

Demans Hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri ile Değerlendirilen Ajitasyon Boyutlarının Araştırılması



Dr. Umut ALTUNÖZ¹, Dr. Erguvan Tuğba ÖZEL KIZIL², Psik. Sevinç KIRICI³,
Dr. Gülbahar BAŞTUĞ⁴, Dr. Bilgen BİÇER KANAT⁵, Dr. Ayşegül SAKARYA⁶,
Dr. Okan ER⁷, Dr. Engin TURAN⁸

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada demans hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri (CMAE) Türkçe formu kullanılarak ajitasyon boyutlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre demans tanısı alan 100 hasta dahil edilmiştir. CMAE, hastalara bakım veren yakınlarıyla yapılan yüz yüze görüşmeyle doldurulmuştur. Bilişsel işlevler Standardize Mini Mental Test (SMMT) ile, depresyon düzeyi Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ) ile, işlevsellik düzeyi İşlevsel Faaliyetler Anketi (IFA) ile değerlendirilmiştir. Faktör yapısının belirlenmesi için ana bileşenler analizi ve varimax rotasyonu kullanılmıştır.

Bulgular: CMAE'nin "saldırı içeren fiziksel ajitasyon", "sözel ajitasyon" ve "saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon" şeklinde üç faktörlü bir yapı gösterdiği saptanmıştır. Hastaların %92'sinde son iki hafta içinde en az bir ajitasyon davranışı mevcuttur. CMAE toplam puanı ve elde edilen üç faktör, SMMT ile anlamlı negatif, CDDÖ ve IFA ile anlamlı pozitif korelasyon göstermektedir.

Sonuç: CMAE'nin Türkçe formu üç faktörlü bir yapı (saldırı içeren fiziksel ajitasyon, sözel ajitasyon, saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon) göstermekte olup, bu sonuç ölçeğin yapı geçerliğini desteklemektedir. Ajitasyonun bilişsel bozulma, depresif belirtiler ve işlevsellikteki bozuluk ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İleride yapılacak çalışmalarda farklı demans örneklerinde bu boyutların yordayıcılarının ve terapötik müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Demans, agresyon, psikomotor ajitasyon

SUMMARY

Dimensions of Agitation Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in Patients with Dementia

Objective: The aim of this study was to investigate the dimensions of agitation in dementia patients using the Turkish version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-T).

Materials and Method: The study included 100 patients diagnosed as dementia, according to the DSM-IV-TR. The CMAI-T was administered to the patients' caregivers via face-to-face interviews. The Standardized Mini Mental State Examination (SMMSE) was used to assess cognitive functions. The severity of depression and the functional state of the patients were assessed using the Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) and the Functional Activities Questionnaire (FAQ). Principal component analysis and varimax rotation were used to determine the factor structure of the CMAI-T.

Results: Factor analysis of the CMAI-T indicated a 3-factor structure: physically aggressive agitation, verbal agitation, and physically non-aggressive agitation. In 92% of the patients there was ≥ 1 agitation behavior during the previous 2 weeks. The CMAI-T total and factor scores were negatively correlated with the SMMSE scores, and positively correlated with the CSDD and the FAQ scores.

Conclusions: The CMAI-T yielded 3 factors (physically aggressive agitation, verbal agitation, and physically non-aggressive agitation), which indicated the scale had construct validity. Agitation behaviors were associated with cognitive dysfunction, symptoms of depression and general level of functioning. Additional research is necessary to identify the predictors of these dimensions in different dementia samples, and to determine the efficacy of therapeutic interventions.

Key Words: Dementia, aggression, psychomotor agitation

Geliş Tarihi: 14.07.2013 - **Kabul Tarihi:** 28.01.2014

¹Uzm., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa. ²Doç., ³Psik., ⁷Asis., ⁸Prof., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Geriatrik Psikiyatri Birimi, Ankara Üniv. Tıp Fak., ⁴Doç., Psikoloji Bl., Çankaya Üniv., Ankara. ⁵Uzm., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Bergama Devlet Hastanesi, İzmir. ⁶Uzm., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi, Kastamonu Devlet Hastanesi, Kastamonu.

Dr. Umut Altunöz, e-posta: ualtunoz@gmail.com

doi: 10.5080/u7628

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu hızla artmaktadır (Mandıracıoğlu 2010). Yaşla birlikte Alzheimer hastalığı (AH) başta olmak üzere nörodejeneratif demanslar da yaygın görülmektedir (Ganguli 2011). Dünyada 32 milyon demans hastası olduğu tahmin edilmektedir (Alzheimer's Disease International 2012). Bu sayının 2030 yılında 65 milyon, 2050'de 130 milyon kişiye ulaşacağı ön görülmektedir (Brodsky ve ark. 2011). Türkiye'de yapılan bir çalışmada (Gürvit ve ark. 2008) 70 yaş ve üzerinde AH yaygınlığının %11, toplam demans yaygınlığının %20 olduğu saptanmıştır. Bugünkü veriler Türkiye'de yaşayan yaşlı nüfusun oranının %7,5 olduğunu göstermektedir (TÜİK 2012). Önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte demans yaygınlığının ülkemizde de artması beklenmektedir.

Demans bilişsel bozulmaya davranışsal ve psikolojik belirtilerin sıklıkla (%61-%88) eşlik ettiği bilinmektedir (Lyketsos ve ark. 2000, Zuidema ve ark. 2007a). Bu belirtilerin en sık görülenlerinden biri ajitasyondur. Ajitasyon, amaca yönelik olmayan ve konfüzyondan kaynaklanmayan, uygunsuz sözel, vokal ve motor aktivite olarak tanımlanmaktadır (Cohen-Mansfield ve Billig 1986). Demans hastalarında ajitasyon davranışlarının sıklığının %45-99 civarında olduğu bildirilmektedir (Mega ve ark. 1996, Tractenberg ve ark. 2002, Zuidema ve ark. 2007a). Yineleyen hareketler (ileri-geri yürüme, aynı kelimeleri tekrar etme vs.), sosyal normların dışındaki davranışlar (başkasının odasına girme, toplum içinde soyunma vb.), hastanın kendine ve/veya başkalarına saldırı içeren davranışlarda bulunması gibi dışarıdan gözlenebilen durumlar ajitasyona örnek olarak verilebilir (Cohen-Mansfield 2003).

Ajitasyon, hastanın ve bakım vereninin yaşam kalitesini bozmakta (Shin ve ark. 2005), bakım veren yükünü artırmaktadır (Matsumoto ve ark. 2007). Ayrıca, antipsikotikler başta olmak üzere daha fazla ilaç reçetelenmesine (Selbaek ve ark. 2008), hastaların daha erken bakımevine yerleştirilmesine (Kunik ve ark. 2010, Yaffe ve ark. 2002) ve sık hastane yatışlarına (Wetterling ve ark. 2008) yol açabilmektedir. Bu nedenlerle son yıllarda demans hastalarında bilişsel işlevlerin yanında ajitasyon davranışlarının da değerlendirilerek, etkin bir biçimde ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır (Cohen-Mansfield ve ark. 2010).

Cohen Mansfield Ajitasyon Envanteri (CMAE) demans ajitasyon belirtilerini ölçmekte en yaygın olarak kullanılan araçlardan biridir (Weiner ve ark. 2002). CMAE 29 maddeden oluşan Likert tipinde bir ölçektir. Amaçsız gezinme, küfür etme, bağırma, tekme atma, tekrarlayan cümle ya da sorular gibi davranışların son iki hafta içindeki sıklığını değerlendirmektedir. Her madde 1 (hiçbir zaman) ile 7 (bir saatte birkaç kez) arasında puanlanmaktadır (Cohen Mansfield ve ark. 1989). CMAE'nin birçok dilde geçerlik güvenilirlik

çalışmaları yapılmış olup (Choy ve ark. 2001, Schreiner ve ark. 2000, Suh 2004, Zuidema ve ark. 2007b), ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özel-Kızıl ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır.

Farklı ülkelerde CMAE'nin faktör yapısını araştıran çalışmalarda ölçeğin üç veya dört davranışsal boyuttan oluştuğu gösterilmiştir (Choy ve ark. 2001, Cohen Mansfield ve ark. 1989, Miller ve ark. 1995, Rabinowitz ve ark. 2005, Suh 2004, Weiner ve ark. 2002, Zuidema ve ark. 2007b). Bu çalışmaların örneklemi oldukça heterojen olup, çoğu huzurunda yaşayan hastalarla yapılmıştır (Cohen-Mansfield ve ark. 1989, Miller ve ark. 1995, Suh 2004, Zuidema ve ark. 2007b). Bazı çalışmalarda demans tanısı dahil edilme ölçütü değilken (Cohen-Mansfield ve ark. 1989, Miller ve ark. 1995), bazı çalışmalara yalnızca davranış bozukluğu bulunan demans hastaları dahil edilmiştir (Suh 2004, Weiner ve ark. 2002). Çalışmaların çoğunda "saldırı içeren fiziksel ajitasyon", "saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon" ve "sözel ajitasyon" şeklinde üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir (Choy ve ark. 2001, Cohen Mansfield ve ark. 1989, Miller ve ark. 1995, Zuidema ve ark. 2007b). Bazılarında ise saklama/istifleme davranışının da bağımsız bir boyut olduğu dört faktörlü bir yapı önerilmiştir (Rabinowitz ve ark. 2005, Suh 2004).

Demans hastalarında ajitasyon belirtilerinin kümelenme özelliklerinin saptanması, her bir ajitasyon alt türüne göre sağaltım girişimlerinin planlanması ve etkinliğinin izlenmesi açısından CMAE'nin Türkçe formunun faktör yapısının belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmada demans hastalarından oluşan bir klinik örnekte CMAE'nin Türkçe formunun faktör yapısının, dolayısıyla ölçeğin yapı geçerliğinin araştırılarak ajitasyon boyutlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmanın örneklemini, Ocak-Ağustos 2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin geriyatrik psikiyatri polikliniğine yakınıyla birlikte başvuran ve Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Ruhsal Bozuklukların Yeniden Gözden Geçirilmiş Tanısal ve Sayımsal Tanı Ölçütleri'ne göre (DSM-IV-TR) demans tanısı alan (s=100) hastalar oluşturmuştur. Demans tanısı geriyatrik psikiyatri alanında çalışan, deneyimli bir psikiyatrist tarafından konulmuştur. Ölçeklerin alınmasını engelleyecek düzeyde fiziksel ve görsel kusuru olmak, depresyon dışında başka nörolojik veya psikiyatrik hastalığı bulunmak, yalnız başvurmak, beraber başvurduğu yakınının hastayı 10 yıldan daha az süredir tanıyor olması dışlanma ölçütleri olarak alınmıştır. Bu araştırma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmış ve katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir.

Gereçler ve Uygulama

Hastalara bilişsel işlevleri değerlendirmek amacıyla Standardize Mini Mental Test (SMMT), hasta yakınlarına sosyodemografik veri formu, hastaların işlevsellik düzeyini değerlendirmek için İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA), depresyon düzeylerini değerlendirmek için Cornell Demans Depresyon Ölçeği (CDDÖ) ve ajitasyon şiddeti için CMAE uygulanmıştır.

Otuz maddeden oluşan SMMT; yönelim, anlık bellek, dikkat, yakın bellek ve lisan işlevlerini değerlendirmeye yarayan bir ölçektir (Folstein ve ark. 1975). Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Pratik ve kısa zamanda uygulanabilirliği nedeniyle bilişsel bozukluğu olduğu düşünülen örneklerde tarama amaçlı olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır.

Kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını değerlendiren İFA, hasta yakınıyla yapılan görüşmeyle doldurulur. Demans taramasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Toplam puan 0 (normal) ile 30 (tam bağımlı) arasında değişmektedir. İFA'nın 50 yaş ve üzeri grupta Türkçe uyarlama çalışması Selekler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

Amuk ve arkadaşları (2003) tarafından Türkçeye uyarlanmış olan CDDÖ, demans hastalarında görülen depresif belirtileri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Demans hastaları ve bakım verenleriyle yapılan görüşmelere dayanarak klinisyen tarafından doldurulur. Bu ölçekte duygudurumla ilişkili bulgular, davranışsal değişiklikler, fiziksel bulgular, döngüsel fonksiyonlar ve düşümsel değişiklikler, 5 alt grupta toplanan 19 madde ile değerlendirilir. Her madde 0-2 arasında puanlanır. Sekiz ve üzerindeki toplam puan belirgin düzeyde depresyonu düşündürmektedir.

Gözlenebilen ajitasyon belirtilerinin son iki hafta içindeki sıklığını değerlendiren CMAE, 29 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada geriyatrik psikiyatri alanında çalışan bir psikolog tarafından (SK) hastaların bakım verenleri ile yapılan yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur. Bakım verenin kendisi tarafından veya bakım verenle yapılan görüşmeyle uygulayıcı tarafından doldurulur. Her maddenin 1 ile 7 arasında puanlandığı (1=hiçbir zaman, 2=haftada 1'den az, 3=haftada 1-2 kez, 4=haftada birkaç kez, 5=günde 1 ya da 2 kez, 6=günde birkaç kez, 7=bir saatte birkaç kez) Likert tipinde bir ölçektir. Değerlendirme toplam puan üzerinden yapılmakta olup, ölçekten alınan puan 29-203 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun yaşlı demans örneklemesindeki geçerlik güvenilirlik çalışması Özel Kızıl ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analizler

Ana bileşenler analizi CMAE'nin faktör yapısını belirlemek için kullanılmıştır. Faktör sayısı için Kaiser ölçütü kullanılmış ve faktörleri daha belirgin hale getirmek için varimaks

TABLO 1. Hastaların Uygulanan Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortalama±Standart Sapma veya Ortanca Değerleri.

	Demans hastaları (s=100)
SMMT (ortalama±SS)	15±6,9
CDDÖ (ortalama±SS)	9,9±7,6
İFA (ortanca)	20 (min=0, max=30)
CMAE (ortanca)	53 (min=29, max=148)

rotasyonu uygulanmıştır. Ölçek maddeleri faktör yüklerinin en yüksek olduğu faktörlere dahil edilmiş ve elde edilen faktörler içeriklerine göre adlandırılmıştır.

Ölçek ve faktörlerin iç tutarlılığının değerlendirilmesi için Cronbach α değeri hesaplanmıştır. Normal dağılıma uyan değişkenler için parametrik, normal dağılıma uymayan değişkenler için parametrik olmayan istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. CMAE ve faktörler ile SMMT, CDDÖ ve İFA arasındaki ilişki Spearman testi ile araştırılmıştır. Cinsiyet açısından CMAE puanları ve faktör puanları açısından fark olup olmasına Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. CMAE'de yer alan belirtilerin yaygınlığını değerlendirmek için ölçekte yer alan her maddenin 1'in üzerinde puanlanma sıklığı, faktörlerin yaygınlığını değerlendirmek için ise her faktör içinde yer alan maddelerden en az birinin 1'in üzerinde puanlanma sıklığı hesaplanmıştır. Tüm istatistikler SPSS kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların 49'u kadın (%49), 51'i erkektir (%51), yaşları 50 ile 94 arasında değişmekte olup ortanca değeri 77'dir. Toplam eğitim süresi 0 ile 15 yıl arasında olup, ortalama 4,4±3,6'dır. Hastaların 74'ü Alzheimer hastalığına bağlı demans (%74), 26'sı (%26) ise vasküler veya karışık tip demans tanısı almıştır. Hastaların 31'ine eşi (%31), 69'una ise (%69) kızı, gelini veya oğlu bakım vermektedir. Bakım evinde kalan hasta bulunmamaktadır. Tablo 1'de demans hastalarının SMMT, CDDÖ, İFA ve CMAE puanları yer almaktadır. Normal dağılılan ölçek puanları için ortalama, normal dağılmayan ölçek puanları için ortanca değeri verilmiştir.

Hastalar demans şiddeti açısından MMSE puanlarına göre; ağır (0-9, s=23), orta (10-18, s=40), hafif (19-29, s=37) şeklinde evrelendirilmiştir (Cockrell ve Folstein 1988).

Ölçeğin tüm maddeleri faktör analizine dahil edildiğinde toplam varyansın %73,6'sını açıklayan, özdeğeri 1'den büyük, Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0,794 olan 9 faktör elde edilmiştir. Yaygınlığı %10'un altında olan 7 madde (14, 17, 20, 21, 25, 27, 28. maddeler) elenerek, kalan 22 madde ile faktör analizi tekrarlandığında toplam varyansın %70,5'ini açıklayan,

TABLO 2. CMAE'nin Üç Faktörle Sınırlandırılmış Faktör Analizi Sonuçları.

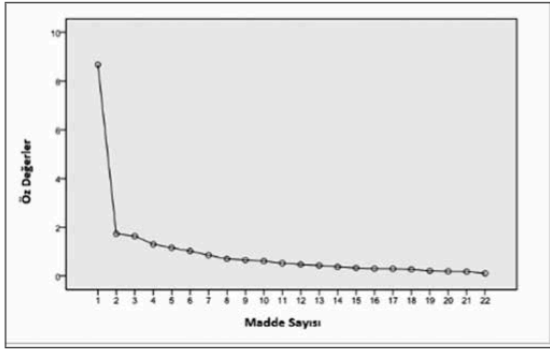
Madde	Faktör 1 (Saldırı içeren fiziksel ajitasyon)	Faktör 2 (Sözel ajitasyon)	Faktör 3 (Saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon)
8. Tekme atma	0,839		
7. Vurma	0,808		
11. Nesnelere fırlatma	0,741		
10. İtme	0,683	0,422	
13. Bağırma	0,566	0,435	
4. Küfürlü konuşma ya da sözel saldırganlık	0,539	0,521	
2. Uygunsuz biçimde giyinme ya da soyunma	0,498		
5. Sürekli olarak, gereksiz yere yardım ya da ilgi isteme		0,804	
18. Sızlanma		0,715	
12. Tuhaf sesler çıkarma		0,684	
29. Genel huzursuzluk		0,650	
19. Karşı gelme eğilimi/negativizm		0,552	0,546
6. Tekrarlayan cümle ya da sorular		0,512	
26. Tekrarlayan tavır ve davranışlarda bulunma		0,452	
24. Nesnelere biriktirme/istifleme			0,817
23. Nesnelere saklama			0,786
15. Kazıma, eşeleme			0,642
16. Başka bir yere gitmeye çalışma	0,494		0,518
1. Volta atma, amaçsızca gezinme			0,487
22. Uygun olmayan nesnelere elleme	0,409		0,463
Açıklanan Varyans (%)	20,2	18,5	16
Özdeğer	4,460	4,068	3,511
Cronbach α	0,868	0,835	0,802
Sıklık (%)*	62	88	62
Ortanca değeri s=100, demans hastaları	10	19,5	10

Faktör yükleri >0,4 olan maddeler gösterilmiştir.

*Faktördeki herhangi bir maddenin 1'in üzerinde puanlanma sıklığı.

Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0,86 olan, özdeğeri 1'den büyük 6 faktör elde edilmiştir. Bunlar "saldırı içeren fiziksel ajitasyon" (altı madde) ; "sözel ajitasyon" (dört madde); "saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon"(beş madde) ; "saklama-istifleme/negativizm" (üç madde) ; "amaçsız el hareketleri" (iki madde) ve "uygunsuz davranış" (iki madde) faktörleridir. Her faktöre yüklenen madde sayısının en az üç olması gerektiği önerilmektedir (Kline 1994). Az sayıda maddeden oluşan çok faktörlü bir yapının klinik açıdan anlamlı davranış boyutlarını açıklaması güç olacaktır. Bu nedenle faktör sayısı çizgi grafiği (scree plot) incelenerek üç ile sınırlandırılmıştır (Şekil 1).

Bu analizde toplam varyansın %54,7'sini açıklayan, Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0,86 olan üç faktör elde edilmiştir. Tablo 2'de elde edilen bu üç faktörün özdeğerleri, açıkladıkları varyans, sıklıkları ve ortanca değerleri verilmiştir. İlk faktör toplam varyansın %20,2'sini açıklamaktadır. İlk faktörü oluşturan maddeler, "tekme atma", "vurma", "nesnelere fırlatma", "itme", "bağırma", "küfürlü konuşma ya da sözel saldırganlık", "uygunsuz biçimde giyinme ve soyunma"dır. Bu faktör "saldırı içeren fiziksel ajitasyon" şeklinde adlandırılmıştır. İkinci faktör toplam varyansın %18,5'ini açıklamakta olup; "sürekli olarak, gereksiz yere yardım ya da ilgi



ŞEKİL 1. CMAE'nin 22 Maddesinin Faktör Analizindeki Çizgi Grafiği (Screen Plot).

isteme”, “sızlanma”, “tuhaf sesler çıkarma”, “genel huzursuzluk”, “karşı gelme eğilimi/negativizm”, “tekrarlayan cümle ya da sorular”, “tekrarlayan tavır ve davranışlarda bulunma” maddelerinden oluşmaktadır. Bu faktör “sözel ajitasyon” şeklinde adlandırılmıştır. Üçüncü faktör toplam varyansın %16’sını açıklamakta olup; “nesnelere biriktirme/istifleme”, “nesnelere saklama”, “kazıma-eşleme”, “başka bir yere gitmeye çalışma”, “volta atma-amaçsızca gezinme”, “uygun olmayan nesnelere elleme” maddelerinden oluşmaktadır. Bu faktör “saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon” şeklinde adlandırılmıştır. “Tükürme” ve “insanlara ve nesnelere yapışma” maddeleri bu faktörlerden herhangi birine yüklenmemiş, tükürme maddesi “saldırı içeren fiziksel ajitasyon” ve “saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon” faktörlerine, “insanlara ve nesnelere yapışma” maddesi ise her üç faktöre yayılmıştır.

Hastaların %92’sinde son iki hafta içinde en az bir ajitasyon davranışı olduğu saptanmıştır. CMAE ile değerlendirilen belirtilerden en sık görülenleri sırasıyla; “tekrarlayan cümle ya da sorular” (madde 6 %65), “genel huzursuzluk” (madde 29- %57), “karşı gelme eğilimi/negativizm” (madde 19- %55), “küfürlü konuşma ya da sözel saldırganlık” (madde 4- %47), “sürekli olarak, gereksiz yere yardım ya da ilgi isteme” (madde 5- %46) ve “sızlanma”dır (madde 18- %45). En nadir bildirilen maddeler ise sırasıyla; “ısıрма” (madde 14- %2), “kendinin ya da başkalarının canını yakma” (madde 21- %3), “fiziksel cinsel tacizde bulunma” (madde 28- %4), “nesnelere yırtma ya da eşyalara zarar verme” (madde 25- %5), “kasıtlı olarak düşme” (madde 17- %6), “uygun olmayan maddeleri yeme-içme” (madde 20- %6) ve “sözel cinsel tacizde bulunma”dır (madde 27- %9). “Saldırı içeren fiziksel ajitasyon” faktörünün yaygınlığı %62, “sözel ajitasyon” faktörünün yaygınlığı %88, “saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon” faktörünün yaygınlığı ise %62 olarak bulunmuştur. 29 maddelik ölçeğin Cronbach α değeri 0,92’dir.

Faktörler ve CMAE toplam puanı ile SMMT, İFA ve CDDÖ puanları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 3’te verilmiştir.

CMAE toplam puanı ve elde edilen üç faktör ile SMMT arasında anlamlı negatif, diğer ölççekler arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Kadın ve erkek hastalar arasında CMAE toplam puanı ve faktör puanları açısından bir fark bulunmamıştır (tümü için $p>0,05$).

TARTIŞMA

Bu çalışma ile CMAE’nin Türkçe formunun demans tanısı alan poliklinik hastalarında yapı geçerliği araştırılarak ajitasyonun üç davranışsal boyutta değerlendirilebileceği gösterilmiştir. Bu boyutlar; “saldırı içeren fiziksel ajitasyon”, “sözel ajitasyon” ve “saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon” olup, bu sonuç önceki çalışmalarla uyumludur (Choy ve ark. 2001, Cohen Mansfield ve ark. 1989, de Jonghe ve Kat MG 1996, Miller ve ark. 1995, Zuidema ve ark. 2007b). Hem CMAE’nin, hem de üç faktörün iç tutarlılığı yüksek olarak bulunmuştur. Önceki çalışmalar bakimevi örneklemelerinde (Cohen Mansfield ve ark. 1989, Miller ve ark. 1995, Zuidema ve ark. 2007b), klinik örneklemelerde (Choy ve ark. 2001), yaşlılar için psikiyatrik gözlem servislerinde (de Jonghe ve Kat MG 1996) yapılmış, bazılarında demans tanısı çalışmaya alınma ölçütü değilken (Cohen Mansfield ve ark. 1989, Miller ve ark. 1995), bazılarında çoğunluğu ağır evre demans olan hastalar dahil edilmiştir (Zuidema ve ark. 2007b). Örneklemelerdeki farklılıklara rağmen benzer faktör yapılarının elde edilmesi CMAE’nin yapı geçerliğini destekleyen önemli bir bulgudur. Yine de, bazı maddelerin yüklendikleri faktörler çalışmalar arasında değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin “küfürlü konuşma ya da sözel saldırganlık” maddesi bir çalışmada “sözel ajitasyon” faktörüne yüklenirken (Choy ve ark. 2001), bu çalışmada ve bir başka çalışmada (Zuidema ve ark. 2007b) “saldırı içeren fiziksel ajitasyon” faktörüne yüklenmiştir. Ayrıca, ölçeğin yazarlarınca da öngörüldüğü gibi “bağırma” maddesinin “sözel ajitasyon” faktörüne yüklenmesi gerektiği düşünülebilir (Cohen Mansfield 1991). Ancak, “bağırma” maddesi, bir çalışmada “sözel ajitasyon” faktörüne yüklenirken (Suh 2004), bu çalışma ve diğer bazı çalışmalarda

Tablo 3. CMAE Toplam Puanı ve Faktörler ile SMMT, CDDÖ, İFA Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri.

Ölçekler	SMMT	CDDÖ	İFA
CMAE toplam	R=-0,3 p=0,001*	R=0,4 p<0,001*	R=0,5 p<0,001*
Faktör 1 (Saldırı içeren fiziksel ajitasyon)	R=-0,26 p=0,009*	R=0,36 p<0,001*	R=0,3 p=0,002*
Faktör 2 (Sözel ajitasyon)	R=-0,3 p=0,007*	R=0,4 p=0,001*	R=0,5 p<0,001*
Faktör 3 (Saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon)	R=-0,3 p=0,004*	R=0,4 p<0,001*	R=0,5 p<0,001*

*p<0,05

(Choy ve ark. 2001, Rabinowitz ve ark. 2005, Zuidema ve ark. 2007b) "saldırı içeren fiziksel ajitasyon" faktöründe bulunmaktadır. Kısacası, bu bulgular çalışmaların farklı örneklemeleri göz önünde bulundurulduğunda, her ajitasyon boyutuna eşlik eden belirtilerin farklılaşabildiğini göstermektedir. Kültürel etmenler de demans hastalarında ajitasyon boyutlarına eşlik eden belirtileri etkileyebilmektedir. Örneğin tükürme davranışı Kore örnekleminde çok nadir görüldüğü için analize alınmazken (Suh 2004), Hollanda örnekleminde "saldırı içeren fiziksel ajitasyon" faktöründe (Zuidema ve ark. 2007b) bulunmaktadır. Choy ve arkadaşları (2001) ise tükürmenin Çin popülasyonunda oldukça yaygın bir alışkanlık olduğunu, bundan dolayı "saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon" faktörüne yüklendiğini öne sürmüşlerdir. Bu çalışmada ise tükürme davranışı nadir görülmekte olup (%16), "saldırı içeren fiziksel ajitasyon" ve "saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon" faktörlerine dağılmıştır.

Faktör kısıtlamasına gidilmeyen modelde ajitasyonun altı boyutu olduğu saptanmıştır. Bunlardan biri "saklama-istifleme/negativizm" faktörüdür. Bazı çalışmalarda saklama-istifleme davranışı dördüncü bir faktör olarak yer almaktadır (Rabinowitz ve ark. 2005, Suh 2004). Saklama-istiflemenin diğer saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon davranışlarından ayrı bir nörobiyolojik kökeni olabileceği düşünülmekle birlikte, demans ve saklama-istifleme davranışları arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır (Rosso ve ark. 2001). Bu hastalarda saklama-istiflemenin demansa bağlı mı geliştiği, önceden var olan bir belirti olup aynı düzeyde mi sürdüğü, ya da demans gelişimiyle artış mı gösterdiği sonraki araştırmalarda yanıtlanması gereken sorulardır.

Bu çalışmada demans hastalarında ajitasyon davranışlarının oldukça yaygın olduğu (%92) saptanmıştır. Bu sonuç toplumsal demans örneklemlerinde ajitasyon sıklığını %88 (Haupt ve ark. 2000), %99,1 (Tractenberg ve ark. 2002) şeklinde bildiren önceki çalışmalarla uyumludur. En sık "sözel ajitasyon" (%80) gözlense de; "saldırı içeren fiziksel" (%62) ve "saldırı içermeyen fiziksel" (%62) ajitasyon da yaygındır. Diğer çalışmalarda demans hastalarında "saldırı içeren fiziksel ajitasyon" yaygınlığı: %45,7, %28,6, %62,4; "sözel ajitasyon" yaygınlığı: %55,5, %76,3, %61,6; "saldırı içermeyen fiziksel

ajitasyon" yaygınlığı: %68,9, %61,5, %66,6 olarak bulunmuştur (Choy ve ark. 2001, Majic ve ark. 2012, Zuidema ve ark. 2007b). Huzurevinde kalan demans hastalarına göre toplumsal demans örneklemlerinde "saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon" ile "sözel ajitasyonun" daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir (Choy ve ark. 2001).

Demans hastalarında bilişsel bozulma ve depresif belirtilerin şiddeti arttıkça ajitasyon davranışlarının arttığı bilinmektedir (Leonard ve ark. 2006, Majic ve ark. 2012, Menon ve ark. 2001). Majic ve arkadaşları (2012) demans hastalarında bilişsel bozulmanın ajitasyonun her üç faktörüyle de ilişkili olduğunu; depresif belirtilerin ise demansın şiddetinden bağımsız olarak "saldırı içeren fiziksel ajitasyon" ve "sözel ajitasyon" ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada da CMAE toplam puanı ve her üç faktör puanları bilişsel bozulma şiddeti ve depresyon şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, ajitasyon şiddeti arttıkça hastaların işlevselliğinin düştüğü gösterilmiştir. Bu bulgular, CMAE'nin Türkçe formunun geçerliğini desteklemektedir.

Özet olarak, bu çalışma polikliniğe ayaktan başvuran demans hastalarında CMAE'nin Türkçe formu ile değerlendirilen ajitasyon belirtilerinin oldukça yaygın olduğunu ve üç faktörlü bir yapı (saldırı içeren fiziksel ajitasyon, sözel ajitasyon, saldırı içermeyen fiziksel ajitasyon) gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, bilişsel bozulma ve depresyon şiddeti arttıkça ajitasyon davranışlarının arttığı, ajitasyon arttıkça işlevselliğin azaldığı bulunmuştur. Demans hastalarında ajitasyonun boyutlarının değerlendirilmesi; her bir boyuta yönelik patofizyolojik süreçlerin aydınlatılması ve etkin sağlık girişimlerinin planlanması açısından oldukça önemlidir. Dolayısıyla ileride yapılacak çalışmalar farklı demans örneklemlerinde CMAE'nin Türkçe formu ile değerlendirilen bu boyutların yordayıcılarını ve bu boyutlara yönelik biyopsikososyal tedavilerin etkinliğini değerlendirebilir. Bu çalışmanın önemli bir kısıtlılığı örnekleminin büyük bir kısmının hafif-orta evre demans hastalarından oluşması, yani demans hastalarının tümünü yansıtmamasıdır. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda özellikle huzurevlerinde kalan orta-ağır evre demans hastalarında CMAE'nin Türkçe formunun yapı geçerliğinin araştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Alzheimer's Disease International/ADI (2012) World Alzheimer report: Overcoming the stigma of dementia. 10.07.2013 tarihinde http://www.alz.org/documents_custom/world_report_2012_final.pdf adresinden indirildi.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) (Çev. ed.: E Köroęlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- Amuk T, Karadaę F, Oęuzhanoęlu N ve ark. (2003) Cornell Demansa Depresyon Ölçeği'nin Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirlięi. *Türk Psikiyatri Derg* 14:263-71.

- Brodsky H, Breteler MM, Dekosky ST ve ark. (2011) The world of dementia beyond 2020. *J Am Geriatr Soc* 59:923-7.
- Choy CN, Lam LC, Chan WC ve ark. (2001) Agitation in Chinese elderly: validation of the Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Int Psychogeriatr* 13:325-35.
- Cockrell JR, Folstein MF (1988) Mini-Mental State Examination (MMSE). *Psychopharmacol Bull*, 24:689-92.
- Cohen-Mansfield J (1991) Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington, Rockville, Maryland, s. 7.

- Cohen-Masfield J (2003) Agitation in Elderly Definitional and Theoretical Conceptualizations. Agitation in Patients With Dementia, I. Baski, DP Hay, DT Klein, LK Hay, GT Grossberg, JS Kennedy (Ed), American Psychiatric Publishing s. 1-21.
- Cohen-Mansfield J, Billings N (1986) Agitated behaviors in the elderly: A conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 34:711-21.
- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M ve ark. (2010) Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *J Am Geriatr Soc* 58:1459-64.
- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS (1989) A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol* 44:77-84.
- de Jonghe JFM, Kat MG (1996) Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *J Am Geriatr Soc* 44:888-9.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Mini-mental state": a practical method for grading the clinician. *J Psychiatr Res* 12:129-12.
- Ganguli M (2011) Epidemiology of dementia. Principles and practice of geriatric psychiatry, 3. Baski, MT, Abou-Saleh, CLE, Katona, A, Kumar (Ed), John Wiley&Sons Ltd, s. 207-12.
- Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. (2002) Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Türk Psikiyatri Derg* 13:273-81.
- Gürvit H, Emre M, Tinaz S ve ark. (2008) The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 23:67-76.
- Haupt M, Kurza, Ja'inner M (2000) A two-year follow-up of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 11:147-52.
- Kline P (1994) *An Easy Guide to Factor Analysis*. London Routledge Press, s.56-80.
- Kunik ME, Snow AL, Davila JA ve ark. (2010) Consequences of aggressive behavior in patients with dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 22:40-7.
- Leonard R, Tinetti ME, Allore HG ve ark. (2006) Potentially modifiable resident characteristics that are associated with physical or verbal aggression among nursing home residents with dementia. *Arch Intern Med* 166:1295-300.
- Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT ve ark. (2000) Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the cache county study on memory in aging. *Am J Psychiatry* 157:708-14.
- Majić T, Pluta JP, Mell T ve ark. (2012) Correlates of agitation and depression in nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr* 24:1779-89.
- Mandracioğlu A (2010) Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Journal of Medicine* 49 (Suppl. 3):39-45.
- Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R ve ark. (2007) Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dement Geriatr Cogn Disord* 23:219-24.
- Mega MS, Cummings JL, Fiorello T ve ark. (1996) The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 46:130-5.
- Menon AS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR ve ark. (2001) Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 16:139-46.
- Miller RJ, Snowdon J, Vaughan R (1995) The use of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in the assessment of behavioral disorders in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 43:546-9.
- Ozel Kizil ET, Bastug G, Erdogan S ve ark. (2012) Psychometric properties of the Turkish version of Cohen-Mansfield Agitation Inventory in patients with dementia. *Türk Geriatri Derg* 15:24-9.
- Rabinowitz J, Davidson M, De Deyn PP ve ark. (2005) Factor analysis of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in three large samples of nursing home patients with dementia and behavioral disturbance. *Am J Geriatr Psychiatry* 13:991-8.
- Rosso SM, Roks G, Stevens M ve ark. (2001) Complex compulsive behavior in the temporal variant of frontotemporal dementia. *J Neuro* 248:965-70.
- Schreiner AS, Yamamoto E, Shiotani H (2000) Agitated behavior in elderly nursing home residents with dementia in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 55:180-6.
- Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K (2008) The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes: a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry* 16:528-36.
- Selekler K, Cangöz B, Karakoç E (2004) Norm determination and adaptation study of Functional Activities Questionnaire on 50+ Turkish elderly. *Turkish Journal of Neurology* 10:102-7.
- Shin IS, Carter M, Masterman D ve ark. (2005) Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 13:469-74.
- Suh GH (2004) Agitated behaviours among the institutionalized elderly with dementia: validation of the Korean version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Int J Geriatr Psychiatry* 19:378-85.
- Tractenberg RE, Weiner MF, Thal LJ (2002) Estimating the prevalence of agitation in community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 14:11-8.
- TÜİK (2012) Yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus. 15.06.2013 tarihinde www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=945 adresinden indirildi.
- Weiner MF, Tractenberg RE, Jin S ve ark. (2002) Assessing Alzheimer's disease patients with the Cohen-Mansfield Agitation Inventory: scoring and clinical implications. *J Psychiatr Res* 36:19-25.
- Wetterling T, Gutzmann H, Haupt K (2008) Reasons for referral to a gerontopsychiatric department. *Nervenarzt* 79:340-7.
- Yaffe K, Fox P, Newcomer R, ve ark. (2002) Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA* 287:2090-7.
- Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR ve ark. (2007a) Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 22:632-8.
- Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR ve ark. (2007b) Agitation in Dutch institutionalized patients with dementia: factor analysis of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Dement Geriatr Cogn Disord* 23:35-41.