiology of fatigue and depression: a French primary-care study. *Psychological Medicine*. 1995;25 (5):895-905.
69. Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, Meier NJ, Powell JB. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. *The Journal of the American Medical Association*. 1988;260 (7):929-34.
70. Buchwald D, Sullivan JL, Komaroff AL. Frequency of 'chronic active Epstein-Barr virus infection' in a general medical practice. *The Journal of the American Medical Association*. 1987;257 (17):2303-7.
71. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D. Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in the primary care setting. *The American Journal of Psychiatry*. 1996;153 (8):1050-9.
72. Manu P, Lane TJ, Matthews DA. Chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: clinical epidemiology and aetiological classification. *Ciba Foundation Symposium*. 1993;173:23-31; discussion -42.
73. McFarland G, McFarlane E. *Nursing Diagnosis Intervention: Planning for Patient Care* (3. b.). Michigan: Mosby; 1997.
74. Ream E, Richardson A. Fatigue: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 1996;33 (5):519-29.
75. Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2000;102 (4):249-57.
76. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*. 1995;18 (6):425-32.

77. Barthlen GM. Sleep disorders. Obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome, and insomnia in geriatric patients. *Geriatrics*. 2002;57 (11):34-9; quiz 40.
78. Fetveit A, Bjorvatn B. Sleep disturbances among nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;17 (7):604-9.
79. Vitiello MV. Sleep disorders and aging: understanding the causes. *The journals of gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 1997;52 (4):M189-91.
80. Chiu HF, Leung T, Lam LC, Wing YK, Chung DW, Li SW, et al. Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. *Sleep*. 1999;22 (6):717-26.
81. Williams JR. Gerontologic nurse practitioner care guidelines: sleep management in elderly patients. *Geriatric Nursing*. 2004;25 (5):310-2.
82. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. *American Family Physician*. 1999;59 (9):2551-8, 9-60.
83. Atay T. Yaşlılıkta uyku. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2001;2 (2):91-7.
84. Pandi-Perumal SR, Seils LK, Kayumov L, Ralph MR, Lowe A, Moller H, et al. Senescence, sleep, and circadian rhythms. *Ageing Research Reviews*. 2002;1 (3):559-604.
85. Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Sleep, health, and aging. Bridging the gap between science and clinical practice. *Geriatrics*. 2004;59 (1):24-6, 9-30.
86. Beylikova Kaymakamlığı.
http://www.beylikova.gov.tr/default_B1.aspx?content=621. (04.04.2013).
87. Türkiye İstatistik Kurumu.
http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_ilce_cinsiyet_yasgrp_medeni_koyseh.RDF&p_kod=2&p_il1=26&p_ilce1=1777&p_sehkoy=1&p_yil=2012&p_dil=1&desformat=html. (04.04.2013).

88. Dünya Sağlık Örgütü.
http://www.who.int/employment/FAQs_smoking_English.pdf. (04.04.2013).
89. Nascente FM, Jardim PC, Peixoto Mdo R, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, et al. Arterial hypertension and its correlation with some risk factors in a small brazilian town]. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010;95 (4):502-8.
90. Kelishadi R, Gharipour M, Sadri GH, Tavasoli AA, Amani A. Cardiovascular disease risk factors, metabolic syndrome and obesity in an Iranian population. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2008;14 (5):1070-9.
91. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12 (3):189-98.
92. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13:273-81.
93. Corrigan JD. Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1989;11 (2):261-77.
94. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28 (2):193-213.
95. Ağargün M, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7 (2):107-15.
96. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14 (6):540-5.
97. Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altinors M, Karacan I. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath*. 2008;12 (2):161-8.

98. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*. 1989;46 (10):1121-3.
99. Armutlu K, Korkmaz CN, Keser İ, Sümbüloglu V, Akbıyık İ, Güney Z, ve ark. . Geçerlik ve güvenilirlik: Multiple Skleroz'lu hastalarda yorgunluk siddet ölçeğinin Türkçe versiyonu. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2005;11 (6):55.
100. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1982;17 (1):37-49.
101. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeği'nin türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1997;34:62 -71.
102. Sağduyu A. Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:3-9.
103. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *The Journal of the American Medical Association*. 1963;185:914-9.
104. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*. 1970;10 (1):20-30.
105. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2 (2):79-86.
106. Yardımcı A. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995.
107. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9 (3):179-86.

108. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. *Journal of Gerontological Nursing*. 1999;25 (3):8-9.
109. Türkiye İstatistik Kurumu.
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>. (04.04.2013).
110. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7 (4):232-9.
111. Vincze G, Almos P, Boda K, Dome P, Bodi N, Szlavik G, et al. Risk factors of cognitive decline in residential care in Hungary. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22 (12):1208-16.
112. Kim SM, Seo HJ, Sung MR. Factors Affecting Dementia Prevalence in People Aged 60 or Over: A Community based Cross-sectional Study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2014;44 (4):391-7.
113. Artero S, Ancelin ML, Portet F, Dupuy A, Berr C, Dartigues JF, et al. Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2008;79 (9):979-84.
114. Kavakcı Ö, Bilici M, Çam G, Ülgen M. Trabzon ilinde elli beş yaşından büyüklerde depresyon ve bilişsel bozulma yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12 (4):258-65.
115. Yaman M, Demirbaş H, Arslan D, Coşkuner T, Oruç S. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Bilişsel Profil. *Balkan Medical Journal*. 2012; 29: 73-6.
116. Amuk T, Oğuzhanoğlu NK, Oğuzhanoğlu A, Varma GS, Karadağ F. Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etkenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10:301-9.
117. Gazzaley AH, Weiland NG, McEwen BS, Morrison JH. Differential regulation of NMDAR1 mRNA and protein by estradiol in the rat hippocampus. *The Journal of Neuroscience : the Official Journal of the Society for Neuroscience*. 1996;16 (21):6830-8.

118. Henderson VW. Estrogen, cognition, and a woman's risk of Alzheimer's disease. *The American Journal of Medicine*. 1997;103 (3A):11S-8S.
119. McEwen BS. Clinical review 108: The molecular and neuroanatomical basis for estrogen effects in the central nervous system. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 1999;84 (6):1790-7.
120. Pike CJ, Carroll JC, Rosario ER, Barron AM. Protective actions of sex steroid hormones in Alzheimer's disease. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2009;30 (2):239-58.
121. Assini A, Cammarata S, Vitali A, Colucci M, Giliberto L, Borghi R, et al. Plasma levels of amyloid beta-protein 42 are increased in women with mild cognitive impairment. *Neurology*. 2004;63 (5):828-31.
122. Zhang Y, Shi Z, Liu M, Liu S, Yue W, Liu S, et al. Prevalence of cognitive impairment no dementia in a rural area of Northern China. *Neuroepidemiology*. 2014;42 (4):197-203.
123. Gönen S, Küçükgülü Ö, Yener G. Hastanede yatan yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek işlevsel-bilişsel bozukluk sıklığının incelenmesi. *J Neurol Sci Turk*. 2010;27:446-56.
124. Keskinoğlu P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P. İzmir'de yaşayan yaşlılarda demans sıklığı ve risk etmenleri. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2013; 16 (2) 135-141.
125. Potvin O, Hudon C, Grenier S, Preville M. Non-essential symptoms of depression and cognitive impairment no dementia (CIND) in community-dwelling elders without dysphoria or anhedonia. *International Psychogeriatrics / IPA*. 2010;22 (8):1344-52.
126. Keskinoglu P, Giray H, Picakciefte M, Bilgic N, Ucku R. 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.

127. Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR, et al. The prevalence of vascular dementia in Europe: facts and fragments from 1980-1990 studies. EURODEM-Prevalence Research Group. *Annals of Neurology*. 1991;30 (6):817-24.
128. Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Johnston J, Belle S, DeKosky ST. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India: the Indo-US study. *Neurology*. 1998;51 (4):1000-8.
129. Peters R, Beckett N, Geneva M, Tzekova M, Lu FH, Poulter R, et al. Sociodemographic and lifestyle risk factors for incident dementia and cognitive decline in the HYVET. *Age and Ageing*. 2009;38 (5):521-7.
130. Altıntaş H, Adıgüzel MO, Yılmaz S, Özbek E, Esen FB. Ankara'da bir huzurevinde kalan yaşlılar ile bir sağlık ocağına gelen yaşlıların mini mental test ile değerlendirilmesi. *Akad Geriatri*. 2011; 3: 138-149.
131. Kavlak Y, Demirtaş N. Huzurevinde kalan yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri, depresyon ve bilişsel durumun yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Sakaryamj*. 2011;2 (1):30-6.
132. Bachman DL, Wolf PA, Linn RT, Knoefel JE, Cobb JL, Belanger AJ, et al. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham Study. *Neurology*. 1993;43 (3 Pt 1):515-9.
133. Kelly KM, Nadon NL, Morrison JH, Thibault O, Barnes CA, Blalock EM. The neurobiology of aging. *Epilepsy Research*. 2006;68 Suppl 1:S5-20.
134. Ortiz GG, Arias-Merino ED, Flores-Saiffe ME, Velázquez-Brizuela IE, Macías-Islas MA, Pacheco-Moisés F. Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012, Article ID 175019, 6 pages. doi:10.1155/2012/175019.
135. Farrag A, Farwiz HM, Khedr EH, Mahfouz RM, Omran SM. Prevalence of Alzheimer 's disease and other dementing diorders: Assiut -Upper Egypt study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1998;9 (6):323-8.

136. den Heijer T, Geerlings MI, Hoebeek FE, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Use of hippocampal and amygdalar volumes on magnetic resonance imaging to predict dementia in cognitively intact elderly people. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63 (1):57-62.
137. Colucci M, Cammarata S, Assini A, Croce R, Clerici F, Novello C, et al. The number of pregnancies is a risk factor for Alzheimer's disease. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2006;13 (12):1374-7.
138. McDowell I, Xi G, Lindsay J, Tierney M. Mapping the connections between education and dementia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2007;29 (2):127-41.
139. Bickel H, Kurz A. Education, occupation, and dementia: the Bavarian school sisters study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2009;27 (6):548-56.
140. Bulut S, Ekici Y, Polat A, Berilgen MS, Gönen M, Dağ E, et al. Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları. *Demans Dergisi* 2002;2 105-10.
141. Fei M, Qu YC, Wang T, Yin J, Bai JX, Ding QH. Prevalence and distribution of cognitive impairment no dementia (CIND) among the aged population and the analysis of socio-demographic characteristics: the community-based cross-sectional study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2009;23 (2):130-8.
142. Soykök GU. Sivas İl Merkezinde 60 Yaş Ve Üzeri Bireylerde, Uyku Kalitesi, Gündüz Uykululuk Hali, Beslenme Durumu Ve Bunların Kognitif Fonksiyonlarla İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2011.
143. Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Amaducci LA, et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia. Neurology*. 1999;52 (1):78-84.

144. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltik A. Edirne huzurevi'nde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. *Geriatrici*. 2002;5 (4):144-9.
145. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2008;23 (1):67-76.
146. Sonnen JA, Larson EB, Gray SL, Wilson A, Kohama SG, Crane PK, et al. Free radical damage to cerebral cortex in Alzheimer's disease, microvascular brain injury, and smoking. *Annals of Neurology*. 2009;65 (2):226-9.
147. Ulrich J, Johannson-Locher G, Seiler WO, Stähelin HB. Does smoking protect from Alzheimer's disease? Alzheimer-type changes in 301 unselected brains from patients with known smoking history. *Acta Neuropathologica*. 1997;94:450.
148. Yamada M, Kasagi F, Sasaki H, Masunari N, Mimori Y, Suzuki G. Association between dementia and midlife risk factors: the Radiation Effects Research Foundation Adult Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51 (3):410-4.
149. Tyas SL, White LR, Petrovitch H, Webster Ross G, Foley DJ, Heimovitz HK, et al. Mid-life smoking and late-life dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Neurobiology of Aging*. 2003;24 (4):589-96.
150. Sabia S, Marmot M, Dufouil C, Singh-Manoux A. Smoking history and cognitive function in middle age from the Whitehall II study. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168 (11):1165-73.
151. Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP, Jr., Zhou J, Whitmer RA. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of Internal Medicine*. 2011;171 (4):333-9.
152. Juan D, Zhou DH, Li J, Wang JY, Gao C, Chen M. A 2-year follow-up study of cigarette smoking and risk of dementia. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2004;11 (4):277-82.

153. Whitmer RA, Sidney S, Selby J, Johnston SC, Yaffe K. Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology*. 2005;64 (2):277-81.
154. Brust JC. Ethanol and cognition: indirect effects, neurotoxicity and neuroprotection: a review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010;7 (4):1540-57.
155. Sabia S, Elbaz A, Britton A, Bell S, Dugravot A, Shipley M, et al. Alcohol consumption and cognitive decline in early old age. *Neurology*. 2014;82 (4):332-9.
156. Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. *Archives of Neurology*. 2003;60 (8):1119-22.
157. Wright CB, Elkind MS, Rundek T, Boden-Albala B, Paik MC, Sacco RL. Alcohol intake, carotid plaque, and cognition: the Northern Manhattan Study. *Stroke. a Journal of Cerebral Circulation*. 2006;37 (5):1160-4.
158. Ruitenberg A, van Swieten JC, Witteman JC, Mehta KM, van Duijn CM, Hofman A, Breteler MM. Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet*. 2002;359 (9303):281-6.
159. Xu G, Liu X, Yin Q, Zhu W, Zhang R, Fan X. Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009;63 (1):43-9.
160. Rosengren A, Skoog I, Gustafson D, Wilhelmsen L. Body mass index, other cardiovascular risk factors, and hospitalization for dementia. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165 (3):321-6.
161. Fitzpatrick A, Kuller LH, Lopez OL, Diehr P, O'meara ES, Jr Longstreth WT, et al. Midlife and late-life obesity and the risk of dementia: cardiovascular health study. *Archives of Neurology*. 2009; 66 (3):336-42.
162. Nourhashemi F, Deschamps V, Larrieu S, Letenneur L, Dartigues JF, Barberger-Gateau P, et al. Body mass index and incidence of dementia: the PAQUID study. *Neurology*. 2003;60 (1):117-9.

163. Luchsinger JA, Patel B, Tang MX, Schupf N, Mayeux R. Measures of adiposity and dementia risk in elderly persons. *Archives of Neurology*. 2007;64 (3):392-8.
164. Stewart R, Masaki K, Xue QL, Peila R, Petrovitch H, White LR, et al. A 32-year prospective study of change in body weight and incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Archives of Neurology*. 2005;62 (1):55-60.
165. Johnson DK, Wilkins CH, Morris JC. Accelerated weight loss may precede diagnosis in Alzheimer disease. *Archives of Neurology*. 2006;63 (9):1312-7.
166. Knopman DS, Edland SD, Cha RH, Petersen RC, Rocca WA. Incident dementia in women is preceded by weight loss by at least a decade. *Neurology*. 2007;69 (8):739-46.
167. Hughes TF, Borenstein AR, Schofield E, Wu Y, Larson EB. Association between late-life body mass index and dementia: The Kame Project. *Neurology*. 2009;72 (20):1741-6.
168. Vidoni ED, Townley RA, Honea RA, Burns JM, Alzheimer's Disease Neuroimaging I. Alzheimer disease biomarkers are associated with body mass index. *Neurology*. 2011;77 (21):1913-20.
169. Dauvilliers Y. Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. *Sleep Medicine*. 2007;8 Suppl 4: 27-34.
170. Wu YH, Swaab DF. Disturbance and strategies for reactivation of the circadian rhythm system in aging and Alzheimer's disease. *Sleep Medicine*. 2007;8 (6):623-36.
171. Deschenes CL, McCurry SM. Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia. *Current Psychiatry Reports*. 2009;11 (1):20-6.
172. Eshkoor SA, Hamid TA, Nudin SS, Mun CY. The effects of social support and having a partner on sleep quality in dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2013;28 (3):253-7.

173. Young TB. Epidemiology of daytime sleepiness: definitions, symptomatology, and prevalence. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65 Suppl 16:12-6.
174. Merlino G, Piani A, Gigli GL, Cancelli I, Rinaldi A, Baroselli A, et al. Daytime sleepiness is associated with dementia and cognitive decline in older Italian adults: a population-based study. *Sleep Medicine*. 2010;11 (4):372-7.
175. Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, Wallace P, Wright DJ, Wessely SC. Population based study of fatigue and psychological distress. *British Medical Journal*. 1994;308 (6931):763-6.
176. National Institutes of Health.
www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003088.htm (18.09.2014).
177. Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Imbimbo BP, et al. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2010;18 (2):98-116.
178. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2003;70 (1):38-44.
179. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, ve ark. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi *Geriatrici*. 2000;3 (4):133-40.
180. Landefeld CS, PalmerRM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL. Chapter 4. Geriatric assessment. *Current Geriatric Diagnosis & Treatment*. New York: McGraw-Hill; 2004. p.16-20.
181. Gill TM, Hardy SE, Williams CS. Underestimation of disability in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50: 1492-7.
182. Camcı Y, Ekşioğlu Y, Karabulut T, Yücel N, Karagöz M. Demans tanılı yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile MMSE skorları arasındaki ilişki. *Akad Geriatrici*. 2010;2: 50-3.

