

Cornell Demansta Depresyon Ölçeğinin Türk Demans Hastalarında Geçerlik ve Güvenilirliği

Okan Taycan¹, Engin Eker²

¹Uz.Dr., Muş Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Muş, ²Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Amaç: Depresyon demans hastalığında en sık gözlenen psikiyatrik bozukluktur. Bu çalışmanın amacı demanslı hastalarda major depresyon belirtilerini hem hasta hem de bakımverenle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmeye yönelik Cornell Demansta Depresyon Ölçeğinin bir grup demans hastasında geçerlik ve güvenilirliğini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışma bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran 45 (%43), İstanbul'da bulunan dört farklı huzurevinde kalan 60 (%57) demans hastasını kapsamaktadır. Bütün hastalar DSM-IV kriterlerine göre demans tanısı almışlardır. Tüm hastalara Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin yanı sıra DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi (SCID-I), Standardize Mini Mental Test, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Global Yıkım Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Geçerlik çalışması ölçek toplam puanının, SCID-I ile yapılan klinik görüşme sonucu konulan tanıyla karşılaştırılması şeklinde yapılmıştır. **Bulgular:** Ölçeğin test-tekrar test tutarlılığı (r: 0.79) ve iç tutarlılığı (α : 0.88) yüksek bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam skorunun ve 15. madde dışında kalan diğer maddelerinin depresyonu olan demans hastalarını, depresyonu olmayanlardan ayırt edebildiği gösterilmiştir. **Tartışma:** Cornell Demansta Depresyon Ölçeği Türkçe versiyonu demans hastalarında depresyon araştırılması için geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Demans, depresyon, geçerlik, güvenilirlik.

(*Klinik Psikiyatri 2009;12:21-34*)

SUMMARY

Reliability and Validity of the Cornell Scale for Depression in Dementia in Turkish Demented Patients

Objective: Depression is the most common psychiatric disorder among patients with dementia. The aim of this study was to investigate the validity and reliability of the Turkish version of Cornell Scale for Depression in Dementia. The scale was developed specifically to assess signs and symptoms of major depression in dementia on the basis of two semi-structured interviews; an interview with an informant and an interview with the patient. **Method:** The study was carried out with 45 (43%) demented patients attending to the psychiatry outpatient unit of a university hospital and 60 (57%) demented patients from four different nursing homes in Istanbul. All participants were fulfilling the DSM-IV criteria for dementia. Besides the Turkish version of Cornell Scale for Depression in Dementia, Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, Global Deterioration Scale and sociodemographic data form developed by the researchers were applied to all participants. The validity study was based on comparisons between total score of the scale and diagnosis established by using SCID-I. **Results:** A high test-retest reliability (r: 0.88) and internal consistency (α : 0.79) were found. The total score and items of the scale were discriminated demented patients with depression from demented patients without depression except for item 15. **Conclusion:** The Turkish version of Cornell Scale for Depression in Dementia is a reliable and valid instrument in investigating depression in dementia.

Key Words: Dementia, depression, validity, reliability .

GİRİŞ

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2000 yılı değerlendirmesine göre 65 yaş ve üzerindeki nüfus toplam nüfusun %6.0'ını teşkil ederken 2008 yılında bu oran %6.8'e yükselmiştir (TÜİK, 2009). Yaşlı nüfustaki artışla birlikte kaçınılmaz olarak başta demans olmak üzere organik beyin hastalıkları ve depresyonun görülme sıklığında son yıllarda büyük artışlar kaydedilmiştir. Depresyon demans hastalığında en sık gözlenen nöropsikiyatrik bozukluk olup demans hastalarında yaşam kalitesinin bozulmasına (Gonzalez ve ark. 2000, Hurt ve ark. 2008), kognitif yıkımın hızlanmasına (Stern ve ark. 1997), günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizliğin artmasına, daha erken bir dönemde kuruma yatırılmasına (Steele ve ark. 1990), bakım verende depresyon sıklığının yükselmesine (Gonzalez ve ark. 1999) neden olarak hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilemekte ve tedavi maliyetinde artışlara yol açmaktadır (Murman ve ark. 2002). Demansı olmayan yaşlı popülasyonla karşılaştırıldığında demans hastalarında depresyonun 3 ila 4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Lyketsos ve ark. 2002). Demansta depresyon prevalansı değişik çalışmalarda %1 ile %90 arasında değişmektedir (Lee ve Lyketsos 2003). Demans hastalığı olanların Burns ve ark.'ı (1990) İngiltere'de %24'ünde, Garre-Olmo ve ark.'ı (2003) %51'inde, Pitkala ve ark.'ı (2004) %43'ünde, Tractenberg ve ark.'ı (2003) %78.4'ünde, Ballard ve ark.'ı (1996) %52.4'ünde (%25 major depresyon, %27.4 minor depresyon), Snowdon ve Lane (2001) %3.6'sında, Lyketsos ve ark.'ı (2000) %24'ünde, Chan ve ark.'ı (2003) %21.9'unda, Petrovic ve ark. (2007) %58.5'inde depresyon varlığını bildirmişlerdir.

Prevalans değerleri arasındaki bu farklılığın depresyonun tanımlamasındaki, değerlendirme metodolojisindeki ve klinik belirtilerindeki heterojeniteden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (Olin ve ark. 2002). Gerçektende demansta depresyonun tanımlanmasında nozolojik bir problemin varlığından bahsedilebilir (Mulsant ve Ganguli 1999). 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 (MacGuire ve Rabins 1994).

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 (Marin ve ark. 1993). Cache County Study of Memory in Aging çalışmasında Alzheimer hastalığı olanlarda apati sıklığı %27.3 bulunmuş iken, apatik hastaların %40'ında aynı zamanda depresyon tespit edilmiştir (Breitner ve ark. 1999). Benzer şekilde aynı çalışmada depresyonu olan Alzheimer hastalarının ise %56.4'ünde de apati varlığı saptanmıştır (Lyketsos ve ark. 2001). 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 (Gallo ve Rabins 1999). Demansta ortaya çıkan bilişsel bozuklukların da 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 (Eker 1999). Mackenzie ve ark.'ı (1989) 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. 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 bağlı olarak depresif şikayetlerini hastaya yansıtıyor olabileceğinin de akılda tutulması önerilmektedir (Lee ve Lyketsos 2003).

Yukarıda özetlemeye 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 (Logsdon ve Teri 1995). Bu neden-

le Alexopoulos ve ark.'ı (1988) demanslı hastalarda depresif belirtileri hem hasta hem de bakımveren- den alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmeye yönelik Cornell Scale For Depression in Dementia (Cornell Demansta Depresyon Ölçeği) isimli bir ölçek geliştirmişlerdir.

Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türkiye'de Amuk ve ark.'ı tarafından 2003 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olmasına rağmen çalışma kapsamında sadece, genel yaşlı popülasyonu yansıtmayan huzurevinde kalan yaşlıların değerlendirilmiş olması gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'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.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Alanı:

Çalışma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı ve Geropsikiyatri Bilim Dalı Demans Polikliniği'ne 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 müdürlüğüne 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 Polikliniği'ne 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 hasta-

lar 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. (1983) tarafından geliştirilen özbildirime dayalı 30 sorudan oluşan ve her bir soruya "evet" ya da "hayır" şeklinde yanıtlanmak üzere hazırlanmış bir ölçektir. Depresyon lehine olan her yanıt bir puan olarak değerlendirilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır (test-tekrar test tutarlılığı, $r=0.77$; iç tutarlılık $a=0.92$).

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. (2002) tarafından yapılmıştır. 30 puan üzerinden değerlendirilen teste kesme puanı 23/24 olarak alınmıştır.

Global Yıkım Ölçeği (GYÖ): Reisberg ve ark. (1982) tarafından demanstaki genel yıkımın şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 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. (1997) tarafından geliştirilmiş olup, amaç DSM-IV birinci eksen ruhsal bozuklukların saptanmasıdır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ): Demans hastalarında özel olarak depresyon bulgu ve semptomlarını değerlendirmek amacıyla Alexopoulos ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Aynı ayrı olmak üzere önce bakım-verenle 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 ya da 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 bir-biriyle uyumlu olduğu tespit edildi.

Polikliniğe başvuran ve GYÖ'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 CDDÖ, SMMT uygulandı ve sosyodemografik özellikleri kaydedildi. GDÖ'nin doldurulması deneğin okuma-yazması olmadığı durumlarda araştırmacı tarafından soruların hiçbir yorum ya da açıklama yapılmaksızın okunması şeklinde uygulandı. CDDÖ ise önce hasta yakınları ya da bakımveren(ler)den alınan detaylı bilgi sonrasında hasta ile yapılan görüşme sonrası klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Huzurevinde kalan hastalar ise önce GYÖ'ne göre evrelendirilip Evre IV ve V olanlar CDDÖ ile değerlendirildi ardından diğer formlar ve ölçekler uygulandı. Huzurevindeki yaşlıların yanlarında yakınları olmadığından dolayı ölçekle (CDDÖ) ilgili bilgiler yaşlıların genel ve sağlık durumları ile ilgili detaylı bilgiye sahip huzurevi doktorundan, psikologundan, sosyal hizmet uzmanından ya da hemşiresinden temin edildi.

SONUÇLAR

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.

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 konuldu. 40 (%38.1) yaşlıda ise demans dışında başka bir psikiyatrik bozukluk saptanmadı. CDDÖ total puanları 0 ile 27 arasında değişmekte olup ortalaması 8.85 ± 6.03 'tü. SMMT skorları ise 5 ile 25 arasında değişmekte olup ortalaması 18.09 ± 4.18 'di. GYÖ'ne göre 68 denek evre IV (%64.8), 37 denek ise evre V (%35.2) demans hastası olarak tespit edildi. Örneklem grubunu depresyonu olmayanlar ve major depresyon tanısı konulanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdığımızda (n:85) ortaya çıkan demografik ve klinik özelliklerin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Güvenirlilik İncelemesi:

1) Test - tekrar test tutarlılık incelemesi:

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. SMMT skorları 10 ile 24 arasında değişmekte olup ortalaması 18.29 ± 3.47 'dir. GYÖ'ne göre 19 denek evre IV (%70.4), 9 denek ise evre V (%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 0.88 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.

2) İç tutarlılık incelemesi:

İç tutarlılık incelemesi Cronbach's Alpha ve Split-Half yöntemlerine göre yapılmıştır. Tablo 4'te görüldüğü üzere CDDÖ hem Alpha değeri ($\alpha = .795$) hem de Split-Half korelasyon değerine ($sh = .760$) göre yüksek iç tutarlılık göstermektedir.

Geçerlik incelemesi:

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 $U=3.00$ $p=0.00$; kurumda kalan hastalar için $U=13.00$, $p=0.00$).

Bu sonuçlara dayanarak CDDÖ'nin toplam puanının depresyonu olanları olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede ayırt ettiğini söyleyebiliriz. Bu şekilde ölçeğin Türk demans populasyonunda geçerli olduğunu ileri sürebiliriz. Ancak tek tek sorulara baktığımızda 15 numaralı sorunun iki grup arasında ayırıcı özelliğinin bulunmadığını görmekteyiz.

Sosyodemografik verilerden yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni hal, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, sahip olunan sosyal güvence türü ile CDDÖ toplam skorları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Öte yandan hem GYÖ'nin evreleriyle hem de SMMT toplam skorları ile CDDÖ toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

CDDÖ toplam puanları ile GDÖ toplam puanları arasında ise hem tüm denekler ($r = 0.67$, $p=0.00$) hem de depresyonu olan grup ($r=0.36$, $p=0.01$) incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmasına rağmen depresyonu olmayan grupta ($r = 0.25$, $p=0.11$) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda CDDÖ Türkçe versiyonu toplam puanının, aynı kişilere 7 gün arayla uygulanması sonucunda elde edilen yüksek derecede korelasyon ($r=0.88$) ölçeğin tümü göz önüne alındığında tutarlı olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçekte Alexopoulos ve ark. (1988) test-tekrar test tutarlılığına bakmamış, bunun yerine 26 hastada görüşmeciler arası tutarlılığı incelemiş ve 0.67 düzeyinde korelasyon bulunduğunu bildirmiştir.

Her bir sorunun korelasyon düzeyleri incelendiğinde değerlerin 0.88 ile 0.19 arasında değiştiği görülmektedir. Yedinci ve sekizinci sorular iki uygulama arasında sırasıyla 0.19 ve 0.24 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 (Kaya 1999). Kaldı ki yaşlılarda mevcut olan bu bedenselleştirme eğilimi ve bedenselleştirme yakınmasının içerik ve şiddetinin hızlı değişebilir doğası çoğu zaman tanı konulmasını güçleştirmekte veya yanlış tanıları 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 (Marin ve ark. 1993, MacGuire ve Rabins 1994). Öte yandan yapılan bir çalışmada ilgi kaybı semptomunun hastanın kendisi ile bakımverenin beyanı arasında en çok çelişen semptom olduğu gösterilmiştir (Chopra ve ark. 2008). Buna göre her iki maddenin de iki uygulama arasında düşük korelasyon göstermesini hem semptomun bu hasta grubunda kolaylıkla ve sıklıkla değişebilir olma vasfına hem de hastanın beyanı ile bakımverenin bildirimindeki çelişkiye bağlayabiliriz. Amuk ve ark. (2003) ölçeğin test-tekrar test tutarlılığı incelemesinde $r=0.93$ gibi oldukça yüksek bir korelasyon değerine ulaşmışlardır. 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 $\alpha =$

Tablo 1. Tüm grubun demografik özellikleri

Demografik özellikler	n	%
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
Medeni durumu		
Evli	21	20
Boşanmış	14	13.3
Dul	61	58.1
Bekar	9	8.6
Çocuk sahibi 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 ya da akrabalar tarafından bakım	3	2.9
Diğer	8	7.6

0.76 bulunmuştur. Amuk ve ark. (2003) iç tutarlılığı $\alpha=0.86$ olarak bildirmişlerdir. Harwood ve ark. (1998) 137 demans hastasından oluşan denek grubunu CDDÖ'nin faktör analizi amacıyla inceledikleri çalışmalarında iç tutarlılığı $\alpha=0.86$ hesaplamışlardır. Her iki çalışmada da bizimkine oranla daha yüksek bir iç tutarlılık sonucuna ulaşıl-

masını, tek bir denek popülasyonu ile çalışılmış olması ile ilişkilendirebiliriz. Orijinal çalışmada ise Alexopoulos ve ark. (1988) 48 hastada inceledikleri iç tutarlılığı $\alpha=0.84$ olarak bildirmişlerdir ve ne denek gruplarında ne de her bir madde için iç tutarlılık incelememişlerdir. Çalışmamızda tüm deneklerin her bir madde için toplam puan kore-

Tablo 2. Depresyonu olmayan ve major depresyon grubunun demografik ve klinik özellikleri

	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
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)
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)
Çocuk sahibi 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 ya da akrabalar tarafından bakım	1 (%2.5)	2 (%4.4)
Diğer	3 (%7.5)	2 (%4.4)
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

Tablo 3. Test - tekrar test tutarlılık

Soru No	Korelasyon Değeri	Soru No	Korelasyon Değeri
Toplam Puan	r:0.88 p:0,00		
Soru 1	r:0.61 p:0.00	Soru 11	R:0.65 p:0.00
Soru 2	r:0.80 p:0.00	Soru 12	R:0.59 p:0.00
Soru 3	r:0.75 p:0.00	Soru 13	R:0.73 p:0.00
Soru 4	r:0.74 p:0.00	Soru 14	R:0.60 p:0.00
Soru 5	r:0.66 p:0.00	Soru 15	R:0.72 p:0.00
Soru 6	r:0.41 p:0.03	Soru 16	R:0.70 p:0.00
Soru 7	r:0.19 p:0.33	Soru 17	R:0.72 p:0.00
Soru 8	r:0.24 p:0.21	Soru 18	R:0.59 p:0.00
Soru 9	r:0.71 p:0.00	Soru 19	R:0.77 p:0.00
Soru 10	r:0.70 p:0.00		

lasyonu incelendiğinde 6, 7, 10, 15 ve 19. maddelerin toplam puan korelasyonu sırasıyla 0.23, 0.18, 0.28, 0.16 ve 0.26 bulunmuştur (<0.30). Schreiner ve ark. (2003) CDDÖ total skorunun 6, 12 ve 19. maddelerle korelasyon göstermediğini bildirmişlerdir. Kurlowicz ve ark. (2002) 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 ($\alpha=0.76$). Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla uyumlu olarak başka çalışmalarda da 6, 7 ve 19. maddelerin düşük iç tutarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda yeterli iç tutarlılık göstermeyen maddelerin varlığını diğer çalışmalardan farklı olarak hem poliklinik hem de kurumda kalan hastaları içeren daha heterojen bir grupta çalışmamıza bağlayabiliriz. Bunun yanında kültürel farklılıkların da bu maddelerin toplam puan korelasyonunun düşük çıkmasında etkili olduğunu söyleyebiliriz.

CDDÖ'nin Türkçe versiyonunun Alexopoulos ve ark.'nın (1988) geçerlik analizi sonuçları ile karşılaştırdığımızda testin toplam puanının bizim çalışmamızda da depresyonu olan demans olgularını depresyonu olmayan olgulardan istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde ayırdığını görmekteyiz ($p=0.00$). Ölçeğin her bir sorusu için yapılan geçerlik analizinde on beşinci sorunun iki

grup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ayırt edici olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.06$). On beşinci soru sabah erken uyanma ile ilgili olup, bu semptomun depresyonu olmayan demans hastalarında da sıklıkla görülebildiğini ve bu nedenle de bu maddenin demans hastalarından oluşan bir populasyonda depresyonu olanları olmayanlardan ayırt etme gücünün düşük olabileceği şeklinde yorumlayabiliriz. Öte yandan Leontjevas ve ark.'nın (2009) yaptıkları çalışmada da CDDÖ'nin erken başlangıçlı demans olgularında depresyonu olanları olmayanlardan ayırabildiği gösterilmiştir.

CDDÖ toplam puanlarını GDÖ toplam puanları ile karşılaştırdığımızda tüm deneklerde ve depresyonu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmasına rağmen depresyonu olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir ($r=0.25$, $p=0.11$). Bu sonucun daha detaylı ve geniş ölçekli çalışmalarla tekrarlanması ve yorumlanması gerektiğini düşünmekteyiz. Orijinal çalışmada ise Alexopoulos ve ark. (1988) Hamilton Depresyon Ölçeği ile CDDÖ'ni karşılaştırmışlar ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunduğunu bildirmişlerdir ($r=0.83$, $p<0.001$).

Öte yandan hem GYÖ'nin evreleriyle hem de SMNT toplam skorları ile CDDÖ toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olmasını demans olgularında CDDÖ

Tablo 4. İç tutarlılık

	Tüm denekler	n: 104	Depresyonu olmayan grup	n: 40	Major depresyon grubu	n: 45
	sh: 0.76	α: 0.79	sh: 0.45	α: 0.64	sh: 0.53	α: 0.51
	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	0.62	0.77	0.16	0.63	0.49	0.46
2	0.75	0.75	0.50	0.59	0.48	0.46
3	0.36	0.84	0.66	0.55	0.14	0.66
4	0.51	0.77	0.26	0.62	0.42	0.46
5	0.40	0.78	0.00	0.64	0.30	0.48
6	0.23	0.79	0.41	0.60	- 0.16	0.54
7	0.18	0.79	0.09	0.65	- 0.10	0.53
8	0.48	0.78	0.30	0.62	0.02	0.52
9	0.48	0.78	0.48	0.60	0.16	0.50
10	0.28	0.79	0.27	0.63	0.15	0.50
11	0.52	0.77	0.19	0.64	0.28	0.49
12	0.43	0.78	0.00	0.64	0.39	0.47
13	0.32	0.78	0.20	0.64	0.12	0.50
14	0.44	0.78	0.13	0.64	0.30	0.48
15	0.16	0.79	0.08	0.65	- 0.04	0.53
16	0.38	0.79	0.00	0.64	0.33	0.49
17	0.47	0.78	0.12	0.64	0.22	0.49
18	0.67	0.76	0.24	0.63	0.52	0.45
19	0.26	0.79	0.00	0.64	0.17	0.50

toplam skorunun kognitif yıkımın düzeyinden veya şiddetinden etkilenmediği şeklinde yorumlayabiliriz.

CDDÖ orijinal çalışmada da belirtildiği üzere bir derecelendirme ölçeğidir. Nitekim Alexopoulos ve ark. (1988) çalışmalarında 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 (2003) 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. Hem denek sayısının daha fazla oluşu hem de huzurevinde ikamet eden hastalarla birlikte polikliniğe başvuran demans hastalarının da çalışmaya dahil edilmiş olması çalışmamızın artı tarafları olarak dikkati çekmektedir. Amuk ve ark.'nın (2003) gerçekleştirdiği çalışmada sadece huzurevinde kalan oldukça selektif bir hasta grubu değerlendirilmiş ve bu durum sonuçların genelleştirilebilmesine engel teşkil etmiştir. Çalış-

Tablo 5. Ölçeğin geçerlik incelemesi

	Depresyonu olmayan demans grubu ort. sıra değeri	Depresyonu olan demans grubu ort. sıra değeri	U	W	Z	P
1	28	56.33	300.00	1120.00	-5.97	0.00
2	24.13	59.78	145.00	965.00	-7.06	0.00
3	26.71	57.48	248.50	1068.50	-6.11	0.00
4	32.17	52.62	467.00	1287.00	-4.21	0.00
5	34.50	50.56	560.00	1380.00	-4.30	0.00
6	36.65	48.64	646.00	1466.00	-2.57	0.01
7	36.35	48.91	634.00	1454.00	-2.62	0.00
8	29.24	55.23	349.50	1169.50	-5.40	0.00
9	32.56	52.28	482.50	1302.50	-4.35	0.00
10	39.54	46.08	761.50	1581.50	-2.28	0.02
11	31.71	53.03	448.50	1268.50	-4.67	0.00
12	38.00	47.44	700.00	1520.00	-3.15	0.00
13	33.03	51.87	501.00	1321.00	-3.97	0.00
14	32.94	51.94	497.50	1317.50	-3.99	.000
15	39.00	46.56	740.00	1560.00	-1.84	0.06
16	39.50	46.11	760.00	1580.00	-2.58	0.01
17	32.50	52.33	480.00	1300.00	-4.53	0.00
18	28.89	55.54	335.50	1155.50	-5.72	0.00
19	40.50	45.22	800.00	1620.00	-2.15	0.03
Toplam	21.25	62.33	30.0	850.0	-7.67	0.00

mamızda ise farklı kaynaklardan elde edilen ve daha heterojen vasıflı bir denek popülasyonunun değerlendirilmiş olmasını, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin gücünü arttıran ve sonuçların genelleştirilebilmesini sağlayan faktörler olarak yorumlayabiliriz. Fakat denek grubunun toplum kökenli olmayıp; polikliniğe başvuran ve kurumda kalan hastalar gibi göreceli seçilmiş bir popülasyondan oluşması aynı zamanda çalışmanın kısıtlılığını da teşkil etmektedir. Nitekim Alexopoulos ve ark. (1988) da bu durumun altını çizip toplum kökenli hasta grupları ile ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasının gerekliliğini belirtmişlerdir. Biz de bu görüşe katılmaktayız.

Sonuç olarak 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.

Yazışma adresi: Dr. Okan Taycan, Muş Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisi, Muş, okantaycan@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC ve ark. (1988) Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*, 23:271-284.
- 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.
- 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):135-144.
- 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.
- Burns A, Jacoby R, Levy R (1990) Psychiatric phenomena in Alzheimer disease. III: Disorders of mood. *Br J Psychiatry*, 157:81-86.
- 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.
- Chopra MP, Sullivan JR, Feldman Z ve ark. (2008) Self-, collateral- and clinician assessment of depression in persons with cognitive impairment. *Aging Ment Health*, 12(6):675-83.
- Eker E (1999) Demansta depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 36(2):110-114.
- 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? *Int Psychogeriatr*, 12(2):163-172.
- 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.
- 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*, 12:189-198.
- Gallo JJ, Rabins PV (1999) Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician*, 60:820-826.
- 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.
- Gonzalez-Salvador T, Arango C, Lyketsos CG ve ark. (1999) The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14:701-710.
- 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.
- 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.
- Harwood DG, Ownby RL, Barker WW ve ark. (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.
- Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A ve ark. (2008) Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 26(2):138-46.
- Kaya B. (1999) Yaşlılık ve depresyon-1: Tanı ve değerlendirme. *Türk Geriatri Dergisi*, 2(2): 76-82
- Kurlowics LH, Evans LK, Strumpf NE ve ark. (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.
- Lee HB, Lyketsos CG (2003) Depression in Alzheimer's Disease: Heterogeneity and related issues. *Biol Psychiatry*, 54:353-362.
- Leontjevas R, van Hooren S, Mulders A (2009) The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia: a validation study with patients exhibiting early-onset dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17(1):56-64.
- Logsdon RG, Teri L (1995) Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. *J Am Geriatrics Society*, 43:150-155.
- Lyketsos CG, Olin J (2002) Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment. *Biol Psychiatry*, 52:243-252.
- 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):1043-1053.
- 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.
- 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.
- Marin RS, Biedrzycki RC, Firinciogullari S (1993) The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affect Disord*, 28:7-14.
- McGuire MH, Rabins PV (1994) Mood disorders. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, Coffey CE, Cummings JL (eds), Washington, DC, American Psychiatric Press, s. 246-260.
- Mulsant BH, Ganguli M (1999) Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 20):9-15.
- Murman DL, Chen Q, Powell MC ve ark. (2002) The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology*, 59(11):1721-1729.
- Olin JT, Schneider LS, Katz IR ve ark. (2002) Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(2):125-128.
- 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.

Petrovic M, Hurt C, Collins D ve ark. (2007) Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease consortium (EADC) study. *Acta Clin Belg*, 62(6):426-32.

Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, ve ark. (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.

Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ (1982) The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139(9):1136-1139.

Schreiner AS, Hayakawa H, Morimoto T ve ark. (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.

Snowdon J, Lane F (2001) The prevalence and outcome of depression and dementia in Botany's elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16(3):293-299.

Steele C, Rovner B, Chase GA ve ark. (1990) Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 147:1049-1051.

Stern Y, Tang MX, Albert MS ve ark. (1997) Predicting time to nursing home care and death in individuals with Alzheimer disease. *JAMA*, 277:806-812.

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):94-99.

TÜİK (2009) Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus İstatistikleri <http://www.tuik.gov.tr>

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.

CORNELL DEMANSTA DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Puanlama Sistemi

a= Değerlendirilemiyor 1= Hafif yada aralıklı
0= Yok 2= Şiddetli

A. Duygudurumla İlişkili Belirtiler

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

B. Davranış Bozukluğu

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

C. Fiziksel Belirtiler

- | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|
| 9. İştah kaybı | a | 0 | 1 | 2 |
| Normalden daha az yeme | | | | |

10. Kilo kaybı (Bir ayda 2 kg'dan daha fazla kayıp edilmişse 2 puan)	a	0	1	2
11. Enerji kaybı Kolay yorulma, günlük aktiviteleri sürdürememe (Değişiklik birden olduğunda puan verilmesi örn. 1 aydan daha az bir süre içinde)	a	0	1	2
D. Döngüsel Fonksiyonlar				
12. Duygudurumda döngüsel değişimler Semptomların sabah kötüleşmesi	a	0	1	2
13. Uykuya dalmada zorluk Hasta için alışılmıştan daha uzun sürede uykuya dalma	a	0	1	2
14. Uyku süresince sık sık uyanma	a	0	1	2
15. Sabahları erken uyanmalar Hasta için alışılmıştan daha erken	a	0	1	2
E. Düşünce Bozukluğu				
16. İntihar Hayatın yaşamaya değmez olduğunu hissetme, intihar arzusunun bulunması veya intihar girişiminde bulunma	a	0	1	2
17. Kişinin kendine olan saygısında azalma Kendini kınama, kendini küçük görme, yetersizlik duyguları	a	0	1	2
18. Kötümserlik Çok kötü şeylerin olacağını bekleme	a	0	1	2
19. Duygudurumla uyumlu hezeyanlar Fakirlik, hastalık, kayıp hezeyanları	a	0	1	2