

---

# Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları

Yrd. Doç. Dr. Serpil BULUT\*, Dr. İsmail EKİCİ\*, Yrd. Doç. Dr. Aytaç POLAT\*\*,  
Yrd. Doç. Dr. M. Said BERİLGİN\*, Dr. Murat GÖNEN\*,  
Dr. Ersel DAĞ\*, Dr. Caner F. DEMİR\*

Demans, erişkin merkezi sinir sisteminde (MSS), zihinsel işlevlerin nöral alt yapılarının primer veya sekonder olarak hasarlanması sonucu, birden fazla kognitif alanın bozulması, bununla ilintili olarak günlük yaşam aktivitelerinin eskisi düzeyinde sürdürülememesine neden olan, doğal seyri bakımından kalıcı, sıklıkla ilerleyici bir tablodur (Gürvit 2001). Demans, normal yaşlanmanın doğurduğu sosyo-ekonomik problemleri daha da ağırlaştırmaktadır.

Dünya nüfusuna paralel olarak Türkiye'de de yaşlı nüfus artmaktadır. Ülkemizde demans prevalansını belirlemeye yönelik yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı Elazığ ilinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda demans prevalansı çalışmasının ilk örnek grubunu oluşturmak, demans alt tiplerini belirlemek, tedavi edilebilen demansların erken tanınmasını sağlamak, yaş, cins, eğitim düzeyi ve coğrafi bölge farklılığının demans ve alt tiplerinin sıklığı üzerine etkilerini araştırmak, hasta ve yakınlarına, yaşamlarını kolaylaştıracak kapsamlı bilgi ve eğitim vermektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı tarafından Şubat 2002 - Ağustos 2002 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma grubunu, Elazığ ili Abdullahpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 269 kişi oluşturdu. Çalışmanın etik onayı Fırat Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alındı.

Verilerin toplanması iki aşamada yapıldı. Birinci aşamada; sağlık ocağı kayıtlarından tespit edilen 65 yaş ve üzeri kişilerin her biri evlerinde ziyaret edildi. Kişilere önce çalışmanın amaçları ve yöntemleri açıklandı. Görüşme anketi Nöroloji Anabilim Dalı araştırma görevlileri tarafından gerçekleştirildi. Deneklerin kimlik bilgileri, eğitim durumları sorgulandı, kognitif testlerin uygulanıp uygulanamayacağını anlamak için işitme ve görme düzeyleri belirlendi ve standardize Mini Mental Durum Muayenesini (MMDM) içeren bir ev anketi yapıldı. MMDM testi eğitilmiş ve eğitimsizler için hazırlanmış farklı formlar şeklinde deneklerin eğitim durumuna uygun olarak seçildi. Hiç okula gitmemiş veya ilkökul diploması olmayanlar (5 yıldan az eğitim alanlar) eğitimsiz, ilk ve ortaokul öğrenimi dahil diploması olanlar ise (5 yıldan fazla eğitim alanlar) eğitilmiş olarak kabul edildi. MMDM

---

\* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, \*\* Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ELAZIĞ

**Tablo 1. Çalışma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı**

Yaş Grubu	Erkek	Kadın	Toplam	%
65-74	86	79	165	67,1
75-84	38	26	64	26,0
85 ve +	11	6	17	6,9
<b>Toplam</b>	<b>135</b>	<b>111</b>	<b>246</b>	<b>100</b>

testi sonucunda eğitimsizler için 20, eğitilmişler için 24 puanın altında olanlar çalışmanın ikinci aşaması için Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi Nöroloji kliniğine çağrıldı. Burada nöroloji uzmanı gözetiminde hasta ve yakınlarından ayrıntılı anamnez alındı, fizik ve nörolojik muayeneleri yapıldı. Rutin biyokimya, vitamin B<sub>12</sub>, tiroid hormonları, sifiliz testleri, HIV testleri uygulandı. BT veya kranial MRI çekildi. Bir psikiyatri uzmanı gözetiminde Hamilton Depresyon Ölçeği uygulanarak depresyon, DSM-IV tanı kriterlerine göre de aktif psikopatoloji ekarte edildi. Demans alt tiplerinin belirlenmesinde Alzheimer ve Vasküler demans için DSM-IV tanı kriterleri kullanıldı. Daha sonra tüm olgular Global Yıkım Ölçeğine (GYÖ) göre fonksiyonel bozulmayı belirlemek amacıyla değerlendirildi (Reisberg ve ark. 1982). Buna göre; normal (GYÖ 1), unutkanlık dışında demans lehine bir bulgu göstermeyen (GYÖ 2), hafif-başlangıç halinde demansiyel semptom ve bulguları olan (GYÖ 3), orta derecede demansiyel semptom ve bulguları olan (GYÖ 4) ve ileri derecede demansiyel semptom ve bulguları olan (GYÖ 5) denek grupları oluşturuldu.

İstatistiksel değerlendirme SPSS 10.0 for windows '95/98 programında yapıldı. Demans ve alt gruplarının 10 yıllık yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı hesaplandı. Demans veya herhangi bir alt grubu ile elde edilen veriler yaş ve cinsiyete göre eğitim seviyeleri ile karşılaştırıldı. Verilerin değerlendirilmesinde kaba döküm ve yüzde oranları ile Kruskal-Wallis ve Mann Whitney-U testleri kullanıldı.

## BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan 65 yaş ve üzerindeki 269 kişinin 246'sına (%91.45) ulaşıldı. Üç kez ev ziyaretine rağmen 12 erkek ve 11 kadın olmak

üzere toplam 23 (%8.15) kişiye ulaşılmadı. Sosyodemografik açıdan çalışma grubunun yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ev anketi uygulanan 246 kişiden (135 E, 111 K), MMDM puanları düşük olan 24 olgu nöroloji kliniğine davet edildi. Burada yapılan değerlendirme sonunda bu olguların 18'inin (10 K, 8 E) demans tanı kriterlerini karşıladığı sonucuna varıldı. Bunların 16'sı (%88.8) eğitimsiz, 2'si (%11.2) eğitimliydi.

Çalışma grubunun yaş ortalaması 72.34±6.60 yıl, demanslı grubun yaş ortalaması 78.39±8.80 yıl ve demansı olmayan grubun yaş ortalaması 71.86±6.17 yıl olarak bulundu. Demanslı grubun yaş ortalaması daha yüksekti (Tablo 3). Ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (P>0.05). Cinsiyet ve eğitim durumuna göre de demansı olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (P=0.472). Çalışma grubunun GYÖ'ye göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çalışılan bölgede demans prevalansı %7.3 olarak tespit edildi. Cinsiyete göre prevalans ise erkeklerde %5.9, kadınlarda ise %9.0 idi.

Alzheimer hastalığı demansın en sık görülen alt grubunu oluşturdu. VaD ikinci sıklıkta görülürken, diğerleri (Parkinson demansı ve frontotemporal demans) daha az sıklıkta görüldü (Grafik 1, 2).

## TARTIŞMA

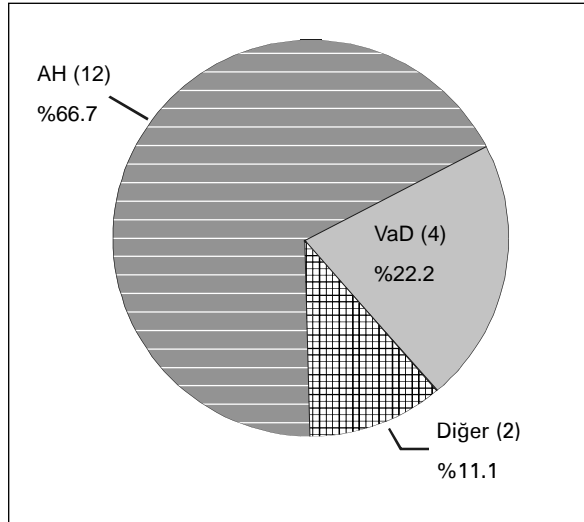
Demans genellikle ileri yaşta görülen, mental fonksiyonlarda ve sosyal ilişkilerde ilerleyici bozulma ile seyreden nöropsikiyatrik bir sendromdur. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun giderek artması, demansı toplumsal bir problem haline getirmiştir. Gelişmiş ülkelerde

**Tablo 2. Çalışma grubunun GYÖ'ye göre dağılımı**

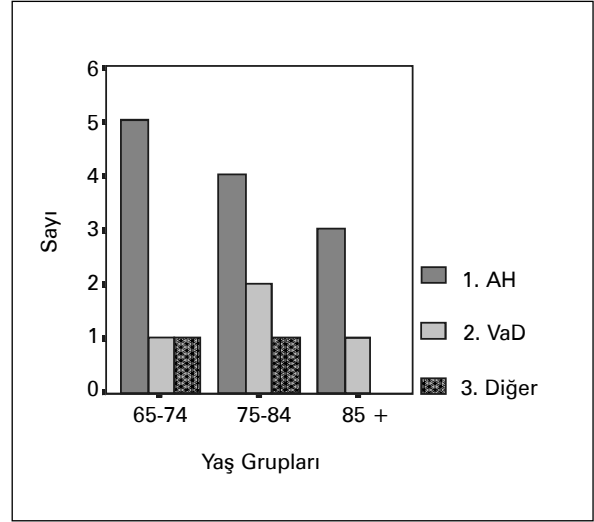
Normal	(GYÖ 1)	164 (%66.7)
Selim Unutkanlık	(GYÖ 2)	64 (%26.0)
Hafif Demans	(GYÖ 3)	9 (%3.7)
Orta Demans	(GYÖ 4)	6 (%2.4)
Orta-İleri demans	(GYÖ 5)	3 (%1.2)

**Tablo 3. Demans grubunun cinsiyet ve yaş ortalamalarına göre dağılımı**

Cinsiyet	Demans	Yaş ort.	SD
Kadın	10 (%55.6)	76.80	8.81
Erkek	8 (%44.4)	80.37	8.94
<b>Toplam</b>	<b>18 (%7.3)</b>	<b>78.38</b>	<b>8.79</b>



**Grafik 1.** Demans subtiplerinin oranları.



**Grafik 2.** Demans subtiplerinin yaşa göre dağılımı.

demans ile ilgili araştırmalar ve klinik çalışmalar hızla artarken, malesef ülkemizde bu konu ile ilgili çalışma yok denecek kadar azdır. Özellikle tamamlanmış toplum tabanlı demans prevalans çalışmasına rastlanmamıştır. Ülkemizde dikkat çeken diğer bir nokta ise, özellikle geri kalmış yörelerimizde demansiyel yakınmalar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran hasta oranlarının gelişmiş bölgeler ve batı toplumunun gerisinde kalmasıdır. Toplumumuzun sosyo-kültürel durumu ve ataerkil aile yapısı nedeni ile mental fonksiyonlardaki azalma normal yaşlanmanın sonucu kabul edilip aile

bünyesi içinde tutulabilmektedir. Ancak hastalığın ilerlemesi ile halüsinasyon veya hezeyan gibi psikotik belirtilerin ortaya çıkması, hafıza bozukluğunun artması ve ajitasyon görülmesi aileyi bir sağlık kuruluşuna başvurmak ve çare aramak durumunda bırakmaktadır.

Bindokuzyüzlerin başlarına kadar oldukça genç sayılabilecek olan dünya nüfusu bu tarihten itibaren hızla yaşlanma eğilimine girmiştir (Reisberg 1988). ABD'de 1960 yılından günümüze kadar 65 yaş ve üzeri nüfus %89 artarken, genel

nüfusta artış yalnızca %39 oranında olmuştur (Kaplan ve ark. 1998). Avrupa ülkelerinde de buna paralel bir artış gözlenmektedir (Gelder ve ark. 1996, Ott ve ark. 1995). Ülkemizde de Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 1995 yılında yaptığı istatistiklere göre 63 milyon olan nüfusun ortalama %4.7'sini 65 ve üstü yaş grubu oluşturmaktadır (Göka ve Aydemir 2000).

Bu çalışmada Abdullahpaşa sağlık ocağı bölgesinde 65 yaş ve üzerinde demans prevalansı %7.3 olarak tespit edildi. Literatürde genellikle yaşlı popülasyonda kadınların oranının erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmektedir (Liu ve ark. 1998). Ancak bizim çalışma grubumuzda erkeklerin oranının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir.

Sluss ve arkadaşları, affekt ve kognitif fonksiyonu normal olan yaşlı bireylerin %80'inin, değişik süre ve şiddette unutkanlık şikayetinin olduğu bir periyod bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu selim vakaların %5-15'inde zamanla kognitif bozulmanın artabileceği ifade edilmiştir. Bu kişilerde normal yaşlı ile Alzheimer hastalığı arasında olabilen anatomopatolojik değişiklikler tespit edilmiştir (Sluss ve ark. 1980). Biz de çalışma grubumuzda GYÖ'ne göre 64 kişide (%26) selim unutkanlık tespit ettik.

AH dahil bütün demans tipleri için en önemli risk faktörü yaştır (Kawas ve Katzman 2001). Birçok çalışmada yaşın artmasıyla demans sıklığının arttığı gösterilmiştir (Chandra ve ark. 1998, Farrag ve ark. 1998, Hofmann ve ark. 1991, Jorm ve ark. 1987). 65 yaş üzeri demans prevalansı %2.2-8.4 iken, bu oran 75 yaş ve üzerinde %10.5-%16 ve 85 yaş ve üzerinde %15.2-%38.9 olarak bildirilmektedir (Lobo ve ark. 2000, Rockwood ve Standnyk 1994). Ancak yine de yaşın artmasıyla demans sıklığındaki artışın normal yaşlanmanın bir özelliği olup olmadığı tartışılmaktadır (Lobo ve ark. 2000, Kawas ve Katzman 2001). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak yaşla birlikte demans prevalansının arttığı gözlenmiş olup yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p < 0.005$ ).

Demans tiplerinin sıklığı yaşa göre farklılık göstermektedir (Graves ve ark. 1996, Skoog ve ark. 1993, Hebert ve Brayne 1995). AH'nin VaD'den

daha sık olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Fratiglioni ve ark. 2000, Ott ve ark. 1995, Rocca ve ark. 1986, Evans ve ark. 1989, Pfeffer ve ark. 1987, Manubens ve ark. 1995). Biz de çalışmamızda AH'ye, VaD'den daha sık olarak rastladık (%66.7). Ancak çalışma grubundaki hasta sayısı bu konuda kesin yorum yapmak için yeterli değildir.

Yapılan çalışmaların çoğunda, kadınların erkeklere göre %30 daha yüksek demans riskine sahip olduğu, kadınlar AH için daha yüksek risk altındayken, VaD açısından ise erkeklerin daha yüksek risk altında bulunduğu bildirilmiştir. (Fratiglioni ve ark. 2000, Kawas ve Katzman 2001, Lobo ve ark. 2000, Manubens ve ark. 1995, Heyman ve ark. 1991). Framingham insidans çalışmasında ise, cinsiyetler arasında insidans farkı saptanmamış ve bu gözlem araştırmacıların prevalans ile ilgili bulgularını, demans geliştikten sonra iki cinsiyetin farklı sağ kalımlarına bağlamalarına neden olmuştur (Bachman ve ark. 1993). Bizim çalışmamızda da cinsiyet spesifik prevalansın kadınlarda erkeklerden fazla olduğu dikkat çekmektedir. Ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).

Yüksek demans prevalansı ile düşük eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. (Filley ve ark. 1985, Stern ve ark. 1987, Ott ve ark. 1995, Kawas ve Katzman 2001, Zhang ve ark. 1990). AH için düşük eğitim seviyeleri artmış rölatif riskle bağlantılı bulunmuştur (Kawas ve Katzman 2001). Genel olarak bizim olgularımızın eğitim seviyesi ve sosyokültürel düzeyleri çok düşüktü. Çalışma grubunun %85'i eğitimsizdi. Kadınlarda bu oran %95 idi. 18 demanslı hastadan sadece 2 tanesi 5 yıl eğitim almıştı. Ancak sağlıklı grupla demans grubu arasında eğitim düzeyi ve demans prevalansı arasında herhangi bir korelasyon tespit edilememiştir.

Saha çalışmasında baraj puan olarak; eğitimsizlerde MMDM 19/20, eğitilmişlerde MMDM 23/24 puanlarını kabul ettik (Zhang ve ark. 1990). Ancak kültürel açıdan oldukça düşük bir bölgede yapılan çalışma için demans tanısı koymada MMDM'nin eğitimsizler için hazırlanmış formunun bile yetersiz kaldığını gördük. Çünkü yaşlıların birçoğu haftanın günlerini, ayların isimlerini, içinde bulunduğumuz

yılı hiç öğrenmemişlerdi veya bu bilgileri önemsememekteydiler. Bundan dolayı GYÖ'ye göre de değerlendirilerek demans tanısı doğrulanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen en önemli sonuç, saha taraması ile tespit ettiğimiz 18 demanslı hastanın hiçbirinin demansiyel yakınmaları nedeniyle herhangi bir sağlık kuruluşuna müracaat etmemeleridir. Olguların sadece biri (VaD'li)

geçirdiği bir strok atağı döneminde hastanemizde takip edilmiştir. Bu durum demansiyel yakınmaların hasta ve yakınları tarafından normal yaşlanmanın bir sonucu olduğu şeklinde kabul edildiğini göstermektedir. Bu da özellikle bizim bölgemiz gibi sosyo-ekonomik olarak geri kalmış bölgelerde, toplumun bilinçlendirilmesi için daha fazla çaba gösterilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

### KAYNAKLAR

- Bachman DL, Wolf PA, Linn R (1993) Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham Study. *Neurology*, 43:515-519.
- Chandra V, Ganguli M, Pandav R ve ark. (1998) Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India. *Neurology*, 51:1000-1008.
- Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS ve ark. (1989) Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons: higher than previously reported. *JAMA*, 262:2551-2556.
- Farrag A, Farwiz HM, Khedr EH ve ark. (1998) Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders: Assiut-Upper Egypt study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 9:323-328.
- Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K ve ark. (2000) Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54 (Suppl 5):10-15.
- Filley CM, Brownell HH, Albert ML (1985) Education provides no protection against Alzheimer's disease. *Neurology*, 35:1781-1784.
- Gelder M, Gath D, Mayou R ve ark. (1996) Oxford Textbook of Psychiatry. Third Edition. Oxford University Press, s.510-512.
- Göka E, Aydemir Ç (2000) Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım. *Demans Dizisi*, 2:5-26.
- Graves AB, Larson EB, Edland SD ve ark. (1996) Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King County, Washington state. The Kame Project. *Am J Epidemiol*, 144:760-771.
- Gürvit H (2001) Demans sendromu. *Demans Sendromlarının Ayrıcı Tanısı*. İstanbul, Yelken Basım, s.1-4.
- Hebert R, Brayne C (1995) Epidemiology of vascular dementia. *Neuroepidemiology*, 14:240-257.
- Heyman A, Fillenbeum G, Prosnitz B ve ark. (1991) Estimated prevalence of dementia among elderly black and white community residents. *Arch Neurol*, 48:594-598.
- Hofmann A, Rocca WA, Amaducci L (1991) A collaborative study of the prevalence of dementia in Europe: the EURODEM findings. *Diagnostic and Therapeutic Assessments in Alzheimer's Disease*, SR Levy (Ed), Wrighton Biomedical Publishing, s.100-116.
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AS (1987) The prevalence of dementia, a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 76:465-479.
- Kaplan Hİ, Sadock BJ (1998) Synopsis of Psychiatry - Behavioral Science and Clinical Psychiatry, 8. Baskı, New York, Mass Publishing, s.14.
- Kawas CH, Katzman R (2001) Alzheimer hastalığının epidemiyolojisi. *Alzheimer Hastalığı*, RD Terry, R Katzman (Ed), (Çev. İH Gürvit), Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, s.95-116.
- Liu CK, Lai CL, Tai CT ve ark. (1998) Incidence of subtypes in southern Taiwan: impact of sociodemographic factors. *Neurology*, 50:1572-1579.
- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L ve ark. (2000) Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54 (Suppl 5):4-9.
- Manubens JM, Martinez-Lage JM, Lacruz F ve ark. (1995) Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pomplano, Spain. *Neuroepidemiology*, 14:155-164.
- Ott A, Breteler MMB, Harskamp FV ve ark. (1995) Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ*, 310:970-973.
- Pfeffer RI, Afifi AA, Chance JM (1987) Prevalence of Alzheimer's disease in a retirement community. *Am J Epidemiol*, 125:420-436.
- Reisberg B (1988) An overview of current concepts of Alzheimer's disease, senile dementia and age-associated cognitive decline. *Alzheimer's Disease*, B Reuberg (Ed), New York, Free Press, s.3-15.
- Rocca WA, Amaducci LA, Schoenberg BS (1986) Epidemiology of clinically diagnosed Alzheimer's Disease. *Ann Neurol*, 19:415-424.
- Rockwood K, Stadnyk K (1994) The prevalence of dementia in the elderly: A review. *Can J Psychiatry*, 39:253-257.
- Skoog I, Nilsson L, Palmertz B ve ark. (1993) A population-based study of the dementia in 85 years-olds. *N Engl J Med*, 328:153-158.
- Sluss TK, Robina P, Gruenberg EM (1980) Memory complaints in community residing men abstracted. *Gerontologist*, 20:115-201.

Stern Y, Mayeux R, Sano M ve ark. (1987) Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology*, 37:1649-1653.

Zhang M, Katzman R, Salmon D ve ark. (1990) The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai: impact of age, gender, and education. *Ann Neurol*, 27:428-437.

## VII. Bahar Sempozyumları

30 Nisan - 4 Mayıs 2003  
Mirage Park Otel, Kemer - Antalya

**Kogre Sekreterliđi:**

Doç. Dr. Külteđin ÖGEL  
Yeşim Sokak No: 20 Akatlar - İSTANBUL  
Faks: 0212 351 26 59  
e-mail: ogelk@superonline.com

**Organizasyon:**

Flaptour, Cinnah Cad. No: 42  
Çankaya - ANKARA  
Tel: 0312 442 07 00, Faks: 0312 440 77 99  
e-mail: aysin@flaptour.com.tr  
www.flaptour.com.tr

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ