

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE YATAN YAŞLI BİREYLERDE
DEMANSLA İLİŞKİLİ OLABİLECEK
İŞLEVSEL -BİLİŞSEL BOZUKLUK
SIKLIĞININ İNCELENMESİ**

SEHER GÖNEN

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2010

DEU HSI MSc- 2008970105

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE YATAN YAŞLI BİREYLERDE
DEMANSLA İLİŞKİLİ OLABİLECEK
İŞLEVSEL -BİLİŞSEL BOZUKLUK
SIKLIĞININ İNCELENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SEHER GÖNEN

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM KÜÇÜKGÜÇLÜ**

DEU HSI MSc- 2008970105

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TABLO, ŞEKİL, GRAFİK DİZİNİ VE EKLER	III
EKLER VE KISALTMALAR	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET	1
ABSTRACT	3

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	9
1.3. Araştırmanın Soruları.....	9

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nüfus Yapısı Değişiklikleri.....	10
2.2. Demans Tanımı.....	12
2.3. Demans Tipleri	13
2.4. Demansın Prevelans ve İnsidansı	15
2.5. Demansın Risk Faktörleri.....	16
2.6. Demansın Erken Tanılanması Ve Önemi.....	17
2.7. Demans Tedavisi.....	21
2.8. Demans Ve Kronik Hastalıklar	21
2.9. Demans Ve Hastanede Yatma Süreci.....	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu.....	31
3.4.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ- 15).....	31
3.4.3. Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ)	32

3.4.4. İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA).....	32
3.4.5. Eğitilmiş ve Eğitimsiz Bireyler için Yeniden Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D- SMMT).....	33
3.5. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirme Yöntemi.....	34
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	34
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	34
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirmesi.....	34
3.8. Etik	34
3.9. Tezin Bütçesi	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ.....	44
7. ÖNERİLER.....	45
8. KAYNAKLAR.....	46

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Olası Demans Sıklıklarının Karşılaştırılması	35
---	----

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Demans Tiplerine Göre Demans Görülme Oranları.....	13
--	----

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1: Yıllara Göre Yaş Dağılımları.....	18
Grafik 2: Yaş Gruplarının Yüzdesele Dağılımları (Türkiye 1935-2050)	18

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	59
EK 2: Sosyodemografik Özellikler Anket Formu.....	61
EK 3: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu.....	63
EK 4: Deliryum Derecelendirme Ölçeği	65
EK 5: İşlevsel Faaliyetler Anketi.....	67
EK 6: Eğitimliler İçin Düzenlenmiş Standardize Minimal Test.....	69
EK 7: Eğitimliler İçin Düzenlenmiş Standardize Minimal Test.....	72
EK 8: Eğitimliler İçin Düzenlenmiş Standartize Minimal Test Uygulama Klavuzu.....	75
EK 9: Eğitimliler İçin Düzenlenmiş Standartize Minimal Test Uygulama Klavuzu.....	79
EK 10: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı.....	84
EK 11: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Etik Kurul İzin Belgesi.....	85
EK 12: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formunun Türkiye’ de Geçerlilik Güvenirliğini Gösteren Yazarın İzin Yazısı.....	87
EK 13: Deliryum Derecelendirme Ölçeği’ nin Türkiye’ de Geçerlilik Güvenirliğini Gösteren Yazarın İzin Yazısı.....	88
EK 14: İşlevsel Faaliyetler Anketi’ nin Türkiye’ de Geçerlilik Güvenirliğini Gösteren Yazarın İzin Yazısı.....	89

EK 15: Eğitimli ve Eğitimsiz Bireyler İçin Yeniden Düzenlenmiş Standartize Minimal Test' in Türkiye' de Geçerlilik Gvenirliliğini Gösteren Yazarın İzin Yazısı...90

KISALTMALAR

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ: Dünya Sağlık rgt

WHO: World Health Organization

KOAH: Kronik Obstriktif Akiğer Hastalığı

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

GD- 15: Geriatrik Depresyon leği Kısa Formu

DD: Deliryum Derecelendirme leği

İFA: İşlevsel Faaliyetler Anketi

D- SMMT Eğitimli: Eğitlimliler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test

D- SMMT Eğitimsiz: Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test

TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmamın konusunun belirlenmesinden başlayarak, planlanması, yürütülmesi, yazılması ve sonuçlandırılması süreçlerinin her aşamasında ilgisi, deneyimi ve bilgisi ile sonsuz yardımlarını esirgemeyen değerli danışmanın Yard. Doç. Dr. Sayın Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'ye, değerli önerilerini esirgemeyen Prof. Dr. Sayın Zuhâl Bahar' a ve Prof. Dr. Sayın Görsev Yener' e, desteklerinden dolayı Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde çalışan çok değerli iş arkadaşlarıma, içtenlikle çalışmama katılmayı kabul eden hasta ve yakınlarına, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan çok değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Seher GÖNEN

ÖZET

HASTANEDE YATAN YAŞLI BİREYLERDE DEMANSLA İLİŞKİLİ OLABİLECEK İŞLEVSEL -BİLİŞSEL BOZUKLUK SIKLIĞININ İNCELENMESİ

Seher GÖNEN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

sehergonen@karatekin.edu.tr

Bu araştırma hastanede yatmakta olan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozukluk sıklığını incelemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma Haziran-Temmuz 2010 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin 15 farklı yatan hasta kliniğinde yürütülmüştür. Çalışma örneklemini araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun 273 hasta oluşturmuştur.

Veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Özellikler Anket Formu, Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15), Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ), İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA), Eğitimliler için Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (D-SMMT) ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (D-SMMT) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

Sosyodemografik verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozukluğu olan ve olmayan kişiler demans gelişimini etkileyebilecek değişkenler açısından ki- kare analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir.

Hastanede yatan 65 yaş üzeri 273 bireyden 91'inde (% 33,3) demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozukluk olduğu belirlenmiştir. İleri yaşta ($p<0,01$), kadınlarda ($p<0,05$), geliri gidere denk ve geliri giderinden az olanlarda ($p<0,01$), unutkanlık sorunu olduğunu bildirenlerde ($p<0,05$) ve eğitim düzeyi düşük olanlarda ($p<0,01$) olası demans

görülme riskinin anlamlı derece fazla olduğu bulunmuştur. Medeni durum ($p>0,05$) ve primer tanısına ek olarak başka bir kronik hastalığının olması ($p>0,05$) ile demans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 1).

Bu çalışma sonuçları hastanede yatan 65 yaş üzeri bireylerde demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel yetersizlik oranlarının oldukça yüksek olduğunu göstermiştir. Hastanın hastanede yatış sürecini ve mortalite oranlarını belirleyecek en önemli faktörlerden biri olan bilişsel durumun değerlendirilmesi ve sorunların önceden saptanıp uygun girişimlerde bulunulması hastaların daha iyi bir hastane bakımı almalarına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Demans, Sıklık, Hastanede yatan yaşlı bireyler, İşlevsellik, Bilişsellik

ABSTRACT

EXAMINING THE FREQUENCY OF FUNCTIONAL-COGNITIVE INEFFICIENCY POSSIBLY RELATED WITH DEMENTIA IN HOOSPITALIZED ELDERLY INDIVIDUALS

Seher GÖNEN

Dokuz Eylül University, School of Nursing

sehergonen@karatekin.edu.tr

This research is designed as a descriptive study to investigate the frequency of functional and cognitive inefficiency possibly related with dementia in hospitalized elderly individuals of 65 years or over age.

The study was carried out in 15 different inpatient clinics of a university hospital between June-July 2010. Study sample is composed of 273 patients who meet inclusion criteria.

Sociodemographic characteristics questionnaire form, Geriatric Depression Scale Form (GDS-15), Delirium Rating Scale (DRS), Functional Activities Questionnaire (FAQ), Standardized Mini Mental Test designed for the educated people (D-SMMT) and Standardized Mini Mental Test designed for uneducated people (D-SMMT) were used for the data collection. Data was collected by face-to-face interview technique.

The number and percentage distributions of sociodemographic data were calculated. Significance of the differences between the individuals with or without functional and cognitive inefficiency possibly related with dementia were examined considering the factors which could affect the development of dementia by using chi-square test and unpaired t test.

91 (33.3%) out of 273 hospitalized individuals of over 65 years of age were diagnosed with functional and cognitive inefficiency possibly related with dementia. The risk of dementia was determined significantly high in older age individuals ($p<0.01$), females ($p<0.05$),

individuals who with balanced income-expense and income lower than expense ($p < 0.01$), individuals who stated forgetfulness ($p < 0.05$) and individuals with high education level ($p < 0.01$). No significant relation was detected between having a chronic disease ($p > 0.05$), marital status ($p > 0.05$), primary diagnosis and dementia (Table 1).

Study results demonstrated that the frequency of functional and cognitive inefficiency possibly related with dementia was rather high in hospitalized individuals of over 65 years of age. Evaluation of cognitive condition which is among the important factors effective on hospitalization period of patient and mortality rate as well as the predetermining problems and finding suitable interventions would provide patients with a better hospital care.

Key Words: Dementia, prevalence, hospitalized elderly individuals, functionality, cognition

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi

Günümüzde tahmini olarak tüm dünyada 24,3 milyon demanslı birey vardır. Bu orana her yıl 4,6 milyon yeni tanı eklenmektedir. Her 20 yılda bir bu oranın ikiye katlanacağı, 2040 yılında dünyada 81,1 milyon demanslı birey olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde 2001 ile 2040 yılları arasında demans oranının %100 artması beklenirken, gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %300 artacağı bildirilmiştir (Ferri ve ark., 2005). Türkiye’de demans oranlarını saptamaya yönelik çok sayıda çalışmaya rastlanmamakla beraber ülkemizde de yaşlı nüfusun giderek artması ile birlikte demans prevalansının da artacağı beklenmektedir (Bulut, 2002; Keskinoglu ve ark., 2006; Gürvit ve ark., 2008). Türkiye’deki prevalans çalışmalarına bakıldığında; Elazığ ilinde 65 yaş ve üzeri 269 kişi ile yapılan araştırmaya göre bölgede demans prevalansı %7,3 olarak tespit edilmiştir (Bulut,2002). Keskinoglu ve arkadaşlarının (2006) İzmir’in sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgesinde yaptığı çalışmaya göre ise, %22,9 sıklıkta demans saptanmıştır. Diğer bir çalışma olan Gürvit ve arkadaşlarının (2008) 70 yaş ve üzerinde 1019 kişi ile yaptıkları kesitsel çalışmada demans oranı %20 olarak saptanmıştır.

Demans prevalansı, toplumların sosyoekonomik düzeylerine göre değişmekte, yaş, eğitim ve cinsiyet demans gelişiminde belirleyici olmaktadır. İleri yaşlarda ve düşük eğitim düzeyinde demans sıklığı artmaktadır (Lobo ve ark., 2000; Vas ve ark., 2001; Uçku ve ark., 2007; Amerika Alzheimer Derneği Raporu, 2009).

Demans ile ilgili verilen oranların buz dağının görünen kısmı olduğu gerçek oranların bilinenden çok daha fazla olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün (2008) yaşlılık ile ilgili hazırladığı rapora göre; sağlık kuruluşlarına başvuran olgulardan; hafif ve orta demansı olan bireylerin %66’ sına hekimler tarafından tanı konulmasının atlandığı tespit edilmiştir. Bu nedenle dünyada % 76 oranında tanı konulmayan orta ve ciddi demans olgusu olduğu tahmin edilmektedir. Hastalığa tanı konulmasındaki engeller incelendiğinde; hastalık belirtilerinin gizli bir şekilde seyretmesinin yanı sıra çoğu demans çeşidinin de davranışsal belirtiler göstermemesinin olduğu bildirilmektedir (Maslow ve Mezey, 2008). Bazı durumlarda hastalar hastalığa ilişkin bilişsel, davranışsal ve işlevsel bozukluklara bağlı belirtiler

göstermekte fakat bu konuda dikkatli olunmadığı sürece bu durum gözden kaçabilmektedir. Genellikle yaşlı bireyler ve aileleri için bu belirtiler önemsiz görülmekte ve bu hafif unutkanlıkların yaşlılıkla ilişkili olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca tanılamayı engelleyen diğer nedenlere bakıldığında; yaşlıların bu hastalıktan dolayı damgalanmak istememeleri nedeniyle hastaneye gitmemeleri, yaşlı bireyin ve ailesinin bu durumun yaşlılıkla alakalı olduğunu düşünmesi ve yardım istememesi, kişilerin etnik kimlikleri ve kültürleri, sağlık profesyonellerinin ilk karşılaşmada yeterince dikkatli olmaması, iş yüklerinin fazla olması ya da bu konu hakkında eğitim almamış olmaları gibi nedenler sayılabilir (Watson, 2004; Maslow ve Mezey, 2008; Powers ve ark., 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün (2008) yaşlılık ile ilgili hazırladığı rapora göre; aile fertlerinin %21 oranında demansın farkında olmadıkları için, %53 oranında da aile bireyleri tarafından yaşlı bireydeki problem bilindiği halde sağlık kuruluşlarına başvuru yapılmadığı için tanı konulmasının güçleştiği bildirilmektedir.

Birçok demansı olan yaşlı hasta demans ile ilişkili ciddi psikiyatrik ya da davranışsal semptomlar nedeniyle hastaneye yatırılırken, bir çok hasta da demans ile direkt ilişkili olmaksızın, miyokard infarktüsü, anjina pektoris, kalp yetmezliği, kalça kırığı, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu gibi çeşitli tıbbi ya da cerrahi durumlar için hastanede tedavi altına alınmaktadır (Lyketsos ve ark., 2000; Maslow ve Mezey, 2008).

Çok sayıda demanslı yaşlı hastaneye yattığı halde, birçoğunun demans tanısı kayıtlarda yer almamaktadır. Bunun çoğunlukla sebebi kişilere daha önce demans tanısı konulmamış olması ya da konulmuş olduğu halde bireylere bu konuda soru sorulmamasıdır (Maslow ve Mezey, 2008; Powers ve ark., 2008). Maslow (2006) hastaneden hastaneye ya da gündün güne değişmekle birlikte hastanede yatan 65 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık % 25' inin demans olduğunu bildirmiştir. Philadelphia' nın üç ayrı bölgesindeki hastanelere başvuran 145 yaşlı bireyle yapılan bir başka çalışmaya göre ise bu kişilerin %35'inde (51 kişi) demansla uyumlu bilişsel yetersizlik tespit edilmiştir. Bilişsel bozukluk tespit edilen kişilerin %39'unun (20 kişi) kayıtlarında demansa ilişkin hiçbir bulgu bulunmamaktadır. Sadece %18'inin demans tanısı hastane kayıtlarında yer almaktadır (Naylor, 2005).

Hastanede yatma süreci demansı olan bireyleri demansı olmayan bireylerden çok daha olumsuz etkilemektedir (Lyketsos ve ark., 2000). Hastanede yatmakta olan demanslı hastalar

ile demansı olmayan diğer benzer yaş grubundaki hastaların yaşadıkları sorunlar ile ilgili karşılaştırıldığında; demanslı bireylerde düşme, yeni inkontinans gelişimi, basınç ülserleri, ağrı, davranışsal problemler, fiziksel kısıtlama gereksinimi, ajitasyon davranışlarının görülme oranları daha fazla olduğu bulunmuştur (Maslow ve Mezey, 2008). Demansı olan hastaların diğer yaşlı hastalardan 1,6- 3,6 kez daha fazla düştükleri ya da düşen yaşlı hastaların üçte ikisinin demans göstergesi olabilecek bilişsel yetersizliği olan hastalar olduğu bildirilmiştir (Hitcho, 2004; Krauss, 2005; Mecocci, 2005). İtalya'da 81 farklı hastaneden 13.729 yaşlı birey ile yapılan bir araştırmada, demansı olan bireylerde, hastaneye yattıktan sonra diğer yaşlı hastalardan beş kat daha fazla üriner inkontinans, altı kat daha fazla fekal inkontinans geliştiği bildirilmiştir (Mecocci, 2005). Ayrıca bu hastalarda sıkça ortaya çıkan diğer problemler, malnütrisyon, uyku bozuklukları, ajite davranışlar ve amaçsız dolaşma gibi tedaviyi güçleştiren ve hastanın genel durumunu bozan olumsuz durumlardır (Maslow ve Mezey, 2008). Demansın hastaya yatan bireyler için ortaya çıkardığı bir diğer olumsuz etkisi ise yatış sürelerinin uzaması ve getirdiği ek maliyettir. Lyketsos ve arkadaşlarının (2000) hastanede yatan yaşlılarda yaptığı bir çalışmaya göre; ortalama yatış uzunluğu demanslı hastalarda 10,4 gün iken, demansı olmayan hastalarda 6,5 gündür. Demansı olan hastalar uzamış yatış sürelerinden dolayı maliyeti 4000 \$ daha arttırmaktadır. Guijarro ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada hastanede yatan demanslı ve demansı olmayan bireyler karşılaştırıldıklarında demansı olan bireylerin kalış sürelerinin daha uzun ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada demansı olan bireylerde yatış süreci ortalama 13,4 gün iken demansı olmayanlarda 10,7 gündür. Mortalite oranları ise demanslı bireylerde % 19,3 iken demansı olmayan bireylerde % 8,7' dir.

Genel olarak yaşlı bireylerin hemşirelik bakımı yaşlılığın vücuda olan etkileri nedeniyle oldukça karmaşıktır (Mc Closkey, 2004). Bu duruma ek olarak demansı olan bireylerin bakımı benzer yaş grubuna göre daha da zordur. Akut bakım ünitelerinde çalışan hemşireler baş etmesi gereken çok sayıda tıbbi durumun yanısıra hastaneye yatmanın kötüleştirdiği davranışsal problemlerle de baş etmek durumunda kalmaktadırlar (Miller, 1999). Böyle durumlarda hemşirelerin yaklaşımları genellikle durumu görmezlikten gelme ya da bağlama veya ilaç verme gibi kısıtlama yöntemlerini kullanmak şeklinde olmaktadır (Matthiesen, 1996; Sullivan, 2001).

Demanslı bireyin hastaneye yatmaktan kaynaklanan bazı sorunlarının, birey daha hastaneye yatarken tanınır ve ortaya çıkarılırsa önlenebileceği bildirilmiştir (Ganzer, 2007). Bu nedenle hemşirelere hastaların demans açısından en erken dönemde saptanması ve hastanedeki süreç içerisinde mevcut sorunlarına yönelik tedavilerin sürdürülmesi konusunda ciddi sorumluluklar düşmektedir (Ganzer, 2007; Resnick, 2008).

Demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozuklukların erken belirlenmesinde standart bir tanılama yapılması önerilmektedir. Bu amaçla hemşirelik tanınması süreçlerine demans taramaya yönelik kısa değerlendirme formlarının eklenmesinin yararlı olacağı bildirilmiştir (Maslow ve Mezey, 2008). Hemşireler, hastadan ve aileden alacakları bilgiler ile bireyin bilişsel ve işlevsel yetersizliklerin tanınmasında önemli bir sorumluluk üstleneceklerdir (Watson, 2004; Naylor, 2005). Ayrıca yaşlı bireyin geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış, kısa tarama testleri ile tanı konulmadan da olası sorunların erken saptanıp uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması mümkün olabilecektir (Ganzer, 2007; Maslow ve Mezey, 2008).

Bu çalışma, hastanede yatan yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozukluk sıklığını belirleyerek olası demans oranlarına dikkat çekmek ve hemşireleri bu konuda girişim yapmaya teşvik etmek amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı; hastanede yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde demansla ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığının incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları:

- Yaş demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığının görülme oranını nasıl etkiler?
- Cinsiyet demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığının görülme oranını nasıl etkiler?
- Eğitim düzeyi demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığının görülme oranını nasıl etkiler?
- Ekonomik durum demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığının görülme oranını nasıl etkiler?
- Eğitimli ve eğitimsiz bireyler arasında işlevsel ve bilişsel bozukluk görülme oranı arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

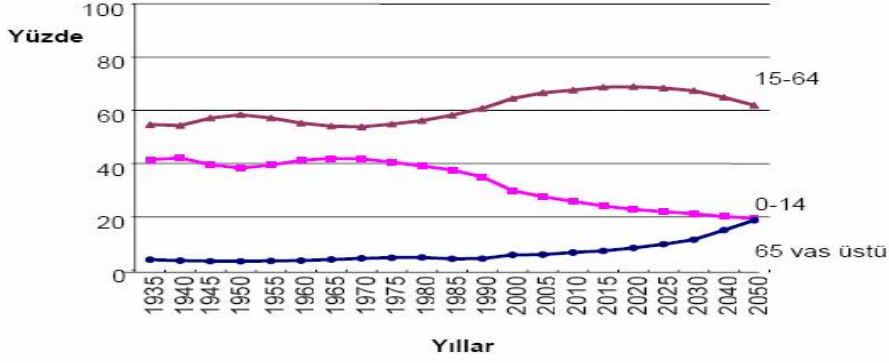
2.1. Nüfus Yapısı Değişiklikleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamakta ve yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir (WHO Genova 1998, Kutsal; 2007). Bir başka tanıma göre yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönemdir. Bu nedenle bu dönemi yaşayan insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımların diğer yaş gruplarına olan yaklaşımlardan farklı olması gerekmektedir. Bu yaş sınırı demografik bir sınır olmasına karşın bireyin biyolojik ve sosyal açılardan bağımsız konumdan bağımlı konuma geçtiği dönemdir (Dönmez ve ark., 2000).

Tüm dünyada 65 yaş ve üzeri yaşta olan nüfus 2004 yılı itibariyle 448 milyon civarındadır. Bugün dünya üzerindeki toplam nüfusun %10'u 65 yaş ve daha üzeri yaşlardaki nüfusu oluştururken, 2050'de bu oranın %16'nın üzerine çıkması beklenmektedir (Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkelerin nüfuslarında %95 oranında bir artış beklenirken, yaşlı nüfus için bu artışın %240 oranında olacağı tahmin edilmektedir (Soygür; 2000).

Dünya nüfusunun yaşlanması, 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biridir. Bütün dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır (United Nations, 2002). Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, sosyokültürel faaliyetlere ve aile hayatına kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir (Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007).

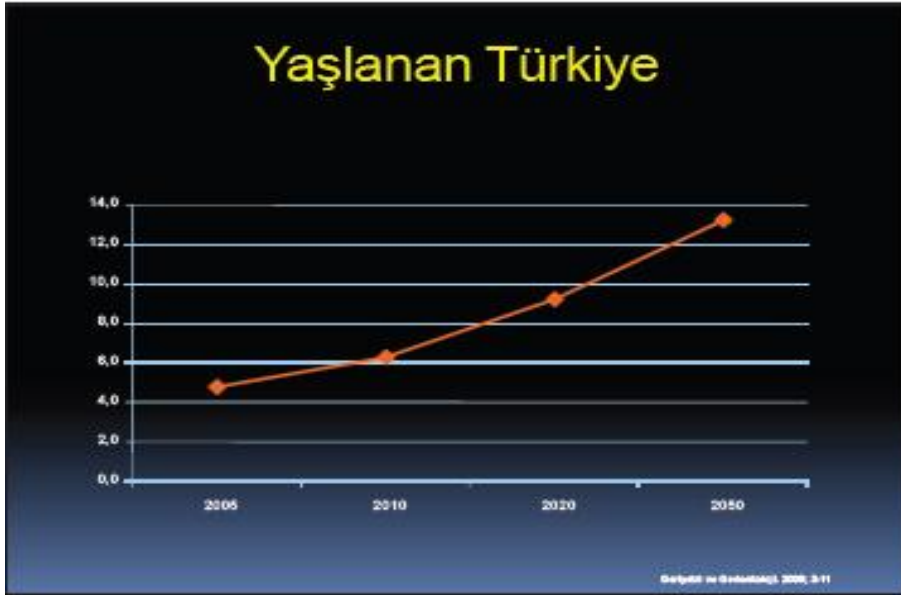
Grafik 1: Yaş Gruplarının Yüzdesele Dağılımları, Türkiye 1935-2050



Grafik 1: Yaş Gruplarının Yüzdesele Dağılımları, Türkiye 1935- 2050

Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007

Grafik 1’de, seçilmiş yıllar için oluşturulan yaş piramitleri sunulmaktadır. 1935 yılından 2000 yılına kadar geçen süre içerisinde yaşlı nüfus artışı açıkça görülmektedir (1935-2000 yılları için sayım sonuçları, 2000 yılı sonrası için TÜİK nüfus projeksiyonları kullanılmıştır).



Grafik 2: Yıllara Göre Yaş Dağılımı

Kaynak: Geriatri ve Gerontoloji; 2008, 3-41.

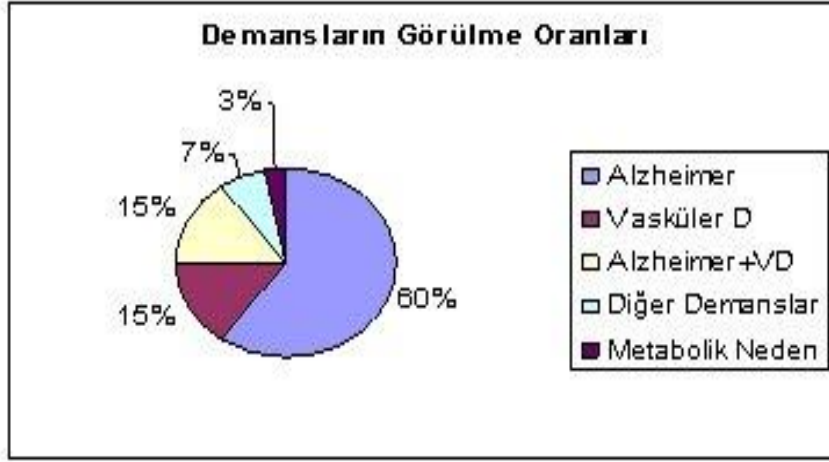
Türkiye’de 2008 verilerine göre %6.79 oranında 65 yaş ve üzeri birey bulunurken 2020 yılında bu oranın %8.46 ’ya, 2050 yılında %17,6’ya ulaşacağı öngörülmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 2007). Türkiye İstatistik Enstitüsü verilerine (2009) göre doğuştan beklenen yaşam süresi 1991 yılında ortalama 67,4 iken yıllar içerisinde artış göstermiş ve 2007 yılı verilerine bakıldığında kadınlar için doğumda beklenen yaşam süresi 74,2 yıl iken erkekler için bu oran 69,3’dür. Oranlardan da görüldüğü gibi yaşlılık oranı dünyada ve ülkemizde gün geçtikçe artmaktadır. Yaşlı bireyin yaşlılıktaki dejenerasyona bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artmıştır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu yaş grubuna önem verilmelidir. Hemşireler yaşlı bireylere verdikleri kaliteli bakım ve önem ile yaşamlarının son döneminde olan bu yaş grubunun daha kaliteli bir yaşam sürdürmesinde anahtar role sahiptir (Karadakovan, 2003). Yaşlı bireylerde kaliteli bakım ile yaşam kalitesinin artırılması sağlık bakım profesyonelleri olan hemşirelerin elindedir (Courtney ve ark., 2000).

2.2. Demans Tanımı

Demans sözcüğü, Latince kökenli “kişinin aklını yitirmesi” anlamına gelmektedir. Sözcük ilk kez, 13. yüzyılda Anadolu’da, Ürgüp-Göreme dolaylarında yaşamış halk hekimi Bartholomeus Anglucus tarafından kullanılmıştır. Ancak nöropsikiyatride bilimsel anlamda sözcüğü ilk kez Pinel’in kullandığı kabul edilmektedir. Demans, hafıza kaybı, kişilik ve davranış değişiklikleri ile birlikte düşünme, karar verme, konuşma, planlama, organizasyon ve koordinasyon gibi bilişsel fonksiyonların giderek bozulmasıyla kendisini gösteren nöropsikiyatrik bir tablodur (Eker, 2008). Demans spesifik, tek bir sendrom değildir; beyni etkileyen ve düşünme, hatırlama, öğrenme yeteneklerinde ilerleyici bir azalmaya yol açan bir grup sendromdur (Barlett, 2006). Tüm bu değişikliklere bağlı olarak yaşlı bireyin işlevselliği de etkilenmekte ve günlük yaşamını bağımsız olarak sürdürmesi güçleşmektedir (Qui, 2007).

Klinikte demansın en önemli nedenleri arasında Alzheimer tip demans ve vasküler demans bulunmaktadır; daha az sıklıkta alkolizm, Parkinson, metabolik ve endokrin hastalıklar, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve intrakraniyal lezyonlar da demansa neden olabilmektedir (Yener,2004; Barlett, 2006; Selekler,2008).

2.3. Demans Tipleri



Şekil 1: Demans Tiplerine Göre Demans Görülme Oranları

Kaynak: Geriatri ve Gerontoloji; 2008, 3-41

2.3.1. Alzheimer Tip Demans: Alzheimer hastalığı, demansın en sık görülen tipidir. Tüm demans tiplerinin %50- 80' nini oluşturmaktadır. Alzheimer tip demans, entellektüel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara neden olan progresif nörodejeneratif bir hastalıktır (Arioğlu, 2006; Selekler, 2003).

2.3.2. Vasküler Demans: İskemik, hemorajik ve hipoksik beyin lezyonları sonucu ortaya çıkan demanslar vasküler demans olarak adlandırılır. Vasküler demans tıpkı inmede olduğu gibi, çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilmektedir (Selekler, 2003). Vasküler demans, demansın 2. sıklıkta nedenidir ve %10-20 oranında görülmektedir. 60 yaş üzerinde akut iskemik strokelu olguların %15-20'sinde demans gelişmektedir (Hebert ve Brayne 1995). Majör risk faktörleri; hipertansiyon, diyabet, anjina pektoris, miyokard infarktüsü, konjestif kalp yetmezliği, stroke ve vasküler cerrahi öyküsünün bulunmasıdır (Koçer, 1999).

2.3.3. Frontotemporal Demans (Pick Hastalığı): Klinik olarak bellek, algı, uzamsal yetiler ya da becerilerin kaybından sonra ortaya çıkan erken davranışsal değişikliklerle karakterizedir. Hasta yakınları sıklıkla özbakımda yetersizlik, duygusal küntleşme, zihinsel katılık ve

törenselleşmiş davranış ile karakterize bir değişiklik fark ederek hastaya başvurumaktadırlar (Neary ve ark. 1998). Frontotemporal demans (FTD) bütün demansların %10' unu ve presenil dejeneratif demansların %25'ini oluşturan önemli bir demans nedenidir. Genellikle genç erişkinlerde gözlemlenen bu hastalık, hastalarda belirgin hafıza kaybından önce yürütücü fonksiyonlarda ve genellikle akıcılık, adlandırma, ve soyutlama içeren konuşmada düşüşe neden olmaktadır (Arioğlu, 2006; Brun, 2003; Lewis ve ark., 2007).

2.3.4. Lewy Cisimcikli Demans: Kortikal nöronlarda Lewy cisimlerinin yaygın olarak görüldüğü motor ve psikiyatrik belirtilerle giden demansiyel bir hastalıktır. Lewy cisimciklerine bağlı kognitif bozuklukları olan hastalara verilen genel bir isimdir (Arioğlu, 2006; Lewis ve ark., 2007).

2.3.5. Multi-İnfarakt Demans: Multipl serebral infarktlar üst üste geldiğinde demansiyel tablo oluşturabilmektedir. Bu tablonun ana özellikleri, ani başlangıç, inme öyküsü, fokal bulgu ve semptomlardır. Ayrıca kişilik değişimleri, aterosklerozun diğer bulguları ve hipertansiyon önemli bulgulardır (Olga, Emery ve Thomas 2003).

2.3.6. Huntington Hastalığı: Progresif, kalıtsal genellikle yetişkin yaşamda görülen bir hastalıktır. Bu hastalık istemsiz hareketler, demans ve kişilik karışıklığı ile karakterizedir. Huntington hem erkek hem kadınları etkileyebilen genetik bir hastalıktır. Huntington bireyin fiziksel, mental (bilişsel) ve duygusal kabiliyetlerine merkezi sinir sisteminde belirli bölgelerde bozulmalara yol açarak engel olmaktadır (Olga ve ark., 2003).

2.3.7. Parkinson Tip Demans: 65 yaş üzeri populasyonda %1 prevalansta izlenen nörodejeneratif bir hastalıktır. Erkeklerde ve 40-70 yaş arasında daha sık olarak görülmektedir. Hastalığın süreci boyunca Parkinsonlu vakaların %10-30'unda demans gelişmektedir. Parkinson hastalığında demans gelişimi, aynı yaştaki diğer kişilerden 4 kat daha fazladır (Riley ve ark. 1991).

2.4. Demansın Prevelans ve İnsidansı

Demans birden fazla kognitif alanda bozulma ile seyreden ve sonunda günlük yaşamı etkileyen bir klinik sendromdur (Karan; 2009). Yaş ile birlikte her 5 yılda bir demans prevelansı 2 kat artmaktadır; 60-69 yaş aralığında yaklaşık %1,5 iken, doksanlı yaşlarda %40'a ulaşmaktadır (Ferri, 2005). Dünyada 24,2 milyon demanslı kişi yaşamakta ve bu orana her yıl 4,6 milyon yeni vaka eklenmektedir bu durum yıllık serebrovasküler olay geçiren kişi sayısı ile aynıdır (Ferri, 2005; Prince, 2008).

Gelişmekte olan ülkelerde demans sıklığının gelişmiş ülkelere göre 3-4 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir. Çin ve Uzak Doğu ülkelerinde bu sayı 6milyon, Avrupa Birliği ülkelerinde 5 milyon; Amerika Birleşik Devletlerinde 2,9 milyon ve Hindistan'da 1,5 milyondur (Public Health and Aging, 2003). Dünya genelindeki prevalansın %46'sını gelişmiş ülkeler, %54'ünü ise geliştirmekte olan ülkeler oluşturmaktadır (Wimo,2007). Türkiye'de demans oranlarını saptamaya yönelik çok sayıda çalışmaya rastlanmamakla beraber ülkemizde de yaşlı nüfusun giderek artması ile birlikte demans prevelansının da artacağı beklenmektedir (Bulut, 2002; Keskinoglu ve ark., 2006; Uçku ve ark., 2007; Gürvit ve ark., 2008). Türkiye' de yapılan bazı prevelans çalışmalarına bakıldığında; Elazığ ilinde 65 yaş ve üzeri 269 kişi ile yapılan araştırmada bölgede demans prevelansı %7,3 olarak tespit edilmiştir (Bulut,2002). Keskinoglu ve arkadaşlarının (2006) İzmir'in sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgesinde yaptığı çalışma'da ise, %22,9 sıklıkta demans saptanmıştır. Diğer bir çalışma olan Gürvit ve arkadaşlarının (2008) 70 yaş ve üzerinde 1019 kişi ile yaptıkları kesitsel çalışmada demans oranı %20 olarak saptanmıştır. Uçku ve arkadaşlarının (2007) yine İzmir'in sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgesinde yaptığı çalışmaya göre de demans prevelansı % 12,9 olarak saptanmıştır. Bir diğer saha çalışmasında ise hafif bilişsel bozukluk %25,7, şiddetli bilişsel bozukluk %6,9 olarak bulunmuştur (Diker, 2001). Görülme oranı bu kadar yüksek olan bu nörodejeneratif hastalığın sağlık bakım profesyonelleri olan hemşireler tarafından göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Hemşirelerin yaşlı bireye daha kaliteli bakım verebilmesi için durum saptamaya yönelik yapılan prevelans çalışmalara katılmaları ve prevelans çalışmalarının sonuçlarını göz önünde bulundurarak toplumda sık görülen hastalıklardan biri olan demansa ilişkin geleceğe yönelik planlamalar yapılmalı kaçınılmazdır (Maslow 2006).

2.5. Demansın Risk Faktörleri:

Demansın risk faktörlerini 4 ana grupta toplamak gerekirse şu şekilde sıralanabilir; ailevi ve genetik faktörler (cinsiyet, aile hikâyesi), klinik ya da hastalıkla ilişkili faktörler (tiroid hastalıkları, Down Sendromu, kafa travması, vasküler risk faktörleri), çevresel etmenlere maruz kalma durumu (östrojen replasman tedavisi, non-steroid antienflamatuar kullanımı, alüminyum, tütün, alkol kullanımı), sosyodemografik özellikler (eğitim, meslek, ekonomik durum, yaş, yaşadığı bölge) dir (Karan, 2009). Vasküler etmenler arasında hipertansiyon, obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, hiperlipidemi, fazla alkol tüketimi, sigara, beslenme, sistemik inflamasyon, depresyon bulunmaktadır (Qiu,2007).

Değiştirilemez risk faktörleri yaş, cinsiyet ve aile öyküsüdür. Risk faktörlerinden birisi olan yaş en önemli risk faktörüdür. 17 değişik ülkede yapılmış olan 47 farklı çalışmanın sonuçlarının bütünlendirilmiş analizi yapıldığında, yaklaşık olarak demans prevalansı 60- 69 yaş aralığında %1 görülürken, 90- 95 yaş ve üzerinde %39 sıklıkla görüldüğü saptanmıştır (Henderson S., 1998). Bir başka çalışmada ise yaş gruplarına göre demans tanısı alanların oranları, 60 ve 64 yaş aralığında %1, 65 ve 74 yaş aralığında %2, 75 – 79 yaş aralığında %6, 80-84 yaş aralığında %13,3, 85-89 yaş aralığında %23,9, 90 yaş ve üzerinde %34,6 sıklıkta olduğu saptanmıştır (Cummings, 2002). Demans sendromu açısından en büyük risk faktörü olan ileri yaşta yapılabilecek en önemli şey bilişsel- işlevsel yetersizlik semptomları olsun ya da olmasın yaşlı bireyin mutlaka demans yönünden değerlendirilmesidir. Bu konuda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Holzer, 2000).

Yaşla beraber en önemli bir diğer risk faktörü ise kadın cinsiyete sahip olmaktır (Lobo ve ark., 2000; Vas, 2001; Waite, 2001; Kukull, 2002; Herrera, 2002; Berr, 2005; Ferri ve ark., 2005; Barlett, 2006; Qiu, 2007). Kadın cinsiyete sahip olmanın demans görülme sıklığını arttırdığını belirten çok sayıda kaynak mevcuttur (Hickey ve ark., 1997; Neugoschl ve ark., 2005; Uçku ve ark., 2007; Natalwala ve ark., 2008; Schmidt ve ark., 2008; Douzenis ve ark., 2010, Guijarro, 2010). Jorm' un çalışmasında (1999) demans insidansında cinsiyet farklılığı tespit edilmemiştir. Ayrıca Alzheimer tip demans görülme oranının erkek cinsiyette kadın

cinsiyete göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur (Rudolph ve ark., 2010).

Sosyo ekonomik düzeyi düşük, düşük eğitilmiş ve belirli sağlık güvencesinden yoksun yaşlılarda demans sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Vas, 2001; Lopez- Pousa, 2004; Barlett, 2006; Anstey, 2007; Chodosh, 2007, Scazufca,2007).

Eğitimsiz bireylerin eğitilmiş bireylere göre bilişsel yetersizlik oranlarının yüksek olduğunu ve risk faktörleri arasında yer aldığını belirten çok sayıda literatüre rastlanmaktadır (Lobo, 2000; Vas, 2001; Diker, 2001; Kukull, 2002; Bulut, 2002; Kara ve ark., 2002, Dülgeroğlu ve ark., 2002; Campell, 2004; Kane, 2004; Lopez-Pousa, 2004; Neugoschl et al., 2005; Keskinoglu ve ark., 2006; Uçku ve ark., 2007, Gürvit ve ark., 2008, Schmidt et al., 2008; Amerika Alzheimer Derneği Raporu, 2009; Rudolph, 2010; Douzenis, 2010). Farklı ülkelerde, birden fazla etmenin olduğu durumlarda bile benzer bir şekilde demans görülme oranının kültürel durum ve eğitim seviyesinden etkilendiği, düşük eğitim seviyesinde demans görülme oranının arttığı bildirilmiştir (Plasman ve ark., 2007; Formiga ve ark., 2007). Özellikle Alzheimer tip demans insidansı düşük eğitim seviyesi olanlarda daha yüksek eğitim seviyesinde olanlara göre 1,5 kat daha fazla bulunmuştur (Sujuan, 1998; Kawas, 2000).

Demansın değiştirilebilir risk faktörleri; vasküler risk faktörleri, hastalıklar, psikososyal etmenler (düşük eğitim, sosyal ağ yoksunluğu, fiziksel inaktivite, yetersiz mental stimulasyon) ve yaşam biçimi özellikleridir. Değiştirilemeyen diğer bir faktör olan aile öyküsü ile riskin arttığı gösterilmiş ise de genetik ya da ortak çevresel etmenlerin bu ilişkideki rolü açık değildir (Barlett,2006; Qiu,2007).

2.6. Demansın Erken Tanınması ve Önemi:

Demans tanısı kesin olarak klinik değerlendirme ile konulabilmektedir. Öncelikle radyolojik, nöropsikiyatrik değerlendirmeler ve laboratuvar incelemeleri yapılmaktadır. Genellikle yaygın olarak klinik tanılamada DSM- IV tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Amerika Psikiyatri Derneği, 2000). Hastanın mental durum muayenesi kabaca bilişsel bozukluk olup olmadığını gösterir. Zaman başta olmak üzere oryantasyon, konsantrasyon, hafıza, sağ sol

oryantasyonu, lisan fonksiyonları dikkatli bir şekilde kontrol edilmelidir (Lopez ve ark., 2000; Selekler, 2003).

Demans hastalığında klinik tanılama çok önemlidir, fakat genellikle hasta ve yakınları hastalık durumundan geç haberdar olmakta ve sağlık kuruluşlarına geç başvuru yapmakta ya da primer farklı hastalıklar ile hastanelere yatış yaptırmaktadırlar. Bu ve benzeri nedenlerden dolayı geciken erken tanılamayı önleyebilmek için risk grubundaki yaşlı bireylere, bilişsel ve işlevsel yıkım ilerlemeden kısa tarama testleriyle rutin tarama yapmak ve olası demansı belirlemek gerekmektedir (Powers ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün (2008) yaşlılık ile ilgili hazırladığı rapora göre; sağlık kuruluşlarına başvuran olgulardan; hafif ve orta demansı olan bireylerin %66' sına hekimler tarafından tanı konulmasının atlandığı tespit edilmiştir. Bu nedenle dünyada % 76 oranında tanı konulmayan orta ve ciddi demans olgusu olduğu tahmin edilmektedir. Freund (2006) çalışmasında tanı konulması gözden kaçan demanslı birey oranının %25' den %90' a çıktığını belirtmiştir. Bu durumun şaşırtıcı olmaması gerekir çünkü genellikle sağlık çalışanlarının, orta başlangıçlı demans olguları şiddetli hale gelinceye kadar bu durum gözlerinden kaçabilmektedir (Borson, 2006). Hastalığın tanı konulmasındaki engeller incelendiğinde; hastalık belirtilerinin gizli bir şekilde seyretmesinin yanı sıra, çoğu demans çeşidinin de davranışsal belirtiler göstermemesinin olduğu bildirilmektedir (Maslow ve Mezey, 2008). Bazı durumlarda hastalar hastalıkla ilgili bilişsel, davranışsal ve işlevsel bozukluklara ilişkin belirtiler göstermekte fakat bu konuda dikkatli olunmadığı sürece bu durum gözden kaçabilmektedir. Genellikle yaşlı bireyler ve aileleri tarafından bu belirtiler önemsiz görülmekte ve bu hafif unutkanlıkların yaşlılıkla ilişkili olduğunu düşünmektedir. Ayrıca tanılamayı engelleyen diğer nedenlere bakıldığında; yaşlıların bu hastalıktan dolayı damgalanmak istememeleri nedeniyle hastaneye gitmemeleri, yaşlı bireyin ve ailesinin bu durumun yaşlılıkla alakalı olduğunu düşünmesi ve yardım istememesi, kişilerin etnik kimlikleri ve kültürleri, sağlık profesyonellerinin ilk karşılaşmada yeterince dikkatli olmaması, iş yüklerinin fazla olması ya da bu konu hakkında eğitim almamış olmaları gibi nedenler sayılabilmektedir (Knopman, 2000; Watson ,2004; Solomon, 2005; Maslow ve Mezey, 2008; Powers ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2008) yaşlılık ile ilgili hazırladığı rapora göre; aile fertleri %21 oranında demansın farkında olmadıkları için, %53 oranında da aile bireyleri tarafından yaşlı bireydeki problem bilindiği halde sağlık kuruluşlarına başvuru yapılmadığı için tanı konulmasının güçleştiği bildirilmektedir. Bir başka çalışmaya göre ise; Philadelphia' nın üç ayrı bölgesindeki hastanelere başvuran 145 yaşlı bireyle yapılan araştırmada bu kişilerin %35'inde (51 kişi) demansla uyumlu bilişsel yetersizlik tespit edilmiştir. Bu kişilerin %39'unun (20 kişi) kayıtlarında demansa ilişkin hiçbir bulgu bulunmamaktadır. Sadece %18'inin demans tanısı hastane kayıtlarında yer almaktadır (Naylor, 2005). Hastanede yatan çoğu demanslı bireyin hastalığı kayıtlarda yer almamaktadır. Bunun çoğunlukla sebebi kişilere daha önce demans tanısı konulmamış olması ya da konulmuş olduğu halde bireylere bu konuda soru sorulmamasıdır (Maslow ve Mezey, 2008; Powers ve ark., 2008). Hastanede yatan yaşlı bireyler demans yönünden araştırmacılar tarafından taranmış ve demans prevalansı %30,5 olarak belirlenmiştir. Eş zamanlı olarak bu çalışmanın yürütüldüğü süreç içerisinde hastane kayıtları incelenmiş ve aynı hastaların sadece %1,26 sına demans tanısı konulabildiği belirlenmiştir (Douzenis, 2010).

Birçok çalışma göstermiştir ki hastaneye yatırılan demanslı bireylerde düşme, dehidratasyon, malnütrisyon, iskemik kalp yetmezliği, gastrointestinal hastalıklar, pnömoni ve deliryum gibi hastalıklar diğer hastalara göre oldukça fazladır (Malone, 2009; Mitchell, 2009). Rudolph ve arkadaşlarına (2010) göre demanslı bireylerin erken tanılanması çok önemlidir. Özellikle Alzheimer tip demansı olan bireyler diğer yaşlı grubu ile kıyaslandığında bu grupta düşme, hatalı ilaç kullanımları, dehidratasyon, malnütrisyon oldukça sık rastlanan ve yaşamı tehdit eden boyutlara ulaşabilen sorunlardır. Böyle olumsuz durumları önleyebilmek için erken tanı almaları çok önemlidir. Bilişsel bozukluğu erken tanılamak iyi bir tıbbi bakım için kaçınılmazdır. Çeşitli nedenlerle hastalara ilk bakım veren hekim ve hemşirelerin erken başlangıçlı demansı tanımları güçleşmektedir, bu nedenle demans tanılanması ile ilgili basit tarama testlerinin rutin uygulamalar içine dâhil edilmesi kaçınılmaz bir durumdur (Ashford, 2007). Hemşireler için demans tanısı olmayan ya da bu durumun sorgulanmadığı demans hastalarında bilinmeyen bir hastalıkla ilgili bakım planı yapmak mümkün değildir. Öncelikle bu hasta grubunun kimler olduğu belirlenmelidir. Ganzer (2007) tarafından demanslı bireylerde, hastaneye yatmaktan kaynaklanan bazı sorunlarının birey daha hastaneye yatarken tanınır ve ortaya çıkarılırsa önlenebileceği bildirilmiştir. Bu nedenle

hemşirelere demans hastalarının en erken dönemde saptanması ve hastanedeki süreç içerisinde mevcut sorunlarına yönelik tedavilerin sürdürülmesi konusunda ciddi sorumluluklar düşmektedir (Ganzer, 2007; Resnick, 2008). Maslow ve Mezey (2008) çalışmalarında demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozuklukların erken belirlenmesinde standart bir tanılama yapılması ya da hemşirelik tanılama süreçlerine demansı taramaya yönelik kısa değerlendirme formlarının eklenmesinin yararlı olacağı bildirilmiştir.

Erken tanı ile geriye dönüşlü nedenler erken saptanırken, kolinesteraz inhibitörlerinin optimal düzeyde kullanımı için tedaviye hemen başlanabilmektedir. Aynı zamanda erken tanı ile hasta ve yakınlarına demansın semptomları ve tanılanması ile ilgili bilgi verilerek hasta ve yakınlarına doğru zamanda yardım edilmesi sağlanabilmektedir (Sandson, 1996; Boustani, 2003). Bu ve benzeri nedenlerden dolayı erken tanı yaşam kalitesini yükseltirken hastaneye tekrarlı yatışları önlemektedir (Patterson, 2001). Hekimler dışında sağlık bakım profesyoneli olan hemşirelerin, sosyal çalışmacıların ve diğer çalışanlarında kısa tarama testlerini uygun bir şekilde kullanmaları şarttır (Solomon,2005). Buldukları olumlu ya da olumsuz sonuçlardan diğer sağlık ekibi üyelerini de haberdar etmeli ve ekip üyeleri hasta için karşılıklı konuşarak karar vermelidirler (Powers ve ark.; 2008). Hemşireler hasta ve ailesinden, hastanın hastaneye yatış öncesi durumu hakkında alacakları bilgiler ile bireyin bilişsel ve işlevsel yetersizliklerin tanılanmasında önemli bir sorumluluk üstleneceklerdir (Watson, 2004; Naylor, 2005).

İyi bir tarama testi kısa, hastalarla ilgili yüksek duyarlılığa sahip ve aileyi içeren sorulardan oluşmalıdır (Ashford, 2007). Birçok karşılaştırmalı çalışmada demansa uygun bilişsel bozukluğu erken dönemde belirleyebilen kısa tarama testlerinden bahsedilmiştir (Shulman, 2006; Lorentz, 2002). Bu ölçeklerden en yaygın olanı ise Standardize Minimental Test (SMMT) 'dir. Demans hastalarını belirleyebilmek için sadece bilişselliğin tanılanması yeterli değildir. Çünkü yaşlıda bozulan bilişsel durumun (bellek, yönetici işlevler, akıl yürütme gibi) bozulmasına bağlı olarak yaşlıların günlük yaşam aktiviteleride bozulmaktadır (Selekler, 2004). Bu nedenle yaşlı bireydeki işlevselliğin de değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.7. Demansın Tedavisi

Demans tedavisi demans tiplerine göre değişmekle beraber genellikle semptomlara yöneliktir. Çalışmalar çoğunlukla Alzheimer tip demans tedavisi üzerine yoğunlaşmıştır. Alzheimer hastalığı için, hastalığın seyrini durduran, hastayı iyileştiren ve eski haline döndüren bir tedavi metodu henüz yoktur. Öncelikle hastaların günlük yaşam kalitesini düşüren unutkanlık durumu ve unutkanlıkla ilişkili beceri kayıplarını geciktirmeyi hedefleyen bir tedavi yaklaşımı izlenir. Hastaların beyinlerinde ilerleyici hücre ölümü sonucu eksilen asetilkolin miktarını arttırmak için asetilkolin esteraz enzimini inhibe eden ilaçlar verilir. Diğer bir ilaç yaklaşımı ise Alzheimer hastalarının beyinlerinde artmış bir madde olan glutamati azaltmaya yönelik olarak kullanılan Memantin'dir. Bununla birlikte hastanın konforunu ve stabilizasyonunu sağlamak, hastalığa eşlik eden davranış değişiklikleri, uyku ve yeme düzensizliği gibi problemlerin giderilebilmesi için psikiyatrik yardım tedaviye eklenebilmektedir

(http://www.alz.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=60:tedavi&catid=55:demans&Itemid=87). Benzer yaş grubuna göre yaşlı bireyin tedavi yöntemi daha spesifik ve özelliğlidir. Bu hasta grubunda tedavinin dikkatli ve güvenli bir şekilde uygulanması şarttır. Bilişsel ve işlevsel yıkıma bağlı hasta dezoryantedir ve genellikle ilaç tedavilerini reddederler. Hemşirelerin bu durum karşısında farkındalığının yüksek olması ve önlemler alması gerekmektedir (Maslow, 2006).

2.8. Demans ve Kronik Hastalıklar

Birçok kronik hastalık demans gelişiminde rol oynamaktadır. Özellikle kardiyovasküler risk faktörlerinin, vasküler tip demansın yanı sıra kognitif bozukluk ve Alzheimer tip demansta da etkili olduğu saptanmıştır (Karan, 2009). Hofman (1997), kesitsel yaptığı bir çalışmada ateroskleroz düzeyi ile Alzheimer tip demans arasında ilişki bulmuştur. Bir başka çalışmada ise toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri 3264 yaşlıda hipertansiyonun vasküler demans riskini arttırdığı saptanmıştır. Fakat Alzheimer tip demans ve hipertansiyon arasında ilişki bulunamamıştır (Hayden, 2006). Obezite kadın ve erkek cinsiyette Alzheimer tip demans riskini arttırırken, diyabet sadece kadın cinsiyette Alzheimer tip demansa yakalanma riskini arttırmıştır. İnme sonrası vasküler demans gelişme riski her iki cinsiyette de fazladır (Hayden,

2006). Yoshitake'in (1995) çalışmasında ise vasküler demans gelişme riskinin diyabetlilerde belirgin şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bir başka prospektif çalışmada ise yaş, cinsiyet, eğitim düzeyine göre düzenlenmiş modelde diyabetlilerde nondiyabetiklere göre Alzheimer tip demans gelişme riski %65 artmış olarak bulunmuştur (Arvanitakis, 2004).

Yüksek kan basıncı, diyabetteki kan glukoz değişimleri ve beyin hipoperfüzyonunun Alzheimer hastalığını arttırdığını söyleyen çalışmada, demansı olan bireylerle demansı olmayan bireyler karşılaştırılmış ve diyabet, hipertansiyon, anemi, atriyal fibrilasyon ve konjestif kalp yetmezliği, demansın komorbid durumları olarak belirtilmiştir (Sanderson, 2002).

Demans hastaları genellikle yaşlı hastalardır ve birçoğunda en az bir tane kronik hastalık görülmesi şaşırtıcı değildir. Rudolp ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada demans hastalarının serebrovasküler hastalık, sinir kas sistemi hastalıkları, üriner kateter enfeksiyonları, diğer enfeksiyonlar, kanser, konjestif kalp yetersizliği, kronik akciğer hastalığı, dehidratasyon, nörolojik ve renal hastalıklar, diyabet ve psikiyatrik hastalıklara maruz kaldıkları bildirilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmaya göre ise demansı olan yaşlı bireylerin demansa ek olarak; %30'unda koroner kalp hastalıkları, %28'inde konjestive kalp yetmezliği, %21'inde diyabet, %17'sinde kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) vardır (Bynum ve ark., 2004). Sayılan bu ciddi kronik rahatsızlıklar, demanstan dolayı var olan bilişsel bozukluklarla birleşince yaşlı bireyin sağlığı ciddi bir tehdit altına girmektedir. Bu nedenlerden dolayı hastanede yatan ve bilişsel durumu kötü olan bu hasta grubunda demans görülme oranının yüksek olması beklenen bir durumdur.

2.9. Demans ve Hastanede Yatma Süreci

Hastanede yatan yaşlı bireylerde demans sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Hickey ve arkadaşlarının (1997) hastanede yatan yaşlı bireylerde demansı belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerdeki bilişsel yetersizlik oranının akut bakım ünitelerinde %22,3, uzun süreli bakım ünitelerinde % 70,5, ortopedi kliniklerinde %15,7 olarak bulunmuştur. Guijarro ve arkadaşlarının (2010) 1998- 2003 yılları arasında hastane kayıtlarını tarayarak yaptıkları sıklık çalışmasında ise demans görülme sıklığı %3,43 ila % 4,64 olarak bulunmuştur. 60 yaş ve üzeri 21,251 hastanın hastane kayıtlarını inceleyerek

yapılan bir diğerk çalışmada ise demans sıklığı %3,9 olarak saptanmıştır (Lyketsos ve ark., 2010). Douzenis ve arkadaşlarının (2010) hastanede yatan yaşlı bireyleri taradıkları çalışmada demans sıklığı % 30,5 olarak saptanmıştır. Demans sendromu ile ilgili tüm klinik taramalar yapılan 157 kişi ile yapılan bir başka çalışmada ise 112 kişide (% 71) bilişsel yetersizlik saptanmıştır. Belirlenen 112 kişinin de 93' ünde (%83) demans hastalığı kriterleri olduğu bulunmuştur (Watson ve ark., 2004). Hastanede yapılan bir araştırmaya göre; hastaneden hastaneye ya da günden güne değişmekle birlikte hastanede yatan 65 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık % 25 inin demans olduğu bildirilmiştir (Maslow, 2006). Oranlar değişmekle beraber oldukça yüksektir. Bu durum şaşırtıcı olmamakla beraber göz ardı edilemeyecek kadar ciddi boyutlardadır. Kronik hastalıkların yanı sıra farklı tıbbi tanı ve tedavi için demansı olan yaşlı hastalar tekrarlı yatışlar ile hastaneye yatırılmaktadır. Bu nedenlerden dolayı tedavi ve bakım gereksinimlerini yürüttüğümüz hasta popülasyonunu belirlemek ve bu doğrultuda planlamalarımızı yapmak daha kaliteli bir bakım için şarttır.

Hastanede yatan yaşlı bireylerde demans sıklığını belirlemeye yönelik yapılmış olan birçok çalışma, demansı olan yaşlıların oldukça sık ve tekrarlı yatışlar ile hastaneye geldiklerini ve hastanede yatan diğerk yaşlılara göre daha çok sorun yaşadıklarını ortaya koymuştur. Demansı olan yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalığın varlığı literatürde bildirilirken, bilişselliği ve işlevselliği bozulmuş bu hasta grubunun, kronik hastalıklarını iyi yönetememeleri nedeniyle ek başka sorunlar yaşadıklarından da bahsedilmiştir (Sanderson, 2002; Bynum ve ark., 2004; Hayden, 2006; Karan, 2009; Rudolph ve ark., 2010). Hastanede yatmakta olan demanslı bireyler ile demansı olmayan benzer yaş grubundaki hastaların yaşadıkları sorunlar karşılaştırıldığında; demanslı bireylerde düşme, yeni inkontinans gelişimi, kendini kontrol edememe, basınc ülserleri, ağrı, davranışsal problemler, fiziksel kısıtlama gereksinimi ve ajitasyon davranışlarının görölme oranlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Maslow ve Mezey, 2008). Demansı olan hastaların diğerk yaşlı hastalardan 1.6- 3.6 kez daha fazla düştükleri ya da düşen yaşlı hastaların üçte ikisinin demans göstergesi olabilecek bilişsel yetersizliği olan hastalar olduğu bildirilmiştir (Krauss, 2005; Mecocci, 2005; Hitcho, 2004). İtalya'da 81 farklı hastaneden 13.729 yaşlı birey ile yapılan bir araştırmada, demansı olan bireylerde, hastaneye yattıktan sonra diğerk yaşlı hastalardan beş kat daha fazla üriner inkontinans, altı kat daha fazla fekal inkontinans geliştiği bildirilmiştir (Mecocci, 2005). Ayrıca bu hastalarda sıkça ortaya çıkan diğerk problemler, demanslı hastada yetersiz yiyecek

alımının olmasına bağlı malnütrisyon gelişmesi, uyku bozuklukları, sayıklama, ajite davranışlar ve amaçsız dolaşma gibi tedaviyi güçleştiren ve hastanın genel durumunu bozan olumsuz durumlar sayılabilir (Maslow ve Mezey, 2008). Demansın hastaneye yatan bireyler için ortaya çıkardığı bir diğer olumsuz etki ise yatış sürelerinin uzaması ve getirdiği ek maliyettir. Lyketsos ve arkadaşlarının (2000) hastanede yatan yaşlılarda yaptığı bir çalışmaya göre; ortalama yatış uzunluğu demanslı hastalarda 10,4 gün iken, demansı olmayan hastalarda 6,5 gündür. Demansı olan hastalar uzamış yatış sürelerinden dolayı maliyeti 4000 \$ daha arttırmaktadır. Guijarro ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada hastanede yatan demanslı ve demansı olmayan bireyler karşılaştırdıklarında demansı olan bireylerin kalış sürelerinin daha uzun ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada demansı olan bireylerde yatış süreci ortalama 13,4 gün iken demansı olmayanlarda 10,7 gündür. Mortalite oranları ise demanslı bireylerde %19,3 iken demansı olmayan bireylerde % 8,7' dir.

Birçok demansı olan yaşlı hasta demans ile ilişkili olmaksızın, miyokard infarktüsü, anjina pektoris, kalp yetmezliği, kalça kırığı, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu gibi çeşitli tıbbi ya da cerrahi durumlar için hastanede tedavi altına alınmaktadır (Lyketsos ve ark., 2000; Maslow ve Mezey, 2008). Bazı hastalar ise demans ile ilişkili ciddi psikiyatrik ya da davranışsal semptomlar nedeniyle yatmaktadırlar. Hastanede yatan demanslı bireye nasıl bakım vermeleri gerektiği konusunda sağlık çalışanlarının yeterli bilgisi olmadığı saptanmıştır (Lyketsos, 2000). Demanslı hastaların çok büyük bir kısmı hastaneye yatışla birlikte bilinç durumları daha da kötü hale gelmekte ve huzursuzlukları daha da artmaktadır (Ganzer, 2007).

Rudolph ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada Alzheimer hastaları ile diğer yaşlı grup kıyaslanmış ve Alzheimer hastalarında düşme, hatalı ilaç kullanımları, dehidratasyon, malnütrisyon oldukça sık rastlanan ve yaşamı tehdit eden boyutlara ulaşabilen sorunlar olduğu ve bunlar gibi olumsuz durumları önleyebilmek için erken tanılanmalarının çok önemli olduğu belirtilmiştir. Birçok çalışma göstermiştir ki hastaneye yatırılan Alzheimer hastalarında düşme, dehidratasyon, malnütrisyon, iskemik kalp yetmezliği, gastrointestinal hastalıklar, pnömoni ve deliryum gibi hastalıklar diğer hastalara oranla oldukça fazladır (Malone, 2009; Mitchell, 2009). McCloskey' nin (2004) çalışmasında, demans hastalarındaki davranışsal problemlerin (bağırma, çılgılık atma, vurma, bakımı reddetme, sürekli gezinme)

bakım sürecini zorlaştıran durumlar olduğu söylenmiştir. Hemşirelerin çalışma ortamında baş etmesi gereken çok sayıda tıbbi durumun yanında demanslı hastalardaki hastaneye yatma ile kötüleşen davranışsal problemlerle de baş etmek durumunda kaldıkları bilinmektedir (Miller, 1999). Böyle durumlarda hemşirelerin yaklaşımları genellikle durumu görmezlikten gelme ya da fiziksel ve kimyasal kısıtlama yöntemlerine başvurma şeklinde olmaktadır (Matthiesen, 1996; Sullivan, 2001). Ancak durumun karmaşıklığına bakıldığında hemşirelerin bu tepkisiz yaklaşımı yerine duruma reaksiyon gösterme ve çözüm önerileri arama yaklaşımları sergilemeleri gerekmektedir. Hemşireler durumu çözebilmek için uygun hemşirelik planlarını oluşturmak gereksinimi ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Mc Closkey, 2004). Fakat demans tanısı olmayan ya da bu durumun sorgulanmadığı demanslı bireylerde, bilinmeyen bir durumla ilgili bakım planı yapmak mümkün değildir. Öncelikle bu hasta grubunun kimler olduğu belirlenmelidir.

Hemşireler demanslı bireylerde gözlenebilecek davranışsal problemleri bilmeli ve bu yönden hastasını değerlendirmelidir. Mümkün olduğunca uygun hemşirelik girişimleri ile hastanın güvenliği ve konforu sağlanmalıdır. Hastaya nasıl yaklaşılacağı bilinmeli etkili bir iletişim ile olası olumsuz tepki ve davranışları önlenmelidir. Demanslı olan bireylere uygun bir yaklaşım ile hastanede yatış sürecinde alması gereken en iyi bakım ve tedaviyi alabilmeleri hemşireler tarafından sağlanmalıdır (McCloskey, 2004; Maslow, 2006; Ganzer, 2007). Sadece demans hastaları değil hastaların aileleri de ele alınmalıdır. Nicholas ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada demanslı olan eşleri hastaneye yatan kadın ve erkek eşlerin taburculuktan sonraki bir yıl içerisinde ölüm oranları incelendiğinde erkek eşlerin %8,6'sı, kadın eşlerin ise %5'i hayatlarını kaybetmişlerdir. Bu oran aynı çalışmada yer alan inme, kolon kanseri ve psikiyatri hastalarına oranla daha yüksektir.

Aileler demans hastası olan yakınları hastaneye yatırıldığında, hem hastalarının tanımadıkları bir ortamda olmasına bağlı hastanede yatmaya göstereceği olumsuz tepkilerden hemde sağlık çalışanlarının durumu anlayıp anlamayacakları ve kendilerine gerekli desteği verip veremeyecekleri konusundan dolayı endişe yaşamaktadırlar (Ganzer, 2007). Öte yandan demanslı bireylerin aileleri bu hastalar hakkında en iyi ve doğru bilginin alınabileceği kişilerdir. Demanslı birey hakkında en iyi aile bireyleri hastanın yeme, içme kendi bakımını yerine getirebilme yetenekleri, evdeki ve hastanedeki durumdaki farklılıkların neler olduğu

konusunda bilgi verebilirler. Böylece hemşireler hasta hakkında daha doğru ve kısa zamanda bilgi edinme fırsatı bulabilmektedirler (McCloskey, 2004; Dunbar, 2007). Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakımında, hasta bakımının devamı için güven ve tanıdık olma duygularını verebilmeleri açısından ailelerinde bakım sürecine katılmaları önemlidir. Bir diğer önemli boyut ise bu hasta grubunun taburculuğudur. Aileler hastanede yeni ortaya çıkan demans tanısı ya da hastanede kötüleşen demans tablosu ile taburculuktan sonraki dönemde nasıl baş edeceklerini bilmemektedirler. Hemşireler tarafından ailelere gereksinim duydukları bilgiler verilmeli ve uygun kaynaklara yönlendirilmelidirler (Dunbar, 2007). Hemşireler hasta yakınlarına hastaları ile etkili iletişim, hastalığı ve bakım sürecini anlayabilme becerisi, ailelerin kendilerinin içinde bulunduğu durumu anlayabilmeleri, uzun süre hastaneye yatışla ilgili olumsuz etkilerle baş edebilmek ve hastaya uygun yaklaşım sergileyebilmek gibi önemli noktalarda ailelere yardımcı olmalıdırlar (McCloskey, 2004; Dunbar, 2007).

3. GERIC VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hastanede yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozukluk sıklığını incelemek amacıyla planlanmış, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri Haziran-Temmuz 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu alışma; Dokuz Eylöl Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi' nin 15 yatan hasta kliniğinde yürütölmüştür. Çalışmanın yürütöldüğü klinikler; Dâhiliye 1- 2 Kliniği, Dâhiliye 3- 4 Kliniği, Özel Kat 1- 2 Kliniği, Özel Kat 3- 4 Kliniği, Enfeksiyon Kliniği, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Genel Cerrahi Kliniği, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kardiyoloji Kliniği, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Göz Hastalıkları Kliniği, Üroloji Kliniği, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kadın Doğum ve Hastalıkları Kliniği'dir. Araştırma için Pediatri Kliniği, Erişkin ve ocuk Psikiyatri Kliniği, Yoğun Bakım Üniteleri, Nöroloji Kliniği, Nöroşürirji Kliniği ve Acil Servis birimi dâhil edilmemiştir. İl içerisinde geniş bir popölasyona hizmet eden bir üniversite hastanesi olduğu ve araştırmacı tarafından kurumda yatan hastalara ulaşmanın daha kolay olması nedeniyle bu hastane araştırmanın yapılacağı yer olarak seçilmiştir. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun Dâhiliye 1- 2 Kliniği'nden 24 kişi, Dâhiliye 3- 4 Kliniği'nden 19 kişi, Özel Kat 1- 2 Kliniği'nden 9 kişi, Özel Kat 3- 4 Kliniği'nden 7 kişi, Enfeksiyon Kliniği'nden 4 kişi, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nden 22 kişi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği'nden 28 kişi, Genel Cerrahi Kliniği'nden 28 kişi, Göğüs Hastalıkları Kliniği'nden 28 kişi, Kardiyoloji Kliniği'nden 42 kişi, Kulak Burun Boğaz Kliniği'nden 9 kişi, Göz Hastalıkları Kliniği'nden 2 kişi, Üroloji Kliniği'nden 15 kişi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nden 19 kişi, Kadın Doğum ve Hastalıkları Kliniği'nden ise 7 kişi olmak üzere toplam 273 kişi oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Veri toplama sürecinde toplamda 523 hasta ile görüşülmüştür. Ancak Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu' ndan 8 ve üzeri puan alan 241 kişide olası depresyon belirlendiği için, Deliryum Derecelendirme Ölçeği' nden 12 ve üzeri puan alan 3 kişide ise deliryuma ilişkin bulguların var olması nedeniyle ve 6 kişide araştırma öncesi demans tanısı almış olmaları nedeniyle örnekleme dâhil edilmemişlerdir. Geriye kalan örnekleme dâhil etme kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden 273 yaşlı hasta bu çalışmanın örnekleme grubunu oluşturmuştur. Örnekleme seçimi olasılıksız amaçlı örnekleme yöntemi ile yapılmıştır.

Toplanan veriler doğrultusunda çalışmanın güç analizine NCSS- PASS programı kullanılarak bakılmıştır. Douzenis ve arkadaşlarının (2010) SMMT test kullanarak hastanede yatan 936 yaşlı birey ile yaptıkları ve demans prevalansını % 30,5 olarak belirledikleri çalışma ile araştırmamız güç analizi yönünden karşılaştırıldığında % 91 büyüklüğünde güçlü çıkmıştır. Güç analizine göre veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Örnekleme dâhil etme kriterleri;

- Araştırmaya katılacak bireylerin yaşlarının 65 yaş ve üzeri olması,
- Araştırmaya katılacak kişi ve aile bireylerin çalışmaya katılmakta gönüllü olmaları,
- Bireylerin hastaneye yatışının ilk 48 saat içerisinde olması
- Evdeki sürece ilişkin doğru bilgi verebilecek, hastayı iyi tanıyan bir aile üyesinin olması.

Örnekleme dâhil edilmeme kriterleri;

- Akut SVO (serebrovasküler olay), beyin tümörü olanlar, mental durumunu etkileyecek düzeyde sinir sistemi hastalıkları olanlar,
- Hipoksiye maruz kalmayla oluşan bir hastalığı olanlar,
- Psikiyatrik bir hastalık tanısı olanlar,
- Üst ekstremitelerinde hemipleji ve hemiparezisi olanlar, afazik olanlar,
- Görme ve işitme sorunu testleri uygulayamayacak kadar ciddi olanlar,

- Postoperatif dönemde olanlar,
- Sedatif, antikolinergik, sedatif etkili antikonvülzan, trisiklik antidepresan, antipsikotik ilaçları kullananlar, narkotik analjezik alan bireyler
- Deliryum Derecelendirme Ölçeği'nden 11 puan ve üstü alanlar
- Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu'ndan 8 puan ve üzeri alanlar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmaya dâhil edilen hastaların 134' ünü kadın (% 49,1) , 139' u erkek cinsiyettir (% 50,9). Örneklem 65-69 yaş aralığında 76 kişi (% 27,8), 70- 74 yaş aralığında 81 kişi (%29,7), 75- 79 yaş aralığında 62 kişi (%19,2) , 80 yaş ve üzerinde ise 54 kişi (%19,8) dahil edilmiştir. Örneklem dâhil edilen 46 kişinin (%16,8) okuma yazması yokken, 132 kişi (%48,4) 5 yıl eğitim, 63 kişi (%23,1) 8-11 yıl eğitim almıştır. Eğitim düzeyi yüksek öğrenim ve üzeri olan kişi sayısı ise 32 (%11,7) kişidir.

Örneklemi oluşturanların 191' i (% 70) evli, 82' si (% 30) bekârdır. Çalışmaya katılan bireylerin yanında refakatçi olarak kalan en az bir tane yakını vardı. Refakatçilerinin %36,6' sini (n: 100) eşleri, %39,9' unu (n: 109) kızları, %12,8' ini (n: 35) oğulları, %3,7' sini (n: 10) gelinleri ve %7,1' sini (n: 19) diğer kişiler (torun, erkek kardeş, kız kardeş) oluşturmaktaydı.

Yaşlı bireylere ve ailesine hastane öncesi unutkanlık şikâyetinin olup olmadığı sorulduğunda önceden unutkanlık şikâyetinin olduğunu söyleyen 114 kişi (% 41,8), unutkanlık şikâyetinin olmadığını söyleyen ise 159 kişi (% 58,2) mevcuttur.

Örneklem gelir gider durumları incelendiğinde; 111 kişinin (% 40,7) geliri giderinden az olduğu, 94 kişinin (% 34,4) gelirinin giderine denk olduğu, 68 kişinin ise (%24,9) gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalık durumuna göre örneklem dâhil edilen kişilerden, 84 kişide (% 30,8) kronik hastalık yokken 189 kişide (% 69,2) kronik bir hastalık mevcuttur. Kronik hastalığa sahip olan kişilerin ise bir kronik hastalığı olan 129 kişi iken (% 47,2), iki veya daha fazla kronik hastalığı olan kişi sayısı 60 (% 22) idi. En sık görülen kronik hastalıklar; tip 2 diabetes mellitus 30 kişide (%1,09) ve hipertansiyon 38 kişide (%1,4) mevcuttur.

Örnekleme oluşturan kişilerden 182'si (% 66,6) Dâhili Birimlerde, 91'i ise (% 33,4) Cerrahi Birimlerde yatarak tedavi göremektedirler.

3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmacı tarafından verilerin toplanacağı kliniklere yatışı yeni yapılmış olan yaşlı bireyler belirlendi. Bu kişilere araştırma hakkında bilgi verildi ve yazılı onam alındı. Kabul eden bireylerden sosyodemografik veriler elde edildi. Ardından deliryum ve depresyonu dışlamak için Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ) ve Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Formu (GDÖ- 15) uygulandı. Olası deliryum ve depresyon olduğu düşünülen kişilere diğer testler uygulanmadı. Deliryum ve depresyon olasılığı olmayan kişilere eğitimli bireyler için Yeniden Düzenlenmiş Standardize Minimental Test (D- SMMT), eğitimsiz bireyler içinde eğitimsiz bireyler için Yeniden Düzenlenmiş Standardize Minimental Test (D- SMMT) uygulandı. Hasta yakınlarına da hastaların işlevsel faaliyetlerini belirlemeye yönelik olarak İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA) uygulandı. Hem işlevsel hem de bilişsel fonksiyonlarda bozukluk saptanan hastalar olası demans olarak kabul edildi ve bu kişilerin değerlendirme sonuçları hakkında kliniğin hekim ve hemşirelerine bilgi verildi. Hasta ve yakınlarına da konu ile ilgili bilgi verildi ve bir nöroloji hekimine muayane olmaları, ileri radyolojik ve nöropsikolojik testleri yaptırmaları konusunda öneride bulunuldu. Ölçeklerden; sosyodemografik özellikler anketi ve İFA 10 dakika, GDÖ-15 5-10 dakika, DDÖ 5 ila 10 dakika, D- SMMT 10 dakika sürmüştür. Araştırmanın verileri araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir.

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır.

1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek 2)
2. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ- 15) (Ek 3)
3. Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ) (Ek 4)
4. İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA) (Ek 5)
5. Eğitimliler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D-SMMT) (Ek 6)

6. Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D-SMMT) (Ek 7)

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek 2)

Bu form araştırmacı tarafından düzenlenen bireysel bilgi formudur. Yaşlı bireyin adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir durumu, hastaneye yatış Şikâyeti, hasta yakının hasta ile yakınlık derecesi, sosyal güvencesi, medeni durumu, nerede ve kiminle yaşadığı, hastaneye yatmadan önce bir unutkanlığının var olup olmadığı ve hastaneye yatmadan önce demans tanısı konulup konulmadığına dair soruları içeren sosyodemografik değişkenlere yönelik toplam 11 soru içermektedir.

3.4.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15) (Ek 3)

1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilen Geriatrik Depresyon Ölçeği 30 sorudan oluşmaktadır. Daha sonra Shiekh ve arkadaşları tarafından (1986) 30 soruluk bu ölçeğin kısa formu Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15) geliştirilmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formları (GDÖ-15, GDÖ-10, GDÖ-4) 'nın ülkemizde geçerlilik güvenirliliği Ertan ve arkadaşları (2004) tarafından çalışılmıştır. GDÖ-15, 30 soruluk Geriatrik Depresyon Ölçeği' nin 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22 ve 23 numaralı sorularından oluşmaktadır. Ertan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada orijinal ölçek ile iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur. GDÖ-15'in Cronbach alfa değeri 0,87, split half Guttman korelasyon katsayısı ise 0,83 bulunmuştur. Pearson korelasyon analizi r: 0,69 'dur. Çalışmada GDÖ-15, 7-8 kesme puanının duyarlılığı %72, özgünlüğü %80 olarak saptanmıştır. Testteki soruların cevapları evet / hayır şeklindedir. 10 soru olumlu, diğer sorular ise olumsuz olarak kurgulanmıştır. Uygulama süresi 5 ila 10 dakika arasındadır. Puanlamada, 7-8 puan kesme noktası olup, 7 puan ve altında alanlarda depresyon riski yok iken, 8 puan ve üzeri alanlarda olası depresyon riski vardır. Çalışmamızda da 8 puan ve üzeri alan bireyler örnekleme dâhil edilmemiştir. Ölçek duygulanım değişikliği, durağanlaşma, çabuk öfkelenme, yaşamdan geri çekilme, rahatsız edici düşünceler, geçmiş, Őimdiki zaman ve geleceğe yönelik olumsuz yargı alanlarını içermektedir (Ertan ve ark. 2004).

3.4.3. Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ) (Ek 4)

Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen bu ölçek, deliryumun bilişsel ve psikotik belirtilerini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Geliştirme, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997’de yapılmıştır. Deliryumun değişken klinik özelliği nedeniyle, ölçek son 24 saat göz önüne alınarak değerlendirilir. Test 10 maddeden oluşmakta ve dördümlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her bir madde 0-3 arasında puanlanır. Madde başlıkları; psikomotor etkinlik, yönelim, dikkat, bellek, algılama, düşünce süreci, düşünce içeriği, uyku- uyanıklık döngüsünde bozulma, gün içi değişkenlik ve duyu durumunda dalgalanmadır. Ölçeğin kesme noktası 11/12’ dir. Bu kesme noktasının duyarlılığı % 89.65, özgüllüğü % 88.88 olarak bulunmuştur. Ölçekten 11 puan ve altında alan bireylerde deliryum tablosu yokken, 12 puan ve üzerinde alan bireylerde deliryum tablosunun varlığı söylenebilmektedir (Aydemir ve ark, 1997). Çalışmamızda 12 puan ve üzeri alanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.4.4. İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA) (Ek 5)

İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA) 10 adet karmaşık günlük yaşam faaliyetine ilişkin performansı değerlendiren kısa ve bilgi kaynağı kişiye dayalı bir ankettir. Bilgi kaynağı hastanın geçmişine ve bugününe ilişkin gerçek ve doğru (güvenilir) kişisel bilgilere sahip olmalıdır. Anket genellikle, hastaya bakmakla yükümlü aile fertlerinden birine uygulanmaktadır. Bu ankette alınan puan tek başına demansı belirleyici bir ölçüt değildir. Ancak, daha ileri bilişsel değerlendirmelerin ve tanıya yönelik tam bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek açısından dikkate alınması önerilmektedir. Ölçeğin orijinali Pfeffer ve ark. (1982) tarafından geliştirilmiş olup 50+ yaş üstü Türk örneklemindeki norm belirleme çalışması Selekler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır. Çalışmada yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre deneklerin İFA’dan aldıkları puanların ortalama ve standart sapmaları belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerinin İFA puanları üzerindeki temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunurken, cinsiyet değişkeninin İFA puanları üzerindeki temel etkisi anlamlı düzeyde değildir. Ölçeğin puanlaması; 50-69 yaş grubunda iki ya da daha fazla faaliyetten ‘5 ya da daha fazla’ puan; 70 yaş ve üstü grupta üç ya da daha fazla faaliyetten ‘9 ya da daha fazla’ puan almış olmak

işlevsel faaliyetlerde bozukluk olduğuna ve bağımlılığa işaret etmektedir. Günlük hayat aktivitelerinde meydana gelen değişim ve bu değişimin hızı özellikle demans tanısı ile ilgili olabilecek işlevlerin değerlendirilmesinde klinisyen açısından kritiktir (Selekler, 2004).

3.4.5. Eğitimli Ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (D-SMMT)

İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış olan Mini Mental Test (MMT) standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir. Güngen ve ark. (2002) tarafından MMT'in Türk toplumunda demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. On bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (Gürgen ve ark., 2002). Molloy ve Standish (1997) MMT in bir sorunun soruluş biçimi, anlaşılmadığı veya yanıt alınamadığı zaman kaç kez sorulacağı, kabul edilebilir cevabın ne olması gerektiği, bir soruya yanıt için en fazla ne kadar bekleneceği gibi uygulamaya ait kuralları içeren bir "Standardize Uygulama Kılavuzu" eşliğinde kullanıldığında serbest kullanıma göre daha yüksek "uygulayıcılar arası tutarlılık" gösterdiğini belirtmişlerdir (Gürgen ve ark., 2002).

Test eğitim ve yaştan etkilenmektedir. Güngen ve arkadaşlarının hazırladığı testin Türkçe versiyonunun en yüksek duyarlılık ve özgüllüğün saptandığı kesim değeri (23/24) demans taraması yapılacak eğitimsiz veya düşük eğitimli yaşlılar için oldukça yüksek bir puandır. Uçku ve arkadaşları (2007) Standartize Minimal Test' in eğitimli ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonunu yeniden düzenlemişler ve eğitimli bireyler için 22/23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90,9), seçiciliğe (%97,0), pozitif olabilirliğe (30.30), negatif olabilirliğe (0.09); eğitimsiz yaşlılar için 18/19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82,7), seçiciliğe (%92,3), pozitif olabilirliğe (10.74), negatif olabilirliğe (0.19) sahip olduğunu saptamışlardır. Eğitimli bireyler için 22 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu 23 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini gösterirken, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu 19 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini göstermektedir. Çalışmada ölçeğin puanlandırılmasında eğitimli bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı alanlarda bilişsel bozukluk olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada Uçku

ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için Yeniden Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D-SMMT) kullanılmıştır.

3.5. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirme Yöntemi

Veri girişi bilgisayar ortamında SPSS 15.00 programı kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Elde edilen verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Verilerin analizinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Ki- kare analizi kullanılmıştır (Akgül 2005; Sümbüloğlu 2002). Değişkenlerden yaş ve eğitim durumu iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testiyle, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, öncesinde unutkanlık durumu ve kronik hastalığının olup olmaması ise Ki- kare analizi ile değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

3.6.1. Bağımlı Değişkenleri: Demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozukluk varlığı

3.6.2. Bağımsız Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo ekonomik durum, evde unutkanlığının var olup olmaması, medeni durum, kronik bir hastalığa sahip olup olmaması

3.7. Araştırmanın Etiği:

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu' nundan 02.06.2010 tarihinde 2010/03- 10 karar numarası ile etik kurul izin belgesi (Ek 11) ve araştırmanın yapılacağı DEÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek 10). Çalışmaya alınacak bireylere ve ailesine çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek hem hastadan hem de hasta yakınından yazılı izin alınmıştır (Ek 1).

3.8. Araştırmanın Bütçesi

Çalışmanın giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Olası Demans Sıklıklarının Karşılaştırılması

Özellikler	Olası Demans		Test	P
	Yok	Var		
Olası Demans Durumu	182 (% 66,7)	91 (% 33,3)		
Yaş (n:273)	73.02 ±5.62	75.56 ±7.20	t = -3.19	.001
Cinsiyet				
Kadın (n: 134)	80 (% 59,7)	54 (% 40,3)	$\chi^2= 5,746$.017
Erkek (n: 139)	102 (% 73,4)	37 (% 26,6)		
Eğitim Durumu (n:273)	5,10 ± 3,52	7,14 ± 4,72	t = 3.64	.000
Medeni Durum				
Evli (n: 191)	132 (% 69,1)	59 (% 30,9)	$\chi^2= 1,708$.191
Bekâr (n: 82)	50 (% 61,0)	32 (% 39,0)		
Ekonomik Durum				
Gelir Giderden Az (n: 111)	67 (% 60,4)	44 (% 39,6)	$\chi^2= 10,160$.006
Gelir Gidere Denk (n: 94)	59 (% 62,8)	35 (% 37,2)		
Gelir Giderden Fazla (n: 68)	56 (% 82,4)	12 (% 17,6)		
Önceden Unutkanlık Durumu				
Var (n: 114)	67 (% 58,8)	47 (% 41,2)	$\chi^2= 5,490$.019
Yok (n: 159)	115 (% 72,3)	44 (% 27,7)		
Kronik Hastalık Durumu				
Var (n:189)	131 (% 69,3)	58 (% 30,7)	$\chi^2= 1,935$.161
Yok (n: 84)	51 (% 60,7)	33 (% 39,3)		
Eğitilmişler D- SMMT (n: 227)	25,96 ± 3,26	18,12 ± 3,26	t = -22,40	.000
Eğitimsizler D-SMMT (n: 46)	24,07 ± 3,17	14,31 ± 3,35	U= 3,648	.000
İşlevsel Faaliyet Anketi (n:273)	2,83 ± 3,59	10,57 ± 5,68	t = -13,74	.000

D-SMMT eğitilmiş: Eğitilmiş bireyler için yeniden düzenlenmiş minimal test

D-SMMT eğitimsiz: Eğitimsiz bireyler için yeniden düzenlenmiş minimal test

Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığı % 33,3 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Uygulanan ölçeklerden sadece demans ile ilişkili olabilecek bilişsel bozukluğu olan bireylerin oranı % 42 iken, sadece işlevsel bozukluğu olan bireylerin oranı % 39,9' dur.

Yaş Gruplarına Göre; Hastanede yatan yaşlı bireylerde demans olasılığı olan ve olmayan grup yaş ortalamalarına göre iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırıldığında, demans olasılığı olan grupta yaş ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$, Tablo 1).

Cinsiyete Göre; Hastanede yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde cinsiyete göre olası demans sıklıkları Ki- kare analizi ile karşılaştırıldığında, grupların olası demans oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu, kadınlarda olası demans oranının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 1).

Eğitim Durumuna Göre; Hastanede yatan yaşlı bireylerde demans olasılığı olan ve olmayan grup eğitim süresi ortalamalarına göre iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırıldığında, demans olasılığı olan grupta eğitim süresinin daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$, Tablo 1).

Medeni Duruma Göre; Hastanede yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde medeni duruma göre olası demans sıklıkları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, evli ve bekâr olan grupların olası demans oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 1).

Ekonomik Duruma Göre; Hastanede yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin ekonomik durumlarına göre olası demans sıklıkları Ki- kare analizi ile karşılaştırıldığında, grupların olası demans oranları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$, Tablo 1). Ekonomik duruma göre olası demans oranları arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, geliri giderinden fazla olan grup analiz dışında bırakıldığında anlamlı fark olmadığı, farkın bu gruptan kaynaklandığı

belirlenmiştir. Geliri giderinden fazla olan bireylerde olası demans görülme oranı diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p < 0,01$, Tablo 1).

Önceden Unutkanlık Durumunun Varlığına Göre; Hastanede yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde önceden unutkanlık durumunun varlığına göre olası demans sıklıkları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, yakınları tarafından önceden unutkanlığı olduğu belirtilen bireylerin olası demans oranları, önceden unutkanlığı olmadığı belirtilen bireylerin olası demans oranlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$, Tablo 1).

Kronik Bir Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre; Hastanede yatan yaşlı bireylerde kronik hastalığa sahip olma durumuna göre olası demans sıklıkları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, grupların olası demans oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olamadığı saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 1).

Yeniden Düzenlenmiş Standardize Eğitimli Test (D- SMMT); Hastanede yatan yaşlı bireylerde olası demansta bilişselliği değerlendirmek için eğitimli bireylerde kullanılan D-SMMT eğitimli testin puanları demans olasılığı olan ve olmayan gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırıldığında, demans olasılığı olan grupta bilişsellik puan ortalamaları demansı olmayan gruba göre daha düşüktür ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$, Tablo 1).

Yeniden Düzenlenmiş Standartize Eğitimsiz Test (D- SMMT); Bilişselliği değerlendirmek için eğitimsiz bireylerde kullanılan D- SMMT eğitimsiz testin puanları demans olasılığı olan ve olmayan gruplarda bağımsız gruplarda Mann- Whitney U testi ile karşılaştırıldığında, demans olasılığı olan grupta bilişsellik puan ortalamaları demansı olmayan gruba göre daha düşüktür ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$, Tablo 1).

İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA); Hastanede yatan yaşlı bireylerde olası demansta işlevselliği değerlendirmek için kullanılan İFA' nın puanları, demans olasılığı olan ve olmayan gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırıldığında, demans olasılığı olan grupta işlevsellik puan ortalamaları demansı olmayan gruba göre daha yüksektir ve farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$, Tablo 1).

5. TARTISMA

Bu çalışmada demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığı % 33,3 olarak saptanmıştır (Tablo, 1). Bu çalışma sonuçlarının, hastaların üçte birinin demans olabileceğini ancak bunun aileler ve sağlık çalışanları tarafından farkında olunan bir durum olmadığını göstermesi nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuç daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hastanede yatan yaşlı bireylerde demans sıklığını, Hickey ve arkadaşları (1997) %22,3, Naylor (2005) ve arkadaşları %35, Douzenis ve arkadaşları (2010) % 30,5 olarak saptamışlardır. Türkiye’de bu konuda daha önce yapılmış çalışmalar (Kara ve ark., 2002; Dülgeroğlu ve ark., 2002) hasta kayıtlarını inceleyerek demans tanısı konulmuş bireylerin oranlarını belirlemeye yönelik çalışmalar olduğu için sonuçlarını bu çalışmanın sonuçları ile karşılaştırmak mümkün değildir.

Türkiye’de ve dünyada demans prevalansını belirlemeye yönelik olarak yapılan saha çalışmalarında elde edilen oranlar çalışmadan çalışmaya ya da bölgeden bölgeye değişmekle beraber %2,4 ile % 22,9 arasında bulunmuştur (Ocura,1995; Ferini-Strambi, 1997; Lobo,2000; Fratiglioni, 2000; Olafsdottir, 2000; Vas, 2001; Diker, 2001; Kara ve ark., 2002; Bulut, 2002; Dülgeroğlu ve ark., 2002; Liu, 2003; Kim, 2003; Ferri, 2005; Keskinoglu ve ark., 2006; Uçku ve ark., 2007; Gürvit ve ark., 2008). Hastanede yatan yaşlı bireylerde demans sıklığını belirlemeye yönelik olan yapılmış olan bu çalışma ve bu amaçla yapılmış diğer çalışmalarda elde edilen oranların saha çalışmalarında elde edilen oranlardan daha yüksek çıkması sürpriz bir sonuç değildir. Bu sonuç iki şekilde açıklanabilir.

Demans oranı gerçekte bilinenden çok daha fazladır ve hastaların büyük bir kısmının toplum içerisinde tanı konulmadan yaşadıkları bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (2008) yaşlılık ile ilgili hazırladığı rapora göre; sağlık kuruluşlarına başvuran olgulardan; hafif ve orta demansı olan bireylerin %66’ sına hekimler tarafından tanı konulmasının atlandığı tespit edilmiştir. Bu nedenle dünyada %76 oranında tanı konulmayan orta ve ciddi demans olgusu olduğu tahmin edilmektedir. Toplumda yaşayan yaşlılarda olduğu gibi hastaneye yatan yaşlılarda da demans göz ardı edilen bir sorun durumundadır (Goff, 2000; McCloskey, 2004; Maslow, Mezey, 2008; Douzenis ve ark., 2010; Guijarro, 2010; Sparks, 2010; Rudolph, 2010). Bu sorun demans tanısı konulmamış kişiler hastaneye yattığında da devam etmektedir. Kişilere

daha önce demans tanısı konulmamış olması ya da konulmuş olduğu halde bireylere bu konuda soru sorulmaması nedeniyle hastanede yatan çoğu demans hastasının tanısı ya göz ardı edilmekte ve kayıtlarda yer almamakta ya da çoğunlukla primer sorunları ön planda tutulmaktadır (Maslow ve Mezey, 2008; Powers ve ark., 2008). Hastaneye başvuran 145 yaşlı bireyle yapılan bir araştırmada bu kişilerin %35'inde (51 kişi) demansla uyumlu bilişsel yetersizlik tespit edilmiştir. Bu kişilerin %39'unun (20 kişi) kayıtlarında demansa ilişkin hiçbir bulgu bulunmazken sadece %18'inin demans tanısı hastane kayıtlarında yer almaktadır (Naylor, 2005). Hastane kayıtları taranarak demans tanısı almış hastalar incelendiğinde demans oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Guijarro ve arkadaşlarının (2010) 1998- 2003 yılları arasında hastane kayıtlarını tarayarak yaptıkları sıklık belirleme çalışmasında ise demans sıklığı %3,43 ila % 4,64 olarak bulmuşlardır. Lyketsos ve arkadaşlarının (2000) 60 yaş ve üzeri 21,251 hastanın hastane kayıtlarını inceledikleri çalışmada demans sıklığı %3,9 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda toplam 523 yaşlı bireyin kayıtları incelendiğinde sadece 6 hastanın yaklaşık % 1,16' sının hemşire ve hekim hasta dosyasında demans ya da Alzheimer tip demans hastalığı olduğu yazmaktaydı. Bu çalışmanın sonuçlarının da tanı konulmamış demans olgularının çokluğu konusunda önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Hastane kayıtları incelenerek yapılan demans sıklığı incelemeleri ile hastaların bilişsel fonksiyonları değerlendirilerek yapılan sıklık çalışmalarından elde edilen sonuçlar arasındaki belirgin farklılıklar tanı konulmadan ve demans olduğu bilinmeden hastanede bakımı sürdürülen hastaların çokluğunu ortaya koymasından dolayı düşündürücüdür.

Bu çalışmada ve çalışmalarda elde edilen oranların demans sıklığını belirlemeye yönelik olarak yapılan saha çalışmalarından yüksek çıkmasının bir diğer önemli nedeni yaşlı bireylerde hastaneye yatmakla beraber bilişsel bozukluk belirtilerinin artış göstermesidir (Ganzer, 2007). Birçok demansı olan yaşlı hasta demans ile ilişkili ciddi psikiyatrik ya da davranışsal semptomlar nedeniyle hastaneye yatırılırken bir çok hasta da demans ile direkt ilişkili olmaksızın, miyokard infarktüsü, anjina pektoris, kalp yetmezliği, kalça kırığı, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu gibi çeşitli tıbbi ya da cerrahi durumlar için hastanede tedavi altına alınmaktadır (Lyketsos ve ark., 2000; Maslow ve Mezey, 2008).

Demans sıklıkla ileri yaşlarda ortaya çıkan bir hastalık olduğu için demansı olan bireyler çoğunlukla yaşlı bireylerdir (Henderson S., 1998; Lobo ve ark., 2000; Vas ve ark.,

2001; Diker, 2001; Bulut, 2002; Kara ve ark., 2002; Dülgeroğlu ve ark., 2002; Cumings, 2002; Neugoschl ve ark., 2005; Uçku ve ark., 2007; Schmidt ve ark., 2008; Gürvit ve ark., 2008; Keskinoglu ve ark., 2009; Amerika Alzheimer Derneği Raporu, 2009). Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme oranları da artmaktadır (Sanderson, 2002; Natalwala, 2008). Yapılan çalışmalara göre demansı olan yaşlı bireylerin demansa ek olarak; %30' unda koroner kalp hastalıkları, %28'inde konjestive kalp yetmezliği, %21'inde diyabet, %17'sinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) vardır (Bynum ve ark., 2004). Sayılan bu ciddi kronik rahatsızlıklar, demanstan dolayı var olan bilişsel bozukluklarla birleşince yaşlı bireyin sağlığı ciddi bir tehdit altına girmektedir. Yaşlı bireylerde var olan bilişsel yetersizliğe birde ek bir hastalığın eklenmesi, hastaneye yatmış olma, yapılan kompleks tedavi ve bakımlar, klinik rutinleri, yapılan testler ve işlemler, bilişsel ve işlevsel yetersizliği fazlasıyla arttırmaktadır (Maslow, 2006; Maslow, Mezey, 2008). Bilişsel ve fonksiyonel yetersizlikler hastanede yatış süresinin uzamasına, mortalite oranlarının artmasına ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Lyketsos, 2000). Campbell ve arkadaşlarının (2004) hastanede yatan yaşlı bireylerde hastanede kalış süresi, mortalite oranları, taburculuk ve tekrar hastaneye yatma gibi faktörleri etkileyen en önemli göstergelerin hastaların bilişsel ve fonksiyonel durumlarının olduğunu bulmuşlardır.

Bu çalışmada, ileri yaşta ($p<0,01$), kadınlarda ($p<0,05$), geliri gidere denk ve geliri giderinden az olanlarda ($p<0,01$), evde de unutkanlık sorunu olduğunu bildirenlerde ($p<0,05$) ve eğitim düzeyi düşük olanlarda ($p<0,01$) olası demans görülme riski anlamlı derece fazla olduğu bulunmuştur. Medeni durum ($p>0,05$) ve primer tanısına ek olarak başka bir kronik hastalığının olması ($p>0,05$) ile demans arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 1).

Bu çalışmada bilişsel ve fonksiyonel bozukluğu olan grubun yaş ortalaması olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p< 0,01$, Tablo, 1). Elde edilen bulgular daha önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hem Türkiye'de hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda ileri yaşlarda demans sıklığının arttığı saptanmıştır (Henderson S., 1998; Lobo ve ark., 2000; Vas ve ark., 2001; Diker, 2001; Kara ve ark., 2002; Dülgeroğlu ve ark., 2002; Cummings, 2002; Bulut, 2002; Neugoschl ve ark., 2005; Uçku ve ark., 2007; Gürvit ve ark., 2008; Schmidt ve ark., 2008; Keskinoglu ve ark., 2009; Amerika Alzheimer Derneği Raporu, 2009). Organizmanın giderek biyolojik verimliliğini yitirmesi,

çevresel uyum kapasitesinde ve direnç mekanizmalarında gerileme olarak tanımlanan yaşlanmayla birlikte beyin hücrelerinin büyük bölümü programlanmış hücre ölümüne uğramaktadır (Drachman, 1997). Elli yaş sonrası yaklaşık olarak her 10 yılda %2- 3 oranında beyin ağırlığında azalma meydana gelmektedir (Esiri, 1997). Bu nedenle yaş ilerledikçe demans gibi dejeneratif hastalıkların görülme oranlarında da artış olmaktadır (Pakkenberg, 2003).

Çalışmamızda erkek cinsiyete göre kadın cinsiyete sahip olma ile olası demans görülme arasında anlamlı derecede fark saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo, 1). Kadın cinsiyete sahip olmanın demans görülme sıklığını arttırdığını belirten kaynaklar mevcuttur (Hickey ve ark., 1997; Neugoschl ve ark., 2005; Uçku ve ark., 2007; Schmidt ve ark., 2008; Natalwala ve ark., 2008, Douzenis, 2010; Guijarro, 2010). Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre %30 daha yüksek demans riskine sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınlar Alzheimer tip demans için daha yüksek risk altındayken, erkekler Vasküler tip demans açısından daha yüksek risk altında bulunduğu bildirilmiştir (Heyman ve ark. 1991; Lobo ve ark. 2000; Fratiglioni ve ark. 2000; Kawas ve Katzman 2001). Hickey ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmaya göre şiddetli bilişsel yetersizlik erkek cinsiyette %16,1 iken kadın cinsiyette % 39,8 olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyetin yaşam süresinin erkek hastalara göre daha yüksek olması nedeniyle demans görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (Koçer, 1998).

Bu çalışmada demans ile ilişkili işlevsel ve bilişsel bozukluğu olan grubun eğitim süreleri olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ayrıca ekonomik durumu iyi olanlarda (% 17,6) demans görülme oranı, ekonomik durumu kötü olanlara (% 39,6) oranla oldukça düşüktür ($p< 0,01$, Tablo 1). Düşük gelirli ve düşük eğitimli olmak demans için ciddi risk faktörleri arasında yer almaktadır. Eğitimsiz bireylerin eğitimli bireylere göre bilişsel yetersizlik oranlarının yüksek olduğunu ve risk faktörleri arasında yer aldığı belirten çok sayıda literatüre rastlanmaktadır (Lobo,2000; Vas, 2001; Kukull, 2002; Lopez-Pousa, 2004; Campell, 2004; Kane, 2004; Neugoschl et al., 2005; Schmidt et al., 2008; Rudolph, 2010; Douzenis, 2010). Sosyo ekonomik düzeyi düşük, düşük eğitimli ve belirli sağlık güvencesinden yoksun yaşlılarda demans sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Vas, 2001; Lopez-Pousa, 2004; Barlett, 2006; Anstey, 2007; Chodosh, 2007, Scazufca,2007). Özellikle Alzheimer tip demans insidansı düşük eğitim seviyesi olanlarda, daha yüksek eğitim seviyesi olanlardan 1,5 kat daha fazla bulunmuştur (Sujuan, 1998; Kawas, 2000).

Değişkenlerden biri olarak belirlenen medeni duruma göre yaşlı bireylerde olası demans sıklıkları karşılaştırıldığında, evli ve bekâr olan grupların olası demans oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>,05$, Tablo 1). Literatürde demans hastalarında medeni duruma göre demans olasılığı ile ilgili pek fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Sadece Uçku ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada medeni duruma göre demans sıklığı, yaşa göre düzeltme yapıldığında bile anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Aynı çalışmada evli bireylerde demans görülme oranı %6,2 iken, dul boşanmış ya da bekâr bireylerde % 24 olarak bulunmuştur.

Hastanede yatan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde öncedende unutkanlık durumunun varlığına göre olası demans sıklıkları karşılaştırıldığında, yakınları tarafından önceden unutkanlığı olduğu belirtilen bireylerin olası demans oranları önceden unutkanlığı olmadığı belirtilen bireylerinkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<,05$, Tablo 1). Aile yakınları tarafından önceden unutkanlık şikâyetinin olduğu belirtilen (n: 114) kişilerde % 41,2 oranında demans saptanırken önceden unutkanlık şikâyeti olmadığını belirtilen bireylerde (n: 159) % 27,7 oranında demans belirlenmiştir. Aile üyelerinin önceden unutkanlık şikâyeti olmadığını belirtmelerine rağmen bu grupta demans görülme oranı % 27,7 ile oldukça yüksektir. Hastalar ve yakınları hastanın hastane öncesi dönemde her hangi bir unutkanlık yakınması olmadığını söyledikleri halde yapılan bilişsel ve fonksiyonel durum değerlendirme testinde bozukluk bulunması düşündürücüdür. Bu durumun sebebinin literatürde de belirtildiği gibi (Borson, 2006; DSÖ, 2008; Powers ve ark., 2008; Maslow ve Mezey, 2008) demans belirtilerinin gözden kaçması ya da bile bile göz ardı edilmesi ile ilişkili olabileceği ya da hastaların evdeyken ciddi sorun ortaya çıkarmayan yetersizliklerinin hastaneye geldiğinde akut hastalık ve farklı bir ortamda olmaya bağlı belirgin hale gelmiş olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastanede yatan yaşlı bireylerde kronik hastalığa sahip olma ile bilişsel ve fonksiyonel yetersizlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p> 0,05$, Tablo, 1). Kronik hastalıklar ile demans gelişimi arasındaki ilişkiyi gösteren çok sayıda literatür bulunmaktadır (Yoshitake,1995; Hofman,1997; Sanderson, 2002; Kivipelto, 2002; Arvanitakis, 2004; Bynum ve ark., 2004; Hayden, 2006; Pasquier, 2006; Karan, 2009; Rudolp ve ark., 2010). Bu sonuç pek çok araştırma sonucu ile uyumlu olmayan bir sonuçtur. Bu

çalışmada literatürden farklı bir sonuç elde edilmesi örneklem özellikleri ile açıklanabileceği gibi bilişsel durumu bozuk olan yaşlı bireylerin hastalık öyküleri konusunda yeterince bilgi verememiş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada kronik hastalığının olması ile demans olasılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla beraber demans olasılığı olsun ya da olmasın tüm bireylerin %69,3'ünde bir ya da daha fazla kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Bu oran bizlere hastanede yatan 65 yaş üzeri bireylerin hemşirelik bakımlarının diğer yaş grupların bakımlarından daha kompleks bir süreç olduğunu ve hemşirelerin geriatrik hasta grubunun gereksinimleri konusunda bilgili ve farkında olmaları gerektiğini göstermektedir.

Genel olarak yaşlı bireylerin hemşirelik bakımı yaşlılığın vücuda olan etkileri nedeniyle oldukça karmaşıktır (McCloskey, 2004). Bu durum eğer kişide demans ya da demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel yetersizlik varsa daha da karmaşık hale gelmektedir. Hastanede yatan demanslı bireylerin oranlarının fazlalığı ve hastanede yatışın demanslı birey üzerine olan olumsuz etkileri nedeniyle hemşirelerin, bakım verdikleri yaşlı bireyin bakımlarında demans olabileceklerini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Ancak eğer bu kişiler erken tanınır ve uygun girişimlerde bulunulursa sorunlar önlenir. Basit tarama testleri ile demans taramalarının yapılması ve bu hastalara spesifik bakımın verilmesi olumsuz sonuçların görülmesini engelleyebilecektir. Hemşireler geçerlik güvenirliği kanıtlanmış, kısa tarama testleri ile hastadan ve aileden alacakları bilgiler doğrultusunda, tanı konulmadan da bireyin olası bilişsel ve işlevsel yetersizliklerinin tanınmasında ve uygun bakımın planlanmasında anahtar role sahiptirler (Solomon, 2005; Ganzer, 2007; Maslow, Mezey; 2008). Bu şekilde yaşlı bireyin sorunlarının erken saptanıp uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması mümkün olacaktır.

6.SONUÇ

Hastanede yaşı bireylerde demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel yetersizlik oranını saptamak için yapılan araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir.

- Hastanede yatan yaşı bireylerde demans ile ilişkili olabilecek işlevsel ve bilişsel bozukluk sıklığı %33,3 olarak saptanmıştır.
- İleri yaşta özellikle 80 yaş ve üzerinde demans ile ilişkili işlevsel ve bilişsel bozukluk görülme oranı artmaktadır.
- Cinsiyete göre demansla ilişkili işlevsel ve bilişsel bozukluk görülme sıklığına bakıldığında kadın cinsiyet de daha fazla görüldüğü saptanmıştır.
- Eğitim durumu azaldıkça demans olasılığı artmaktadır.
- Yaşı bireylerin medeni durumu ile demans olasılığı arasında fark yoktur.
- Ekonomik durum kötüleştikçe olası demans oranı artmaktadır.
- Ailelere evde unutkanlık durumu sorulduğunda var olduğunu söyleyen bireylerde demans olasılı oranı oldukça yüksek çıkmıştır.
- Yaşı bireyin kronik bir hastalığa sahip olup olmaması ile demans olasılığı oranı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

7. ÖNERİLER

- Hastanın hastaneye yattığında ilk hemşirelik tanılması yapılırken bilişsel ve işlevsel durumlarının da değerlendirilmesi,
- Bu amaçla hastaneye yatan yaşlı bireylere standart bir tanılama yapılması ve hemşirelik tanılması süreçlerine demansı taramaya yönelik kısa değerlendirme formlarının eklenmesi,
- Değerlendirme için geçerliği güvenilirliği kanıtlanmış kısa tarama testlerinin kullanımı önerilmektedir.
- Geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış kısa tarama testleri yok ise bu ölçeklerin hemşireler tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılması ve literatüre kazandırılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

Akgül, A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri 'SPSS Uygulamaları'. (3. Baskı, sy. 187-224). Ankara. Emek Ofset. 2005.

Alzheimer's disease facts and figures 2009, Alzheimer's Assosiation, Son erişim tarihi:15.07.2010

http://www.alz.org/national/documents/report_alzfactsfigures2009.pdf

Amerikan Alzheimer Derneği resmi sitesi, Son erişim tarihi: 10.07.2010

<http://www.alz.org/index.asp>

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition, Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994

Anstey KJ, von Sanden C, Salim A, O'Kearney R. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. American Journal of Epidemiology, June 14, 2007.

Arvanitakis, Z.; Wilson S.; Schneider, J. A.; Bienias, ScD.; Evans D. Diabetes mellitus and progression of rigidity and gait disturbance in older persons. Neurology, 2004; 63: 996- 1001

Ashford, J.W., Borson, S., O'Hara. R. Should older adults be screened for dementia? It is important to screen for evidence of dementia. Alzheimer & dementia, 2007;3: 75- 80.

Arioğlu, S. Alzheimer Hastalığı, Geriatri ve Gerontoloji, Bölüm XII. Ankara, MN Medikal &Nobel, sy. 979, 2006.

Aydemir Ö, Noyan A, Gülseren Ař ve ark., Deliryum derecelendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve güvenilirliği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmokoloji Dergisi, 1998; 6: 21-27

Barlett H.; Gray L.; Byrne G.; Travers C.; Lui C. Dementia a national health priority, dementia research mapping project final report. Commonwealth Department of Health and Ageing, Queensland, Australia, 2006. pp:1;11-12;82-101

Berr, C.; Wancatab, J.; Ritchiea K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 463 – 471, 2005.

Bulut, S., Elazığ ili Abdullahpaşa bölgesinde demans prevelansı ve demans alt grupları. *Demans Dergisi*, 2002; 2: 105-110

Boise L. Dementia assessment in primary care: results from a study in three managed care systems. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2004; 59(6): M621-M626.

Boustani M, Peterson B, Hanson L. ve ark. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003; 138(11):927-937.

Bynum, J.P.W.; Rabins, P.V.; Weller, W. ve ark., The relationship between a dementia diagnosis, chronic illness, medicare expenditures, and hospital use. *JAGS*, 2004, 52(2), 187-194. 91.

Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu Sp, Lessig M. Improving identification of cognitive impairment in primary care. *Int. J Geriatr Psychiatry*. 2006 Apr;21(4):349-55.

Brun, A. International conference on frontotemporal dementia. Sweden, April 24-26. *Dementia Geriatric Cognition Disorders*, 2003, 17; 253-257.

Cummings, JL, Cole G. Alzheimer disease. *JAMA*, 2002; 287(18):2335-8.

Christakis, N.; Allison, P.; Mortality after the hospitalization of a spouse. *The New England Journal of medicine*. Boston: Feb 16, 2006. Vol. 354, Iss. 7; pg. 719, 13 pgs.

Chodosh J, Kado DM, Seman TE. ve ark. Depressive symptoms as a predictor of cognitive decline: MacArthur Studies of successful ageing, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5), 406-415, 2007.

Campbell, S., Seymour, D., Primrose, W. Systematics reviews: a systemic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age and Ageing*, 2004, 33: 110- 115.

Courtney M; Tong S.; Walsh A. (2000) Acute-care nurses' attitudes towards older patients: literature review. *International Journal of Nursing Practice* 6, 62–69. , Stevens J & Crouch M (1995)

Demans tiplerine göre demans görülme oranı, *Geriatric ve Gerontoloji*; 2008, 3-11.

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*, 2(2),79-86, (2001).

Drachman, DA. Aging and the brain: a new frontier. *Ann Neurol* 1997; 42: 819- 828.

Douzenis, A., Michopoulos, I., Gournellis, R. Cognitive decline and dementia in elderly medical inpatients remain underestimated and underdiagnosed in a recently established university general hospital in Greece. *Achieves of gerontology and geriatrics*, 2010, 50: 147-150.

Dönmez E., Özmenler KN., İrgil S. Geriatrik psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve başvuru yakınmaları. 9. *Anadolu Psikiyatri Günleri*, Tam Metin Kitabı. Edirne 2000, p. 539-54

Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007

Dunbar M, Gardiner P. Support for carers of people with dementia during hospital admission. *Nursing Older People*, 2007, 19(8) pp:27-30

Dülgeroglu D, Aybay C, Tunç H, Kurtaran A, Çağlar H, Özel S. Rehabilitasyon kliniğimizde yatarak tedavi olan geriatrik olguların klinik özellikleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 2002; 5(1),11-15,

Dünya Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü Yayınları, Genova 1998

http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_dementia.pdf

Esiri, MM, Hyman, BT; Beyreuther K, Masters, CL. Ageing and dementia. In: Graham DI, Lantos PL, eds. *Greenfield's neuropathology*, 6th ed. London: Arnold, 1997: 153-254

Eker, E., Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. 2008, No:62, S:85-110

Ertan T., Bugay G., Eker, E., Geriatrik depresyon ölçeği kısa versiyonlarının Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği: GDS-15, GDS-10, GDS-4. 5. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu, 10-12 Haziran 2004, Polat Renaissance Otel, İstanbul Türkiye.

Ferini-Strambi L, Marcone A, Garanchi P et al. Dementing disorders in North Italy: prevalence study in Vescovata, Cremona province. *Eur J Epidemiol*, 13(2),201-204(1997)

Ferri, C.P, Prince M, Brayne,C, Brodaty,H, Fratiglioni , L. ve ark., Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet Dergisi*, 2005, 17; 366(9503): 2112-7.

Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Gropu. Neurology* ,54(Suppl 5),10-5,(2000)

- Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR.** “Mini Mental State” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12,189-198 (1975)
- Freund B.** Office-based evaluation of the older driver. *J Am Geriatr Soc.* 2006 Dec; 54(12): 1943- 4
- Ganzer, C.,** Assessing Alzheimer’s disease and dementia: best practices nursing care, *Geriatr Nursing*, 2007; 28:358-365)
- Goff, M.** Caring for a person with dementia in acute hospitals. *Anj, Clinical update*, 2000.
- Guijarro, R., Roman, C., Huelgas, G.** Impact of dementia on hospitalization. *Neuroepidemiology*, 2010; 35: 101-108.
- Gürgen C., Ertan T., Eker E., ve ark..** Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenirligi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(4):273-279.
- Gürvit, H.; Emre, S.; Tınaz, B. ve ark.** The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimer Dis Other Dement*, 2008: 23; 67.
- Hayden, K.M.; Zandi, P.P., Lyketsos, C.G.** Vascular risk factors for incident Alzheimer disease and vascular dementia: the cache study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2006; 20: 93-100.
- Hofman, A.; Ott, A.; Breteler, M.M.** Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer’s disease. *Neurology*, 1993; 43: 39- 44.
- Herrera E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R.** Epidemiologic survey of dementia in a community dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 16,103- 8,(2002)
- Henderson S.** Epidemiology of dementia. *Annales de Medecine Interne* 1998; 149(4):181-186.

Hickey, A., Clinch, D., Groarke, P. Prevalence of cognitive impairment in the hospitalized elderly. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 1997, 12: 27-33

Hitcho EB, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med*, 2004; 19(7): 732-9

Holzer C, Warshaw G. Clues to early Alzheimer dementia in the outpatient setting. *Arch Fam Med* 2000; 9, 1066- 70.

Hebert, R.; Brayne, C. Epidemiology of vascular dementia. *Neuroepidemiology*, 14: 240- 257.

Jorm, A.F.; Jolley, D. The incidence of dementia: a meta analysis. *Neurology*, 51-3; 728-733.

Kara S, Tuglu C, Ateş I, Molla S, Abay E. Trakya Üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri servisinde yatırılarak tedavi edilen geriatrik hastaların sosyodemografik özellikleri, tanı ve tedavi dağılımları. *Yeni Sempozyum*, 2002; 40(4), 151- 155.

Karadakovan, A., Demansda hemşirelik yaklaşımı. 2. Ulusal Geriatri Kongresi, 2003, Antalya.

Karan, M. Yaşlanan toplumumuz için demansın önemi, In: Işık, A.; Tanrıdağ, O., editors. *Geriatrici pratiğinde demans sendromu*, İstanbul, Som kitap, 2009, 55-70.

Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Essentials of clinical geriatrics*. 5th ed. Chicago, IL: McGraw-Hill;2004.

Kawas, C., Gray, S., Brookmeyer, Fozard, J., & Zonderman, A. 'Age specific incidence rates of Alzheimer's disease: The Baltimore Longitudinal Study' *Neu96.*, 2000

Katzman R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 1993; 43: 13- 20,

Keskinoğlu, P., Giray, H., Bıçakcıefe, M., Bilgiç, N., Uçku, 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, 93-100.

Kim J, Jeong I, Chun JH, Lee S. Prevalence of dementia in metropolitan city of South Korea. Int J Geriatr Psychiatry, 2003; 18 (7): 617-622

Knopman D, Donohue JA, Guttermann EM. Patterns of care in the early stages of Alzheimer's disease: impediments to timely diagnosis. J Am Geriatrics Soc. 2000 Mar; 48 (3): 300-4.

Koçer, B. Demans Epidemiyolojisi. Demans Dizisi, 1999, 1, 41-44.

Krauss MJ. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. J Gen Intern Med 2005; 20(2): 116- 22.

Kukull WA, Higdon R, Bowen JD, et al. Dementia and Alzheimer disease: a prospective cohort study. Ach Neurol,59: 1737-46, (2002)

Kutsal YG. Sağlıklı yaşlanma. Geriatrics, 54, 2072-2077 Son Erişim Tarihi: 05.30.2010
<http://www.geriatri.org/pdşer/yaslanandunya.pdf.,2007>

Lang I, Wallace RB, Huppert FA, Melzer D. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. Age and Ageing, 36,256–261, (2007)..

Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, M. O'Brien P., Bucher, L. Section 11. Alzheimer's disease and dementia. Medical Surgical Nursing, (7rd Edition, Volume 2, pp. 1561- 1579). Mosby, Philadelphia, 2007.

Lorentz WJ, Scanlan JM, Borson S. Brief screening tests for dementia. Can J Psychiatry. 2002 Oct;47(8):723–33.

Liu L, Guo XE, Zhou YQ, Xia JL. Prevalence of dementia in China. *Dement Geriatr Cogn Disord*,15(4),226-3, (2003)

Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*, 2000; 54(Suppl 5) 4-9

Lopez-Pousa S, Vilalta -Franch J, Llinas-Regla J, Garre-Olmo J, Roman GC. Incidence of dementia in a rural community in Spain: the Girona study. *Neuroepidemiology*, 2004; 23: 170-7

Lyketsos, C., M.H.S. Jeannie-Marie E. Sheppard, B.A. Peter V. Rabins, M.D., M.P.H. Dementia in elderly persons in a general hospital. *Am J Psychiatry* 2000; 157:704–707)

Malone, DC., McLaughlin, TP., Wahl PM. Burden of alzheimers disease and association with negative health outcomes. *Am J Manage Care*, 2009,15, 481:488.

Maslow K., Mezey, M. Recognition of dementia in hospitalized older adults, *American Journal of Nursing* ; 2008 , Vol. 108, No. 1

Maslow, K., How many hospital patients have dementia? In: Silverstein NM, Maslow K, editors. *Improving hospital care for persons with dementia*. New York: Springer Publishing Company; 2006. p. 1-22.

Maslow, K., Mezey, M, 2008, Adverse health events in hospitalized older adults. *American Journal Of Nursing*, January 108 (1)

Molloy DW, Standish TI. A guide to the standardized mini mental state examination. *Int Psychogeriatr*;,9 (1 Suppl) 87-94 (1997)

Matthiesen, V., Lamb, K., McCann, J., Hollinger- Smith, L., Walton, J., Hospital nurses views about physical restraints use with older patients, *J Gerontol Nurs* 1996;22:8-16

Mecocci P, et al. Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2005; 20(4): 262-9.

Mc Closkey, R., Caring for patients with dementia in an acute care environment, *Geriatric Nursing*, 2004; 25:139-44

Miller, C., *Nursing care of older adults : theory and practice*, Philadelphia. Lippincott; 1999, p.531-80

Mitchell, S.; Teno, J.M.; Kiely, D.K. ve ark. The clinical course of advanced dementia. *N Eng J Med*, 2009; 361: 1529- 1538.

Naylor MD, et al. Cognitively impaired older adults: from hospital to home. *Am J Nurs* 2005;105(2):52-61.

Natalwala, A., Potluri, R., Uppal, H. Reason for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002- 2007., *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2008; 26: 499- 505.

Neugoschl, J.A., Kolevzon, A., Samuels, S.C., Marin, D.B. Dementia. In: Sadock, B.J., Sadock, V.A. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2005; pp. 1079–1085.

Olafsdottir M, Marcusson J, Skoog I. Detection of dementia in primary care: Linköping study. *Dement Geriatr Cogn Disor*;11(4):223-229,(2000)

Olga, V., Emergy, B., Thomas, E. O. *Dementia, presentations, differential diagnosis, and neurology*. Baskı: Baltimore. Md.: Johns Hopkins University Press. 2003.

Pakkenberg, B.; Pelvig, D.; Marnier, L. et al. Aging and the human neocortex. *Exp Gerontol*, 2003; 38: 95- 99.

Patterson CJ, Gass DA. Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly. *Can J Neurol Sci.* 2001;28(suppl (1):S42-S51.

Plassman, B.L., Langa, K., Fisher, G.G., Heeringa, S.G. ve ark., Prevalence of dementia in the united states: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology* 2007;29: 125–132

Pfeffer R.N.I., Krosaki, T.T., Harrah C.H. ve ark. Measurement functional activities of older adults in community. *J Geront* 1982; 37: 3234- 329.

Prince, M.; Acosta, D.; Albanase, E. ve ark. Ageing and dementia in low and middle income countries using research to engage with public and policy markers. *Int Rev Psychiatry,* 2008: 20: 332- 343.

Powers R.E., M.D., J. Wesson Ashford, M.D ve ark. Memory matters: screening approaches to increase early detection and treatment of Alzheimer’s disease and related dementias, and recommendations for national policy. Alzheimer’s Foundation of American, December 2008

Public Health And Aging: trends in aging, United states and worldwide. CDC, 2003, February 14, 2003 / 52(06);101-106

Riley, D.E.; Lang, A.E. Movement disorders: neurology in clinical practice. *The Neurological Disorders, Cilt 2,* Ed: WG Bradley, Butterworth Heinemann, 1568- 1569.

Resnick, B., Hospitalization of older adults: are we doing a good job?. *Geriatric Nursing,* Volume 29, Number 3, 2008

Rudolph, J., Zanin, M., Jones, R. Hospitalization in community dwelling persons with Alzheimer’s disease: frequency and causes. *JAGS,* 2010.

Sanderson, M., Wang, J., Davis, D. Comorbidity associated with dementia. Am J Alzheimer Dis Oth Demen, 2002; 17;73

Sandson TA, Price BH. Diagnostic testing and dementia. Neurol Clin. 1996;14(1):45-59.

Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP ve ark. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in Sao Paulo, Brazil. International Psychogeriatrics,1-13, (2007).

Selekler, K. Alzheimer ve diğer demanslar. Modern Tıp Seminerleri 26. Güneş Kitabevi. Ankara. 2003.

Selekler,K., Cangöz, B., Karakoç, E., İşlevsel faaliyetler anketi'nin 50 yaş ve üzeri grupta Türk kültürü için uyarlama ve norm belirleme çalışması. Türk Nöroloji Dergisi, 2004, 10 (2), 102-107

Shulman KI, Herrmann N, Brodaty H. ve ark. IPA survey of brief cognitive screening instruments. Int Psychogeriatr. 2006 Jun;18(2):281-94.

Schmidt, R., Kienbacher, E., Benke, T. ve ark. Sex differences in Alzheimer's disease. Neuropsychiatry, 2008; 22, 1–15.

Soygür, H., Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psikolojik değerlendirme. Demans Dizisi; 2: 32-40,2000.

Solomon PR, Murphy CA, Should we screen for Alzheimer's disease? A review of the evidence for and against screening for Alzheimer's disease in primary practice. Geriatrics, 2005, 60(Nov): 26-31.

Sparks, M. Inpatient care for persons with alzheimer's disease., Alzheimer's Care Today Best Practices, 2008, 204-210

Sullivan- Marx, E., Achieving restraint free care of acutely confused older adults, J Gerontol Nurs 2001; 28:56-61

Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K. Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri. Dördüncü baskı. Hatipoğlu yayınları. Ankara. 2002.

Qiu C, De Ronchi D, Fratiglioni L, The epidemiology of the dementias: an update, Current Opinion in Psychiatry 20,380–385, (2007).

TÜİK, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü 2009

Uçku, R., Keskinoglu, P., Yener, G., Yaka, E., Türk toplumuna göre yeniden düzenlenmiş standartize minimal testin toplumda yaşayan eğitilmiş ve eğitimsiz yaşlılarda geçerlilik güvenilirliği., Tübitak proje no: SBAG- HD-145 (106s131), İzmir, 2007.

United Nations, World population ageing,1950-2000, New York(2002), pp:15.

Vas CJ, Pinto C, Panikker D, et al. Prevalence of dementia in an urban Indian population. Int Psychogeriatrics, 2001;13, 439-450.

Watson, L., Asking family about memory loss is it helpful?, JGIM, 2004; 20:28-32

Waite LM, Broe GA, Grayson DA, Creasey H. The incidence of dementia in an Australian community population: the Sdney Older Persons Study. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:680-9.

Wimo A, Winblad B, JönssonL, Featured Articles an Estimate of the Total Worldwide Societal Costs of Dementia in 2005, Alzheimer's & Dementia,3, 81– 91,(2007).

World Health Organization [WHO], Turkey facts and figures, 2009, Son erişim tarihi: 18.11.09

http://www.euro.who.int/Turkey/20081030_9

World Health Organization [WHO], United Nations, population division, department of economic and social affairs, aging, 2008, son erişim tarihi: 19.06.2010
<http://www.who.int/whosis>

Yamada M, Sasaki H, Mimori Y. Prevalence and risks of dementia in the Japanese population: RERF's adult health study Hiroshima Subjects. J Am Geriatr Soc, 47,189-95. (1999)

Yener G, Öztürk V, Uzunel F, Aydın H, Baklan B. Diagnosis profile and comparison of risk factors in major types of dementia: An hospital based study. Journal of Neurological Sciences [Turkish], 21,301-310 (2004)

Yıllara Göre Yaş Dağılımı; Geriatri ve Gerontoloji; 2008, 3-41

Yoshitake, T., Kiyohara, K. ; Kato, I. Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population: the hisayama study. Neurology 1995; 45: 1161-1168.

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Yaşlı nüfusunun tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızlı bir şekilde artış gösteriyor olması, yaşlılık hastalıklarının erken dönemde saptanarak önlemler alınmasını gerektirmektedir. Yaşlılık dönemi hastalıklarından birisi olan demans (bunama) hastalığının yavaş ve sinsi bir şekilde ilerliyor olması sizin ve ailenizin bu hastalığı fark edememesine neden olabilir. Ülkemizde bu hastalığa yakalanmış hastaların oranları tam bilinmemekle beraber tahmini 500000 kişi olduğu söylenmektedir. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu hastalığında giderek artacağı gerçeği kaçınılmazdır. Bu hastalığa yakalanmış fakat tanısı koyulamamış hastaların birde farklı sağlık nedenlerinden dolayı hastaneye yatıyor olması bu hastalığın ciddiyetini iyice artırmaktadır. Bu nedenle hastanemizde yatmakta olan hastalarımızda da bu hastalığın var olup olmadığını saptamak istiyoruz. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Etik Kuruldan izin alınmıştır.

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için; size ve sizinle yaşamakta olan bir yakınınıza bazı test ve ölçekler doldurmanız gerekmektedir. Bu ölçekler birden fazla sayıdadır ve yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz.

Bu çalışmada yer aldığımız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve incelenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kesinlikle kullanılmayacaktır. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (Hasta) Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Gönüllünün (Aile Üyesi) Adı-Soyadı:

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK 2: SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU:

1. Adınız Soyadınız :

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyetiniz:() Kadın

() Erkek

4. Eğitim Durumunuz: () Okur-yazar değil

() Okur-yazar

() Ortaöğretim mezunu

() Lise mezunu

() Yüksek Öğretim mezunu

5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

() Gelir gidere denk

() Gelir giderden az

() Gelir giderden fazla

6. Hastaneye yatış nedeniniz nedir?

5. Hasta Yakını İçin Hasta İle Yakınlık Dereceniz:

() Eşi () Kızı () Oğlu () Kız Kardeşi () Erkek Kardeşi () Gelin () Damat () Torun () Diğer

6. Sosyal Güvenceniz Var mı?

() Sosyal güvencem var () Sosyal güvencem yok

7. Medeni durumunuz? 1. Evli () 2. Bekâr ()

8. Evde mi yoksa yaşlı bakım tesislerinde mi yaşıyor? Evde yaşıyorsa kiminle yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız

2. Eşimle birlikte
3. Eşim ve çocuklarımla birlikte
4. Çocuklarımla birlikte
5. Diğer

10. Hasta ile yaşayan ya da sık aralıklarla görüştüğü yakınına hastanın evdeyken unutkanlığının olup olmadığı sorulur?

- Evet Hayır

11. Daha önce doktorların yakını için kendilerine demans ya da Alzheimer hastalığı ile ilgili bir şey söyleyip söylemedikleri sorulur?

- Evet Hayır

EK 3: GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU (GDÖ):

Ad Soyad:

Toplam Puan:

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız.

1- Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?

Evet Hayır

2- Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?

Evet Hayır

3- Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

4- Sık sık canınız sıkılır mı?

Evet Hayır

5- Genellikle keyfiniz yerinde midir?

Evet Hayır

6- Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?

Evet Hayır

7- Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz?

Evet Hayır

8- Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?

Evet Hayır

9- Dışarıya çıkıp yeni bir şey yapmaktansa evde kalmayı tercih eder misiniz?

Evet Hayır

10- Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

11- Sizce şuan yaşıyor olmak güzel midir?

Evet Hayır

12- Kendinizi şuan değersiz hissediyor musunuz?

Evet Hayır

13- Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

14- Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

15- Çoğu kişiden daha iyi durumda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

EK 4: DELİRYUM DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (DDÖ):

Toplam Puan:

1) Psikomotor etkinlik:

0. Normal

1. İlimli etkinlik artışı anksiyete, huzursuzluk yada azalmas hareketlerde ılımlı yavaşlama
2. Orta derecede etkinlik artışı (yatak ve sondalarla oynama, kalkıp gitmek isteme) ya da azalması (ancak uyarıyla etkinlik gösterme)
3. Aşırı derecede etkinlik artışı (tespit gerektirecek düzeyde ajitasyon, eksitasyon) ya da azalması (uyarıyla bile etkinlik göstermeme)

2) Yönelim:

0. Normal

1. Zaman, yer ya da kişiye yöneliminde bozulma
2. Zaman-yer, zaman-kişi ya da yer-kişi yöneliminde bozulma
3. Zaman, yer ve kişi yöneliminde bozulma (konfüzyon nedeniyle yanıt alınmazsa burada değerlendirilir)

3) Dikkat:

0. Normal

1. Dikkati yoğunlaştırmada güçlük (kendi çabasıyla dikkati sürdürebiliyor)
2. Dikkatte dağınıklık çelinebilirlik (uyarıyla dikkati sürdürebiliyor)
3. Dikkati tamamen dağınık (uyarıyla bile dikkati sürdüremiyor)

4) Bellek:

0. Normal

1. Anlık ya da yakın bellekte bozulma
2. Anlık ve yakın bellkte bozulma
3. Anlık, yakın ve uzak bellekte bozulma (konfüzyon nedeniyle yanıt alınmazsa burada değerlendirilir)

5) Algılama:

0. Normal

1. Canlı düşler ve/veya kabuslar
2. Geçici varsanı ve/veya yanılsama
3. Kesin varsanı ve/veya yanılsama (halüsinatuar yaşantı)

6) Düşünce süreci:

0. Normal

1. Düşünce ve çağrışımlarda yer yer kopma
2. Düşünce ve çağrışımlar dağınık
3. Enkoherans

7) Düşünce içeriği:

0. Normal

1. Aşırı değerlendirilmiş düşünce (uygun davranış göstermez, gerçek olmadığını bilir)
2. Sanrı taslağı (zaman zaman uygun davranış gösterir, gerçek olmadığını sorgulayabilir)
3. Sanrı (uygun davranış gösterir, gerçeği değerlendiremez), sanrısız yaşantı

8) Uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma:

0. Normal

1. Gündüz uyuklarken gecenin çoğunu uyanık geçirme
2. Gündüz uyurken tüm gece uyanık kalma
3. Gece ve gündüz boyunca hemen hemen hiç uyumama ya da sürekli uyuma

9) Gün içi değişkenlik/dalgalanma:

0. Dalgalanma yok/belirti yok

1. Gündüz normal iken belirtilerin gece gözlenmesi
2. Belirtilerin gündüz zaman zaman, gece sürekli gözlenmesi
3. Belirtilerin hem gece hem gündüz dalgalanarak sürekli gözlenmesi

10) Duygu durumunda dalgalanma:

0. Dalgalanma yok

1. Duygu durumunda saatler içinde ortaya çıkan dalgalanma
2. Duygudurumda dakikalar içinde ortaya çıkan dalgalanma (korku, öfke, ağlamaklılık gibi içinde bulunduğu durumla uyumsuz duygudurum değişiklikleri)
3. Emosyonlarda şiddetli disinhibisyon (öfke nöbetleri, denetlenemeyen ağlama ya da gülmeler)

EK 5: İŞLEVSEL FAALİYETLER ANKETİ (İFA):

Ad Soyad:

Toplam Puan:

Madde No	Günlük Hayat Faaliyetleri	Puan
1	Fatura ödemek, gelir ve giderleri dengelemek, para hesabı yapmak.	
2	Vergi, aidat, elektrik-su-telefon makbuzlarını, KDV fişlerini, işe ait evrakları tasnif etmek.	
3	Giyecek, ev ihtiyaçları veya yiyecek almak için tek başına alışverişe çıkmak.	
4	Beceri gerektiren oyun oynamak, bir hobiyle uğraşmak.	
5	Su kaynatmak, bir bardak hazır kahve ya da çay yapmak, ocağı söndürmek.	
6	Besin dengesi olan bir öğün (yemek) hazırlamak.	
7	Gündelik olayları takip etmek.	
8	Bir TV programını, kitabı veya gazeteyi dikkatle izlemek ya da okumak, anlamak, tartışmak.	
9	Randevuları, ailenin özel günlerini, tatilleri, ilaç tedavilerini (ilaç dozlarını ve ne zaman alınacağını) düzenli olarak sürdürebilmek.	
10	Şehiriçi ulaşım araçları (taksi, dolmuş, belediye otobüsü) ile bulunduğu semtin dışına seyahat etmek, şehirlerarası ulaşım	

	araçlarından (otobüs, tren, uçak) yer ayırtmak ya da otomobil kullanmak.	
TOPLAM PUAN		

Ölçeğin Puanlaması:

Puanlar	Hastanın her bir faaliyetteki performansı
3	Performans göstermekte tamamen başarısız
2	Yardım gerekiyor
1	Güçlük çekmesine rağmen görevi yapmayı başarıyor ya da Görevi hiçbir zaman yapmadı ancak hakkında bilgi veren kişi hastanın bu görevi güçlükle de olsa yapabileceğini düşünüyor
0	Normal performans gösteriyor ya da Görevi hiçbir zaman yapmadı ancak hakkında bilgi veren kişi hastanın şu anda bu görevi yapabileceğini düşünüyor.

EK 6: DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST: (5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)

Ad Soyad:

Yaş:

Eğitim:yıl

Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Hangi yıl içindeyiz?

.....

2. Hangi mevsimdeyiz?

.....

3. Hangi aydayız?

4. Bu gün ayın kaçı?

.....

5. Hangi gündeyiz?

.....

6. Hangi ülkede yaşıyoruz?

.....

7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

.....

8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

.....

9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

.....

10. Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

.....

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.

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

.....

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100, 97, 94, 91, 88, 85)

.....

12. "Dünya" kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru söyleyin.

Her doğru harf 1 puan (A-Y-N-Ü-D)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)

.....

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

.....

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

.....

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen",

(30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

.....

17. Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

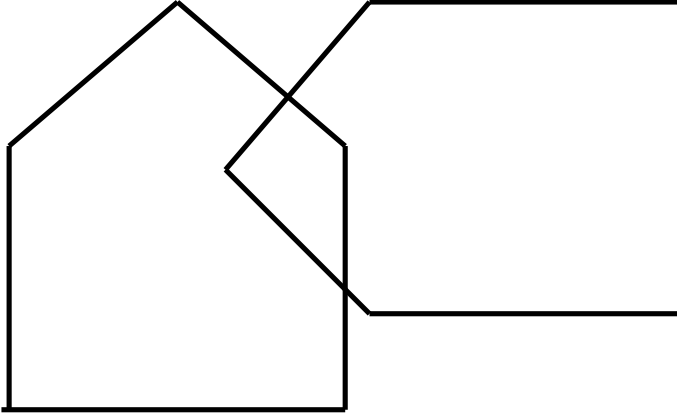
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"

.....

18. Şimdi vereceğim kağıda eviniz, çocuklarınız veya torunlarınız ile ilgili anlamlı bir cümle yazın (1 puan)

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)

.....



EK 7: DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (eğitimsizlerde)

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Eğitim: 0. OYD 1. OY 2. yıl
Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?

.....

2. Bu gün haftanın hangi günündeyiz?

.....

3. Şu an, ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?

.....

4. Hangi aydayız?

.....

5. Hangi mevsimdeyiz?

.....

6. Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?

.....

7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

.....

8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

.....

9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?

.....

10. Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

.....

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

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

.....

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan

.....

(Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)

.....

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

.....

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

.....

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi

yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere

bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

.....

17. Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın)

(1 puan)

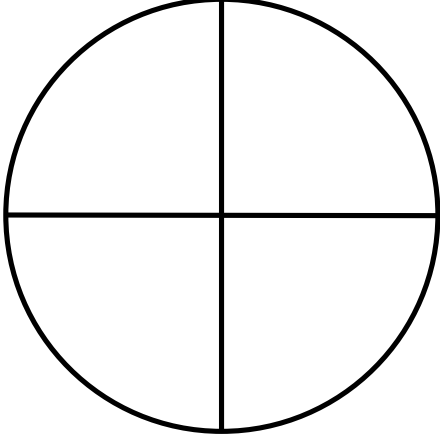
.....

18. Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan)

.....

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)

.....



EK 8: SMMDT UYGULAMA KLAVUZU (eğitlimlerde-en az 5 yıl eğitim)

Başlangıç:

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulur ve kaydedilir.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: “Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim” tümcesi ile başlanır.

İzin alınır.

İşitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadı ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama:

SMMDT “size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi yanıtı vermeye çalışın” cümlesi ile başlar.

Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur.

Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman ve yer yönelimi olmak üzere iki bölümden oluşur Toplam 10 sorunun 5’i zaman 5’i yer yönelimine aittir.

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümden büyük bölüme doğru sorular sorulur.

Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

“Hangi yıldayız?”

Doğru yılı bilmelidir. 1 puan verilir. Her yeni yılın ilk haftası içinde test uygulanıyorsa, bir önceki yıl yanıtı da doğru kabul edilir.

“Hangi mevsimdeyiz?”

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi aydayız?”

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Bu gün ayın kaç?”

Doğru günü bilmelidir. 1 puan verilir.

“Hangi gündeyiz?”

Haftanın günü doğru bilmelidir. 1 puan verilir.

“Hangi ülkede yaşıyoruz?”

Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

“Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?”

İlin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “şehir” kelimesi yerine “il, vilayet” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığınız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz semt neresidir?”

İlçe, semt, bucak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “semt” kelimesi yerine “ilçe, belediye” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığınız yerin bağlı olduğu ilçe/kaza neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz bina neresidir?”

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt “ev” ise “kimin evidir?” şeklinde soru sorulur. Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise “hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı” sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

“Şu an bu binada kaçınca kattasınız/binanın hangi odasındasınız?”

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark

gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçınıcı kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunulan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine “hastanenin hangi bölümündeyiz?” sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. “Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın” denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise) Kayıtlamanın tamamlanması için üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim 1 puan

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidilmesi ve dur deyinceye kadar devam edilmesi istenir. Beş kez çıkarma yaptıktan sonra işlem bitirilir. Yanlış söylenen sayı olunca yanlış söylenen sayı için puan verilmez, yanlış söylediği sayıdan üç çıkararak geriye gitmesinde doğru her basamak için puan verilir.

Her doğru işlem 1 puandır. (100, 97, 94, 91, 88,85)

“Dünya” kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru saymanızı isteyeceğim. Önce test uygulanan kişiye harfler düz şekilde hecelettirilir (“d,ü,n,y,a”). Sonra işlemi yapması istenir. Yanlış harf söylenince puan verilmez. Yanlış harften sonraki gelen harften devam etmesi durumunda işlemin devamına puan verilir.

Her doğru harf 1 puan (a-y-n-ü-d)

Hesaplama her iki şekilde yapılır, hangisinden daha yüksek puan alırsa, o puan kaydedilir.

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LİSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

“Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum” denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği gibi basit bir soru ile dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanacağı iş tarif edilir. “Şimdi size bir kağıt vereceğim. İlk olarak kağıdı sağ/sol (nondominant) elinize alınız, sonra kağıdı ikiye katlayınız ve yere bırakınız.” 3 puandır. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir.

Yazılı emir uygulaması

Boş bir kağıtta yazalı bulunan “Gözlerinizi kapatın” yazısı gösterilir ve yazılı olan emrin yapılması istenir.

Doğru hareket için 1 puan verilir.

Cümle yapılandırma

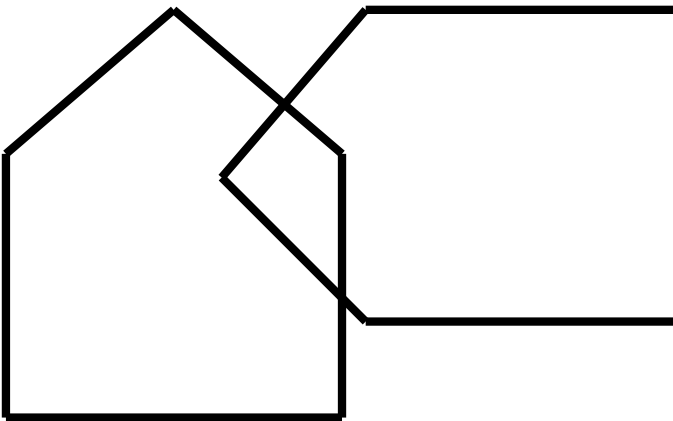
Boş bir kağıt verilerek test uygulanan kişinin kendi yaşantısı ile ilgili-evi, çocuğu vb.-mantıklı bir cümle yazması istenir.

Özne, nesne ve yüklemi olan anlamlı cümle doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

Şekil kopyası

Aşağıdaki şekil gösterilerek bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika beklenir.

Köşe ve kenarları tam iç içe geçmiş iki beşgeni çizmesi durumunda 1 puan verilir.



EK 9: SMMDT UYGULAMA KLAVUZU (eğitimsizlerde)

Başlangıç:

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulması, kaydedilmesi.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: “Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim” tımcesi ile başlanır.

İzin alınması:

İşitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadı ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama:

SMMDT “size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi cevabı vermeye çalışın” tımcesi ile başlar.

Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur.

Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümünden büyük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. (Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır)

“şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?”

Testin uygulandığı zamana yakın zaman doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Belirtilen zaman dilimleri dışında bulunan zamana uygun tanımlama kabul edilir. Örneğin; sabah saat 11:00’de yapılan testte kişi sabah ya da öğlen yanıtları yerine “öğlen vaktine yaklaşıyoruz” diye yanıtladığında doğru kabul edilir.

“Bu gün haftanın hangi günündeyiz?”

Haftanın hangi günü olduğunu bilmelidir. 1 puan verilir.

“Şu an ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?”

1–10= Ayın başı

11–20= Ayın ortası

21–30= Ayın sonu

Üç dilimin geçişlerinde bir gün öncesi ya da sonrası olan zaman dilimi doğru kabul edilir. Örneğin; ayın 10.günü, ayın başı olması gerekirken, ayın ortası yanıtı da doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi aydayız?”

Bulunulan ayın adını ya da kaçınıcı ay olduğunu bilmesi doğru kabul edilir.

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi mevsimdeyiz?”

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Ayrıca sonbahar ya da ilkbaharda test uygulanıyorsa “bahar” yanıtı doğru kabul edilmez “Hangi bahar” sorusu ile doğru zaman söylenmesi istenir. “Kışa girdiğimiz bahar, kıştan sonraki bahar ya da yazaya girdiğimiz bahar” yanıtları doğru zaman diliminde ise kabul edilir.

“Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?”

Testin yapıldığı dönemde başbakan olan kişinin adını ya da soyadını bilmesi doğru kabul edilir.

“Şu an bulunduğumuz şehir neresidir?”

Şehrin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “şehir” kelimesi yerine “il, vilayet” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığınız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz semt neresidir?”

Semt ismini veya ilçe, bucak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “semt” kelimesi yerine “ilçe, belediye” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur.

Test kırsal alanda yapılıyorsa “Şu an bulunduğunuz köy neresidir?” şeklinde soru sorulur.

“Bulduğumuz bina neresidir?”

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt “ev” ise “kimin evidir?” şeklinde soru sorulur.

Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise “hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı” sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

“Şu an bu binada kaçınca kattasınız?”

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçınca kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunulan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine “hastanenin hangi bölümündeyiz?” sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. “Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın” denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise). Kayıtlamanın tamamlanması için üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim için 1 puan verilir.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söylemesi istenir. Önce bir örnek geriye sayma yapılır “Pazardan önce Cumartesi gelir, cumartesiden önce hangi gün gelir?” Her doğru gün için 1 puan verilir. Beş gün geriye sayınca işlem bitirilir. Yanlış

söylenen gün olunca yanlış söylenen gün için puan verilmez, yanlış söylediği günden önceki günün hangi gün olduğu şeklinde devam edilir.

(Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LİSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

“Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum” denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği sorularak dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanarak yapacağı tarif edilir. “Şimdi size bir kağıt vereceğim. İlk olarak kağıdı sağ/sol (nondominant olan el) elinize alınız, sonra kağıdı ortadan ikiye katlayınız ve kağıdı yere bırakınız.” 3 puandır. Bu işlem için daha önceden katlanmamış, üzerinde yazı olmayan düz bir kağıt verilir. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir.

Sözlü emir uygulaması

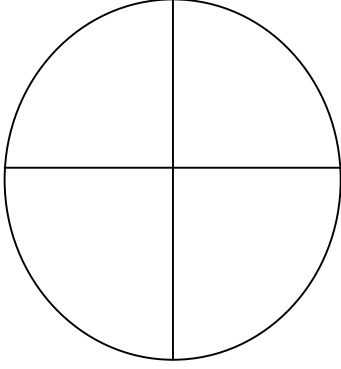
Söylenen işi yapması belirtilir. “Gözlerinizi kapatın” denir ve sözlü emrin yapılması istenir. Doğru hareket için 1 puan verilir.

Cümle yapılandırma

“Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız?” denir. Uygun soru tümcesi doğru kabul edilir.

Şekil kopyası (1 puan)

Aşağıdaki şekil gösterilir ve şekle bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika beklenir.



Daire içinde artı işareti çizmesi doğru kabul edilir.