

Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etkenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar

Tarkan AMUK,¹ Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU,² Attila OĞUZHANOĞLU,³ Gülfizar SÖZERİ VARMA,⁴ Filiz KARADAĞ⁵

ÖZET

Amaç: Huzurevinde yaşayanlarda demans yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin belirlenmesi ve demansa eşlik eden psikiyatrik tanılarının saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Denizli Huzurevi'nde yaşayan 141 birey çalışma grubunu oluşturmuştur. Demans ve psikiyatrik tanılar DSM-IV ölçütlerine göre konmuştur. Bireylere Standardize Mini Mental Test, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği, Global Yıkım Ölçeği, Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Örneklem %66'sı erkek olan 141 kişinin yaş ortalaması 74.99±9.81 yıl, eğitim süresi ortalaması 1.79±3.03 yıl, huzurevinde kalış süresi ortalaması 43.68±44.94 ay olarak bulunmuştur. Yüzde 62.4 oranında saptanan demans tanıları, Alzheimer Hastalığı (%67, s=59), vasküler demans (%25, s=22) ve diğerleri (%8, s=7) olarak dağılmıştır. Demansı olan yaşlıların olmayanlara göre yaş ortalaması yüksek, eğitim süresi ortalaması düşük, kronik hastalık ve sürekli kullanılan ilaç sayısı daha fazla bulunmuştur (p<0.05). Lojistik regresyon analizinde, 76 yaşından büyük olmak, kırsal alanda yaşamak, eğitimsiz olmak ve diyabet hastası olmak demans ile ilişkili görülmüştür (p<0.05). Demanslı yaşlıların %61.4'üne (s=54) en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği ve depresif bozukluğun en yaygın konulan tanı olduğu (%45.6) belirlenmiştir. **Sonuç:** Bu çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda demans tanısı ve demansa eşlik eden psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda olduğu saptanmıştır. (Anadolu Psikiyatri Derg 2009; 10:301-30)

Anahtar sözcükler: Huzurevi, demans, psikiyatrik tanı, yaygınlık, risk etkenleri

Prevalence of dementia, related risk factors and psychiatric comorbidity in nursing home residents

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the prevalence of dementia and related factors and comorbid psychiatric disorder among elderly in nursing home. **Methods:** This study was done in 141 elderly people who live in Denizli nursing home. Dementia and psychiatric disorder were diagnosed according to DSM-IV diagnostic criteria. Mini Mental State Examination, Hamilton Anxiety Rating Scale, Cornell Scale for Depression in Dementia, Global Deterioration Scale, Multidimensional observation scale for elderly subjects were used for elderly in this study. **Results:** Our study includes elderly people who are men (66%) and women, the mean age of group was 74.99±9.81 years, the mean education years was 1.79±3.03 years, mean duration in nursing home was 42.68 months. Prevalence of DSM-IV dementia was 62.4% (n=88). Out of patients with dementia 59 (67%) were Alzheimer Disorder, 22 (25%) were vascular dementia and 7 (%8) were the other type of dementia. Age, number

¹ Uzm.Dr., Uşak Devlet Hastanesi, Uşak

² Prof.Dr., ⁴ Uzm.Dr., ⁵ Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

³ Prof.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Denizli

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Prof.Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fak. Doktorlar Cad. Denizli

E-mail: noguzhan@pau.edu.tr

of chronic physical disorder and the number of the drugs used were higher in dementia group than in non-dementia group. Level of education was lower in elderly with dementia than elderly without dementia. Older age than 76 years, residing in rural areas, low education level, having to Diabetes Mellitus are determined to be the risk factors for depressive disorders according to logistic regression analysis. At least one psychiatric disorder was associated with 45.6% of dementia patients and depressive disorder was found to be the most diagnosed entity. **Conclusion:** The prevalence of dementia and comorbid depression is common among elderly people in nursing homes. (Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10:301-309)

Key words: nursing home, dementia, prevalence, psychiatric diagnosis, related risk factors

GİRİŞ

Demans, bilinçte değişiklik olmaksızın birçok bilişsel alanda kayıp ve davranış sorunlarıyla birlikte günlük yaşam etkinliklerinin bozulmasına yol açan nöropsikiyatrik bir sendrom olarak tanımlanabilir. Etkilenen bilişsel işlevler, bellek, öğrenme, dil, problem çözme becerileri, hesaplama, okuma, yazma, yönelim, algılama, dikkat, soyutlama ve yargılamadır. Bilişsel aksaklıklar mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmaya neden olacak derecede ağırdır ve toplumsal işlevsellikte daha önceki düzeyden düşme görülür. Demans, ilerleyici veya durağan, kalıcı veya geri dönüşlü olabilir.¹

Yaşam süresi uzadıkça demans gibi yaşlılığa bağlı hastalıkların toplumda görülme oranları artmaktadır. Yaşlıların yaşam alanları da günümüzde değişen aile yapısı ve yaşam tarzıyla birlikte değişmekte ve giderek sığınılan büyük ailelerin yerini devletçe sunulan sosyal hizmet kurumları almaktadır. Çalışmalarda böyle yaşam alanlarındaki demans yaygınlığının genel topluma göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir.²⁻⁴

Eğitim düzeyinin ya da yaşam boyu edinilen kazanç miktarının düşük olmasının demans gelişme riskini artıran önemli etkenlerden olduğu bildirilmiştir.⁵⁻⁷ Hipertansiyon, inme, koroner kalp hastalığı, diyabetes mellitus (DM) varlığı, düşük dansiteli lipoproteinlerin yüksekliği ve sedanter yaşam alışkanlıkları gibi birçok etken demans riskini artırmaktadır.^{8,9} Bunların yanı sıra sigara ve alkol içmenin, serebral dejeneratif değişikliklerin, bilişsel yetersizlik ve demansı hızlandıran risk etkenlerinden olduğu ileri sürülmektedir.^{10,11} Yineleyen mikrotravmalar ve geçirilmiş kafa travması beyinde nörofibriler yumak ve amiloid birikimi yoluyla Alzheimer Hastalığına neden olabilmektedir.^{12,13}

Demans tablosunda depresyon ve anksiyete belirtileri, algı bozuklukları, sanrı, apati, agresif davranış, uyku sorunları ve kişilik değişimleri gözlemlenebilir.^{14,15} Huzurevindeki yaşlılarda psikiyatrik ve davranışsal belirtilerin sıklıkla demansa eşlik ettiği bildirilmiştir.¹⁶⁻¹⁸

Bu çalışmada, Denizli Huzurevi'nde yaşayan yaşlılardaki demans yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin belirlenmesi ve demansa eşlik eden psikiyatrik bozuklukların saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kurumda yaşayan kişileri tarama çalışması, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ve Huzurevi Müdürlüğünden alınan yazılı izinle 2003 yılı Ocak ayında başlatılmış ve Haziran ayında tamamlanmıştır. Kişilerin sağlık-sosyal dosyaları incelenerek her yaşlı için bir sosyodemografik veri formu doldurulmuş, ardından nöroloji uzmanı, psikiyatri uzmanı ve kurum doktoru ile birlikte ayrıntılı fizik ve nörolojik muayeneleri yapılmıştır. Laboratuvar incelemeleri, rutin biyokimya, hormon düzeyleri ve hematoloji değerlendirmeleriyle sınırlandırılmış, görüntüleme tetkikleri ekonomik nedenlerle veri tabanına alınamayacak kadar düşük düzeyde yapılabilmektedir. Psikiyatrik görüşme yaklaşık 45'er dakikalık iki oturumda tamamlanmıştır. Dışlanma ölçütleri olarak iletişimi bozacak düzeyde ağır tıbbi hastalık ve bilişsel bozukluk, zeka geriliği ve duyu kaybının (sağırılık, körlük gibi) varlığı kabul edilmiştir. Denizli Huzurevi'nde yaşayan 168 yaşlı değerlendirilmiş, beş zeka geriliği, bir ağır tıbbi hastalık, iletişim kurulamayan 11 ağır demans ve ileri düzeyde iştihâ sorunu olan 10 yaşlı çalışmaya alınmamış, 141 kişiyle araştırma tamamlanmıştır.

Demans ve eşlik eden psikiyatrik tanımlar DSM-IV'e göre (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. baskı) SCID-I (Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) kullanılarak konmuştur. Yaşlıların bilişsel durumu Standardize Mini Mental Test (SMMT), anksiyete düzeyi Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), bilişsel yıkım düzeyi Global Yıkım Ölçeği (GYÖ) ile değerlendirilmiştir. Demans tanısı konan 88 kişiye Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ) uygulanmıştır. Kurum sakinlerinin işlevselliği, kurumda çalışan bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı

tarafından doldurulan Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği (YBİÇBGÖ) ile belirlenmiştir:

SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme): SCID-I yapılandırılmış klinik görüşme olup DSM-IV'e göre I. eksen psikiyatrik bozukluk tanısını araştırır. Türkçeye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁹

Eğitilmiş ve Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT/SMMT-E): Bilişsel bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.²⁰ Yönelim, kayıt, dikkat-hesaplama, çağırma (anımsama), dil testleri ve yapılandırma bölümlerinden oluşan test, toplam 30 puan olup her sorusu bir puan değerindedir; kesme puanı 23'tür. Çalışmada kullanılan SMMT ve SMMT-E, Ertan ve arkadaşları²¹ tarafından düzenlenmiştir.

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A): Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.²² Yarı yapılandırılmış ve uygulayıcı tarafından yapılan sorgulamayla, hastanın durumuna en uygun madde seçilerek 0-4 arasında (0-yok, 4-çok şiddetli) değerlendirilen 14 maddeden oluşur. Puan aralığı 0-56 arasındadır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları²³ tarafından yapılmıştır.

Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ): Alexopoulos ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, demans hastalarında depresif belirtileri saptamaya yarar.²⁴ CDDÖ, duygudurumla ilişkili bulgular, davranış değişiklikleri, fiziksel bulgular, sıklık işlevler ve ideasyonel değişiklikler olmak üzere beş alt başlıkta toplanan 19 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-2 arasında puanlanır, sekiz ve üzerindeki puan depresyonu düşündürür. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Amuk ve arkadaşları²⁵ tarafından yapılmıştır.

Global Yıkım Ölçeği (GYÖ): Reisberg ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin kullanım amacı demanstaki genel yıkımın evrelendirilmesidir.²⁶ Klinik olarak yedi evreyi içerir. Evre 1: Nesnel ya da öznel bilişsel eksiklik bulgusu yoktur (normal), Evre 2: Bilişsel yetersizlikten öznel yakınmalar vardır (yaşa göre normal), Evre 3: Karmaşık mesleki ve sosyal görevlerde çok az nesnel kayıplar vardır (yeni başlamış, uyumlu demans), Evre 4: Dikkatli bir klinik görüşmede, karşılaşılan güçlükler açıkça görülür (hafif derecede demans), Evre 5: Karşılaşılan güçlükler, hastanın yardım almadan yaşamını sürdürmesini önleyecek kadar fazladır (orta derecede demans), Evre 6: Karşılaşılan güçlük-

ler günlük yaşamın temel etkinliklerinde yardım gerektirecek düzeydedir (orta derecede şiddetli demans), Evre 7: karşılaşılan güçlükler günlük etkinliklerde sürekli yardımı gerekli kılar (ağır derecede demans).

Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği (YBİÇBGÖ): Kurumlarda yaşayan yaşlı hastaların işlevselliğinin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir.²⁷ Ülkemizde ölçeğin güvenilirliği ve yapısal geçerliliği Soygür ve arkadaşları²⁸ yapılmıştır. Ölçek, kendine bakım, yönelim bozukluğu, depresif/anksiyöz duygudurum, irritable davranış, toplumdan uzaklaşma olarak tanımlanan beş alanı değerlendiren toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-4 arasında puanlanır.

İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler için bilgisayarda SPSS for Windows 15.0 istatistik programı kullanılmıştır. Gruplara ait kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal değerlerin karşılaştırılmasında eş olmayan gruplarda t testi kullanılmıştır. Risk etkenlerinin tespitinde lojistik regresyon analizi uygulanmış, regresyon analizi ikili (binary) lojistik regresyon: forward LR (likelihood ratio) yöntemi ile yapılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya alınan 141 yaşlının %66'sı (s=93) erkek, %34'ü (s=48) kadındı. Grubun yaş ortalaması 74.99±9.81 (kadın 78.21±9.39, erkek 77.5±9.37, p=0.072), eğitim süresi ortalaması 1.79±3.03 yıl (kadın 0.47±1.68, erkek 1.38±2.63, p=0.05), huzurevinde kalış süresi ortalaması 43.68±44.94 ay olarak belirlendi. Yaşlıların 42'sinde (%29.8) hipertansiyon, 19'unda (%13.5) DM, 70'inde (%49.6) ekstremitte kusuru (hastalıklara bağlı sekel), 22'sinde (%15.6) kalp veya koroner arter hastalığı, 21'inde (%14.9) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 13'ünde (%9.2) işitme bozukluğu, 42'sinde (%29.8) görme bozukluğu (katarakt, hafif düzeyde görme kusuru) gibi fiziksel hastalıklar vardı. Fiziksel hastalık kadınlarda erkeklerden daha fazlaydı (sırasıyla 1.18±0.39, 1.14±0.35, t=0.55, p=0.04).

Cinsiyete göre ölçek puanları

Ölçek puanları arasında cinsiyete göre farklılık bulunmadı (Tablo 1).

Tablo 1. Demans olgularında cinsiyete göre ölçeklerin ortalama puanları

Ölçekler	Kadın Ort.±SS	Erkek Ort.±SS	t	p
SMMT	13.79±6.42	15.90±6.91	1.46	0.144
HAM A	15.58±7.25	13.82±6.44	1.20	0.241
CDDÖ	10.24±6.07	8.18±6.13	1.56	0.121
GYÖ	4.42±1.76	4.10±1.56	0.91	0.377
YBİÇBGÖ	82.50±21.98	85.08±29.67	0.45	0.641

SMMT: Eğitimliler ve Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test, HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, CDDÖ: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği, GYÖ: Global Yıkım Ölçeği, YBİÇBGÖ: Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği

Tablo 2. Demansı olan ve olmayan yaşlıların sosyodemografik özellikleri

Demans Özellikler	Var (s=88)		Yok (s=53)		Toplam (s=141)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş							0.000
⁰ 75 ve altı	34	38.6	39	73.6	73	51.8	
¹ 76 ve üstü	54	61.4	14	26.4	68	48.2	
Cinsiyet							0.003
⁰ Kadın	38	43.2	10	18.9	48	34.0	
¹ Erkek	50	56.8	43	81.1	93	66.0	
Eğitim							0.000
⁰ İlkokul mezunu değil	73	83.0	27	50.9	100	70.9	
¹ En az ilkokul mezunu	15	17.0	26	49.1	41	29.1	
Yerleşim yeri							0.002
⁰ Kırsal	70	79.5	29	54.7	99	70.2	
¹ Kent	18	20.5	24	45.3	42	29.8	
Çocuk							0.02
⁰ Yok	26	29.5	7	13.2	33	23.4	
¹ Var	62	70.5	46	86.8	108	76.6	
Sosyal güvencesi							0.012
⁰ Yok	54	61.4	21	39.6	75	53.2	
¹ Var	34	38.6	32	60.4	66	46.8	
Aylık gelir							0.065
⁰ Asgari ücret ve altı	69	78.4	34	64.2	103	73.0	
¹ Asgari ücretin üstü	19	21.6	19	35.8	38	27.0	
Alkol içme							0.000
⁰ Yok	69	78.4	21	39.6	90	63.8	
¹ Var	19	21.6	32	60.4	51	36.2	
Sigara içme							0.000
⁰ Yok	51	58.0	11	20.8	62	44.0	
¹ Var	37	42.0	42	79.2	79	56.0	
Hobi							0.002
⁰ Yok	76	86.4	34	64.2	110	78.0	
¹ Var	12	13.6	19	35.8	31	22.0	
Egzersiz							0.000
⁰ Yok	74	84.1	25	47.2	99	70.2	
¹ Var	14	15.9	28	52.8	42	29.8	
Ziyaret							0.268
⁰ Yok	45	51.1	22	41.5	67	47.5	
¹ Var	43	48.9	31	58.5	74	52.5	
Aile desteği							0.449
⁰ Yok	65	73.9	36	67.9	101	71.6	
¹ Var	23	26.1	17	32.1	40	28.4	

^{0,1} : Lojistik regresyon için yeniden kodlama

Tablo 3. Demansı olan ve olmayan yaşlıların sayısal verileri ve ölçek puanları

Demans Sayısal veriler, ölçekler	olan (s=88) Ort.±SS	olmayan (s=53) Ort.±SS	t	p
Yaş	77.81±9.34	70.30±8.79	4.72	0.00
Eğitim yılı	0.99±2.31	3.13±3.59	4.32	0.00
Kronik hastalık sayısı	2.32±1.34	1.38±0.95	4.47	0.005
Kullanılan ilaç sayısı	1.89±1.61	1.15±1.26	2.84	0.005
SMMT	14.99±6.75	26.25±3.03	11.45	0.00
HAM-A	14.58±6.82	9.89±5.38	4.27	0.00
GYÖ	4.24±1.65	1.81±0.81	10.02	0.00
YBİÇBGÖ	83.97±26.51	61.72±12.41	5.74	0.00

SMMT: Eğitimliler ve Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test, HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, GYÖ: Global Yıkım Ölçeği, YBİÇBGÖ: Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği

Tablo 4. Demans tanısına göre psikiyatrik tanılar

Psikiyatrik tanılar	Demans olan		Demans olmayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Depresif bozukluklar	40	45.6	16	30.2
Uyum bozukluğu	12	13.6	3	5.7
Anksiyete bozuk.	1	1.1	6	11.3
Psikotik bozukluk	0	0	4	7.5
Bipolar II bozukluk	1	1.1	0	0
Ek tanı yok	34	38.6	24	45.3
Toplam	88	100	53	100

Demans yaygınlığı ve ilişkili özellikler

Çalışmaya katılanların SMMT puan ortalaması 19.22±7.85 bulundu. Çalışma grubunun %61'inde (s=86) puanlar kesme puanının üstündeydi. Yapılan psikiyatrik, nörolojik muayeneler ve laboratuvar incelemelerinden sonra yaşlıların %62.4'üne (s=88) demans tanısı kondu. Kurumdaki muayeneler sırasında ağır demans olarak kabul edilen, test uygulamalarına ve araştırılan diğer alanlara katılamayacak düzeyde olduğu için dışlanan 11 hasta ile bu kurumdaki tüm yaşlılar arasında demans yaygınlık oranı %70.2 idi. Çalışma grubundaki 88 kişinin %67'sine (s=59) Alzheimer Hastalığı, %25'ine (s=22) vasküler demans, %8'ine (s=7) diğer tip (Parkinson vd. bağlı) demans tanısı kondu. Demans tanısı konan kadınların 24'ü (%63.2) Alzheimer Hastalığı, 10'u (%26.3) vasküler demans, 4'ü (%10.5) diğer; erkeklerin 35'i (%70) Alzheimer Hastalığı, 12'si (%24) vasküler demans, 3'ü (%6) diğer tip demanstı.

Demansın 75 yaşından büyük olanlarda, kadınlarda, ilköğretim almamış olanlarda, sosyal

güvencesi bulunmayanlarda, kırsal alanda yaşamış olanlarda, alkol ve sigara içme öyküsü olanlarda daha fazla olduğu saptandı (Tablo 2). Kırsal alanda yaşamış olanların kentsel yerleşimli olanlara göre yaş ortalamaları daha yüksekti (sırasıyla 76.19±9.64, 72.14±9.70 t=2.269, p=0.026), eğitim düzeyleri arasında farklılık yoktu (sırasıyla 1.48±2.83, 2.52±3.37, t=1.751, p=0.08). Demans için risk etkeni olan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinde; regresyon eşitliğine, Tablo 2'de gösterilen demansı olan ve olmayan hastalarda anlamlı farklılık gösteren tüm değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim, yerleşim yeri, alkol, sigara kullanımı gibi) ve demansla ilişkili olabileceği düşünülen vasküler risk etkenleri ile ilişkili değişkenler (DM, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı) alındı. Analiz sonucunda oluşan regresyon modeli istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($\chi^2=68.95$, p=0.000). Bu regresyon modeline göre, 76 yaşından büyük olma ($\beta=1.174$, p=0.028, R=0.123), kırsal alanda yaşamış olma ($\beta=-1.286$, p=0.012, R=-0.152), ilköğretim almamış olma ($\beta=-1.036$, p=0.05, R=-0.094) ve DM olması ($\beta=1.631$, p=0.05, R=0.096) demans tanısı ile anlamlı ilişki gösterdi.

Demansı olan yaşlıların olmayanlara göre yaş ortalaması yüksek, eğitim yılı ortalaması düşük, kronik hastalık ve sürekli kullanılan ilaç sayısı daha fazla bulundu. Demans grubunun bu tanı konmayanlara göre bilişsel işlevleri ve genel işlevsellik puanları daha düşük, anksiyete puanları daha yüksekti (Tablo 3).

Psikiyatrik tanı dağılımları

Demans tanısı konan ve konmayan yaşlıların psikiyatrik tanıları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Demansı olan yaşlılarda eşlik eden psikiyatrik tanıya göre ölçek puanları

Psikiyatrik tanı Ölçekler	Var (s=53) Ort.±SS	Yok (s=35) Ort.±SS	t	p
Yaş	78.06±8.48	77.43±10.61	0.31	0.770
Eğitim yıl	0.96±2.21	1.03±2.47	0.13	0.897
SMMT	16.30±5.51	13.00±7.95	2.30	0.037
HAM-A	18.00±5.76	9.40±4.71	7.34	0.000
CDDÖ	12.40±5.74	4.03±1.75	8.34	0.000
GYÖ	4.13±1.60	4.40±1.71	10.33	0.000
YİÇBGÖ	82.23±24.45	86.60±29.53	0.76	0.470

SMMT: Eğitimliler ve Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test, HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, CDDÖ: Cornell Demansda Depresyon Ölçeği, GYÖ: Global Yıkım Ölçeği, YİÇBGÖ: Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği

Psikiyatrik eş tanı bulunması açısından demansı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($\chi^2=0.41$, $p=0.598$). Psikiyatrik eş tanısı olan demans hastalarında anksiyete ve depresif belirti puanları ve SMMT düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti. Psikiyatrik tanıları olan ve olmayan demans grupları arasında yaş ve eğitim düzeyleri açısından farklılık saptanmadı (sırasıyla 77.85±8.53, 77.74±10.61, $p=0.957$; 1.06±2.51, 0.90±2.19, $p=0.023$).

Cinsiyete göre demans ve psikiyatrik tanı dağılımları

Demansa eşlik eden psikiyatrik tanıların varlığı kadın ve erkekler arasında farklı bulunmadı ($p=0.055$). İki cinsiyette de demansa en sık eşlik eden psikiyatrik tanı depresif bozukluktu (21 kadın %52.5, 19 erkek %47.5). Sonraki sıraları uyum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu aldı. (Tablo 5)

TARTIŞMA

Çalışma grubumuzun çoğunluğunu erkek, yaş ortalaması yüksek, eğitim düzeyi düşük, kronik fiziksel hastalığı bulunan ve çoklu ilaç kullanımı olan yaşlılar oluşturmıştır. Toplumumuzda ev kadınlığı rolünün gereği olarak kadınlar yaşlılık- larında da ev içinde uyumlu yaşamı sürdürebilmektedir. Erkekler ise, daha çok ev dışında çalışmış olduklarından yaşlılıklarında oğulları ya da kızlarının evinde yaşama uyum sağlamada güçlük çekmektedir. Olasılıkla bunun sonucunda huzurevini daha çok erkekler tercih etmektedir.

Bu çalışmada bulunan demans yaygınlığı (% 62.4) ve demans grubundaki Alzheimer hastalığı oranı (%67) daha önce huzurevlerinde demans

yaygınlığını araştıran çalışmalarda bildirilen sonuçlara (%45-81) benzerdir.^{18,29,30} Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesiyle birlikte yaşama tarzının toplumsal değişiklikler nedeniyle kurumlarda yaşamaya doğru eğilimi bu alanlarda yaşamını sürdüren yaşlıların sorunlarına ilgiyi artırmaktadır. Daha önce Gaziantep Huzurevi'nde yapılan çalışmada bilişsel bozukluk oranı %43.3, Ankara huzurevlerinde %50.8 olarak belirlenmiştir.^{5,31} Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi kullanılarak yapılan diğer bir huzurevi çalışmasında %36 oranında bilişsel bozukluk saptanmıştır.³² Bu çalışma grubunun öncekiler göre daha yaşlı ve daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerden oluşması olasılıkla bilişsel sorun oranlarının daha yüksek olmasına yol açmıştır. Gürvit ve arkadaşları, İtalya çalışmasına³³ benzer olarak Türk toplumunda demans yaygınlığını %20, Alzheimer demansı %11 olarak bildirmiştir.³⁴ Çin'de 65 yaş üstü toplum taramasında Alzheimer %3.5, vasküler demans %1.1 oranında bulunmuştur.³⁵ Genel topluma göre kurumlarda daha fazla demans bulunması bu ortamın demansla ilişkilendirilen etkenlere daha açık bir ortam olduğunu, ya da demans başlamış olan yaşlıların bakımındaki güçlükler nedeniyle aileleri tarafından kuruma bırakıldığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada düşük eğitim düzeyi ve yaşın demansla ilişkili olduğu görülmüştür. Sonuçlar ilerleyen yaşla beraber demans sıklığının arttığını ve düşük eğitim düzeyinin demans açısından risk oluşturduğunu bildiren çalışmalara benzemektedir.^{30,31,36,37} Eğitim yetersizliği, bellek kaybının hızlı ve erken yaşlarda gelişmesine yol açabilmektedir. Erken yaşlarda alınan eğitimin, neokortikal sinaptik dansiteyi etkileyerek bilişsel kapasiteyi arttırdığı ve demans açısından koru-

yuculuk sağladığı bilinmektedir.³⁸⁻⁴¹ Bu çalışmada demans tanılı yaşlıların eğitim yılı yaklaşık bir, olmayanların ise üç yıldır ve ilkokul çağlarında almış oldukları eğitime karşılık geliyordu. O yaşlarda alınan çok kısa bir eğitim süresi bile olasılıkla daha sonraki entelektüel girdiler için bir basamak oluşturmaya katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızda kırsal alanda yaşayanlarda demans riskinin yüksek olması önceki çalışmalara benzer bir sonuçtur. Hall ve arkadaşları⁴² bu sonucu kırsal alanda yaşayanların, şehirdekilere göre eğitim düzeyi düşüklüğüne ve entelektüel uyaranlardan daha az yararlanabilmesine ayrıca tarımsal-çevresel toksik etkenlerle daha fazla karşılaşma olasılığına bağlamışlardır. Diğer bir çalışma da 19 yaşına kadar kırsal alanlarda yaşayanlarda demans riskinin yüksek olduğunu, ancak bu durumun eğitim ile ilişkili olmadığını ileri sürmüştür.⁴³ Çalışmamızda kırsal ve kentsel yerleşimli bireyler arasında eğitim yılı açısından fark bulunmamış, ancak kırsal kesimden gelenlerin yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Fiziksel hastalığın bulunması ve çoklu ilaç kullanımının demans riskini artırdığını bildiren çalışmalarda olduğu gibi, çalışmamızda demansı olan bireylerde fiziksel hastalık ve ilaç kullanım oranlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁴⁴⁻⁴⁶ Bu çalışmada DM demansla ilişkili bulunmuştur. DM'nin demansla (Alzheimer hastalığı ve vasküler demans) bağlantısı çoklu düzeneklere dayanarak açıklanmaya çalışılmaktadır. DM varlığında metabolik ve vasküler risk etkenlerinin (dislipidemi, hipertansiyon gibi) birlikte olmasının, hiperglisemi nedeniyle glikoz metabolitlerinin beyindeki potansiyel toksik etkilerinin, insülinin sinaptik plastisite, öğrenme, bellek üzerine doğrudan etkilerinin ve insülinin beta amiloid ve tau protein metabolizmasında oynadığı rolün demans gelişiminde etkili olabileceği ileri sürülmektedir.⁴⁷ Postmortem çalışmada derin serebral yapılar mikrovasküler infarktlar ve amiloid plaklarının DM ve demansı olan hastalarda daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁴⁸

Demansın seyri sırasında sıklıkla ruhsal ve davranışsal sorunlar ortaya çıkmakta, ancak genellikle psikiyatrik bir tanı ölçütünü karşılamamaktadır. Sık görülen psikiyatrik belirtiler depresyon, sanrılar, algı bozuklukları, apati ve anksiyete belirtileri; davranışsal belirtiler agresyon, amaçsız gezinme, uyku bozuklukları ve kişilik değişimleri olarak bildirilmektedir. Sosyal, mesleki ve entelektüel birikimleri önceye göre

daha gerileyen demans hastalarına eşlik eden psikiyatrik hastalık oranı bu grupta %61.4 olarak bulunmuş, depresif bozukluk da (%45.6) en sık konulan psikiyatrik tanı olmuştur. Depresyon nörodejeneratif değişikliklerin yanı sıra, bilişsel işlevselliği daha iyi olan grup için sosyal ve fiziksel aktivite sınırlılığı ve yeti yitimine tepkinin sonucu da olabilir. Çalışmamızda demans grubunda diğerlerine göre anksiyete belirtileri daha fazla, işlevsellik düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Psikiyatrik bozuklukların özellikle depresyonun tedavisi, hastanın bilişsel kapasitesinde düzelme sağlayacağı için önemlidir.⁴⁹⁻⁵¹

Demansı olan yaşlılarda olmayanlara göre bilişsel ve genel işlevsellik düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Demans grubundaki psikiyatrik tanı ve ruhsal belirtilerin fazlalığı günlük yaşamın sürdürülmesinde sorunlara yol açmış gibi görünmektedir. Çuhadaroğlu ve arkadaşlarının⁵ çalışmasında demansı olan ve olmayan gruplar arasında işlevsellik açısından farklılık saptanmamış ve bu durum grupta ağır demans olgusunun olmamasına bağlanmıştır. Diğer çalışmalarda ise demans ve depresyon bulunmasının ağır ve orta düzeyde yeti yitimine yol açtığı, günlük fiziksel aktivite oranlarının bilişsel işlevlerle yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir.^{32,52}

Bu araştırma için ekonomik desteğin olmaması nedeniyle tanıyı destekleyebilecek görüntüleme yöntemlerinin kullanılmayışı çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca huzurevi dışında kendi evleri ya da aileleri yanında yaşayan yaşlılarla karşılaştırmanın yapılmamış olması sonuçlarımızın tüm yaşlılara genellenmesini engellemektedir. Aile ve sosyal çevresinden uzak kalarak kurumda yaşama zorunluluğunun, kurum yaşantısına yönelik (destekleyici ya da tersine kısıtlayıcı) algılarının, ruhsal sorunlarla ilişkisinin araştırılmamış olması bu çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Sonuç olarak, bu çalışma huzurevinde yaşayan bireylerde demans sıklığının ve eşlik eden psikiyatrik tanı oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Demans tanısı yaşı ileri, eğitim düzeyi düşük olanlarda, kırsal alanda yaşamış olanlarda ve kronik fiziksel bir hastalığa sahip olanlarda daha fazla görülmektedir. Huzurevlerinde yaşayan ve risk etkenlerini taşıyan bireyler demans açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Yaşlılara bakım veren personelin ve sağlık elemanlarının belirtileri tanıma ve sağaltma konusunda eğitilmesi, huzurevlerinde yaşayanların daha sağlıklı yaşlanmasına katkı sağlayacaktır.

Teşekkür: Huzurevi Müdürlüğü ve katkıları olan tüm kurum personeline teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Robillard A. Clinical diagnosis of dementia. *Alzheimers Dement* 2007; 4:292-298.
2. Fries BE, Mehr DR, Schneider D, Foley WJ, Burke R. Mental Dysfunction and resource use in nursing homes. *Med Care* 1993; 31: 898-920.
3. Chen TF, Chiu MJ, Tang LY, Chiu YH, Chang SF, Su CL, et al. Institution type-dependent high prevalence of dementia in long-term care units. *Neuroepidemiology* 2007; 28:142-149.
4. Martens PJ, Fransoo R, Burland E, Burchill C, Prior HJ, Ekuma O. Need to Know Team. Prevalence of mental illness and its impact on the use of home care and nursing homes: a population-based study of older adults in Manitoba. *Can J Psychiatry* 2007; 52:581-590.
5. Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006; 7:232-239.
6. Plassman BL, Langa KM, Fihser GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB, et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology* 2007; 29:125-132.
7. Gatz M, Mortimer JA, Fratiglioni L, Johansson B, Berg S, Andel R, et al. Accounting for the relationship between low education and dementia: a twin study. *Physiol Behav* 2007; 92:232-237.
8. Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Christianson TJ, Pankratz VS, Boeve BF, et al. Association of duration and severity of diabetes mellitus with mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2008; 65:1066-1073.
9. Fillit H, Nash DT, Rundek T, Zuckerman A. Cardiovascular risk factors and dementia. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008; 6:100-118.
10. Merchant C, Tang MX, Albert S, Manly J, Stern Y, Mayeux R. The influence of smoking on the risk of Alzheimer's disease. *Neurology* 1999; 52:1408-1412.
11. Meyer JS, Rauch GM, Rauch RA, Haque A, Crawford K. Cardiovascular and other risk factors for Alzheimer's disease and vascular dementia. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 903:411-423.
12. Rasmussen DX, Brandt J, Martin DB, Folstein MF. Head injury as a risk factor in Alzheimer's disease. *Brain Inj* 1995; 9:213-219.
13. Salib E, Hillier V. Head injury and the risk of Alzheimer's disease: a case control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12:363-368.
14. Jeste DV, Wragg RE, Salmon DP, Harris MJ, Thal LJ. Alzheimer's disease with and without delusions. *Am J Psychiatry* 1992; 149:184-189.
15. Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Bravi D, Calvani M, Carta A. Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1438-1443.
16. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:632-638.
17. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:916-921.
18. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:843-849.
19. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı EA, Koroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
20. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
21. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:273-281.
22. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
23. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:111-117.
24. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23:271-284.
25. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu N, Oğuzhanoğlu A. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türk yaşlı toplumunda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:263-272.
26. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982; 139:1136-1139.
27. Helmes E. Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24:733-745.

28. Soygür H. Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psiko-lojik değerlendirme. *Demans Dizisi* 2000; 2:32-40.
29. Magaziner J, German P, Zimmerman SI, Hebel JR, Burton L, Gruber-Baldini AL, et al. The prevalence of dementia in a statewide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. *Epidemiology of dementia in nursing homes research group. Gerontolojist* 2000; 40:663-672.
30. Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lionis C. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Fam Pract* 2001; 18:87-91.
31. İlhan MN, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır N, Bumin MA. Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2006; 9:177-178.
32. Kurtoğlu D, Rezaki SM. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10:173-179.
33. De Ronchi D, Bucchi E, Pederzini M, Scaini S, Petio C, Ferrari G, et al. The prevalence of dementia in a population-based study carried out in Granarolo, Ravenna. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002; 11:258-265.
34. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008; 23:67-76.
35. Zhang ZX, Zahner GE, Román GC, Liu J, Hong Z, QU QM, et al. Dementia subtypes in China: prevalence in Beijing, Xian, Shanghai, and Chengdu. *Arch Neurol* 2005; 62:447-453.
36. Richards SS, Hendrie HC. Diagnosis, management and treatment of Alzheimer disease: a guide for the internist. *Arch Intern Med* 1999; 159:789-798.
37. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Maggi S, Grigoletto F, Scarlato G, et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian longitudinal study on aging. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:775-782.
38. Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM, Adèr HJ, Schmand B. Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition. *Am J Psychiatry* 1999; 156:531-537.
39. den Heijer T, Geerlings MI, Hoebeek FE, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Use of hippocampal and amygdalar volumes on magnetic resonance imaging to predict dementia in cognitively intact elderly people. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:57-62.
40. Colucci M, Cammarata S, Assini A, Croce R, Clerici F, Novello C, et al. The number of pregnancies is a risk factor for Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2006; 13:1374-1377.
41. McDowell I, Xi G, Lindsay J, Tierney M. Mapping the connections between education and dementia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2007; 29:127-141.
42. Hall KS, Gao S, Unverzagt FW, Hendrie HC. Low education and childhood rural residence: risk for Alzheimer's disease in African Americans. *Neurology* 2000; 4:95-99.
43. Ogunniyi A, Hall KS, Gureje O, Baiyewu O, Gao S, Unverzagt FW, et al. Risk factors for incident Alzheimer's disease in African Americans and Yoruba. *Metab Brain Dis* 2006; 21:235-240.
44. Desmond DW, Moroney JT, Paik MC, Sano M, Mohr JP, Aboumatar S, et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000; 54:1124-1131.
45. van den Berg E, Kessels RP, Kappelle LJ, de Haan EH, Biessels GJ; Utrecht Diabetic Encephalopathy Study Group. Type 2 diabetes, cognitive function and dementia: vascular and metabolic determinants. *Drugs Today (Barc)* 2006; 42:741-754.
46. Luchsinger JA, Reitz C, Patel B, Tang MX, Manly JJ, Mayeux R. Relation of diabetes to mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2007; 64:570-575.
47. Biessels GJ, Kappelle LJ, Utrecht Diabetic Encephalopathy Study Group. Increased risk of Alzheimer's disease in type II diabetes: insulin resistance of the brain or insulin-induced amyloid pathology? *Biochem Soc Trans* 2005; 33:1041-1044.
48. Sonnen JA, Larson EB, Brickell K, Crane PK, Woltjer R, Montine TJ, et al. Different patterns of cerebral injury in dementia with or without diabetes. *Arch Neurol* 2009; 66:315-322.
49. Kulaksızoğlu IB. Demanslı hastalarda görülen psikiyatrik ve davranışsal sorunlar. *NöroPsikiyatri Arşivi* 1999; 36:103-109.
50. Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, Spoor E, Marin DB, Farlow MR, et al. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2003; 160:857-866.
51. Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2086-2093.
52. Buchman AS, Wilson RS, Bennett DA. Total daily activity is associated with cognition in older persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16:697-701.