

Dr. Canan G. TEZEL
Dr. Afıtap İÇAĞASIOĞLU
Dr. Ayşen KARABULUT
Dr. Şeyma KOLUKISA
Dr. Huriye KESKİN



GERİATRİ HASTALARINDA BİLİŞSEL DÜZEY, DEPRESYON, FONKSİYONEL KAPASİTE DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF COGNITIVE LEVEL, DEPRESSION SYMPTOMS, FUNCTIONAL CAPACITY IN GERIATRIC PATIENTS

ÖZ

Bu çalışmanın amacı Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne lökomotor sistem yakınmasıyla başvuran geriatri hastalarında demografik özellikleri belirlemek ve kognitif düzey, fonksiyonel kapasite ve depresyon varlığını incelemektir.

65 yaş ve üstü hastalarda doktor ile yüz yüze görüşme tekniğiyle Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMDD), SF-36 kısa form sorgulamasıyla fonksiyonel inceleme ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ile depresyon varlığının değerlendirilmesi. İstatistiksel analizler Graph Pad Prisma V.3 paket programı, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey çoklu karşılaştırma ve bağımsız t testi .

91 hastanın ortalama yaşı 70 ve %77'si kadın. Fonksiyonel durum %50.44, esenlik %47, genel sağlık %42.5, global yaşam doyumu/kalitesi %46.65 bulunmuştur. Okur-yazar olmayanlarda tüm değerlendirmeler daha düşüktür. MMDD ile ortalama 22'in üzerindedir. Erkek ve emeklilerde daha yüksektir. GDS ile hastalar eşik değer civarındadır (10.47). Düşük gelir düzeyinde ve okur-yazar olmayanlarda daha yüksektir.

Sosyo-ekonomik düzeyin yükselmesiyle kognitif , fonksiyonel ve depresyon değerlendirmelerinin daha iyi sonuç verdiği gözlemlenmiştir. Hastaların yarıya yakınında depresyon varlığı ve bu grupta MMDD ile SF-36 kısa form incelenmesinin daha düşük değerlerde bulunması, geriatrik hastalarda depresyonun teşhisinin ve tedavisinin gerekliliğini vurgular.

Anabtar sözcükler: Geriatri, Depresyon, Bilişsel düzey, Fonksiyonel kapasite.

ABSTRACT

The objective of this study is to inquire the cognitive level, functional capacity, depression symptoms and to determine demographic characteristics in geriatric outpatients with musculoskeletal complaints.

Patients at the age of 65 years and above were assessed with Mini-Mental State Examination (MMSE), their functional capacity was measured with the short-form SF-36 scale and depression status was evaluated with the Geriatric Depression Scale (GDS) by the doctors in face-to-face interview. One-way variance analysis (ANOVA), Tukey for Multiple Comparison, t-Test were done for statistical analyses, using Graph Pad Prisma V 3 programme.

The mean age of our 91 patients was 70, and 77 % of them were women. The mean scores for SF-36 subscales were 50.44 % for functional state, 47 % for vitality, 42.5 % for general health perceptions and 46.65% for total life satisfaction / quality. All results were low in illiterate patients. The mean score of MMSE was higher than the threshold of 22. And it was higher in men and retired persons compared to others. The GDS mean score (10.47) was around the threshold level. It was higher in illiterates and low income group.

We observed that as the socio-economic level gets higher; the scores of cognitive, functional and depression assessments become higher. We found depression approximately in half of the patients. They had low SF-36 percentage and MMSE assessment score. These lead us to conclude that the diagnosis and treatment of depression in geriatric patients are required.

Key words: Geriatrics, Cognitive function, Depression, Functional capacity.

Geliş: 05/07/2004

Kabul: 10/11/2004

SSK Göztepe Eğitim Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İSTANBUL

İletişim: Dr. Canan G. Tezel, Cezmi-or Sokağı 8/1 Emek Apt. 81030 Çiftelavuzlar-Erenköy /İSTANBUL

GSM: 0532 445 49 29 • E-mail: ctezel@isbank.net.tr



GİRİŞ

Geriatrik rehabilitasyon, halk sağlığı alanında önemi giderek artan bir konudur. Genç erişkin ve düşkün yaşlıların rehabilitasyonları farklıdır. En çarpıcı farklılık, yaşlı gruptaki tıbbi problemlerin yüksek oranda oluşudur.

Mortaliteyi azaltmak; komplike tıbbi problemlerle çok sayıda morbiditeli yaşlı hastaların fonksiyonel durumlarını ve bilişsel fonksiyonlarını arttırmak temel bir geriatrik yaklaşımın hedefi olmalıdır. Bu da tıbbi ve rehabilitatif yaklaşım dışında görme, işitme, bilişsel fonksiyon, depresyon ve fonksiyonel durumun değerlendirilmesini gerektirir (1).

Biz de hastanemizde geriatrik hastaların demografik özellikleriyle beraber bilişsel durumlarını, depresyon varlığını ve fonksiyonel değerlendirmelerini görmek istedik.

Psikiyatrik teşhislerin de eşlik ettiği hastalarda ağrı yoğunluğu daha fazladır ve genel sağlık algılaması - canlılık- sosyal ve duygusal fonksiyonlar - genel mental sağlığı içeren yaşam kalitelerinde daha fazla bozukluk olur. Sonuçta rehabilitasyon sürecinde tedavi gayretlerinin yetersiz kalmasına neden olabilir (2,6). Batı toplumlarında, yaşlı grupta depresyon prevalansı %11,3 olarak bildirilmektedir (8). Somatik yakınmaların yaşlılarda depresyon dışı nedenlere bağlı olmasının yanı sıra, yaşlıda varolan bedensel hastalığa bağlı bedensel yakınmaların, hekim açısından depresyon tanısı koymakta güçlük yaratması ve sonuçta tanı alması gereken depresyonlu hastaların hekimlerin gözünden kaçması da mümkündür (8,9).

Düşük kognitif düzeyli hastaların günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) ve ambulasyonda bağımsızlık düzeyine ulaşmaları daha zordur. Hafif veya orta düzeyde kognitif yetersizliği olan yaşlı hastalar rehabilitasyondan faydalanabilir (1).

SF 36 skalası mobilitiyeyi etkileyen kronik durumlarda (örneğin siyatik ağrı, osteoartrit, kas-iskelet yakınmaları) uygulanabilir (3). SF 36'nın fonksiyonel durumu değerlendiren pek çok boyutu vardır ve rehabilitasyonda uygulanabilirliği mevcuttur (11).

Sağlık durumunu ölçmede, standart soruların standardize edilmiş cevaplarının skorlanması etkin bir yoldur (1,4).

GEREÇ ve YÖNTEM:

Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların kesitsel bir araştırılması yapıldı. Hastaların bilgilendirilmesini takiben yüzyüze görüşme tekniği ile anket formları doldurulmuştur.

Verilerin toplanması doktorlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Hastaların demografik ve ekonomik bilgilerinden sonra, bilişsel fonksiyonlarını değerlendirmek üzere standardize Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMDD) ve Eğitimsizler için standardize Mini Mental Test, depresyon varlığını araştırmak üzere geriatrik depresyon skalası ve fonksiyonel durumlarını değerlendirmek üzere SF 36 kısa form sorgulaması yapılmıştır.

Eğitilmiş ve Eğitimsizler için Standardize MMDD yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış 11 maddeden oluşur ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (18).

Bu testin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Kayatekin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1985). Daha sonra Günger ve ark. hafif demans tanısındaki geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmıştır (2002). Standardize MMDD'de eşik değer 23 olarak alınmıştır (7).

Geriatrik depresyon ölçeği, öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan; uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, vücutta ağrı ve sızı gibi somatik belirtiler olmak üzere yaşlı nüfus için depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek belirtilerin yer almadığı; yanıtları sadece evet veya hayır şeklinde olan bir ölçekten oluşmaktadır. Depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan verilerek toplam depresyon puanı hesaplanır. Eşik değer 11 olarak alınmıştır (8,9). (0 ila 11 arası depresyon yok, 11 ila 14 arası olası depresyon, 14 ve üstü depresyon lehine değerlendirilmiştir).

11 ve üstü skora sahip hastalar bir psikiyatrist tarafından DSM IV kriterlerine göre değerlendirmeye alınmıştır. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Erten ve ark. tarafından yapılmıştır (9).

Geriatrik depresyon ölçeğinde okur-yazar olmayan hastalar için sorular ve yanıtları, en fazla 2 kez olmak üzere anlaşılır ve net bir ses tonuyla yorumsuz, okunmuştur.

SF 36 skalası yaşam kalitesinin 8 boyutunu (Fizik fonksiyon, emosyonel ve fiziksel rol yetersizliği, vücut ağrısı, genel sağlık algılaması, canlılık, sosyal fonksiyonları, genel mental sağlık) inceler. Genel sağlık değerlendirilmeleri ve değişikliklerinin tespitinde kullanılır (2,4,11).

İstatistiksel analizler Graph Pad Prisma V.3 paket programıyla yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA), alt grupların karşılaştırılmasında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız t-testi kullanılmıştır. Sonuçlar anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya 21'i erkek (%23), 70'i kadın (%77) olan toplam 91 hasta alındı. Grubun yaş ortalaması 70.56 ± 5.05 olarak saptandı.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo I'de sunulmuştur.

Poliklinik hastalarının çoğunluğunda lökomotor tanı osteoartrit idi (%36.3). Osteoporoz %24.2'lik bir oranla ikinci sıklıkta izleniyordu. Osteoartrit tanılı hastaların çoğunluğu diz osteoartriti idi (%17.6).

Hastaların 69'unda (%75.8) sistemik bir hastalık mevcuttu. Lökomotor sistem dışındaki sistemik hastalık tanıları içinde %20.9 ile hipertansiyon en sık rastlanılan hastalık olarak tespit edildi. Koroner kalp hastalığı, guatr, diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi diğer sistemik hastalıklara eşlik eden hipertansiyonun görülme oranı %61.5'e çıkıyordu.

Araştırılan hastaların %82.4'ünde kronik ilaç (antihipertansifler, antiagreganlar başta olmak üzere) kullanımı tespit edildi.



Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Hasta Sayısı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	70	76.9
Erkek	21	23.1
Medeni Durum		
Evli	39	42.9
Bekar	52	57.1
Çocuk Sayısı		
0	7	7.7
1	8	8.8
2	16	17.6
3	23	25.3
4	13	14.3
5 ve üstü	24	26.4
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	36	39.6
Okur-yazar	10	11.0
İlkokul	22	24.2
Ortaokul	5	5.5
Lise	15	16.5
Yüksekokul	3	3.3
Aylık Gelir (Milyon TL)		
<500	67	73.6
500-1000	21	23.1
>1000	3	3.3
Oturduğu Ev		
Kira	14	15.4
Ailenin	77	84.6
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	74	81.3
Geniş Aile	17	18.7

Kognitif Fonksiyon

Standardize MMDD ile hastanın bilişsel fonksiyonları 22'nin üzerinde bulundu (ort. 23.76 ± 4.41). Erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek sonuç ortaya çıktı. (p<0.05). Ayrıca ev hanımlarına kıyasla emeklilerde de MM skor anlamlı yüksek bulundu (p<0.0001). Bir diğer anlamlı farklılık da çekirdek ailede yaşayanların daha yüksek skora sahip olmalıydı (p<0,05). Kronik ilaç kullananlarda (p<0.01), yüksekokul, ortaokul ve lise, ilkokul sırasıyla olmak üzere okuma yazması olanlarda da (p<0.0001) skor yüksek idi.

Depresyonun Değerlendirilmesi

Kadın hastaların %41'i, erkek hastaların ise %33'ü GDÖ'nin eşik değerinin üstünde bulundu, gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Okur-yazar olmayanlarda %61 ile depresyon lehine anlamlı bir oran bulunmuştur (p<0.01). Yine aylık geliri 500 milyon liranın altında olanlarda skor yüksektir (p<0.05). Medeni durum ve aile yapısı açısından fark tespit edilmemiştir.

Fonksiyonel Durum

SF 36 kısa form ile fonksiyonel durum ortalaması %50.44, esenlik ortalaması %47, genel sağlık %42.5, global yaşam doyumu kalitesi %46.65 tespit edilmiştir. Bu alt boyutlarda cinsiyet, medeni durum, ev sahibi olmak, aile yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Ev hanımlarına kıyasla emeklilerde fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam doyumu/kalitesi, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p<0.001; p<0.05; p<0.01 sırasıyla).

Kronik ilaç kullananlarda, genel sağlık skoru anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05). Gelir düzeyi 1 milyarın üzerinde olan grupta fonksiyonel durum ve global yaşam doyumu/ kalitesi daha yüksektir (p<0.05).

Okur-yazar olmayanların SF 36 tüm boyutları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunulmuştur (p<0.001'den p<0.05'e kadar).

Tablo 2'de uygulanan testlerin özeti sunulmuştur.



Tablo 2. Uygulanan testlerin özeti

	Erkek (n:21)	(SD)	Kadın (n:70)	(SD)	p	Ortalama	(SD)
MMDD	25.52	3.39	23.23	4.57	<0.05*	23.76	4.41
GDÖ	9.90	6.74	10.64	6.95	>0.05	10.47	6.87
Fonksiyonel durum	61.15	29.52	47.23	25.27	>0.05	50.44	26.80
Esenlik	49.59	15.27	46.22	17.68	>0.05	47.00	17.13
Genel Sağlık Doyumu/Kalitesi	41.55	10.11	42.79	11.89	>0.05	42.50	11.46

*2 grup arasında istatistiksel anlamlılık

TARTIŞMA

Mosqueda LA'a göre geriatrik rehabilitasyona seçilecek hastalarda fonksiyonel yetersizlik, medikal sorunlar ,psikolojik fonksiyon ve sosyal destek önemlidir (13). Çalışmada, geriatrik grubun sosyo-demografik özellikleriyle kognitif, fonksiyonel ve depresif belirti boyutları irdelenmiştir.

Hastaların çoğunda en az bir sistemik hastalık varlığı ve yaklaşık %82 'sinde kronik ilaç kullanımı literatür ile uyumludur (1). Wilkonson ve arkadaşları geriatrik rehabilitasyon ünitelerindeki hastaların %86' sının medikal müdahaleye gereksinimlerinin olduğunu belirtmiştir (12). Bizim hastalarımızın da %82.4' ünde kronik ilaç kullanımı bulunmuştur. Sistemik hastalığı olanlarda esenlik skorunun daha düşük olması beklenen bir sonuçken, kronik ilaç kullanımında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Ancak ilaç kullananlarda genel sağlık değerlendirmesinin daha yüksek bulunması ve bunlarda MMDD skorunun da daha yüksek olması ilginç bir sonuçtur. Belki de hastanın ilaç kullanmak için günlük programlama yapmasının katkısı mevcuttur. Ayrıca ilaçların etkilerini de tartışmak gerekir.

Depresyon , hastaların rehabilitasyona katılımını düşürebilir (12), yaşam kalitesine olumsuz etki edebilir ve daha fazla ağrı yakınmalarına neden olabilir (2,6,15,16,17), yaş ilerledikçe tanısındaki zorluklar artar (9), mevcut tıbbi problemlerin tedavisini zorlaştırabilir (14). Düşük gelir düzeyi ile okur-yazar olmayanlarda depresyon skorunun daha yüksek olması literatürde epidemiyolojik çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (6). Cinsiyet, medeni durum, aile yapısı açısından anlamlı fark ortaya çıkmamıştır.

Eşik değer üzerinde puanı olan 39 hastanın uzman bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmesi sonucu 4 hasta hariç anti-depresan veya anksiyolitik tedavi verilmiştir.

Literatürde depresyon prevalansındaki farklılık metodolojik ve klinik farklılıklara bağlıdır (2).

Bilişsel fonksiyon da rehabilitasyon potansiyelinin değerlendirilmesinde önemlidir (1). Standardize MMDD ile erkeklerde ve emeklilerde daha yüksek skor çıkması toplumumuzda hanımların genellikle evde oturmaları ve ev işleri ile meşgul olmaları nedeniyle olabilir. Ortalama düzey 23.76 olarak bulunduğundan daha ileri bir incelemeye gerek duyulmamıştır.

Yaşam kalitesinde fonksiyonel durumun değerlendirilmesi rehabilitasyon sürecinde belirleyicidir(1). SF 36 jenerik bir öl-

çüm metodu olduğundan tercih edilmiştir. Ancak literatürde hedef ölçümleriyle beraber yapılması da önerilmektedir(3). Çalışmada, sadece bir grup hastalık ele alınmadığı için ikinci bir ölçüme gerek duyulmamıştır.

Cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, evinin olup olmaması SF 36 değerlendirmesinde fonksiyonel farklılık göstermemişken, emeklilerde fonksiyonel durum, esenlik, global yaşam doyumu anlamlı düzeyde iyi çıkmıştır.Kıyaslanan ev hanımları grubuna göre emeklilerin ev dışı faaliyetlerini sürdürmesi, daha faal olmaları bu farkı ortaya çıkarıyor olabilir.

Gelir düzeyinin artışına paralel olarak fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesinin yükselen skora ulaşması beklenen bir sonuçken, en anlamlı değişikliğin, geliri 500 milyon ile 1 milyar lira arasında olanlarda ortaya çıkması ve 1 milyardan üzerindeki istatistiksel anlamlılık görülmemesi şaşırtıcıdır. Ancak 1 milyardan üzerinde geliri olan üç hastanın bulunması ve standart sapmanın büyük olması istatistiksel olarak sonucu etkiliyor olabilir.

Okur-yazar olmayan hastalarla, ortaokul veya liseyi bitirenler arasında MMDD, GDÖ,SF 36'nın tüm boyutlarında istatistiksel anlamda farklılık bulunması literatür ile uyumlu gözükmektedir (5). Yüksekokul mezunu olan sadece üç hasta bulunduğu ve standart sapmaları yüksek olduğundan belirgin farklılık ortaokul, lise düzeyinde ortaya çıkmıştır.

Okur-yazar olmayanlarda depresyon ve kognitif yetersizlik daha yüksek oranda, fonksiyonel durum daha düşük düzeydedir. Ayrıca depresyon lehine yüksek skoru olanlarda MMDD anlamlı olarak daha düşük ve SF 36'nın tüm boyutları anlamlı düzeyde daha düşük yüzdeye sahiptir. Yine bu grup, okur-yazar olmayanların en fazla bulunduğu ve aylık geliri en düşük hastaların yer aldığı gruptur.

Sonuç olarak geriatrik hastaların değerlendirilmesinde bilişsel durum, depresyon varlığı, fonksiyonel değerlendirme ve sistemik hastalık , kronik ilaç kullanımı, gelir düzeyi , sosyal yapı ilişkisi gözönüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wells J.L, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Kneefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: Review of frailty and comprehensive geriatric assessment. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84: 890-897.



2. Hörter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 461-468
3. Hays RD, Hahn H, Marshall G. Use of the SF-36 and other health related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; (Suppl 2) 83:S4-S9
4. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short -form health survey (SF-36). *Medical Care* 1992; 30(6): 473-483
5. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlation in older adults. *Am JEpidemiology* 1983; 117(2):173-185
6. Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the national health and nutrition examination. I.Epidemiologic follow-up study. *Pain* 1993; 53: 163-168
7. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiatri Dergisi* 2002; 13(4): 273-281
8. Ertan T, Eker E, şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiatri Arşivi* 1997(34):1: 62-71
9. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a priliminary report. *J Psychiat Res* 1983(17);1: 37-49
10. Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Barbisoni P, Sabatini T, Ranieri P, Guralnik JM, Trabucchi M. Geriatric index of comorbidity: Validation and comparison with other measures of comorbidity. *Age and Ageing* 2002; 31: 277-285
11. Hoenig H, Nusbaum N, Brummel-Smith K. Geriatric rehabilitation: State of the art. *JAGS* 1997; 45: 1371-1381
12. Wilkinson TJ, Buhrkuhl DC, Sainsbury R. Assessing and restoring function in elderly people-more than rehabilitation. *Clin Rehab* 1997; 11: 321-8
13. Mosqueda LA. Assessment of rehabilitation potential. *Clin Rehab*
14. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145(8): 976-981
15. Polantin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG. Psychiatric illness and chronic low-back pain. *Spine* 1993; 18(1): 66-71
16. Sullivan MJL, Reesor K, Mikail S, Fisher R. The treatment of depression in chronic low back pain: Review and recommendations. *Pain*; 1992; 50: 5-13
17. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67: 361-370
18. Molloy DW, Alemayehu E, Roberts R. Reliability of a standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. *Am J Psychiatry* 1991; 148:102-105.