

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

165276

**CORNELL DEMANSTA DEPRESYON
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRK DEMANS
HASTALARINDA
GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. OKAN TAYCAN



İSTANBUL, 2005

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince destek ve yardımlarını esirgemeyen merhum eski Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ertaç İlkay'a ve Prof. Dr. Müfit Uğur'a

Bu tezi hazırlamamda bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum tez danışmanım Prof. Dr. Engin Eker'e-

İstatistiksel değerlendirme başta olmak üzere tezimin her aşamasında bana destek olan Doç. Dr. Turan Ertan'a

Çalışma kapsamında Nöroloji Ana Bilim Dalı Demans Polikliniğı'ne başvuran hastaların dahil edilmesindeki katkılarından dolayı Doç. Dr. Gökhan Erkol'a

Tezimin hazırlanışı sırasında göstermiş olduğu yardımlarından dolayı Psikolog Funda Akcan, Hemşire Resmîye Yaşar ve Sevda Özel'e

Ve aileme...

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER:

GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlılığın tanımı Sayfa 1

Dünya’da ve Türkiye’de
Yaşlı Nüfusun Epidemiyolojik Özellikleri Sayfa 1

Yaşlıda Depresyon Tanımı ve
Epidemiyolojik Özellikleri Sayfa 4

Demans Tanımı ve Epidemiyolojik Özellikleri Sayfa 7

Demans Hastalarında Depresyon Sıklığı ve Önemi Sayfa 8

MATERYAL ve METOD

Araştırma alanı Sayfa 12

Denek Grupları Sayfa 12

Araçlar Sayfa 12

Uygulama Sayfa 13

BULGULAR Sayfa 15

TARTIŞMA Sayfa 25

SONUÇ Sayfa 28

ÖZET Sayfa 28

SUMMARY Sayfa 29

REFERANSLAR Sayfa 30

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA Sayfa 39

CORNELL DEMANSTA DEPRESYON ÖLÇEĞİ Sayfa 41

GİRİŞ VE AMAC:

Yaşlılığın Tanımı:

Yaşlılık ve yaşlanma demografik, biyolojik, ruhsal ve felsefi açıdan farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Demografik açıdan yaşlılık 60 yaş ve sonrasında kapsayan zaman dilimi olarak kabul edilirken, biyolojik açıdan yaşam süreci içinde normal bir fenomen olup, kişilerin fiziksel ve ruhsal güçlerini bir daha geri gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetmeleri sonucunda ortaya çıkan davranışsal ve kişisel değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (1).

Yaşlılığa felsefi bir bakış açısı getiren “Varoluşçu” akımın önemli düşünürlerinden Simone de Beauvoir, 52 yaşında kaleme aldığı “La Force de l’age” (Yaşlılık, 1960) (2) adlı eserinde, insanın gençliğinde adeta hiç ölmeyecekmişcesine hayata bağlanıp coşkuyla yaratıp ürettiğini, yaşlılıkta ise gençliğinde görmezden geldiği ölüm bilgisinin kişisel gündeminin ortasına kurulup, bir nevi sona yaklaşma duygusu nedeniyle yaşam enerjisini ve coşkusunu kaybettiğini söyler. De Beauvoir’a göre yaşlılık neredeyse başlı başına bir depresyon nedenidir ve yazar düşüncelerini şöyle özetlemektedir: “Hayatın karşıtı ölümden çok yaşlılık olmalıdır. Yaşlılık hayatın alaylı bir benzeridir. Ölüm hayatı bir alınyazısı haline dönüştürür, bir bakıma hayata bir boyut kazandırarak, kurtarır onu.” (3)

Erik Erikson ise yaşlılığı hayatın daha önceki evrelerinde kazanılmış benlik özelliklerinin iyice olgunlaşıp birbiri ile bütünleştirildiği bir süreç olarak değerlendirmiştir. Erikson’a göre ruhsal açıdan sağlıklı bir yaşlılık, tüm bir yaşamın acı tatlı olduğu gibi kabul edilerek, geçmişin günahları ve sevaplarıyla kendisine ait olduğunun benimsenmesi, geleceğin ise korku ve endişe ile karşılanmaması ve böylelikle benliğin kendi içinde bir düzen ve anlam oluşturması ile gerçekleşir. Eğer benlik bütünlüğü sağlanamamışsa, geçmişin iyi yaşanmadığı duygusu, yeni baştan yaşama özlemi ve kaçınılmaz olarak ölüm korkusu hasıl olur (4).

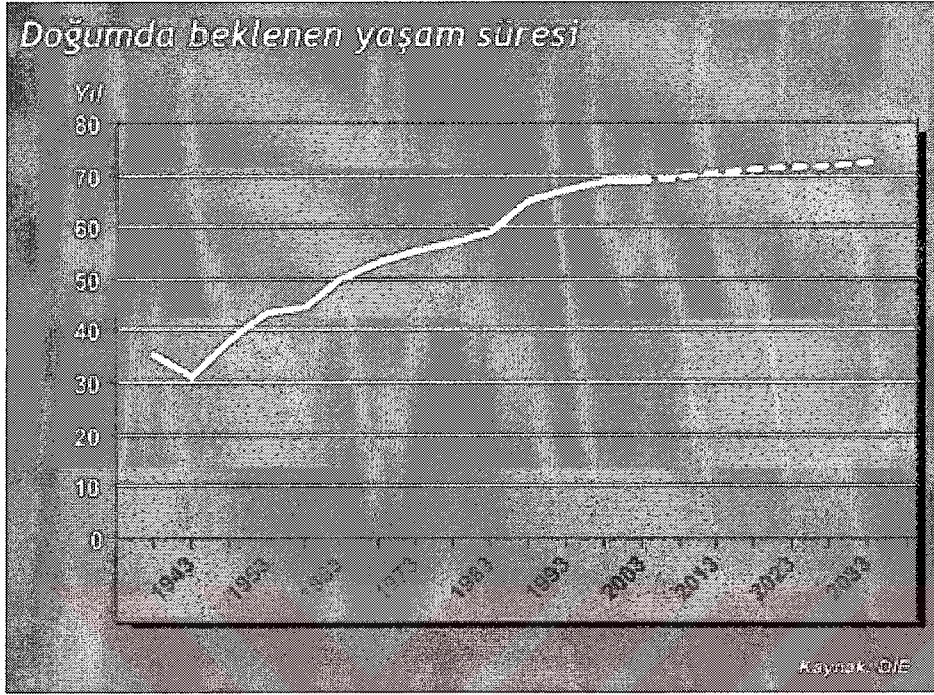
Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Epidemiyolojik Özellikleri:

Yaşadığımız çağda yaşlı nüfusu insan ömrünün uzaması ile birlikte hızlı bir şekilde artmaktadır. Geride bıraktığımız yüzyılda, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere,

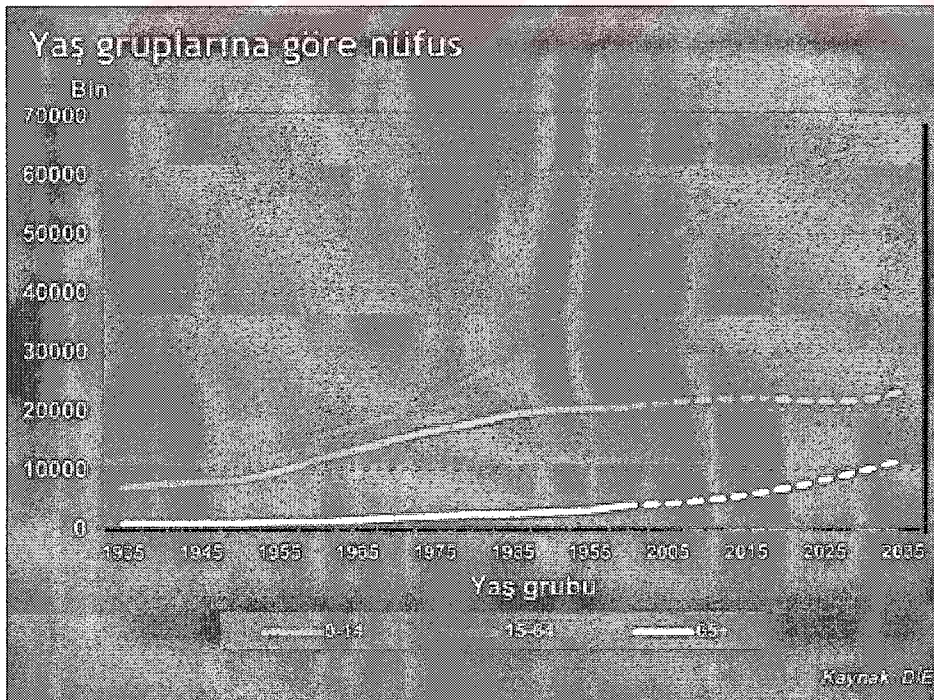
tüm dünyada genel yaşam standartlarının yükselmesi ve tıp alanındaki baş döndürücü gelişmelere paralel olarak, tüm yaş gruplarında mortalite hızı Dünya Sağlık örgütüne göre insan ırkı için zafer sayılabilecek bir şekilde düşmüş ve sonuçta ortalama insan ömrü uzamıştır. 1955 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 48 yıl iken, 1975’de 59’a, 1995’de 65’e yükselmiştir. 2020 yılı için tahmin edilen süre ise her iki cinste ortalama 68.1 yıldır (5, 6). Ülkemizde 2000 yılında 68 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin, 2020 yılında 73.9 olacağı tahmin edilmektedir (6) (Grafik 1). Bu hızlı yükselişin doğal sonucu olarak genel nüfus içerisinde yaşlıların oranı giderek artmaktadır. 1950’de dünya nüfusunun %5.1’ini 65 yaş ve üzeri oluşturmakta iken, bu oran 2000 yılında %6.9’a çıkmıştır ve 2010 yılında ise %7.3’e yükseleceği beklenmektedir (6, 7). Bir başka ifadeyle 2000 yılında 580 milyon olan 60 yaş ve üzerindeki insan sayısının 2020 yılında bir milyara ulaşacağı ve bunun da 700 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir. Bu da Dünya Sağlık Örgütünün raporlarına göre önümüzdeki 25 yılda 65 yaş ve üzeri nüfusun %85 artacağı öngörüsüne tekabül etmektedir. Türkiye’deki demografik gelişmeler dünya ile paralel bir seyir izlemektedir. 65 yaş ve üzeri nüfus 1985’de %4.2, 2003’de %8.01 olarak saptanmıştır (6, 8). 2020 yılı hedefi %7.7 iken bugün itibariyle bu oranın çok daha üzerine çıkmış olunması, rakamların yükselmesi ile birlikte yaşlılarla ilgili sorunların da aynı oranda artacağına sinyalini vermektedir. (Grafik 2)

Yaşlı nüfustaki bu artışla birlikte başta demans olmak üzere organik beyin hastalıklarının ve depresyonun görülme sıklığında son yıllarda büyük artışlar kaydedilmiştir (9, 10).

Grafik 1: Türkiye 'de doğumda beklenen yaşam yılı



Grafik 2: Türkiye 'de yaş gruplarına göre nüfus değişimi



Yaşlıda Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojik Özellikleri:

“Depresyon” terimi bazen bir semptomu, bazen bir sendromu, bazen de bir hastalığı tanımlamak amacıyla farklı içerik ve amaçlarla kullanılmaktadır. Ancak fizyolojik, duygusal ve bilişsel belirti kümelerine sahip geniş kapsamlı bir sendrom olduğu üzerinde bir fikir birliğine varıldığı söylenebilir (11). Amerikan Psikiyatri Birliğinin “Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması Elkitabı’na (DSM-IV-TR) göre depresyon tanımlaması şu kriterleri içermektedir; 1) depresif duygudurum; 2) belirgin derecede azalmış ilgi kaybı yada zevk alamama; 3) iştah yada vücut ağırlığı ile ilgili değişiklikler; 4) uykusuzluk yada aşırı uyku; 5) psikomotor retardasyon yada ajitasyon; 6) yorgunluk yada enerji kaybı; 7) değersizlik yada aşırı veya uygun olmayan suçluluk duyguları; 8) düşünme yetisinde azalma yada karasızlık; 9) ölüm veya intihar düşünceleri, girişimi yada planı. DSM-IV-TR’ye göre major depresif bozukluk tanısı koyabilmek için iki haftadan az olmamak kaydıyla bu dokuz maddeden en az beşinin pozitif olması ve birinci yada ikinci maddelerden en az birinin bulunması gerekmektedir. Ayrıca mevcut tablonun bir maddeye yada genel tıbbi bir duruma bağlı olmaması ve yas reaksiyonu ile daha iyi açıklanamaması şart koşulmuştur (12).

Yaşlılıkta ortaya çıkan depresyon da temelde hayatın diğer dönemlerinde görülen depresyon ile benzer özellikler taşır ve normal yaşlanmadan ayırt edilemeyeceği görüşü gerçeği yansıtmamaktadır (11).

İleri yaşlarda görülen depresyon fiziksel ve sosyal fonksiyon kaybına yol açan ve yaşlıda mortaliteyi artıran önemli bir sağlık sorunudur (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). Dünya Sağlık Örgütüne göre 2020 yılında depresyon, yaşamı olumsuz etkileyip fonksiyon kaybına yol açan hastalıklar sıralamasında birinci sıraya oturacaktır.

Toplum bazlı epidemiyolojik çalışmalarda genel popülasyonda depresyon prevalansı ABD’de % 17 (20), İsviçre’de %16 (21), Almanya’da %8.96 (22), Lesotho’da %21.3 (23) olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde depresif belirti prevalansı %20, klinik depresyon prevalansı ise %10 civarındadır (24). Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında yapılan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında 12 aylık prevalans %4 olarak tespit edilmiştir.(25). Doğan O. ve ark.’nın yaptıkları bir çalışmada ise depresyon yaygınlığı %18.78 olarak bulunmuştur (26).

Yaşlı nüfusta yapılan çalışmalarda ise farklı depresyon yaygınlık değerleri bildirilmiştir. Beekman AT ve ark.'nın dünya çapında yapılmış 34 epidemiyolojik araştırmayı kapsayan meta-analiz çalışmasında genel yaşlı toplumda depresif sendrom prevalansını ortalama %13.5 olarak saptamışlardır (27). Chen R ve ark.'nın Çin'de yaptıkları bir başka meta-analiz çalışmasında depresyon prevalansını %3.86, depresif duygudurum prevalansını %14.81 olarak belirtmişlerdir. Ayrıca kırsal alanda depresyon riskinin kentsel alana göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar hem depresyon prevalansının batıya göre düşük oluşunu hem de kırsal alanda riskin artış göstermesini kültürel özelliklere bağlamışlardır (28). Copeland ve ark.'nın 1999'da Avrupa'da 14 farklı merkezde GMS-AGECAT (Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy) kullanarak yaptıkları çalışmada merkezler arasında %8.8 ile %23.6 arasında değişen oranlar bildirmişlerdir (29). Yine Copeland ve ark.'nın 1987'de AGECAT kullanarak Londra ve New York'ta depresyon sıklığını karşılaştırdıkları çalışmada sırasıyla %19.4 ve %16.2 oranlarına ulaşmışlardır (30). Aynı çalışma kırsal alanda tekrarlandığında %7.2, Liverpool'da ise %11.3 sonuçlarını vermiştir (31). Öte yandan Gallo JJ ve ark.'nın 50 yaş ve üzerindeki toplam 1612 yaşlıyı DSM kriterlerine göre taradıkları Baltimore Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasında major depresyon prevalansını %1.7, minor depresyon prevalansını ise %15.8 olarak bildirmişlerdir (32).

Ülkemizde Küey L. ve Uçku R. Weissmann ölçeği ile yarı-kentsel bir bölgede yaptıkları araştırmada depresyon prevalansını %5.9 olarak bulmuşlardır (33). Depresyon yaygınlığı kullanılan tanı yöntemine göre değişebilmektedir. Zira Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) gibi öz bildirime dayalı ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda Maral I. ve ark. (34) %24.3, Şahin M ve Yalçın M (35) %37.2 yaygınlık oranlarına ulaşmışlardır. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyonun daha sık görüldüğü birçok çalışmada gösterilmiştir (36). Huzurevinde kalan yaşlılarda Maral I. ve ark. (34) %48.1, Demet MM ve ark. (37) %35.9, Şahin M ve Yalçın M (35) %48.1, Sütölük Z ve ark. (38) %26.1, Kurtoğlu D. ve Rezaki M. (39) %10.2, Chow ESL ve ark. (40) %29, Teresi J ve ark. (41) %44.2, Jones RN ve ark. (42) %20.3 oranında depresyon tespit etmişlerdir. Evans ve ark. GDS kullanarak genel pratisyenlere başvuran yaşlı hastaların erkeklerde %30'unda, kadınların %40'ında depresyon belirtileri saptamışlardır (43). Bugay G. bir üniversite

hastanesi geriatri polikliniğine başvuran 123 hastanın DSM kriterlerine göre %13'ünde major depresyon, %24.4'ünde major depresyon kriterlerini karşılamayan başka bir depresif bozukluk bulmuşlardır (44). Sonuç olarak araştırmada kullanılan yöntem, tanı kriterlerine ve incelenen popülasyonun özelliklerine göre prevalans değerlerinin değiştiği görülmektedir. Genel olarak öz bildirime dayalı ölçeklerle yapılan çalışmalarda ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda daha yüksek yaygınlık oranları bildirilmiştir.

Yaşlıda depresyon tanısı koyabilmek, diğer yaş gruplarına oranla bazı güçlükler içermektedir. Bu güçlüklerin başında, yaşlıda çökkün duygudurumunun gerek aile gerekse doktor tarafından yaşlılığın doğal bir sonucu olduğu önyargısı gelmektedir. Bu önyargının temelinde yaşlanmaya bağlı olarak artan yeti yitimi ve sağlık sorunlarının, maddi ve sosyal yoksunlukların sonucunda, depresyonun yaşlılar için normal bir durum olarak kabullenilmesi yatmaktadır (15). Yani yaşlıların "başlarından bunca hadise geçtikten sonra mutsuz olmaları kaçınılmaz bir durumdur" çıkarsamasının yaygın bir kanı olması, tanı koymayı en baştan güçleştirmektedir. Bir diğer güçlük yaşlıların semptomlarını bedenselleştirmeye yönelik eğilimidir (15, 45, 46). Bu eğilim hem birinci basamak hekimlerinin yanlış tanı koymasına hem de olmayan fiziksel problemler için gereksiz, pahalı ve bazen de riskli tetkikler yapılmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra ileri yaşlarda ortaya çıkan depresyon tablosunun gençlerdekine göre bazı farklılıklar içerdiği birçok geropsikiyatrist tarafından belirtilmiştir. Depresif duygudurum ile ilgili şikayetlerin yerini daha çok subjektif bellek yakınmalarının alması, yoğun hipokondriak uğraşlar, daha belirgin apati, motivasyon güçlüğü ve anksiyetenin varlığı bu farklılıkların başında gelmektedir (9, 11). Araştırmacılar ek olarak yaşlının ruhsal sorunlarını kabul etmeme yada reddetme şeklinde olan direncini, birlikte bulunan tıbbi hastalıkların tabloyu bulanıklaştırmasını, yaşlılar için uygun olmayan tanı kategorileri kullanılmasını, depresif semptomoloji açısından kültürler arası farklılıkların varlığını ve hekimin hastaya yeterince vakit ayırmamasını tanı konulmasında karşılaşılan diğer güçlükler olarak sıralamaktadırlar (15, 45, 47). Sonuçta depresyonu olan yaşlı hastaların önemli bir kısmına tanı konamamakta ve dolayısıyla tedavi edilememektedir (15, 17, 48). Steffens ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada (Cache County) depresyonu olan yaşlıların %37,5'nin antidepressan tedavi aldığını göstermişlerdir (49). Bu konuda yapılmış en kapsamlı çalışmalardan biri olan Copeland ve ark.'nın 1987 yılında yaptıkları çalışmada,

Londra'daki depresyon hastalarının %14'ünün, Liverpool'da ise sadece %4'ünün bir sağlık kuruluşunda özgül tedavi aldığını ortaya koymuştur (30). Bu noktada “acaba bu hastalar doktora yada herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları için mi tedavi almıyorlar?” sorusu akla gelmektedir. Oysa ki Copeland ve ark.'nın yaptıkları bir başka çalışmada depresyon hastalarının %80'inin bedensel hastalıkları nedeniyle doktora başvurduklarını, ancak bu hastaların sadece %4'ünün antidepresan tedavi alabildiklerini saptamışlardır (50).

Demans Tanımı ve Epidemiyolojik Özellikleri:

Demans, uyanıklık, hareketlilik ve duyuşal işlevlerdeki değışikliklerle ilgisi olmayan, alışılmış günlük yaşam aktivitelerinde kademeli olarak kısıtlamaya sebep olan, zeka ve/veya sosyal davranışlardaki kronik ve genellikle ilerleyici bir bozulmayı belirtmek için kullanılan genel bir terimdir. Bununla birlikte varolan zihinsel değışikliğin fiziksel rahatsızlığa, duruma bağılı gerilime veya anksiyete, depresyon ve paranoya gibi psikiyatrik belirtilere bağılı olmaması gerekmektedir (51). Demans tanısı koyabilmek için aralarında bellek, düşünme, dikkat, dil ve mekansal yöneliminin de bulunduğı bilişsel alanlardan en az iki tanesinde anormallik olması şart koşulmaktadır (52). DSM IV-TR'ye göre demans tanısı şu kriterleri içermelidir; 1) kısa ve uzun vadeli bellek yıkımı 2) soyut düşünme, yargılama ve diğerkortikal yüksek işlevlerde yıkım (afazi, apraksi, agnozi gibi) ve kişilik değışimi 3) varolan bilişsel bozukluğun iş, toplumsal etkinlikler yada başkalarıyla ilişkileri olumsuz yönde etkilemesi 4) bilinç bozukluğunun olmaması (12). Knopman ve ark.'ı bu ölçütlerin demans tanımı için yeterli güvenilirliğe sahip olduğunu belirtirken, Mesulam M. bu kriterleri eksik bularak iki açıdan eleştirmektedir (53). Birincisi bellek bozukluğunun şart koşulmuş olmasıdır ki, Mesulam frontotemporal ve vasküler demans türleri de dahil olmak üzere pek çok demans türünde belleğin göreceli olarak korunduğuna dikkati çekmektedir. İkinci eleştiri noktası ise DSM-IV'e göre demans tanısı için birden fazla bilişsel alanda bozukluk olması gerekliliğidir. Mesulam bu ölçütün kısıtlayıcı olduğunu iddia etmekte ve etkilenmiş olduğu varsayılan zihinsel işlevlerin sayısı değerlendirmede kullanılan yöntem ve klinisyenin kuramsal bakış açısına

göre değişebileceği için tek bir alanın ilerleyici bozulmasının yeterli kabul edilebileceğini ileri sürmektedir (51).

Stevens T ve ark.'nın 1085 yaşlıyı (≥ 65 yaş) DSM- IV kriterlerine göre araştırdıkları çalışmasında demans yaygınlığını %6.7 olarak tespit etmişlerdir (54). Demans görülme sıklığı için Kuzey Amerika'da %6-10 (55), Avrupa'da %6.4 (56), Hindistan'da %3.36 (57), Mısır'da %4.5 (58) oranları bildirilmiştir. Yaşla birlikte demans prevalansının belirgin şekilde arttığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Jorm AF ve ark.'ı 1945-1985 yılları arasında yayınlanmış prevalans araştırmalarını değerlendirdikleri meta-analiz çalışmasında pratik olarak demans yaygınlığının 65 yaş üzerinde her 5 yılda iki kat arttığı yorumunu yapmışlardır (59). Huzurevinde ikamet eden yaşlılarda ise demans prevalansı beklenildiği üzere daha yüksek olup, %16.1-62 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (60, 61, 62).

Ülkemizde ise bugüne kadar demans yaygınlığını belirlemeye yönelik bizim bilgilerimize göre tek alışma Elazığ'da Bulut S ve ark.'ı tarafından gerçekleştirilmiştir. 65 yaş üzeri 246 kişinin tarandığı bu çalışmada demans prevalansı %7.3 olarak tespit edilmiştir (63).

Demans Hastalarında Depresyon Sıklığı ve nemi:

Depresyon demans hastalığında gözlenen nöropsikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülendir. Depresyon demans hastalarında yaşam kalitesinin bozulmasına (64), kognitif yıkımın hızlanmasına (65), günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizliğin artmasına, daha erken bir dönemde kuruma yatırılmasına (66), bakımverende depresyon sıklığının yükselmesine (67) neden olarak hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilemekte ve tedavi maliyetinde artışlara yol açmaktadır (68). Demansı olmayan yaşlı popülasyonla karşılaştırıldığında demans hastalarında depresyonun 3 ila 4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (69). Demansta depresyon prevalansı değişik çalışmalarda %1 ile %90 arasında değişmektedir (70). Demans hastalığı olanların Burns ve ark.'ı (71) İngiltere'de %24'nde, Garre-Olmo J ve ark.'ı (72) %51'nde, Pitkala KH ve ark.'ı (73) %43'nde, Tractenberg RE ve ark.'ı (74) %78.4'nde, Ballard C ve ark.'ı (75) %52.4'nde (%25 major depresyon, %27.4 minor depresyon), Snowdon J ve ark.'ı (76)

%3.6'sında, Lyketsos ve ark.'ı (77) %24'ünde, Chan DC ve ark.'ı (78) %21.9'unda depresyon varlığını bildirmişlerdir.

Prevalans değerleri arasındaki bu farklılığın depresyonun tanımlamasındaki, değerlendirme metodolojisindeki ve klinik belirtilerindeki heterojeniteden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (79). Gerçektende demansta depresyonun tanımlanmasında nozolojik bir problemin varlığından bahsedilebilir (80). Öncelikle depresyonda görülen psikomotor yavaşlama, emosyonel labilite, ağlama hecmeleri, uykusuzluk, kilo kaybı, duygularını dile getirmede yetersizlik ve karamsarlık gibi belirtiler depresyonu olmayan demans hastalarında da sıklıkla görülebilmektedir (81). Apati bir diğer önemli sorundur ve demans hastalarında depresyonun tanınmasında zorluk yaratmaktadır. Depresyonun vejetatif semptomlarından olan ilgi azlığı, psikomotor retardasyon, bitkinlik, hipersomni ve içgörü kaybı aynı zamanda apatide de sıklıkla görülmektedir (82, 83). Zira Cache County Study of Memory in Aging (84) çalışmasında Alzheimer Hastalığı olanlarda apati sıklığı %27.3 bulunmuş iken, apatik hastaların %40'ında aynı zamanda depresyon tespit edilmiştir. Benzer şekilde aynı çalışmada depresyonu olan Alzheimer hastalarının ise %56.4'ünde de apati varlığı saptanmıştır (85). Bunun yanı sıra genel olarak yaşlıların depresif duygudurumunu inkar etmeleri en deneyimli klinisyeni bile yanıltabilmektedir ve bu yüzden bazı yazarlar yaşlıda ortaya çıkan depresyona "hüzünsüz depresyon" tanımını yakıştırmışlardır (86). Demansta ortaya çıkan bilişsel bozukluklarında tablonun karışmasına ve depresyonun atlanabilmesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Örneğin sıkça görülen bir semptom olan afazi hastanın kendisini ve duygularını ifade etmesini engelleyebilmekte ve depresyonu maskeleyebilmektedir. Klinisyenler, böylesi durumları azaltabilmek için mutlaka bakım verenle de görüşülmesi gerektiğinin altını çizmektedirler (87). Mackenzie ve ark.'ı bir örneklem grubunda sadece hastayla görüşüldüğünde depresyon yaygınlığını %14 olarak tespit etmiştir. Ancak bakım verenlerle de görüşme yapıldıktan sonra oranın %50'ye yükselmesi bu bakımdan oldukça ilgi çekicidir (88). Genel olarak bakım verenin depresyonu bildirme oranı, hastanın kendisine göre 3 kat daha fazladır. Bu duruma neden olarak, bakımverenin hastaya göre tabloyu daha iyi değerlendirmesinin yanı sıra, bakımverenin apati ile depresyonu birbirine karıştırıyor olabileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca bakımveren kendi

duygudurumuna bağı olarak depresif şikayetlerini hastaya yansıtıyor olabileceğinin de akılda tutulması önerilmektedir (70).

Demansa depresyonun tanınmasında DSM kriterlerinin yetersiz kaldığını düşünen ve tanılamadaki heterojeniteyi gidermek amacıyla bir grup araştırmacı National Institute of Mental Health (NIMH) çatısı altında kurdukları Alzheimer Hastalığında Depresyon Çalışma Grubu'nda demansta depresyon tanısı için kriterler oluşturmuşlardır (79). (tablo 1)

Bu kriterlerde genel popülasyondan farklı olarak iki temel ayrılık dikkati çekmektedir. Birincisi demansta depresyon tanısı koyabilmek için 5 yerine 3 kriterin yeterli olabilmesi, ikincisi ise semptomların en az iki hafta boyunca her gün gözlenmesine gerek duyulmamasıdır.

Tablo 1. Alzheimer hastalığında depresyon tanısı için önemli noktalar

1. DSM-IVTR 'de yer alan Alzheimer tip demans için tüm kriterlerin karşılanmış olması gerekmektedir.
2. Major depresyon için gerekli 5 semptom yerine 3 veya daha fazla semptomun bulunması yeterlidir. Bu semptomlar: depresif duygudurum, pozitif duygulanımda veya günlük aktivitelerden ve sosyal ilişkilerden zevk almada azalma, sosyal izolasyon veya içe çekilme, iştah ile ilgili değişiklikler, uyku bozukluğu, psikomotor değişiklikler, irritabilite, yorgunluk yada enerji kaybı, karamsarlık, değersizlik yada aşırı veya uygun olmayan suçluluk duyguları, ölüm veya intihar düşünceleri, girişimi yada planı
3. İritabilite ve sosyal izolasyon veya içe çekilme mevcut kriterlere eklenmiştir.
4. Belirgin derecede azalmış ilgi kaybı yada zevk alamama kriteri, pozitif duygulanımda veya günlük aktivitelerden ve sosyal ilişkilerden zevk almada azalma ile değiştirilmiştir.
5. Kriterlerin her gün karşılanması gerekliliği, 2 hafta boyunca bulunmasının yeterli olması şeklinde değiştirilmiştir.

Yukarıda özetleye çalıştığımız üzere demansta depresyonun tanınması ve tedavi edilmesi birçok açıdan önemlidir. Geriatrik Depresyon Ölçeği gibi öz bildirime dayalı ölçekler demans hastalarında mevcut kognitif sorunlar nedeniyle yanlış sonuçlar

verebilmektedir (89). Bu nedenle Alexopoulos ve ark.'ı demanslı hastalarda depresif belirtileri hem hasta hem de bakımverenden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmeye yönelik Cornell Scale For Depression in Dementia (Cornell Demansta Depresyon Ölçeği) (CDDÖ) isimli bir ölçek geliştirmişlerdir (90).

Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türkiye'de Amuk T. ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olmasına rağmen, çalışma kapsamında sadece, genel yaşlı populasyonu yansıtmayan huzurevinde kalan yaşlıların değerlendirilmiş olması gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır (91).

Bu çalışmanın amacı CDDÖ'nin hem huzurevinde kalan hem de tedavi amacıyla Demans Polikliniği'ne başvuran bir grup demans hastasında depresyonun tanınması ve takibi açısından geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılmasıdır.

Araştırma için öngörülen hipotezler: 1) ölçeğin hem toplam skorunun hem de her bir sorusunun 7 gün arayla aynı bireylere uygulanmasında aynı sonuçları vermesi; 2) ölçekte yer alan her sorunun ölçek toplam puanı ile yüksek korelasyon göstermesi; 3) ölçeğin genel iç tutarlılığının yüksek olması; 4) ölçeğin depresyonu olanları olmayanlardan ayırt edebilmesi olarak sıralanabilir.

MATERYAL VE METOD:

Araştırma Alanı:

Çalışma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı ve Geropsikiyatri Bilim Dalı Demans Polikliniğine başvuran hastalar ile İstanbul il sınırları içinde yer alan Etiler Huzurevi, Maltepe Huzurevi, Göztepe Huzurevi ve Zeytinburnu Huzurevi'nde kalan ve demans tanısı yada şüphesi olan yaşlılar üzerinden rastgele seçim yöntemiyle yürütülmüştür. Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı olan Maltepe, Göztepe ve Zeytinburnu Huzurevleri için Başbakanlık Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nden, Emekli Sandığına bağlı Etiler Huzurevi için de Huzurevi Müdürlüğü'nden çalışma için gerekli izinler alınmıştır.

Denek Grupları:

Çalışmanın denek grubunu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı ve Geropsikiyatri Bilim Dalı Demans Polikliniğine başvuran 45, huzurevlerinde kalan 60 olmak üzere yaşları 63 ile 95 arasında olan, toplam 105 yaşlı oluşturdu. Çalışma kapsamına DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre demans tanısı konan ve Global Yıkım Ölçeğine göre evre IV veya V demansı olan hastalar dahil edildi. Global Yıkım Ölçeğine göre evre III olanlar demans hastası olarak kabul edilmediğinden, evre VI ve VII olanlar ise iletişim kurmadaki yetersizliklerinden dolayı çalışmaya alınmadılar. Ayrıca ağır tıbbi ve ruhsal hastalığı ve iletişimi engelleyecek düzeyde işitme ve konuşma problemi olan hastalar ile katılmayı reddedenler çalışmaya dahil edilmedi.

Araçlar:

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara aşağıdaki form ve ölçekler uygulanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanmış hastanın kişisel bilgilerini, sağlık durumunu, sosyal statüsünü ve başkalarıyla kurduğu ilişki düzeyini belirlemeye yönelik bir formdur. Görüşme sırasında yüz yüze doldurulmaktadır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Yesavage ve ark. tarafından geliştirilen öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan ve her bir soruya “evet” yada “hayır” şeklinde yanıtlanmak üzere hazırlanmış bir ölçektir (92). Depresyon lehine olan her yanıt bir puan olarak değerlendirilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve ark. tarafından yapılmıştır (test-tekrar test tutarlılığı, $r=0.77$; iç tutarlılık $\alpha=0.92$) (93).

Standardize Mini Mental Test (SMMT): Folstein ve ark. (1975) tarafından geliştirilmiştir. Bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve ark. tarafından yapılmıştır. 30 puan üzerinden değerlendirilen testte kesme puanı 23/24 olarak alınmıştır (95).

Global Yıkım Ölçeği (GYÖ): Reisberg ve ark. tarafından demanstaki genel yıkımın şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (96). 7 evreden oluşur. Evre 1 normal bilişsel durumu temsil ederken, evre 7 en ileri dönem demansı tanımlamaktadır.

DSM –IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): First ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, amaç DSM-IV birinci eksen ruhsal bozuklukların saptanmasıdır (97). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır (98).

Cornell Demansa Depresyon Ölçeği (CDDÖ): Demans hastalarında özel olarak depresyon bulgu ve semptomlarını değerlendirmek amacıyla Alexopoulos ve ark. tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (90). Aynı ayrı olmak üzere önce bakımverenle sonra hastayla yüz yüze görüşüldükten sonra klinisyenin kanaatini ölçek üzerinde skorlaması şeklinde uygulanmaktadır. 5 alt grupta toplanan 19 maddeden oluşmaktadır. 5 alt grup; duygudurumla ilişkili belirtiler, davranış bozukluğu, fiziksel belirtiler, döngüsel fonksiyonlar ve düşünce bozukluğunu değerlendiren maddeleri içermektedir. Her madde a, 0,1,2 şeklinde puanlanmaktadır (a= değerlendirilemiyor, 0= yok, 1= hafif yada aralıklı, 2= şiddetli).

Uygulama:

Ölçeğin Türkçe’ye çevirisi her iki dili akıcı olarak konuşan iki ayrı psikiyatrist tarafından yapıldı. Psikiyatristlerden birisi ölçeği İngilizce’den Türkçe’ye çevirdikten sonra oluşan Türkçe çeviri diğer psikiyatrist tarafından tekrar İngilizce’ye çevrildi.

Özgün İngilizce versiyon ile çeviri İngilizce versiyon karşılaştırıldığında her iki versiyonun birbiriyle uyumlu olduğu tespit edildi.

Polikliniğe başvuran Global Yıkım Ölçeği'ne göre evre IV veya V olan demans hastaları öncelikle uzman bir geropsikiyatrist tarafından değerlendirilerek, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme formu doldurulduktan sonra başka bir psikiyatrist tarafından Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ), Standardize Mini Mental Test uygulandı ve sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin doldurulması deneğin okuma-yazması olmadığı durumlarda araştırmacı tarafından soruların hiçbir yorum yada açıklama yapılmaksızın okunması şeklinde uygulandı.

Huzurevinde kalan hastalar ise öncelikle CDDÖ ile değerlendirildi ardından diğer formlar ve ölçekler uygulandı. Huzurevindeki yaşlıların yanlarında yakınları olmadığından dolayı ölçekle ilgili bilgiler yaşlıların genel ve sağlık durumları ile ilgili detaylı bilgiye sahip huzurevi doktorundan, psikologundan, sosyal hizmet uzmanından yada hemşiresinden temin edildi.

BULGULAR:

Çalışmanın denek grubunu 67 kadın, 38 erkek olmak üzere toplam 105 kişi oluşturdu. Yaş ortalaması 78.38 ± 6.89 , eğitim yılı ortalaması ise 5.42 ± 4.70 olarak tespit edildi. Denek grubunun demografik özellikleri tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Demografik özellikler

Demografik özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	67	63.8
Erkek	38	36.2
Bulunduğu Yer		
Poliklinik	45	42.9
Göztepe huzurevi	19	18.1
Maltepe huzurevi	20	19
Etiler huzurevi	13	12.4
Zeytinburnu huzurevi	8	7.6
Yaşadığı yer		
Ev	39	37.1
Kurum	60	57.1
Çocuğunun evi	6	5.7
Medeni durumu		
Evli	21	20
Boşanmış	14	13.3
Dul	61	58.1
Bekar	9	8.6
Çocuğu olma		
Çocuğu Olan	84	80
Çocuğu Olmayan	21	20
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	23	21.9
Diplomasız	18	17.1
İlkokul mezunu	31	29.5
Ortaokul mezunu	8	7.6
Lise mezunu	16	15.2
Üniversite mezunu	9	8.6
Sosyal güvence		
Yok	23	21.9
Emekli sandığı	51	48.9
SSK	19	18.1
Özel sigorta	1	1
Çocuklar yada akrabalar tarafından bakım	3	2.9
Diğer	8	7.6

Yakınları ve akrabaları ile görüşme sıklığı		
Hergün	13	12.4
Haftada 2-3 kez	11	10.5
Haftada en az bir kez	17	16.2
Ayda en az bir kez	28	26.7
Daha seyrek	22	21
Hiç	14	13.3
Görüşme sıklığından memnuniyet		
Memnun olanlar	54	51.4
Kısmen memnun olanlar	17	16.2
Hiç memnun olmayanlar	34	32.4
Hobi		
Var	13	12.4
Yok	92	87.6
GYÖ		
Evre IV	68	64.8
Evre V	37	35.2

SCID ile yapılan görüşme sonuçlarına göre 45 kişiye (%42.9) major depresyon, 9 kişiye (%8.6) başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk, 4 kişiye (%3.8) depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, 7 kişiye (%6.7) diğer psikiyatrik bozukluklar (1 kişi farklılaşmamış somatoform bozukluk, 2 kişi yaygın anksiyete bozukluğu, 3 kişi yas reaksiyonu, 1 kişi bipolar II bozukluğu) tanıları konulmuştur. 40 (%38.1) yaşlıda ise demans dışında başka bir psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. CDDÖ total puanları 0 ile 27 arasında değişmekte olup ortalaması 8.85 ± 6.03 'tür. Mini-Mental Test skorları 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalaması 18.09 ± 4.18 'dir. Global Yıkım Ölçeğine göre 68 denek evre IV (%64.8), 37 denek ise evre V (%35.2) demans hastası olarak tespit edilmiştir. Örnek grubunu depresyonu olmayanlar ve major depresyon tanısı konulanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdığımızda (n:85) ortaya çıkan demografik özelliklerin dağılımı tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2:

	Depresyonu olmayan grup	Major Depresyon grubu
Kadın	23 (%57.5)	29 (%64.4)
Erkek	17 (%42.5)	16 (%35.6)
Ortalama yaş	77.42 ±7.58	79.31 ±6.38
Minimum yaş	63	66
Maksimum yaş	94	95
Ortalama eğitim yılı	5.98 ±5.17	5.09 ±4.47
Bulunduğu Yer		
Poliklinik	18 (%45)	17 (%37.8)
Göztepe huzurevi	8 (%20)	10 (%22.2)
Maltepe huzurevi	8 (%20)	8 (%17.8)
Etiler huzurevi	5 (%12.5)	6 (%13.3)
Zeytinburnu huzurevi	1 (%2.5)	4 (%8.9)
Yaşadığı yer		
Ev	16 (%40)	15 (%33.3)
Kurum	22 (%55)	28 (%62.2)
Çocuğunun evi	2 (%5)	2 (%4.4)
Medeni durumu		
Evli	8 (%20)	8 (%17.8)
Boşanmış	6 (%15)	7 (%15.6)
Dul	22 (%55)	26 (%57.8)
Bekar	4 (%10)	4 (%8.9)
Çocuğu olma		
Çocuğu Olan	30 (%75)	37 (%82.2)
Çocuğu Olmayan	10 (%25)	8 (%17.8)
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	10 (%25)	10 (%22.2)
Diplomasız	3 (%7.5)	8 (%17.8)
İlkokul mezunu	12 (%30)	15 (%33.3)
Ortaokul mezunu	5 (%12.5)	2 (%4.4)
Lise mezunu	4 (%10)	8 (%17.8)
Üniversite mezunu	6 (%15)	2 (%4.4)
Sosyal güvence		
Yok	10 (%25)	12 (%26.7)
Emekli sandığı	20 (%50)	22 (%48.9)
SSK	5 (%12.5)	7 (%15.6)
Özel sigorta	1 (%2.5)	0 (%0)
Çocuklar yada akrabalar tarafından bakım	1 (%2.5)	2 (%4.4)
Diğer	3 (%7.5)	2 (%4.4)
Yakınları ve akrabaları ile görüşme sıklığı		
Hergün	8 (%20)	4 (%8.9)
Haftada 2-3 kez	4 (%10)	4 (%8.9)

Haftada en az bir kez	5 (%12.5)	9 (%20)
Ayda en az bir kez	9 (%22.5)	13 (%28.9)
Daha seyrek	8 (%20)	10 (%22.2)
Hiç	6 (%15)	5 (%11.1)
Görüşme sıklığından memnuniyet		
Memnun olanlar	23 (%57.5)	20 (%44.4)
Kısmen memnun olanlar	7 (%17.5)	7 (%15.6)
Hiç memnun olmayanlar	10 (%25)	18 (%18.6)
Hobi		
Var	7 (%17.5)	2 (%4.4)
Yok	33 (%82.5)	43 (%95.6)
GYÖ		
Evre IV	27 (%67.5)	25 (%55.6)
Evre V	13 (%32.5)	20 (%44.4)
SMMT skor ortalaması	17.90±3.77	18.13±4.50
CDDÖ toplam puan ortalaması	3.57±2.66	13.80±4.45
GDÖ total puan ortalaması	7.80±4.81	17.68±5.24

Güvenilirlik İncelemesi:

1) Test – Tekrar Test Tutarlılık İncelemesi:

Göztepe (n: 19) ve Zeytinburnu Huzurevinde (n: 8) kalan toplam 27 demans hastasına bir hafta sonra CDDÖ bir kez daha uygulanmıştır. Deneklerin yaş ortalaması 77.81±7.44 olup 64 ile 95 arasında değişmektedir. Mini-Mental Test skorları 10 ile 24 arasında değişmekte olup ortalaması 18.29±3.47'dir. Global Yıkım Ölçeğine göre 19 denek evre 4 (%70.4), 9 denek ise evre 5 (%29.6) demans hastası olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin toplam puanı ve her bir sorusunun deneklerin bir hafta sonra verdiği yanıtlarla karşılaştırılması Pearson ve Spearman korelasyon hesapları ile yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Bu sonuçlara göre CDDÖ Türkçe versiyonu toplam puanının aynı kişilere 7 gün arayla uygulanması sonucunda 0.885 düzeyinde yüksek derecede korelasyon göstererek tutarlı olduğunu görmekteyiz. Tek tek soruların ikinci uygulama ile korelasyonlarına bakıldığında ise 7 ve 8 numaralı soruların 0.30 değerinin altında bir değerle düşük düzeyde korelasyon gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3:

Soru No	Korelasyon Değeri	Soru No	Korelasyon Değeri
Toplam Puan	r:0.885 p:0,000		
Soru 1	r:0.611 p:0.001	Soru 11	r:0.652 p:0.000
Soru 2	r:0.806 p:0.000	Soru 12	r:0.593 p:0.001
Soru 3	r:0.758 p:0.000	Soru 13	r:0.732 p:0.000
Soru 4	r:0.743 p:0.000	Soru 14	r:0.604 p:0.001
Soru 5	r:0.668 p:0.000	Soru 15	r:0.724 p:0.000
Soru 6	r:0.410 p:0.034	Soru 16	r:0.707 p:0.000
Soru 7	r:0.192 p:0.337	Soru 17	r:0.729 p:0.000
Soru 8	r:0.246 p:0.215	Soru 18	r:0.595 p:0.001
Soru 9	r:0.711 p:0.000	Soru 19	r:0.779 p:0.000
Soru 10	r:0.703 p:0.000		

2) İç Tutarlılık İncelemesi:

İç tutarlılık incelemesi Cronbach's Alpha ve Split-Half yöntemlerine göre yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4'te görüldüğü üzere CDDÖ hem Alpha değerine (α : .7954) hem de Split-Half korelasyon değerine (sh: .7608) göre yüksek iç tutarlılık göstermektedir.

Tablo 4:

	Tüm denekler sh: 0.7608	n: 105 α: 0.7954	Depresyonu olmayan grup sh: .4586	n: 40 α: .6441	Major Depresyon grubu sh: .5340	n: 45 α: .5172
	Soru toplam puan korelasyon değeri	Ölçeğin soru harici α değeri	Soru toplam puan korelasyon değeri	Ölçeğin soru harici α değeri	Soru toplam puan korelasyon değeri	Ölçeğin soru harici α değeri
1	.6284	.7729	.1699	.6388	.4911	.4671
2	.7538	.7594	.5009	.5924	.4891	.4661
3	.3624	.8422	.6669	.5519	.1438	.6639
4	.5121	.7779	.2639	.6278	.4260	.4632
5	.4046	.7852	.0000	.6461	.3090	.4854
6	.2369	.7931	.4160	.6037	-.1640	.5404
7	.1838	.7961	.0926	.6587	-.1017	.5388
8	.4803	.7802	.3044	.6223	.0274	.5208
9	.4872	.7815	.4841	.6040	.1663	.5049
10	.2858	.7918	.2753	.6347	.1558	.5075
11	.5234	.7795	.1915	.6401	.2819	.4970
12	.4367	.7863	.0000	.6461	.3937	.4780
13	.3231	.7890	.2026	.6402	.1292	.5095
14	.4452	.7820	.1376	.6449	.3040	.4820
15	.1653	.7965	.0817	.6502	-.0408	.5325
16	.3855	.7912	.0000	.6461	.3325	.4969
17	.4761	.7815	.1283	.6420	.2202	.4970
18	.6720	.7690	.2411	.6325	.5238	.4521
19	.2614	.7927	.0000	.6461	.1729	.5055

Geçerlik İncelemesi:

CDDÖ toplam puan ve her bir sorusunun depresyon grubunu depresyonu olmayan gruptan ayırıp ayırmadığına dair geçerlik analizi Mann-Whitney U – Wilcoxon testine göre yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 5’de gösterilmiştir.

Poliklinikte takip edilen hastalarla ve kurumda kalan hastalar ayrı ayrı geçerlik analizi ile incelendiğinde benzer şekilde depresyonu olanları, olmayanlardan ayırt edebildiği saptanmıştır (poliklinik hastaları için U: 3.000 p: 0.000; kurumda kalan hastalar için U:13.000, p: 0.000).

Bu sonuçlara dayanarak, CDDÖ’nin toplam puanının depresyonu olanları olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede ayırt ettiğini söyleyebiliriz. Bu

şekliyle ölçeğin, Türk Demans popülasyonunda geçerli olduğunu ileri sürebiliriz. Ancak tek tek sorulara baktığımızda 15 numaralı sorunun iki grup arasında ayırıcı özelliğinin bulunmadığını görmekteyiz.

Tablo 5:

	Depresyonu olmayan demans grubu ort. sıra değeri	Depresyonu olan demans grubu ort. sıra değeri	U	W	Z	P
1	28	56.33	300.000	1120.000	-5.975	.000
2	24.13	59.78	145.000	965.000	-7.068	.000
3	26.71	57.48	248.500	1068.500	-6.110	.000
4	32.17	52.62	467.000	1287.000	-4.210	.000
5	34.50	50.56	560.000	1380.000	-4.301	.000
6	36.65	48.64	646.000	1466.000	-2.574	.010
7	36.35	48.91	634.000	1454.000	-2.628	.009
8	29.24	55.23	349.500	1169.500	-5.405	.000
9	32.56	52.28	482.500	1302.500	-4.358	.000
10	39.54	46.08	761.500	1581.500	-2.286	.022
11	31.71	53.03	448.500	1268.500	-4.679	.000
12	38.00	47.44	700.000	1520.000	-3.150	.002
13	33.03	51.87	501.000	1321.000	-3.970	.000
14	32.94	51.94	497.500	1317.500	-3.996	.000
15	39.00	46.56	740.000	1560.000	-1.842	.065
16	39.50	46.11	760.000	1580.000	-2.589	.010
17	32.50	52.33	480.000	1300.000	-4.535	.000
18	28.89	55.54	335.500	1155.500	-5.721	.000
19	40.50	45.22	800.000	1620.000	-2.159	.031
Toplam puan	21.25	62.33	30.0	850.0	-7.677	.000

Yaşın CDDÖ toplam puanı üzerine etkisi:

Pearson ve Spearman korelasyon testi ile yapılan incelemede CDDÖ toplam puanları ile deneklerin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur ($r: -0.007$ $p: 0.943$).

Cinsiyetin CDDÖ toplam puanı üzerine etkisi:

CDDÖ toplam puanları kadın grubunda Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemeleri nedeniyle ($p: 0.037$), bu grupları içeren karşılaştırmalarda Mann Whitney U-Wilcoxon testi kullanıldı. Sonuçta CDDÖ toplam puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel anlamlılık taşımamaktadır ($p: 0.588$).

Yaşadığı yerin CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

CDDÖ toplam puanları deneklerin yaşadığı yerlere dağılımı Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım gösterdiğinden dolayı ($p > 0.05$), One-Way ANOVA testi kullanıldı. Sonuçta deneklerin yaşadığı yerin (kendi evi, çocuklarının evi ve devlet kurumu) CDDÖ toplam puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmadığı tespit edildi ($p: 0.657$).

Medeni halin CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

CDDÖ toplam puanları dul olanlar grubunda Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemeleri nedeniyle ($p: 0.002$), bu grupları içeren karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi Testi kullanıldı. Medeni hal ile (evli, boşanmış, dul, bekar) CDDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p: 0.908$).

Çocuk sahibi olmanın CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

CDDÖ toplam puanları çocuğu olan ve olmayan gruplarda Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemeleri nedeniyle ($p < 0.05$), bu grupları içeren karşılaştırmalarda Mann Whitney U-Wilcoxon testi kullanıldı. CDDÖ toplam puanları çocuğu olmayanlarda daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel anlamlılık taşımamaktadır ($p: 0.482$).

Eğitim düzeyinin CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

CDDÖ toplam puanları üniversite mezunu olan grupta Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemesi nedeniyle ($p: 0.012$), bu grupları içeren

karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi Testi kullanıldı. Eğitim düzeyi ile CDDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p: 0.115).

Sosyal güvence türünün CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemeleri nedeniyle, Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi Testi kullanılarak yapılan inceleme sonucunda sosyal güvence ile CDDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p: 0.300).

Akrabaların yaşadığı yer, görüşme sıklığı ve görüşme sıklığından memnuniyet düzeyinin CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemeleri nedeniyle Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi Testi kullanılarak yapılan inceleme sonucunda, deneklerin akrabalarının yaşadığı yer, görüşme sıklığı ve görüşme sıklığından memnuniyet düzeyi ile CDDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0.05).

Özel uğraşı (hobi) sahibi olmanın CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

CDDÖ toplam puanları hobi sahibi olan grupta Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım göstermemesi nedeniyle (p: 0.030), Mann Whitney U-Wilcoxon testi kullanılarak yapılan incelemede CDDÖ toplam puanlarının hobi sahibi olmayan grupta daha yüksek olduğu ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p: 0.005).

Global yıkım ölçeği skorunun CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

Mann Whitney U-Wilcoxon testi kullanılarak yapılan incelemede CDDÖ toplam puanları GYÖ'ne göre Evre 5 olan demans hastalarında, Evre 4 olanlara göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılık taşımamaktadır (p: 0.554). Sonuçlar tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6:

	Ortalama sıra değeri	Denek sayısı	U	W	Z	P
Evre 4	51.71	68	1170.000	3516.000	-0.591	0.554
Evre 5	55.38	37				

Mini-Mental skorunun CDDÖ toplam puanları üzerine etkisi:

Pearson ve Spearman korelasyon testi ile yapılan incelemede CDDÖ toplam puanları ile Mini-Mental test skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (p: 0.801). Sonuçlar tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7:

	Pearson korelasyon katsayısı (r)	P değeri
Tüm denekler	0.025	0.801
Depresyonu olmayan grup	0.069	0.670
Depresyon grubu	0.065	0.673

GDÖ toplam puanları ile CDDÖ toplam puanları arasında uyumluluk:

Pearson ve Spearman korelasyon testi ile yapılan incelemede CDDÖ toplam puanları ile GDÖ toplam puanları arasında tüm denekler incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmasına rağmen, depresyonu olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Sonuçlar tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8:

	Pearson korelasyon katsayısı (r)	P değeri
Tüm denekler	0.677	0.000
Depresyonu olmayan grup	0.251	0.118
Depresyon grubu	0.362	0.015

TARTIŞMA:

Çalışmamızda CDDÖ Türkçe versiyonu toplam puanının, aynı kişilere 7 gün arayla uygulanması sonucunda 0.885 düzeyinde yüksek derecede korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuç, ölçeğin tümü göz önüne alındığında tutarlı olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçekte Alexopoulos ve ark. test-tekrar test tutarlılığına bakmamış, bunun yerine 26 hastada görüşmeciler arası tutarlılığı incelemiş ve 0.67 düzeyinde korelasyon bulunduğunu bildirmiştir (90).

Her bir sorunun korelasyon düzeyleri incelendiğinde değerlerin 0.885 ile 0.192 arasında değiştiği görülmektedir. Yedinci ve sekizinci sorular iki uygulama arasında sırasıyla 0.192 ve 0.246 düzeylerinde düşük korelasyon göstermiştir. Yedinci soru “fiziksel yakınmalarla” ilgili olup yaşlılarda ve demans hastalarında depresyonu olmasa bile çok çeşitli fiziksel yakınmaların bulunduğu iyi bilinen bir fenomendir (15, 45, 46). Kaldı ki yaşlılarda mevcut olan bu bedenselleştirme eğilimi ve bedenselleştirme yakınmasının içerik ve şiddetinin hızlı değişebilir doğası, çoğu zaman tanı konulmasını güçleştirmekte veya yanlış tanı konulmasına neden olmaktadır. Sekizinci soru ise “ilgi kaybı” ile ilgili olup demans hastalarında bellek yitimi ile birlikte ortaya çıkan belirgin apati, psikomotor yavaşlama, motivasyon güçlüğü, anksiyete, duygularını dile getirmede yetersizlik gibi sorunlar nedeniyle depresyonu olmayan demans hastalarında da sıkça görülen ve değişebilir vasıfta bir yakınma olduğu bir çok yazar tarafından bildirilmiştir (81, 82, 83). Bu perspektiften bakıldığında her iki maddenin de iki uygulama arasında düşük korelasyon göstermesinin değişebilir olma vasıflarından kaynaklandığı söylenebilir. Amuk T. ve ark. ölçeğin test-tekrar test tutarlılığı incelemesinde $r: 0.931$ gibi oldukça yüksek bir korelasyon değerine ulaşmışlardır (91). Bizim çalışmamızdan daha yüksek bir değer elde edilmiş olmasını, sadece huzurevinde kalan homojen bir denek grubuyla çalışılmış olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılığı tüm grupta $\alpha: 0.7608$ bulunmuştur. Amuk T ve ark. iç tutarlılığı $\alpha: 0.864$ olarak bildirmişlerdir (91).. Harwood DG ve ark. 137 ayakta demans hastasından oluşan denek grubunu CDDÖ'nin faktör analizi amacıyla inceledikleri çalışmalarında iç tutarlılığı $\alpha: 0.86$ hesaplamışlardır (99). Her iki çalışmada da bizimkine oranla daha yüksek bir iç tutarlılık sonucuna ulaşılmasını, tek bir denek popülasyonu ile çalışılmış olması ile ilişkilendirebiliriz. Orijinal çalışmada ise

Alexopoulos ve ark. 48 hastada inceledikleri iç tutarlılığı α : 0.84 olarak bildirmişlerdir ve ne denek gruplarında ne de her bir madde için iç tutarlık incelememişlerdir.

Çalışmamızda tüm deneklerin her bir madde için toplam puan korelasyonu incelendiğinde 6, 7, 10, 15 ve 19. maddelerin toplam puan korelasyonu sırasıyla 0.2369, 0.1838, 0,2858, 0.1653 ve 0.2614 bulunmuştur (<0.30). Schreiner S ve ark. CDDÖ total skorunun 6, 12 ve 19. maddelerle korelasyon göstermediğini bildirmişlerdir (100).

Kurlowicz LH ve ark. ise 6, 7 ve 12. maddelerin yeterli iç tutarlılık göstermediğini (<0.40) belirterek, bu maddelerin ölçekten çıkarılmasıyla meydana gelen 16 soruluk kısa versiyonunun iç tutarlılığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (α : 0.76) (101).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla uyumlu olarak, başka çalışmalarda da 6, 7 ve 19. maddelerin düşük iç tutarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda yeterli iç tutarlık göstermeyen maddelerin varlığını diğer çalışmalardan farklı olarak hem poliklinik hem de kurumda kalan hastaları içeren daha heterojen bir grupta çalışmamıza bağlayabiliriz. Bunun yanında kültüre bağlı farklılıkların da bu maddelerin toplam puan korelasyonunun düşük çıkmasında etkili olduğunu söyleyebiliriz.

CDDÖ'nin Türkçe versiyonunun Alexopoulos ve ark.'nın geçerlik analizi sonuçları ile karşılaştırdığımızda, testin toplam puanının bizim çalışmamızda da yazarların çalışmasında olduğu gibi depresyonu olan demans olgularını, depresyonu olmayan olgulardan istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olarak ayırdığını görmekteyiz (p : 0.000). Ölçeğin her bir sorusu için yapılan geçerlik analizinde on beşinci sorunun iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ayırt edici olmadığı tespit edilmiştir (p : 0.065). On beşinci soru sabah erken uyanma ile ilgili olup, bu semptomun depresyonu olmayan demans popülasyonunda da sıklıkla görülebilen normal sınırlar içindeki değişiklikler olması nedeniyle bu sonucun doğal olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmaya dahil edilen 105 hastanın SCID ile yapılan görüşme sonuçlarına göre 45'inde (%42.9) Major Depresyon saptanmış olup, bu sonuç daha önce yapılmış epidemiyolojik çalışmalar ile uyumludur (72, 73). Depresyon grubundaki hastaların %37,8'i polikliniğe başvuran hastalardan, %62.2'si ise huzurevinde kalmakta olan hastalardan oluşmaktadır. CDDÖ total puanları 0 ile 27 arasında değişmekte olup ortalaması 8.85 ± 6.03 'tür. Depresyonu olan grupta CDDÖ puan ortalaması 3.57 ± 2.66 ,

depresyonu olmayan grupta CDDÖ puan ortalaması ise 13.80 ± 4.45 'dir ve yukarıda belirtildiği üzere aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

CDDÖ toplam puanlarını, GDÖ toplam puanları ile karşılaştırdığımızda, tüm deneklerde ve depresyonu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmasına rağmen (tablo 8), depresyonu olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (r: 0.251, p:0.118). Bu sonucun daha detaylı ve geniş ölçekli çalışmalarla tekrarlanması ve yorumlanması gerektiğini düşünmekteyiz. Orijinal çalışmada ise Alexopoulos ve ark. Hamilton Depresyon Ölçeği ile CDDÖ'ni karşılaştırmışlar ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunduğunu bildirmişlerdir (r: 0.83, p< 0.001).

Sosyodemografik verilerden yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni hal, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, sahip olunan sosyal güvence türü, akrabaların yaşadığı yer, görüşme sıklığı ve görüşme sıklığından memnuniyet düzeyi ile CDDÖ toplam skorları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sadece özel uğraş (hobi) sahibi olanlarda, CDDÖ toplam puanlarının daha düşük olduğu ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p: 0.005). Bu sonuç bize hobi sahibi olmanın demans hastalarını depresyondan koruyan bir faktör olabileceğini göstermektedir.

Öte yandan hem GYÖ'nin evreleriyle hem de Mini-Mental Test toplam skorları ile CDDÖ toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonucu demans olgularında, CDDÖ toplam skorunun kognitif yıkımın düzeyinden veya şiddetinden etkilenmediği şeklinde yorumlayabiliriz.

CDDÖ orijinal çalışmada da belirtildiği üzere bir derecelendirme ölçeğidir. Nitekim Alexopoulos ve ark. makalelerinde bu durumun altını çizerek herhangi bir kesme puanı önermemişlerdir. Bizde hem uygulama süresince edindiğimiz deneyimlerden yola çıkarak bu görüşü paylaştığımızdan hem de orijinal çalışmaya sadık kalmak amacıyla çalışmamızda herhangi bir kesme puanı önermemeyi uygun bulduk.

Amuk ve ark.'nın yaptığı çalışma tümü kurumda kalan 80 hastayı kapsamaktadır. Bizim çalışmamız ise hem huzurevinde kalan (n: 60) hem de polikliniğe başvuran (n: 45) toplam 105 hastadan oluşmaktadır. Genel olarak her iki çalışmada benzer bulgular elde edilmiş olmakla birlikte, çalışmamızda denek sayısının daha fazla oluşu ve göreceli

olarak daha heterojen vasıfta bir denek popülasyonunun varlığı artı taraflar olarak dikkati çekmektedir. Fakat denek grubunun toplum kökenli olmayıp; polikliniğe başvuran ve kurumda kalan hastalar gibi seçilmiş bir popülasyondan oluşması, aynı zamanda çalışmanın kısıtlılığını da teşkil etmektedir. Nitekim Alexopoulos ve ark.da bu durumun altını çizip, toplum kökenli hasta grupları ile ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasının gerekliliğini belirtmişlerdir. Bizde bu görüşe katılmaktayız.

SONUC:

CDDÖ'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik analizinde yeterli tekrarlanabilirlik ve iç tutarlılık güvenilirliğine ve de geçerliliğe sahip olduğu tespit edilerek, demans hastalarında depresyonun tanınması, takibi ve bilimsel amaçlarla kullanılabilmesi amacıyla geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.

ÖZET:

Bu çalışmanın amacı Cornell Demansta Depresyon Ölçeğinin (CDDÖ) Türk demans hastalarında geçerlik ve güvenilirliğini araştırmaktır.

DSM-IV kriterlerine göre demans tanısı almış 105 denek çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalara CDDÖ'nin yanı sıra DSM –IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Standardize Mini Mental Test (SMMT), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Global Yıkım Ölçeği (GYÖ) ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Geçerlik çalışması ölçek toplam puanının, SCID-I ile yapılan klinik görüşme sonucu konan tanıyla karşılaştırılması şeklinde yapılmıştır.

Ölçeğin test-tekrar test tutarlılığı (r : 0.795) ve iç tutarlılığı (α : 0.885) yüksek bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam skorunun ve 15. madde dışında kalan diğer maddelerinin depresyonu olan demans hastalarını, depresyonu olmayanlardan ayırt edebildiği gösterilmiştir.

Sonuç olarak CDDÖ Türkçe versiyonu demans hastalarında depresyon araştırılması için geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

SUMMARY:

The aim of this study was to investigate the validity and reliability of the Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) in Turkish demented patients.

105 patients with Alzheimer's disease, fulfilling DSM-IV criteria of dementia were included in the study. Besides the Turkish version of CSDD, Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), Global Deterioration Scale and sociodemographic data form were applied to all patients. The validity study was based on comparisons between total score of the scale and diagnoses established by using SCID-I.

A high test-retest reliability ($r: 0.885$) and internal consistency ($\alpha: 0.795$) were found. The total score and the items of the scale was discriminated the demented patients with depression from demented patients without depression except for item 15.

In conclusion, the Turkish version of CSDD was found to be a reliable and valid instrument in investigating depression in dementia.

REFERANSLAR:

- 1) TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Hizmetleri, <http://www.shcek.gov.tr>
- 2) De Beauvoir S. Yaşlılık (Çev: M. Ali Kayabal) Milliyet Yayınları, 1970
- 3) Mumcu C, Yazgan Ç. Yaşlılık ve Depresyon (1. baskı) Okuyan Us Yayın, 2002 pp 39-43
- 4) Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (8. baskı) Nobel Tıp Kitabevleri, 2001 pp 106
- 5) Şahin M, Yalçın M. (2003), Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Türk Geriatri Dergisi; 6(1): 10-13
- 6) Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. (2004), Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi; 7(2): 105-110
- 7) Eker E. Yaşlılık Psikiyatrisi. Güleç C, Köroğlu E. (eds). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. 1998; pp 1263-1290
- 8) TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri, Nüfus ve Demografi, 2004 <http://nkg.die.gov.tr>
- 9) Baldwin RC. (2002) Research into depressive disorder in later life: who is doing what? A literature search from 1998-2001. Int Psychogeriatr;14(4):335-46.
- 10) Gallo JJ, Lebowitz BD. (1999) The Epidemiology of Common Late-Life Mental Disorders in the Community: Themes for the New Century. Psychiatric Services; 50: 1158-1166
- 11) National Institutes of Health (NIH) Consensus Panel on Depression in Late Life. (1992) Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. Journal of the American Medical Association 268: 1018-1024.
- 12) DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV), Text Revision. Washington D.C. and London, England: American Psychiatric Association, 2000
- 13) Wells KB, Stewart K, Hays AD ve ark. (1989), The functioning and well-being of depressed outpatients: results from medical outcomes study. JAMA; 262: 914-19

- 14) Blazer DL, Hybels CF, Prepers CF. (2001) The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways, *J Gerontol A Biol Med Sci*; 56(8): M505-9
- 15) Copeland JRM, Dewey ME, Saunders PA (çev: Kaplan İ). 1992 Yaşlılarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 3(1): 3-7
- 16) Blazer DG. (2003) Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 58(3):249-65.
- 17) Gottfries CG. (2001), Late life depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 251 Suppl 2:II57-61.
- 18) Saz P, Dewey ME. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*; 16(6):622-30.
- 19) Yaffe K, Edwards ER, Covinsky KE ve ark. (2003). Depressive symptoms and risk of mortality in frail, community-living elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry*; 11(5):561-7.
- 20) Kesler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 51:8-20
- 21) Angst J. (1992) Epidemiology of depression. *Psychopharmacology* 106: 71-74
- 22) Wittchen HU, Essau CA, von Zersen D ve ark. (1992), Lifetime and 6 month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up Study. *Eur Arch psychiatry Clin Neurosci*; 241: 247-258
- 23) Hollifield M, Katon W, Spain D ve ark. (1990), Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: a comparison with the United States. *Br J Psychiatry*; 156:343-350
- 24) Kuey L, Gulec C. (1989). Depression in Turkey in the 1980s: epidemiological and clinical approaches. *Clin Neuropharmacol*; 12 Suppl 2:S1-12.
- 25) Kılıç C. (1997). Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Türkiye ruh sağlığı profili. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

- 26) Doğan O, Gölmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların epidemiyolojisi. Dilek matbaası, Sivas
- 27) Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. (1999), Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry.; 174:307-11.
- 28) Chen R, Copeland JR, Wei L. (1999) A meta-analysis of epidemiological studies in depression of older people in the People's Republic of China. Int J Geriatr Psychiatry. 14(10):821-30
- 29) Copeland JRM, Beekman AT, Dewey ME ve ark. (1999) Depression in Europe: geographical distribution among older people. Br J Psychiatry; 174:312-21
- 30) Copeland JR, Gurland BJ, Dewey ME ve ark. (1987) Is there more dementia, depression and neurosis in New York? A comparative study of the elderly in New York and London using the computer diagnosis AGE CAT. Br J Psychiatry; 151:466-73.
- 31) Copeland JR, Dewey ME, Wood N ve ark. (1987) Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGE CAT package. Br J Psychiatry; 150:815-23.
- 32) Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG ve ark. (1997) Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. J Am Geriatr Soc; 45(5):570-8.
- 33) Uçku R, Küey L. (1992) Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi. Nöropsikiyatri Arşivi; 29(1): 15-20
- 34) Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark. (2001), Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma Türk Psikiyatri Dergisi; 12(4):251-259
- 35) Şahin M, Yalçın M. (2003), Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Türk Geriatri Dergisi; 6(1): 10-13
- 36) Abrams RC, Teresi JA, Butin DN. (1992), Depression in nursing home residents. Clin Geriatr Med.; 8(2):309-22.
- 37) Demet MM, Taşkın EO, Deniz F ve ark. (2002) Manisa Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi; 13(4):290-299

- 38) Sütölk Z, Demirhindi H, Savaş N ve ark. (2004) Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*; 7(3): 148-151
- 39) Kurtoğlu DT, Rezaki SM. (1999), Huzurevinde Yaşlılarda Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 10(3): 173-179
- 40) Chow ESL, Kong BMH, Wong MTP ve ark. (2004) The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home residents in Hong Kong. *Int j Geriatr Psychiatry*; 19: 734-740
- 41) Teresi J, Abrams R, Holmes D ve ark. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*;36(12): 613-20.
- 42) Jones RN, Marcantonio ER, Rabinowitz T. (2003), Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *J Am Geriatr Soc.*; 51(10):1404-9.
- 43) Evans S, Katona C. (2003) Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia.*; 4(6):327-33.
- 44) Bugay G, Ertan T, Eker E ve ark. (2004) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dahiliye Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran hastalarda depresyon sıklığı ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi. V. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu. 10-12 Haziran 2004 Polat Renaissance Otel - İstanbul
- 45) Kaya B. (1999), Yaşlılık ve depresyon-1: tanı ve değerlendirme. *Türk Geriatri Dergisi*; 2(2): 76-82
- 46) Yazgan Ç, Mumcu Ç. Yaşlılık ve depresyon (1. baskı) Okuyan Us Yayın, 2002 pp 49-111
- 47) Alexopoulos GS (2000) *Geriatric Psychiatry: Mood Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7. Baskı, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, s. 3060-3068.*
- 48) Palsson S, Skoog I. (1997) The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *Int Clin Psychopharmacol.*; 12 Suppl 7:S3-13.
- 49) Steffens DC, Skoog I, Norton MC ve ark. (2000), Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry.*; 57(6):601-7.

- 50) Copeland JR, Chen R, Dewey ME ve ark. (1999), Community-based case-control study of depression in older people. Cases and sub-cases from the MRC-ALPHA Study. *Br J Psychiatry.*; 175:340-7.
- 51) Mesulam MM. *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology* (2nd edition) Oxford University Press (2000); pp: 439-522
- 52) Clark DG, Cummings JL. (çev:Sevinçok L) (2003), Demans tanısı ve tedavisi: bir güncelleştirme. *Demans Dergisi*; 1:21-29
- 53) Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL ve ark. (2001), Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). *Neurology*, 56:1143-1153.
- 54) Stevens T, Livingstone G, Kitchen G ve ark. 2002 Islington study of dementia subtypes in the community. *Br J Psychiatry*; 180: 270-276
- 55) Hendrie HC. 1998 Epidemiology of Dementia and Alzheimer's Disease *Am J Geriatr Psychiatry*; 6(2 Suppl 1): S3-18.
- 56) Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L ve ark. (2000), Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology.*; 54(11 Suppl 5):S4-9.
- 57) Shaji S, Bose S, Verghese A. (2005), Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. *Br J Psychiatry.*; 186:136-40.
- 58) Farrag A, Farwiz HM, Khedr EH ve ark. (1998), Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders: Assuit-Upper Egypt study. *Dement Geriatr Cogn Disord*; 9:323-328
- 59) Jorm AF, Jolley D. (1998) The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology.*;51(3):728-33.
- 60) Matthews FE, Denning T. (2002), Prevalence of dementia in institutional care. *Lancet*; 360(9328):225-6.
- 61) Esquivel CA, Alvarado ABH, Rodriguez ROT ve ark. (2004) Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in elders of nursing homes and a senior center of Durango City, Mexico. *BMC Psychiatry*; 4:3
- 62) Magaziner J, German P, Zimmerman SI ve ark. (2000) 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. Gerontologist*; 40(6):663-72.
- 63) Bulut S, Ekici İ, Polat A ve ark. (2002), Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları. *Demans Dergisi*; 2 :105-110
- 64) Gonzalez-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A ve ark. (2000): Quality of life of patients with dementia in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 15:181–189.
- 65) Stern Y, Tang MX, Albert MS ve ark. (1997): Predicting time to nursing home care and death in individuals with Alzheimer disease. *JAMA* 277:806–12.
- 66) Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M (1990): Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 147:1049–1051.
- 67) Gonzalez-Salvador T, Arango C, Lyketsos CG, Barba AC (1999): The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry* 14:701–710.
- 68) Murman DL, Chen Q, Powell MC ve ark. (2002): The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology* 59:1721–1729.
- 69) Lyketsos CG, Olin J (2002): Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment. *Biol Psychiatry* 52:243–252.
- 70) Lee HB, Lyketsos CG. (2003): Depression in Alzheimer's Disease: Heterogeneity and related issues. *Biol Psychiatry*; 54:353-362
- 71) Burns A, Jacoby R, Levy R (1990): Psychiatric phenomena in Alzheimer disease. III. Disorders of mood. *Br J Psychiatry* 157:81–86.
- 72) Garre-Olmo J, Lopez-Pousa S, Vilalta-Franch J ve ark. (2003) Evolution of depressive symptoms in Alzheimer disease: one-year follow-up. *Alzheimer Dis Assoc Disord.*;17(2):77-85.
- 73) Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. (2004) Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *Int Psychogeriatr.*;16(1):61-74.
- 74) Tractenberg RE, Weiner MF, Patterson MB ve ark. (2003) Comorbidity of psychopathological domains in community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*;16(2):94-9.

- 75) Ballard C, Bannister C, Solis M ve ark. (1996) The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *J Affect Disord.*;36(3-4):135-44.
- 76) Snowdon J, Lane F. (2001) The prevalence and outcome of depression and dementia in Botany's elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry.*;16(3):293-9.
- 77) Lyketsos CG, Steinberg M, Tschantz J ve ark. (2000): Mental and neuropsychiatric symptoms in dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 157:708–714.
- 78) Chan DC, Kasper JD, Black BS ve ark. (2003) Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical Care Study. *Int J Geriatr Psychiatry*; 18: 174–182.
- 79) Olin JT, Schneider LS, Katz IR ve ark. (2002) Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*;10(2):125-8.
- 80) Mulsant BH, Ganguli M (1999): Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 60(suppl 20):9–15.
- 81) McGuire MH, Rabins PV (1994): Mood disorders. In: Coffey CE, Cummings JL, editors. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 246–260.
- 82) Marin RS (1990): Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry* 147:22–30.
- 83) Marin RS, Biedrzycki RC, Firinciogullari S (1993): The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affect Disord* 28:7–14.
- 84) Breitner JC, Wyse BW, Anthony JC ve ark. (1999): APOE-epsilon4 count predicts age when prevalence of AD increases, then declines: The Cache County Study. *Neurology* 55:161–162.
- 85) Lyketsos CG, Sheppard JM, Steinberg M ve ark. (2001) Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: the Cache County study. *Int J Geriatr Psychiatry*;16(11):1043-53.
- 86) Gallo JJ, Rabins PV (1999): Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 60:820–826.

- 87) Eker E. (1999) Demansta depresyon. Nöropsikiyatri Arşivi; 36(2): 110-114
- 88) MacKenzie TB, Robiner WN, Knopman DS (1989): Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 146:1174–1178.
- 89) Logsdon RG, Teri L. (1995) Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. J Am Geriatrics Society, 43: 150-155
- 90) Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC ve ark. (1988) Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry; 23:271-284
- 91) Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoglu N ve ark. (2003) Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(4):263-271
- 92) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL ve ark. (1983) Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, 17:37-49.
- 93) Ertan T, Eker E (1997) Reliability, validity and factor structure of the Geriatric Depression Scale in Turkish Elderly: are there different factor structures for different cultures? International Psychogeriatrics 12(2):163-172
- 94) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975) Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res;12:189–98.
- 95) Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi; 13(4): 273-281
- 96) Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ (1982) The global deterioration scale for assesment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry; 139:1136-9
- 97) First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV) Washington DC, American Psychiatric Press
- 98) Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi; 12:233-236

- 99) Harwood DG, Ownby RL, Barker WW, Duara R. (1998) The Factor Structure of the Cornell Scale for Depression in Dementia Among Probable Alzheimer's Disease Patients. *Am J Geriatr Psychiatry*; 6:212-220
- 100) Schreiner AS, Hayakawa H, Morimoto T, Kakuma T. (2003) Screening for late life depression: cut-off scores for the Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia among Japanese subjects. *Int J Geriatr Psychiatry*; 18: 498-505
- 101) Kurlowics LH, Evans LK, Strumpf NE, Maislin G. (2002) A Psychometric Evaluation of the Cornell Scale for Depression in Dementia in a Frail, Nursing Home Population. *Am J Geriatr Psychiatry*; 10: 600-608



CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA

Name: _____ **Age:** _____ **Sex:** _____ **Date:** _____
Address: _____ **Telephone:** _____
Inpatient **Nursing Home Resident** **Outpatient**

Scoring System

a= unable to evaluate **1= mild or intermittent**
0= absent **2= severe**

A. Mood-Related Signs

1. Anxiety	a	0	1	2
anxious expression, ruminations, worrying				
2. Sadness	a	0	1	2
sad expression, sad voice, tearfulness				
3. Lack of reactivity to pleseant events	a	0	1	2
4.Irritability	a	0	1	2
easily annoyed, short tempered				

B. Behavioral Disturbance

5. Agitation	a	0	1	2
restlessness, handwringing, hairpulling				
6. Rertardation	a	0	1	2
slow movements, slow speech, slow reactions				
7. Multiple physical complaints (score 0 if GI symptoms only)	a	0	1	2
8. Loss of interest	a	0	1	2
less involved in usual activities (score only if change ocurred acutely, i.e., in less than 1 month)				

C. Physical Signs

9. Appetite loss eating less than usual	a	0	1	2
10. Weight loss (score 2 if greater than 5 lb in 1 month)	a	0	1	2
11. Lack of energy fatigues easily, unable to sustain activities (score only if change occurred acutely, i.e., in less than 1 month)	a	0	1	2

D. Cyclic Functions

12. Diurnal variation of mood symptoms worse in the morning	a	0	1	2
13. Difficulty falling in asleep later than usual for this individual	a	0	1	2
14. Multiple awakenings during sleep	a	0	1	2
15. Early morning awakening earlier than usual for this individual	a	0	1	2

E. Ideational Disturbance

16. Suicide feels life is not worth living, has suicidal wishes, or makes suicide attempt	a	0	1	2
17. Poor self-esteem self-blame, self-depreciation, feelings of failure	a	0	1	2
18. Pessimism anticipation of the worst	a	0	1	2
19. Mood-congruent delusions delusions of poverty, illness, or loss	a	0	1	2

CORNELL DEMANSTA DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: Yaş: Cinsiyet: Tarih:
Adres: Telefon:
Yatan Hasta: Huzurevi Hastası: Poliklinik Hastası:

Puanlama Sistemi

a= Değerlendirilemiyor
0= Yok

1= Hafif yada aralıklı
2= Şiddetli

A. Duygudurumla İlişkili Belirtiler

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Anksiyete
Endişeli bir yüz ifadesi,
ruminasyonlar, kaygılı görünüm | a | 0 | 1 | 2 |
| 2. Çökkün hal
Üzgün görünüm, üzgün bir
ses tonu, ağlama, ağlayacak
gibi olma | a | 0 | 1 | 2 |
| 3. Zevk alınacak olaylara tepki göstermeme | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. İrritabilite
Çabuk kızma, çabuk öfkelenme | a | 0 | 1 | 2 |

B. Davranış Bozukluğu

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Ajitasyon
Yerinde duramama, ellerini
ovuşturma, saçlarını çekme | a | 0 | 1 | 2 |
| 6. Retardasyon
Yavaş hareket etme,
yavaş konuşma, yavaş reaksiyonlar | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. Çok çeşitli fiziksel yakınmalar
(Şayet sadece gastrointestinal semptomlar
varsa 0 puan verilir) | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. İlgî kaybı
Alışılmış aktivitelere katılımda azalma
(Değişiklik birden olduğunda puan
verilmesi, örneğin 1 aydan daha az
süre içinde) | a | 0 | 1 | 2 |

C. Fiziksel Belirtiler

9. İştah kaybı	a	0	1	2
Normalden daha az yeme				
10. Kilo kaybı	a	0	1	2
(Bir ayda 2 kg'dan daha fazla kayıp edilmişse 2 puan)				
11. Enerji kaybı	a	0	1	2
Kolay yorulma, günlük aktiviteleri sürdürmemeye (Değişiklik birden olduğunda puan verilmesi örn. 1 aydan daha az bir süre içinde)				

D. Döngüsel Fonksiyonlar

12. Duygudurumda döngüsel değişimler	a	0	1	2
Semptomların sabah kötüleşmesi				
13. Uykuya dalmada zorluk	a	0	1	2
Hasta için alışılmışından daha uzun sürede uykuya dalma				
14. Uyku süresince sık sık uyanma	a	0	1	2
15. Sabahları erken uyanmalar	a	0	1	2
Hasta için alışılmışından daha erken				

E. Düşünce Bozukluğu

16. İntihar	a	0	1	2
Hayatın yaşamaya değmez olduğunu hissetme, intihar arzusunun bulunması veya intihar girişiminde bulunma				
17. Kişinin kendine olan saygısında azalma	a	0	1	2
Kendini kınama, kendini küçük görme, yetersizlik duyguları				
18. Kötümserlik	a	0	1	2
Çok kötü şeylerin olacağını bekleme				
19. Duygudurumla uyumlu hezeyanlar	a	0	1	2
Fakirlik, hastalık, kayıp hezeyanları				