

# Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Bilişsel Profil

## Cognitive Profile of Inpatients

Mehmet Yaman<sup>1</sup>, Hayri Demirbaş<sup>1</sup>, Derya Arslan<sup>1</sup>, Taner Coşkun<sup>1</sup>, Serdar Oruç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Neurology, Faculty of Medicine, Afyon Kocatepe University, Afyonkarahisar, Turkey

<sup>2</sup>Department of Neurology Afyon Sandıklı State Hospital, Afyonkarahisar, Turkey

### ÖZET

**Amaç:** Bilişsel bozulma hastaların hastanede yatış sürelerini olumsuz etkilemektedir. Hastaların bilişsel özelliklerinin önceden tanınması, tedavi başarısını etkiler. Biz hastanemizde yatan hastaların kognitif profillerini ortaya koymak istedik.

**Gereç ve Yöntemler:** 1-15 Şubat 2009 tarihleri arasında hastanemizde yatan 50 yaş ve üzeri 106 hasta bilişsel açıdan değerlendirildi. Koopere olmayacak kadar bilinç kaybı olanlar ve primer kognitif bozukluk nedeniyle hastanede yatan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İlk değerlendirilmede bilişsel yıkım tespit edilen hastalar demans polikliniğinde tekrar değerlendirilerek hastaların kognitif profilleri saptandı. Kognitif yıkım olan ve olmayan gruplar demografik özellikleri açısından karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Yüz altı hastanın 57'si (%53.7) MMSE'den 24 ve altı puan aldı. 106 hastanın 30'unda (%28.3) kognitif bozukluk olduğu saptandı. Bunların 22'si (%20.8) hafif kognitif bozukluk, 8'i (%7.5) ise primer demans sendromu idi. Kognitif yıkım olan ve olmayan gruplar incelendiğinde; cinsiyet ve soygeçmiş açısından fark saptanmadı ( $p=0.48$  ve  $p=0.58$ ). Kognitif yıkım olan grubun yaş ortalaması daha yüksek ve eğitim düzeyi daha düşüktü ( $p=0.008$  ve  $p=0.006$ ). Grupların MMSE puanları sırasıyla  $18.7\pm 2.3$  ve  $25.5\pm 2.2$  idi ( $p<0.001$ ). İlginç olarak unutkanlık yakınması, demans bulunmayan grupta daha fazlaydı (%33 ve %67). Ankete katılan hastaların %71'i unutkanlığın hastalık olmadığına ve tedavi edilemeyeceğine inanıyordu.

**Sonuç:** Yatarak tedavi gören hastalarda kognitif yetmezlik daha sık görülmektedir. Hastanın bakımından sorumlu yakınları ve sağlık personeli bu yetmezliğin farkında değildir.

**Anahtar Sözcükler:** Yatan hasta, bilişsel yetmezlik, sıklık

**Geliş tarihi:** 27.02.2011

**Kabul tarihi:** 04.05.2011

### ABSTRACT

**Objective:** Cognitive deterioration has negative effects on the duration of a patient's hospital stay. Pre-recognition of patients' cognitive characteristics affects treatment success. We want to put forward the cognitive profiles of inpatients.

**Material and Methods:** One hundred-six hospitalized patients over 50 years of age were assessed between 01-15 February 2009. Patients, not cooperative because of loss of consciousness and those who stayed in hospital because of primary cognitive disorder, have been excluded from study. At first evaluation, patients having cognitive deterioration have been re-evaluated at a dementia clinic and the patients' cognitive profile identified. Groups with or without cognitive deterioration were compared for demographic properties.

**Results:** Fifty-seven (%53.7) of 106 patients took 24, under 24 score from MMSE. 30 patients (28.3%) of 106 had mild cognitive deficiency. 8 patients (7.5%) had primary dementia syndrome. When groups with and without cognitive deterioration were examined, there was no difference in gender and family history ( $p=0.48$ ,  $p=0.58$ ). The mean age of the group with cognitive deterioration was higher, but lower educational level ( $p=0.008$ ,  $p=0.006$ ). MMSE scores were orderly  $18.7\pm 2.3$ ,  $25.5\pm 2.2$  ( $p<0.001$ ). Interestingly, complaints of forgetfulness were higher than normal in the patients (33%, 67%). 71% of patients believed that forgetfulness is not a disease and could not be treated.

**Conclusion:** Cognitive failure are seen more frequently in inpatients. Relatives, responsible for the patient and medical staff are not aware of failure.

**Key Words:** Inpatient, cognitive failure, frequency

**Received:** 27.02.2011

**Accepted:** 04.05.2011

### Giriş

Demans; kognitif yıkım başta olmak üzere kişilik değişiklikleri, psikiyatrik ve davranışsal semptomlar ile kendini gösteren bir sendromdur (1). Avrupa kıtasında 1996 yılında 65 yaş üzeri nüfusun %15'e yükseldiği bunun üçte biri 75 yaş üzeri olduğu belirtilmektedir. Önümüzdeki yüzyılda tüm dünyada yaşam süresinin daha da uzayacağı beklentisi, kognitif yıkımla seyreden hastalıklarda artış olacağını düşündürmektedir (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üzerinde %5 oranında şiddetli, %15 oranında ise hafif derecede demans bulunduğu ve yaşın ilerlemesiyle birlikte bu oranların hızla arttığı belirtilmektedir (3). Dünyada olduğu

gibi Türkiye'de de yaşlı nüfus sayısı giderek artmaktadır. Bu oranlar göz önüne alındığında kognitif yetmezliğin yaşlanan nüfusumuzda şimdi ve gelecekte önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu açıktır. Bilişsel yıkımla giden hastalıklarda son on yıllardaki bu artışa mukabil bizim kültürümüzde ise unutkanlık bir hastalık gözüyle değil de yaşın getirdiği doğal bir durum olarak algılanmaktadır.

Bilişsel yetmezliği olan yatan hastaların bilişsel yönden normal hastalara göre yatış sürelerinin daha uzun olduğu, daha fazla olumsuzluklar yaşandığı tespit edilmiştir. Bu hastaların hemşire bakımı ve tedavi takiplerinde zorluklar yaşanmaktadır (4, 5). Kognitif yetmezliği olan hastalarda mevcut hastalığının yanı sıra ek olarak düşmeler, ağrılar, idrar inkon-

tinansı, yatak yaraları, davranışsal problemler ve ajitasyonların görülme oranlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (6). Böyle hastalarda sağlık hizmeti veren personel çoğunlukla hastayı fiziksel olarak kısıtlama, sedatize etme ya da ilaçlarla mevcut şikayetini baskılama şeklinde bir yola başvurmaktadırlar. Oysaki yapılan çalışmalarda bu hastaların yatış süreçlerinde bilişsel kayıplarının erken fark edilmesi ve onun tedavisi hastanede kalış süresi, tedavinin etkinliği ve hasta/hasta yakınlarının konforu açısından büyük avantajlar sağladığı bildirilmiştir (7).

Bu çalışmanın amacı hastanenin tüm servislerinde değişik sebeplerle yatan hastaların unutkanlığa bakış açılarını değerlendirip, onların kognitif profillerini ortaya koymaktır. Ayrıca kognitif yetmezliği olanlara ve yakınlarına yaşamlarını kolaylaştıracak eğitim vermektir.

## Gereç ve Yöntemler

Çalışmaya Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane'sinde 1-15 Şubat 2009 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 50 yaş ve üzeri 106 hasta (61 erkek, 45 kadın) dahil edilmiştir. Çalışma hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Mini Mental State Examination (MMSE) testi uygulamak için yeterli bilinç düzeyine, kooperasyona, işitme ve görme yeteneğine sahip olmayan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Ayrıca nöroloji ve psikiyatri servislerinde kognitif fonksiyonları etkileyen hastalıklar (demans sendromları, parkinson hastalığı, depresyon, psikotik bozukluklar) nedeniyle yatan hastalar da çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalara hasta başı vizitlerde içerisinde kognitif fonksiyonları değerlendirmek için oluşturulmuş olan yarı yapılandır-

rılmış bir anket uygulanmıştır (Tablo 1). MMSE testi ile de bilişsel fonksiyonları değerlendirilmiştir (8). Beş yıldan daha kısa süreli eğitim almış olan hastalara eğitimsizler için mevcut olan MMSE testi uygulanırken, beş yıldan daha uzun süreli eğitimi olan hastalara eğitilmiş bireyler için hazırlanmış olan MMSE testi uygulanmıştır. MMSE testinden 24 üzeri puan alan hastalar kognitif fonksiyonlar açısından normal olarak kabul edilmiştir. MMSE testinden 24 ve daha düşük puan alan hastalar nöroloji polikliniğine davet edilerek kognitif fonksiyonlar açısından tekrar değerlendirilmiştir. Hastaların demans tanısı DSM-IV tanı kriterlerine göre konulmuştur. Muayene sırasında hastalar depresyon açısından sorgulanmış, sekonder demans ve pseudodemans açısından tetkikleri yapılmıştır. Kognitif yıkım saptanan ve saptanmayan hasta grupları demografik özellikleri açısından kıyaslanmıştır (Tablo 2). Parametrik veriler ortalamaya +/- standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t testi, chi square ve fishers exact testi kullanılmıştır. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo 1. Hastalara uygulanan anket soruları**

Eğitim düzeyiniz nedir?
Medeni durumunuz nedir?
Unutkanlığınız var mı?
Ne zamandır unutkanlığınız var?
Unutkanlık bir hastalık mıdır?
Unutkanlık tedavi edilebilir mi?
Ailenizde unutkanlık hastalığı olan var mı?

**Tablo 2. Bilişsel açıdan normal olanlarla olası demans olanların demografik özellikleri**

Özellikler	Olası Demans		Test	p Değeri	
	Hasta sayısı (n=106)	Var n=30 (%28.3)			Yok n=76 (%71.7)
<b>Yaş (ort±ss)</b>		69.1±8.6	63.7±9.5	T-test	<b>0.008</b>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın (n=55)		16 (%26)	45 (%74)	Chi-Square	0.58
Erkek (n=61)		14 (%31)	31 (%69)		
<b>Medeni durumu</b>					
Evli (n=84)		24 (%29)	60 (%71)	Chi-Square	0.90
Bekar (n=22)		6 (%27)	16 (%73)		
<b>Unutkanlık durumu</b>					
Var (n=55)		18 (%33)	37 (%67)	Chi-Square	0.29
Yok (n=51)		12 (%24)	39 (%76)		
<b>Ailede unutkanlık</b>					
Var (n=2)		1 (%50)	1 (%50)	Fishers exact test	0.48
Yok (n=104)		29 (%28)	75 (%72)		
<b>Unutkanlık süresi (ort±ss),yıl</b>		4.1±8.2	2.1±3.6	T-test	0.2
<b>Eğitim düzeyi (yıl)</b>		2.5±2.7	4.7±4.0	T-test	<b>0.006</b>
<b>MMSE puanı</b>		18.7±2.3	25.5±2.2	T-test	<b>&lt;0.001</b>
MMSE: Mini Mental State Examination					

## Bulgular

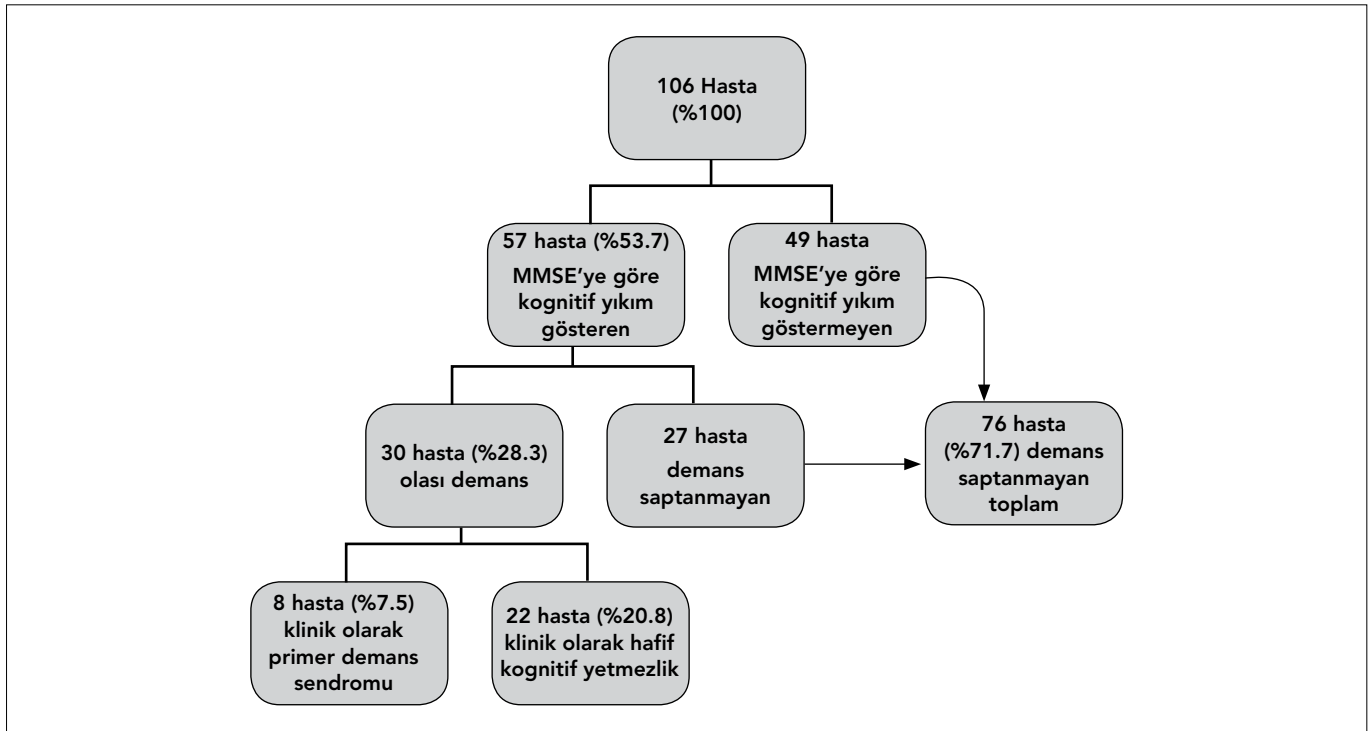
Çalışmaya dahil edilen 106 hastanın 57'si (%53.7) MMSE testinde 24 ve altı puan alırken bu hastaların detaylı değerlendirilmesi yapıldığında yalnızca 30'unda (%28.3) kognitif yıkım saptanmıştır. Yetmiş altı hastada ise (%71.7) kognitif yıkım tespit edilmemiştir. İki grubun demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet ( $p=0.58$ ), ailede demans öyküsü ( $p=0.48$ ) açısından farklılık saptanmamıştır. Kognitif fonksiyon bozukluğu olan grubun yaş ortalaması daha yüksek ( $p=0.008$ ), eğitim düzeyi daha düşük ( $p=0.006$ ) bulunmuştur. Kognitif yıkım tespit edilen hastaların %33'ü, kognitif yıkım tespit edilmeyen hastaların ise %67'si unutkanlık şikayetinden yakınmaktaydı. Kognitif yıkım saptanan hastaların ortalama unutkanlık süreleri  $4.1\pm 8.2$  yıl iken, kognitif yıkım tespit edilmeyen hastaların ortalama unutkanlık süreleri  $2.1\pm 3.6$  yıl olarak bulunmuştur ( $p=0.2$ ). Kognitif yıkım saptanan 30 hastanın 8'inde (%7.5) primer demans sendromu saptanırken, 22 hastada (%20.8) hafif kognitif bozukluk (HKB) tespit edilmiştir (Şekil 1). Kognitif yıkım bulguları elde edilen ve edilmeyen hastaların ortalama MMSE puanları sırasıyla  $18.7\pm 2.3$  ve  $25.5\pm 2.2$  olarak bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Ankete katılan hastalarımızın %71'i unutkanlığın hastalık olmadığını söyledi ve %71'i unutkanlık hastalığının tedavi edilemeyeceğine inanıyordu. Ancak bu iki soruda demans şüphesi olanlarla olmayanlar arasında anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla  $p=0.56$  ve  $p=0.34$ ).

## Tartışma

Bu çalışmamızda herhangi bir demans tanısı olmadan hastanede yatan hastaların 30 tanesinde (%28.3) kognitif yı-

kım saptanmıştır. Bu hastaların 22 tanesi hafif kognitif bozukluk (HKB), 7 tanesi Alzheimer Hastalığı (AH) ve bir tanesi ise davranış varyantı (Frontotemporal demans) idi. Yurdumuzda Gönen ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada %33.3 oranında demans ile ilişkili olabilecek bilişsel ve işlevsel bozukluk saptanmıştır (9). Bizim çalışmamızda daha düşük oranda demans ile ilişkili bozukluk bulmamızın nedeni onların 65 yaş üzeri hasta taramaları, bizim ise 50 yaş üzeri hasta taramamızdır. Gerçekten de demans şüphesi tespit edilen 30 hastamızın sadece 8 tanesi (%7.5) primer demans sendromu, 22 tanesi (%20.8) ise HKB idi. Bu hastalardan sadece bir tanesinin önceden tanı aldığını gördük. İlerleyen yaş ile birlikte bu 22 HKB hastanın Alzheimer hastalığı gibi primer demans sendromlarından biri olabileceği beklenen bir özelliktir (10, 11). Ayrıca bizim çalışmamızda da yaş ilerledikçe kognitif bozukluğun daha arttığını gördük. Dolayısıyla bizim bulgularımız ile Gönen ve arkadaşlarının bulguları örtüşmektedir. Hastanede yatan yaşlı bireylerde olası demans sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda Naylor ve arkadaşları %35, Douzenis ve arkadaşları %30.5 oranında demans ile ilişkili bilişsel yıkım tespit etmişlerdir (12, 13). Türkiye'de ve dünyada çok sayıda genel popülasyonda demans prevalansını ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalara göre genel popülasyonda demans sıklığı %2.4 ten %22.9'a kadar değişmektedir (14-17). Ülkemiz doğu bölgesinde Bulut ve arkadaşlarının yaptığı saha çalışmasında 65 yaş üstü kişilerde bilişsel yetmezlik oranının %10 olduğu ortaya çıkmıştır (18). Bütün bu çalışmaların ortak özelliği bilinen bir gerçek olan bilişsel bozuklukların ileri yaş toplumunda belirgin artış olduğunun teyit edilmesi ve hastanede yatan hastalarda bu oranların belirgin bir şekilde daha fazla olduğunun ortaya konmasıdır. Bizim çalışmamızda da yatan hastalarda kognitif yıkım oranları daha fazla idi. Bu faz-



Şekil 1. Hastaların dağılımı

laliğin asıl nedeninin kişilerde başka sistem hastalıklarının ya da sistemik hastalıkların bilişsel bozukluğa zemin hazırlaması ve kognitif yıkımı hızlandırması olduğunu düşünüyoruz.

Bu çalışmada demans şüphesi olan grup daha yaşlı ( $p=0.008$ ) ve eğitim düzeyleri daha düşük ( $p=0.006$ ) idi. Bu iki özellik şaşırtıcı değildi. Literatürde demans sıklığının yaş ilerledikçe ve düşük eğitimle birlikte arttığını gösteren çok sayıda çalışma vardır (9, 14, 17, 19, 20). Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda demans şüphesi olan grup ile bilişsel yetileri normal grup arasında cinsiyet ve ailede demans öyküsü açısından fark saptanmamıştır. Biz dul ya da bekarlığın bilişsel bozukluk için risk oluşturmadığını bulduk. Gönen ve arkadaşları da bizim sonuçlarımıza benzer bulgular elde etmişler (9). Oysa Uçku ve arkadaşları yaptıkları çalışmada dul ya da bekar olanlarda demansın belirgin bir şekilde daha fazla görüldüğünü vurgulamışlardır (21).

Bu çalışmada dikkati çeken bulgulardan bir tanesi de demans şüphesi olan hastaların sadece %33'ü unutkanlıktan yakınıyordu. Buna mukabil unutkanlık yakınması olan hastaların %67'sinde kognitif yetmezlik tespit edilmedi. Bunun sebebi bizim toplumumuzda şikayetlerin biraz abartılabileceği şeklinde algılanabilir. Bu durumun bir sebebi de hastaların primer hastalığına bağlı sekonder olarak kognitif yetileri etkilenmiş olabileceği gibi mevcut sağlık sorunlarının yol açtığı anksiyete ve demoralizasyon da olabilir. Fakat önemli bir neden ise bellek kaybının hastaneye yatış sürecinde ortaya çıkan ayrı bir semptom olduğu kabul edilmektedir (6).

Anket çalışmamızda elde ettiğimiz verilerden unutkanlığın bir hastalık kabul edilmemesi ve tedavi edilemeyeceği oranlarının fazla olması bu bölgenin kültürüne ait ek bir özellik olduğunu vurgulamak isteriz.

Sonuç olarak normal popülasyona göre hastanede yatan hastalarda bilişsel bozulma belirgin olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Hastanın tedavisini üstlenen hasta yakını, hemşire ya da doktor ele aldığı hastanın bilişsel yetilerinin farkında olmadığı görülmüştür. Herhangi bir hastalığın hem teşhisinde ve tedavisinde hem de bakımında bilişsel yetilerin çok önemli olduğu bilinmektedir (4, 9). Eğer bu kişilerin kognitif yetmezliği erken tanınır ve uygun girişimlerde bulunulursa hem hastaneye yatış nedeni olan hastalığının hem de kognitif yetmezliğin tedavisinde olumlu sonuçlar elde edilecektir. Asıl şikayeti olsa da olmasa da sağlık çalışanları ele aldıkları hastanın kognitif profilini kısa testlerle ortaya koymaları ve buna göre uygun bakım vermeleri, tedavinin başarısında önemli bir role sahiptir.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

### Kaynaklar

- Gürvit İH, Baran B. Demanslar ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2007;44:58-65.
- Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P (1996) *Oxford Textbook of Psychiatry*. 3. baskı, Oxford University Press, s.510.
- Kaplan Hİ, Sadock BJ(1998) *Synopsis of Psychiatry- Behavioral Science & Clinical Psychiatry*. 8. baskı, Mass Publishing, s.328.
- Guijarro R, Roman C, Huelgas G, Villalobos A, Martin M, Guil M, et al. Impact of dementia on hospitalization. *Neuroepidemiology* 2010;35:101-8. [CrossRef]
- Lyketsos CG, Sheppard JM, Rabins PV. Dementia in elderly persons in a general hospital. *Am J Psychiatry* 2000;157:704-7. [CrossRef]
- Maslow K, Mezey, M. Recognition of dementia in hospitalized older adults. *Am J Nurs* 2008;108:40-9. [CrossRef]
- Ganzer CA. Assessing Alzheimer's disease and dementia: best practices nursing care. *Geriatr Nurs* 2007;28:358-65. [CrossRef]
- Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98. [CrossRef]
- Gönen S, Küçükçüçlü Ö, Yener G. Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerde Demansla İlişkili Olabilecek İşlevsel-Bilişsel Bozukluk Sıklığının İncelenmesi. *J Neurol Sci Turk* 2010;27:446-56.
- Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol* 2009;66:1447-55. [CrossRef]
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56:303-8. [CrossRef]
- Douzenis A, Michopoulos I, Gournellis R, Christodoulou C, Kalkavoura C, Michalopoulou PG, et al. Cognitive decline and dementia in elderly medical inpatients remain underestimated and underdiagnosed in a recently established university general hospital in Greece. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50:147-50. [CrossRef]
- Naylor MD, Stephens C, Bowles KH, Bixby MB. Cognitively impaired older adults: from hospital to home. *Am J Nurs* 2005;105:52-61. [CrossRef]
- Arslandaş D, Özbabalık D, Metintaş S, Özkan S, Kalyoncu C, Özdemir G, et al. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *J Clin Neurosci* 2009;16:1455-9. [CrossRef]
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005;366:2112-7. [CrossRef]
- Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008;23:67-76. [CrossRef]
- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.
- Bulut S, Ekici İ, Polat A, Berilgen MS, Gönen M, E Dağ E, et al. *Türk Psikiyatri Dizini Demans Dergisi* 2002;2:105-10.
- Keskinoglu P, Giray H, Picakciefe M, Bilgic N, Ucku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;43:93-100. [CrossRef]
- Sczufca M, Menezes PR, Vallada HP, Crepaldi AL, Pastor-Valero M, Coutinho LM, et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in Sao Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr* 2008;20:394-405. [CrossRef]
- Uçku R, Keskinoglu P, Yener G, Yaka E, Tunca Z, Meseri R. Türk toplumuna göre yeniden düzenlenmiş standartize minimal testin toplumda yaşayan eğitimli ve eğitimsiz yaşlılarda geçerlilik güvenilirliği. Tübitak proje no: SBAG- HD-145 (106s131), İzmir, 2007.