

Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki

Döndü ÇUHADAR,¹ Gülümser SERTBAŞ,² Hamdi TUTKUN³

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeylerini belirlemektir. **Yöntem:** Araştırma 01-15 Ekim 2004 tarihlerinde Gaziantep Huzurevi'nde yaşayan 60 yaşlı bireyle yapılmıştır. Çalışmada sosyodemografik özelliklerini ve günlük yaşam etkinliklerini yapabilme durumlarını belirlemeye yönelik anket formu, Eğitimli ve Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS paket programında sıklık ve ki-kare analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Yaşlı bireylerin %43.3'ünde bilişsel bozukluk saptanmıştır. İnkontinans görülme durumu, telefonu kullanabilme, yiyecek ve giysi alışverişi yapabilme, yemek hazırlama, ev işleri yapma, parayı çekip çevirme, kullandığı ilaçlarını tanıma ve kullanabilme gibi günlük yaşam etkinliklerindeki bozulmanın bilişsel bozukluk olan yaşlılarda daha çok olduğu ve gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p<0.05$). **Sonuç:** Bu çalışmada huzurevindeki yaşlıların %43.3'ünde bilişsel bozukluk olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bilişsel bozukluk görülen yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerindeki bozulmanın daha çok olduğu saptanmıştır. Bilişsel bozukluğun erken dönemde belirlenip tedavi edilmesi yaşlı bireylerin yaşam kalitesini de artıracaktır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:232-239)

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, bilişsel bozukluk, günlük yaşam etkinliği

Relationship between level of cognitive functions and activities of daily life at elderly people who live in rest home

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine level of cognitive functions and activities of daily life at elderly people who live in rest home. **Methods:** This study was done with 60 elderly people who live Gaziantep Rest Home on 01-15 October 2004. A questionnaire was used in this study that was about sociodemographic characteristics and state of doing activities of daily life. Also Standardized Mini Mental Test for Literate and Illiterate person was used to determine the cognitive functions. Analyzing the data we used frequency and chi-square analysis in SPSS program. **Results:** We found cognitive disorder %43.3 of the elderly persons. State of doing activities of daily life was damaged very much like incontinence seen, using telephone, food and dress shopping, preparing meal, doing housework, exchanging money, know and intake own medication at person who have cognitive disorders and differences between groups were found meaningful as statically ($p<0.05$). **Conclusion:** In this study it is determined that %43.3 of the elderly person who live in rest home have cognitive disorder also it is determined that disorder at daily life activities was much at elderly who have cognitive disorder. Early determination and treatment of cognitive disorder will increase the quality of life at elderly persons. (Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:232-239)

Key words: elderly, cognitive disorder, activities of daily life

¹ Arş.Gör., ² Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, GAZİANTEP

³ Prof.Dr., Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri ABD, GAZİANTEP

Yazışma adresi: Arş.Gör. Döndü ÇUHADAR, Gaziantep Üniv. Sağlık Yüksekokulu, Şahinbey/GAZİANTEP

E-posta: dcuhadar@gantep.edu.tr

GİRİŞ

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir.¹ Genel nüfus yaşlandıkça bu grubun sağlık bakımına olan gereksinmesi artmaktadır. Çünkü işlevsel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam etkinlikleri sınırlanmakta ya da engellemekte, bağımsız işlevleri giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı duruma gelmektedir.² Yardımcı ve ark. huzurevindeki yaşlılarla yaptıkları çalışmada yemek yeme, oturup kalkma, tuvalete gitme, banyo yapabilme ve kendi ilacını içebilmenin 65 yaşından sonra da sürdürülebildiğini; ancak idrar inkontinansı, hafif ev işlerini yapabilme, taksiye yardımsız binebilme, çamaşırını yıkayabilme, yemek hazırlayabilme ve tek başına alışveriş yapabilmenin 65 yaşından sonra azaldığını saptamışlardır.³

Toplumda yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılıktaki mental hastalıklara daha fazla önem vermeye başlanmıştır. Bilişsel yıkımla sonuçlanan hastalıklar yaygındır ve yaşlanmakla bu tür hastalıkların sıklığı artar.⁴ Bilişsel teriminden algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden sonuç bağlantılarını kurmak, düşünmek, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılır.⁵ Bilişsel işlevlerin en çok bozulduğu hastalıklardan biri de demanstır. Yaşlıların sayısı arttıkça demans oranının da arttığı bir gerçektir.⁶ Ülkemizde yaşlılar genellikle aile içinde tutulduğundan, bunlarda demansı araştırmak kolay değildir. ABD'de 65 yaş ve üzerindeki nüfusun %5'inde şiddetli, %15'inde hafif düzeyde demansiyel tablonun olduğu, 80 yaş ve üzerinde bu oranın şiddetli demans açısından %20'lere ulaştığı bildirilmektedir.^{7,8}

Demans, birden çok entellektüel yetenek alanında kayıpla birlikte giden, davranış bozukluklarının eşlik ettiği ve günlük yaşam etkinliklerinin bozulmasına neden olan nöropsikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanabilir. Yaşlanmaya bağlı olarak görülen değişikliklerin yanı sıra, demansın da etkisiyle yaşlı bireylerin günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeleri güçleşmektedir. Yaşlı birey bu etkinlikleri yerine getirirken kısmen ya da bütünüyle çevresindeki bireylere bağımlı duruma gelir.

Demansın daha ileri evrelerinde yemek yemek, temizlik, giyinmek, tuvalet gereksinmesini gidermek gibi temel etkinliklerde de bakıcıya bağlanan hastalarda davranışsal ve psikiyatrik belirtiler ciddi sorunlar oluşturur ve bakım veren kişinin ruh sağlığını da etkiler. Ayrıca psikiyatrik belirtilerin varlığı hastaların fiziksel olarak kötü-

ye kullanılmasına, hasta bakımının ihmal edilmesine, hastaların 'yatağa düşmelerine' neden olur.⁹

Demansın erken dönemde belirlenip tedavisine başlanmasıyla bilişsel işlevlerdeki bozulmalar gerileyebileceği gibi, eşlik eden depresyon, anksiyete, varsanılar, sanrılar, davranış bozuklukları da tedavi edilebilir. Bu araştırma, bu nedenlerden yola çıkarak huzurevinde yaşayan yaşlılarda bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 01-15.10.2004 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı süre içinde Gaziantep Huzurevi'nde bulunan yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırma, iletişim kurulabilen, görme, işitme ve konuşma sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 60 yaşlı birey ile yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Veriler görüşme formu, eğitimliler ve eğitimsizler için ayrı olarak hazırlanan Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılarak elde edilmiştir. Görüşme formu ve SMMT sadece Gaziantep Huzurevi'nde yaşayan, işitme, görme, konuşma sorunu olmayan yaşlılara uygulanmıştır; bu da araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Görüşme Formu: Yaşlıların sosyodemografik özelliklerini, sağlık sorunları, kurumda kalma nedenleri, yaşlılığa ve sağlığa ilişkin görüşlerinin yanı sıra, günlük yaşam etkinliklerini yapabilme durumlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular benzer çalışmalar incelenerek hazırlanmış olup, yaşlı kendisi yapıyorsa 'korunmuş', yardımla yapıbiliyorsa 'hafif bozuk', yapamıyorsa 'tam bozuk' şeklinde değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler sırasında hafif bozuk ve tam bozuk değerlendirmeleri 'bozulmuş' olarak birleştirilmiştir.

Standardize Mini Mental Test (SMMT): Mini Mental Test ilk kez Folstein ve ark. tarafından 1975'te yayınlanmıştır. Uygulaması ortalama 10 dakika sürmektedir. Eğitimliler ve eğitimsizler için ayrı olarak düzenlenmiştir. Eğitimliler için SMMT'in geçerlilik güvenilirlik çalışması Güngen ve ark., eğitimsizler için SMMT'in geçerlilik güvenilirlik çalışması Ertan ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Çalışmada SMMT'nin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğunu, ideal eşik değerin 23/24 olduğunu saptamışlardır.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için, sıklık ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan yaşlılara ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlıların %76.7'sini erkekler oluşturmuştur. Yaşlıların %58.3'ü 70-79 yaş grubunda yer almakta, %38.3'ü okuryazar değil, %21.7'si evli, %58.3'ü duldur. Yaşlıların %78.3'ü çocuğunun olduğunu belirtirken, bunların %42.6'sı çocuklarıyla görüşmediği belirtmiştir.

Katılanların SMMT Ölçeği'nden aldıkları puanlar Tablo 2'de gösterilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlılar arasında ağır bilişsel bozukluk tablosu gösteren yaşlı bulunmadığı belirlendi.

Bilişsel bozukluğun yaşlara göre dağılımına baktığımızda (Tablo 3) 60-69 yaş grubundakilerin %16.7'sinde, 70-79 yaş grubundakilerin %40'ında, 80 yaş ve üzerindeki ise %76.9'unda bilişsel bozukluk saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), farklılık 80 yaş ve üzerindeki yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Yaş ilerledikçe bilişsel bozukluk görülme sıklığı artmaktadır.

Tablo 4'te bilişsel bozukluğun kadınların %71.4'ünde, erkeklerin %34.8'inde olduğu görülmektedir. Bilişsel bozukluk varlığı ile cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Yaş ve cinsiyet değişkenlerinden hangisinin bilişsel bozukluk üzerinde daha etkili olduğunu belirlemek için, yaşı karıştırıcı faktör olarak yapmış olduğumuz analiz sonucu Tablo 5'te görülmektedir. Analiz sonucuna göre yaş değişkeninin bilişsel bozukluğu etkilediği, cinsiyetin etkilemediği belirlendi.

Yaşlıların eğitim durumlarına göre bilişsel bozukluk görülme durumu Tablo 6'da gösterilmiştir. Eğitim süresi 5 yıldan az olan yaşlılarda bilişsel bozukluk görülme oranı %55.8, en az ilkokul bitirenlerde %11.8 olarak saptandı. Eğitim düzeyi ile bilişsel bozukluk arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Bilişsel bozukluk durumuna göre yaşlıların günlük yaşam etkinliklerini yerine getirebilme durumları Tablo 7'de gösterilmiştir. Katılanlarda yeme içme, giyinme soyunma, tarama traş olma, yürüme, yatıp kalkma, tuvalet gereksinmesini giderme ve banyo yapabilme etkinliklerini yerine getirme bakımından bilişsel bozukluk

olan yaşlılarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışmamızda inkontinans sıklığının bilişsel bozukluk olanlarda bilişsel bozukluk olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Telefon kullanabilme davranışının bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda olmayanlara göre daha çok bozulduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.0001$).

Bilişsel bozukluk durumuyla araba veya otobüsle yolculuk yapabilme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yiyecek ve giysi alışverişi yapabilmedeki bozulma bilişsel bozukluğu olanlarda olmayanlara göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.0001$).

Tablo 1. Yaşlıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	14	23.3
Erkek	46	76.7
Yaş grubu		
60 - 69	12	20.0
70 - 79	35	58.3
80 ve üzeri	13	21.7
Eğitim		
Okuryazar değil	23	38.3
Okuryazar	15	25.0
İlkokul	14	23.3
Ortaokul	2	3.3
Lise	4	6.8
Yüksekokul	2	3.3
Medeni durum		
Evli	13	21.7
Bekar	2	3.3
Dul	35	58.3
Ayrı	10	16.7
Çocuk		
Var	47	78.3
Yok	13	21.7
Çocuklarıyla görüşme durumu		
Sık görüşüyor	4	8.5
Seyrek görüşüyor	23	48.9
Görüşmüyor	20	42.6

Tablo 2. Yaşlıların SMMT Ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı

SMMT puanı	Sayı	%
0 - 9	0	0
10 - 19 (orta)	20	33.3
20 - 23 (hafif)	14	23.4
24 - 30 (normal)	26	43.3
Toplam	100	100.0

Çalışmamızda ev işleri yapabilme, kullandığı ilaçlarını tanıma ve alma ve parayı çekip çevirebilme etkinliklerinin de bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda olmayanlara göre daha çok bozulduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan yaşlıların %76.7'sini erkekler oluşturmaktadır. Huzurevindeki yaşlılarla ilgili diğer çalışmalarda da huzurevinde kalanla-

Tablo 3. Yaşlıların yaşlarına göre bilişsel bozukluk görülme durumu

Yaş grupları	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Sayı	Var %	Sayı	Yok %	Sayı	%
60 - 69	2	16.7	10	83.3	12	20.0
70 - 79	14	40.0	21	60.0	35	58.3
80 yaş ve üzeri	10	76.9	3	23.1	13	21.7
Toplam	26	43.3	34	56.7	60	100.0

$$\chi^2=9.607, p=0.008$$

Tablo 4. Yaşlılarda cinsiyete göre bilişsel bozukluk görülme durumu

Yaş grupları	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Sayı	Var %	Sayı	Yok %	Sayı	%
Kadın	10	71.4	4	28.6	14	23.3
Erkek	16	34.8	30	65.2	46	76.7
Toplam	26	43.3	34	56.7	60	100.0

$$\chi^2=5.870, p=0.015$$

Tablo 5. Yaşlılarda yaş ve cinsiyete göre bilişsel bozukluk durumlarının dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet	Bilişsel bozukluk				χ^2	p
		Sayı	Var %	Sayı	Yok %		
60 - 69	Kadın	0	0	1	10.0	0.218	0.833
	Erkek	2	100.0	9	90.0		
70 - 79	Kadın	5	35.7	2	9.5	3.601	0.072
	Erkek	9	64.3	19	90.5		
80 yaş ve üzeri	Erkek	5	50.0	1	33.3	0.258	0.563
	Kadın	5	50.0	2	66.7		
Toplam		26	43.3	34	56.7	5.870	0.015

Tablo 6. Yaşlıların eğitim süresine göre bilişsel bozukluk durumu

Eğitim süresi	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Sayı	Var %	Sayı	Yok %	Sayı	%
< 5 yıl	24	55.8	19	44.2	43	71.7
≥ 5 yıl	2	11.8	15	88.2	17	28.3
Toplam	26	43.3	34	56.7	60	100.0

$$\chi^2=9.627, p=0.002$$

rın çoğunun erkeklerden oluştuğu belirtilmektedir.¹⁰⁻¹³ Bu durumun nedenleri arasında, erkeklerin huzurevini çeşitli nedenlerden dolayı daha çok yeğlemeleri veya erkekler arasında boşanmış/dul/bekar oranının daha yüksek olması ve bu kişiler için huzurevinin bakım alabilecekleri en uygun ortam olması sayılabilir.¹³

Çalışmamızda bilişsel bozukluk 80 yaş ve üzerindeki grupta daha çok ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş arttıkça bilişsel bozukluk görülme sıklığı da artmaktadır. Güngen ve ark., yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 80 yaş ve üzerindeki grupta SMMT ortalama puanının daha düşük olduğunu saptamışlardır.⁷ Maral ve ark. 60-74 yaş grubundakilerin %27.2'sinde, 75 yaş ve üzerindeki grubun %56.0'ında bilişsel bozukluk saptamıştır.¹⁴ Bir başka çalışmada 60-74 yaş grubundakilerin %28.5'inde, 75-94 yaş grubunun %71.7'sinde bilişsel bozukluk saptanmıştır.¹⁵ Bu alanda yapılan birçok çalışma da bulgularımızı destekler niteliktedir.¹⁶⁻²¹

Bilişsel işlev bozukluğu görülme sıklığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Bilişsel işlev bozukluğunun kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır ($p<0.05$). Hem yaş, hem de cinsiyetle bilişsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulunduğundan asıl etkileyen değişkeni belirlemek için yapılan üçlü çapraz tabloda bilişsel işlev bozukluğun görülme sıklığını yaşı etkilediği belirlendi. Çalışmamızda cinsiyetin etkili olmasının nedeni kadınların daha ileri yaşta olmasıdır. Kurtoğlu ve Rezaki kadınların %40.7'sinde, erkeklerin %28.1'inde bilişsel bozukluk saptamıştır.²² Çalışmaların çoğu demans sıklığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermekle birlikte, bu konuda ortak görüş sağlanamamıştır. Ancak eldeki kanıtlar ağırlıklı olarak demans sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermek-

tedir. Bu artışa hangi etkenin neden olduğu henüz tam olarak bilinmemektedir. Ağırlıklı görüş, kadınlarda beklenen yaşam süresinin daha uzun olmasıdır.¹⁶ Benzer çalışmalarda da yaşlılarda bilişsel bozukluk görülme sıklığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{10,15-17,20,23-25}

Katılanlardan eğitim süresi 5 yılın altında olanlarda bilişsel bozukluk görülme sıklığının diğer eğitim düzeyindekilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gülseren ve ark. eğitim düzeyi ile birçok bilişsel işlev arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu saptamışlardır.²⁶ Huzurevinde yapılan benzer çalışmalarda da eğitim düzeyi ile bilişsel bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış, eğitim düzeyi düşük olanlarda bilişsel bozukluğun görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^{5,3,22} Bir çalışmada SMMT ortalama puanı eğitim süresi 9 yıl ve daha uzun olanlarda 29, 5-8 yıl arasında olanlarda 26, 0-4 yıl arasında olanlarda 22 olarak bulunmuştur.²⁵ SMMT kullanan farklı çalışmalarda da eğitim düzeyi ile SMMT puanının düşük olması arasında ilişki olduğu saptanmıştır.²⁸⁻³⁰ İleri yaşlarda düşük eğitim düzeyinin demans yaygınlığını artırdığı bilinmektedir. Bunun nedeni, eğitim ve öğrenmenin neokortikal sinaptik dansiteyi artırması olarak belirtilmektedir.¹⁶

Günlük yaşam etkinliği

Literatürde demans ilerledikçe hastaların yıkanma, giyinme ve yemek yemeyi içeren günlük yaşamın en temel işlerini bile gerçekleştirmede yardıma gereksinme duydukları, er geç inkontinans geliştiği, çoğunun 24 saat bakım gereksinime duyar duruma geldiği belirtilmektedir.³¹

Çalışmamızda bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda inkontinans görülme durumu, telefon kullana-

Tablo 7. Yaşlıların bilişsel bozukluk durumuna göre günlük yaşam etkinliklerini yapabilme durumları

Günlük yaşam etkinlikleri	Bilişsel bozukluk				Toplam		χ^2	p
	Var Sayı	%	Yok Sayı	%	Sayı	%		
Yeme içme								
Korunmuş	23	88.5	32	94.1	55	91.7	0.617	0.432
Bozulmuş	3	11.5	2	5.9	5	8.3		
Giyinme								
Korunmuş	22	84.6	29	85.3	51	85.0	0.0005	0.942
Bozulmuş	4	15.4	5	14.7	9	15.0		
Tarama, traş olma								
Korunmuş	17	65.4	28	82.4	45	75.0	2.262	0.133
Bozulmuş	9	34.6	6	17.6	15	25.0		
Yürüme								
Korunmuş	14	53.8	21	61.8	35	58.3	0.380	0.538
Bozulmuş	12	46.2	13	38.2	25	41.7		
Yatma kalkma								
Korunmuş	23	88.5	30	88.2	53	88.3	0.001	0.978
Bozulmuş	3	11.5	4	11.8	7	11.7		
Tuvalet gereksinmesini giderme								
Korunmuş	23	88.5	32	94.1	55	91.7	0.617	0.432
Bozulmuş	3	11.5	2	5.9	5	8.3		
Banyo yapabilme								
Korunmuş	17	65.4	26	60.5	43	71.7	0.892	0.345
Bozulmuş	9	34.6	8	23.5	17	28.3		
İnkontinans								
Yok	16	61.5	26	60.5	43	71.7	4.43	0.035
Hf.da en az 1 kez	10	38.5	8	39.5	17	28.3		
Telefon kullanabilme								
Korunmuş	4	12.1	29	85.3	33	55.0	29.09	0.000
Bozulmuş	22	84.6	5	14.7	27	45.0		
Yolculuk yapabilme								
Korunmuş	17	65.4	28	82.4	45	75.0	2.262	0.133
Bozulmuş	9	34.6	6	17.6	15	25.0		
Yiyecek ve giysi alışverişi								
Korunmuş	13	50.0	28	82.4	41	68.3	7.127	0.008
Bozulmuş	13	50.0	6	17.6	19	31.7		
Yemek hazırlama								
Korunmuş	3	11.5	19	55.9	22	36.7	12.476	0.000
Bozulmuş	23	88.5	15	44.1	38	63.3		
Ev işlerini yapabilme								
Korunmuş	2	7.7	16	47.1	18	30.0	10.573	0.001
Bozulmuş	24	92.3	18	52.9	42	70.0		
İlaçlarını tanıyabilme								
Korunmuş	4	15.4	19	55.9	23	38.3	10.222	0.001
Bozulmuş	22	84.6	15	44.1	37	61.7		
Parayı çekip çevirebilme								
Korunmuş	5	19.2	23	67.6	28	46.7	13.876	0.000
Bozulmuş	21	80.8	11	32.4	32	53.3		
Toplam	26	43.3	3	56.7	60	100.0		

bilme, yemek hazırlama, ev işleri yapabilme, yiyecek ve giysi alışverişi yapabilme, ilaçlarını tanıma ve kullanma, parayı çekip çevirebilme etkinliğini yapabilme durumlarının bilişsel bozukluğu olmayanlara göre daha çok bozulduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bunama yalnız bellek bozukluğu ile belirli değildir. Bir süre sonra yargı bozukluğu da tabloya eklenir. Alışverişlerde ve para hesabının denetlenmesinde hastanın eşi veya bir yakınının yardımına gereksinme duyabilir.³²

Bir çalışmada demans şiddetinin artmasıyla bağımsızlık oranının azaldığı, bağımlılığın enstrümantal günlük yaşam etkinliklerinde fiziksel yaşam etkinliklerine göre daha çok olduğu saptanmıştır.³³ Bir başka çalışmada ise demans şiddetiyle telefon kullanma, ilaçlarını alabilme, ulaşım araçlarını kullanabilme ve parayı idare edebilme arasında ilişki bulunmuştur.³⁴ Çalışmamızda yeme içme, giyinme soyunma, tarama traş olma, yürüme, yatıp kalkma, tuvalet gereksinmesini giderme, banyo yapabilme, araba veya otobüsle yolculuk yapabilme gibi etkinlikleri yerine getirebilme durumları bakımından bilişsel bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanma-

mıştır ($p>0.05$). Bunun nedeni, bu tür etkinliklerin daha çok ağır bilişsel bozukluk tablosu geliştikçe bozulması; bizim çalışmamızda ise ağır bilişsel bozukluk tablosu gösteren yaşlı bireyin bulunmaması olabilir.

Ergün ve ark., huzurevinde bulunan ve polikliniğe gelen yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam etkinliklerini etkilediğini saptamışlardır. Bu çalışmada SMMT ortalaması düşük bulunan huzurevindeki yaşlıların alışveriş ve giyinme açısından daha bağımlı olduklarını, poliklinik grubunun ise ulaşım ve telefon kullanma açısından daha bağımlı oldukları saptanmıştır.¹³ Bir başka çalışmada ise SMMT puanı düştükçe işlevsel bağımlılığın arttığı belirlenmiştir.²³ Sonuç olarak yaşlılarda cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi etkenlerin bilişsel bozukluk görülmesini etkilediği, bilişsel bozukluk görülen yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmenin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Alınabilecek önlemlerle bu sürecin daha iyi geçirilmesi sağlanabilir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır; bu tür çalışmaların daha büyük toplum örneklerinde yapılarak yaşlı bireylerin sorunlarının belirlenmesi ve müdahale edilmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Toprak İ, Soydal T, Bal E, İnan F, Aksakal N, Altınyollar H ve ark. Yaşlı Sağlığı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, Pelin Ofset, 2002.
2. Ekici B, Özdemir S. Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 6:27-34.
3. Yardımcı E, Tümerdem Y, Yardımcı O. Huzurevi yaşlılarında mediko-sosyal bir araştırma (1). IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı (12-16 Eylül 1994), s.651-654.
4. Clark GD, Cummings LJ. Demans tanısı ve tedavisi: Bir güncelleştirme. L Sevinçok (çev.), Demans Dergisi 2003; 1:21-29.
5. Kurtoğlu Tezel R. Seyranbağları Huzurevi'ndeki Yaşlıların Medikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bu Kişilerde Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi Sıklığı Araştırması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD, Ankara, 1998.
6. İçelli İ. Demans ve komorbid durumlar. Psikiyatri Dünyası 2001; 5:454.
7. Güngen C. Standardize Mini Mental Testin Türk Yaşlı Popülasyonunda Demansiyel Sendromların Tanınmasında Eğitim Düzeylerine Göre Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul, 1999.
8. Abay E, Çaliyurt O, Tuğlu C. Klinik Psikiyatri El Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999, s.27-43.
9. Kulaksızoğlu I. Alzheimer'li hasta yakınlarında yaşanan sorunlar. Aktüel Tıp Dergisi 2004; 2:38-40.
10. Birtane M, Tuna H, Ekuuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Geriatri 2000; 3:141-145.
11. Fadiloğlu Ç, Esen A, Karadakovan A, Akyol A, Şentürk N. Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık durumlarının incelenmesi. Sağlıklı Yaşlanma 1. Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara, 1992 s.139-148.
12. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Huzurevi'nde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve Katz İndeksinde göre günlük yaşam etkinlikleri. Geriatri 2002; 5:144-149.

13. Ergün GÖ, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R, Burgut R, Saatçi E ve ark. Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Geriatry* 2003; 6:89-94.
14. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candan-sayar S, Bumin M. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde kalan yaşlılarda karşılaştırılmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:251-259.
15. Yoldaşcan E, Yurdakul RS. Adana Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların bilişsel durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. <http://www.lokman.cu.edu.tr>
16. Ekici İ. Elazığ İli Abdullah Paşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Nüfusta Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD, Elazığ, 2002.
17. Özcanakaya R, Mumcu N. Huzurevi yaşlılarında depresif, psikotik ve bilişsel değişiklikler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1996; 33:115-120.
18. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Association between cognitive status and activities of daily living, life quality and some demographic variables in elderly older than 65 years old. *International Public Health Congress "Health 21 in Action"*, Abstracts, 8-12 October 2000, s.151.
19. Morgan K, Lilley JM, Arie T, Byrne EJ, Jones R, Waite J. Incidence of dementia in a representative British sample. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 467-470.
20. Alessandro RD, Gallassi R, Benassi G, Morreale A, Lugaresi E. Dementia in subjects over 65 years of age in the Republic of San Marino. *Br J Psychiatry* 1988; 153:182-186.
21. Straus EV, Vitanem M, Winblad B, Fratiglioni L. Aging and the occurrence of dementia. *Arch Neurol* 1999; 56:587-592.
22. Kurtoğlu Tezel D, Rezaki M. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10:173-179.
23. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Kutsal GY, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. *Geriatry* 2000; 3:6-10.
24. Park J, Ko HJ, Park YN, Yung CH. Dementia among the elderly in a Rural Korean community. *Br J Psychiatry* 1994; 164:796-801.
25. Haller J, Weggeman RM, Guigoz Y. Mental health: Mini Mental State Examination and Geriatric Depression Score of Elderly Europeans in the Seneca Study 1993. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50:112-116.
26. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol AL, Bay H, Kültür S, Memiş A ve ark. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Geriatry* 2000; 3:133-140.
27. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population based norms for the Mini Mental State Examination by age and educational level. *JAMA* 1993; 269:2386-2391.
28. Brayne C, Calloway P. The association of education and socioeconomic status with Mini Mental State Examination and the clinical diagnosis of dementia in elderly people. *Age Ageing* 1990; 19:9196.
29. Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ, Petersen RC, Kymen E, Kurland LT et al. The Mini Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance. *Mayo Clin Proc* 1996; 7:829-837.
30. Liu H, Teng EL, Lin K, HSU T, Guo N, Chou P et al. Performance on a Dementia Screening Test in relation to demographic variables. *Arch Neurol* 1994; 51:910-915.
31. Cayton H, Graham N, Warner J. Sorularla ve Cevaplarla Alzheimer. Tosun A (çev.) Ankara, Kapital Medya, 2000.
32. Bayraktar E. Deliryum, demans, amnestik bozukluklar. C Güleç, E Köroğlu (eds), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
33. Ostbye T, Tyas S, McDowell I, Koval J. Reported activities of daily living agreement between elderly subjects with and without dementia and their caregivers. *Age Ageing* 1996; 26:99-106.
34. Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauve C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a Screening Tool for Cognitive Impairment and dementia in elderly community Dwellers. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:1129-1134.