

İnmeli hastalarda uyku kalitesi ve depresyon fonksiyonel durumu etkiler mi?

Raife Şirin ATLIĞ (*), Afıtap İÇAĞASIOĞLU (**), Yasemin YUMUŞAKHUYLU (*),
Selin TURAN TURGUT (*), Esra SELİMOĞLU (*)

ÖZET

Amaç: Son 3 yıl içinde serebrovasküler olay (SVO) geçiren hemipleji sekelli hastalarda fonksiyonel durumu ile, uyku kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya yaşları 38-85 arasında olan 42 hemiplejik hasta alındı. Hastalar muayene edilerek her bir ekstremitenin Modifiye Ashworth Skalasına göre spastisitesi ve üst ve alt ekstremitte ve el Brunstromme değerleri kaydedildi. Hastaların fonksiyonel durumları Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (FBÖ) ile, uyku kaliteleri Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi (PUKİ) ile, duyu durumları ise Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 64,9±11,6 olarak hesaplandı. Çalışmaya alınan hastaların 20'si (% 47,6) erkek 22'si (% 52,4) kadındı. Ortalama hemipleji süreleri 6,9±8,5 ay olarak hesaplandı. Hastaların 40'ı (% 95,2) iskemik, 2'si (% 4,8) hemorajik SVO geçirmiş. Hastaların üst ekstremitte Brunstromme ortalamaları 2,43±1,55, alt ekstremitte Brunstromme ortalamaları 3,45±1,78, el Brunstromme ortalamaları 2,09±1,57 idi. Spastisiteyi Modifiye Ashworth Skalasına göre üst ve alt ekstremitte global olarak değerlendirildiğinde, üst ekstremitte spastisite ortalamaları 1,21±1,16, alt ekstremitte spastisite ortalamaları 0,79±1,12 olarak bulundu. Hastaların FBÖ puan ortalamaları 72,90±29,40, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamaları 8,48±4,80, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları 15,19±9,12 olarak hesaplandı. FBÖ puanları ile PUKİ puanları ve Beck Depresyon Skalası puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla, p=0.03, p<0.005). Beck Depresyon Skalası puanları ile PUKİ puanları arasında da istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (p<0.005).

Sonuç: Hemiplejili hastalarda uyku kalitesinin bozulması ve depresyonun fonksiyonel durumu negatif yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Hemipleji, depresyon, uyku kalitesi

İnme; aniden gelişen kalıcı fokal nörolojik kayıp ile karakterize bir klinik sendromdur (1). İnme erişkin yaşamın nörolojik hastalıkları arasında sıklık ve önem açısından ilk sırada yer alır. Dünyada en

SUMMARY

Do sleep quality and depression effect functional status in hemiplegic patients?

Aim: The aim of this study is to analyse the relation between functional status, sleep quality and depression in hemiplegic patients who had experienced cerebrovascular disease (SVD) in last three years.

Materials and Methods: 38-85 year-old 42 patients were included in the study. All of the patients were examined and scores of each extremity's spasticity according to Modified Ashworth Scale (MAS) and upper and lower limb and hand Brunstromme scores were noted. Patient's functional status was assessed with Functional Independence Measure (FIM), sleep qualities with Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and moods with Beck Depression Scale, respectively.

Results: The average age was 64.9±11.6 years. Twenty patients (% 47,6) were male, and 22 of them (% 52,4) were female. Mean duration of hemiplegia in patients was 6,9±8,5 months. 40 patients (% 95,2) had ischemic SVD, 2 of them hemorrhagic SVD. The patient's mean upper, lower limb, and hand Brunstromme scores were 2.43±1.55, and 3.45±1.78, and 2.09±1.57, respectively. MAS mean upper, and lower limb global spasticity scores of the patients were 1.21±1.16, and 0.79±1.12, respectively. Mean FIM, PSQI, and Beck Depression Scale scores were 72.90±29.40, 8.48±4.80 and 15.19±9.12, respectively. There was statistically significant relation between FIM and PSQI scores (p=0.03), FIM and Beck depression scale scores (p<0.005). Also there was statistically significant relation between Beck depression scale scores and PSQI scores (p<0.005).

Conclusion: We suppose that poor sleep quality and depression effect functional status negatively in hemiplegic patients.

Keywords: Hemiplegia, depression, sleep quality

yaygın, ciddi nörolojik sorundur. ABD ve diğer batı ülkelerinde kalp hastalıkları ve kanserden sonra en sık görülen üçüncü ölüm nedenidir (2).

Geliş tarihi: 30.10.2012

Kabul tarihi: 17.11.2012

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzm. Dr.*; Doç. Dr.**

İnmeli hastalarda uyku bozukluğu, ağrı ve depresyon sık görülen komplikasyonlardır ve inme sonrası fonksiyonel durumu etkileyen çok çeşitli faktörler mevcuttur.

İnmeli hastalarda hipersomnia, insomnia ve uykuda apne gibi sorunlar sıktır (3-5). Akut inme veya GİA geçiren hastaların % 55-% 70'inde uykuda apne olduğunu düşündüren gün içi uyku hali, horlama ve oksijen saturasyonu düşüklüğü gibi bulgular mevcuttur (3-5). İnmeli hastaların % 50'sinde uyku bozukluğu veya uykuda apne öyküsü vardır. Uyku apnesi serebrovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmese de horlama alışkanlığı olan kişilerde inme için rölatif risk 2.4 olarak bulunmuştur (3). Uyku apnesi inmenin bir sekeli de olabilir. Uyku bozukluğu öyküsü olmayan inme hastalarında polisomnografik incelemelerle yapılan bir araştırmada uyku apnesi sıklığı oldukça yüksek bulunmuştur (4). Bir başka araştırmada uyku sırasında oluşan solunum sorunlarının çıkışta, üçüncü ve on ikinci ay kontrollerinde düşük Barthel İndeksi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (5).

İnme sonrasında depresyon yaklaşık % 40 oranında görülür (6). Anksiyete ve apati gibi sorunlara da rastlanabilir. Risk faktörleri üzerinde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sol hemisfer frontal lob lezyonlarında depresyonun daha sık olduğu bildirilse de bu bilgi netleşmemiştir. İnme öncesinde psikolojik sorunları olan kişiler, nörolojik kayıpları ve günlük yaşam aktivitelerinde zorlukları fazla olanlar, kadınlar, afazisi, kognitif kayıpları ve sosyal desteği zayıf olan hastalarda depresyon riski artar (6-8). İnme sonrasında birinci, ikinci ve üçüncü yıllarda depresyon oranı % 14 ile % 30 arasındadır. Riskin en yüksek olduğu dönem birinci yıl olmakla birlikte inme sonrasında depresyon herhangi bir zamanda gelişebilir (9).

Biz bu çalışmada inmeli hastalarda fonksiyonel durum ile ağrı, uyku kalitesi ve depresyon arasında ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği'nde Eylül 2010-Kasım 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma öncesi İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul onayı alınmıştır (Etik kurul onay no: 5H/16.09.2010). Çalışmayla ilgili katılımcılara ön bilgilendirme yapıldı. Kabul edenlere "aydınlatılmış onam formu" esas alınarak bilgi verildi ve imzaları alındı. Aydınlatılmış onam formunun bir nüshası katılımcılara verildi.

Çalışmaya son 3 yıl içinde hemipleji geçirmiş olan 38-85 yaş arası hastalar alındı. Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni hal, eğitim durumu, sigorta olup olmadığı varsa sigortanın cinsi, meslek, gelir düzeyi vb.) sorgulandı. Hastaların fonksiyonel durumu Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) kullanılarak belirlendi. Hastalar muayene edilerek Brunstromme'ları hesaplandı. Üst ve alt ekstremitelerde spastisitelerinin olup olmadığına bakıldı ve spastisitelerinin modifiye Ashworth skalasına göre değerlendirilmesi yapıldı. Vücudun herhangi bir bölgesinde özellikle omuzda ağrısı olup olmadığı sorgulandı. Hangi tarafın hemiplejik olduğu ve hemipleji nedeni (trombotik, embolik, hemorajik) sorgulandı. Hastaların daha önceden geçirilmiş SVO veya geçici iskemik atakları olup olmadığı soruldu. Hastaların herhangi bir cihaz kullanıp kullanmadıkları sorgulandı. İlaç kullanımları sorgulandı. Ek hastalıkları olup olmadığı sorgulandı. Hastaların son 1 aydaki uyku kalitesini hesaplamak için Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ölçeği uygulandı. Hastalara Beck depresyon skalası dolduruldu.

Fonksiyonel değerlendirme, kişinin yeteneklerini ve kısıtlılıklarını tanımlar. Günlük yaşam, boş zamanları değerlendirme, çalışma yaşamı ve sosyal ilişkilerde becerilerin kullanımını ölçmeyi hedefler. Mobilite aktiviteleri, kendine bakım aktiviteleri, ev ile ilgili aktiviteler, toplum içi aktiviteler, algılama, iletişim ve mesleki aktiviteler fonksiyonel değer-

lendirme kapsamına girer. İdeal bir fonksiyonel değerlendirme kişiyi özürülük, engellilik ve kısmen de yaşam kalitesi açısından gözden geçirmelidir. Rehabilitasyon alanında birçok fonksiyonel değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin kullanım amaçları, hastanın fonksiyonlarının objektif ve kantitatif ölçümünü yapmak, fonksiyonel gelişmeyi monitörize etmek, terapötik hedeflerin belirlenmesinde yol göstermek ve tedavinin etkinliğini saptamaktır⁽¹⁰⁾. Nörorehabilitasyonda fonksiyonel değerlendirme amacıyla en yaygın kullanım alanı bulan özürülük ölçekleri Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümüdür (FBÖ, Functional Independence Measure, FIM)⁽¹¹⁾. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (FBÖ), kişinin günlük temel fiziksel ve kognitif aktivitelerinde bağımsızlık düzeyini gösterir; kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite, lökomosyon, iletişim ve sosyal idrak skorlanır. Skorlamada hastanın kapasitesi değil gerçek performansı dikkate alınır. İnmeli hastalarda giriş FBÖ skorunun fonksiyonel sonucu belirleyen önemli bir parametre olduğu saptanmıştır. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütünün toplumumuza adaptasyon çalışması yapılmış ve inmeli hastalarda kullanımının geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir⁽¹⁰⁾.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ), bireyde son bir aylık uyku kalitesi uyku miktarı, uyku bozukluğunun varlığı ve şiddetini değerlendirimizi sağlayan 19 soru içeren güvenli ve tutarlı bir uyku anketi olup Türk hastalara uyarlaması Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır⁽¹²⁾.

İstatistiksel Analiz:

İstatistik işlemleri için SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanıldı. Değerler ortalama±standart sapma olarak verildi. Sürekli değişkenlerin analizinde, t testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı. Fonksiyonel durum ile bağımsız olarak ilişkili faktörleri tanımlamak için multipl lineer regresyon analizi kullanıldı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak

anlamlılık sınırı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya son 3 yıl içinde hemipleji geçirmiş olan 42 hasta alındı.

Hastaların yaş ortalaması 64,9±11,6 olarak hesaplandı. Çalışmaya alınan hastaların 20'si (% 47,6) erkek, 22'si (% 52,4) kadındı. Hastaların 32'si (% 76,2) evli, 10'u (% 23,8) duldu. Bekâr olan yoktu. Yirmisi (% 47,6) ev hanımı, 16'sı (% 38,1) emekli, 6'sı (% 14,3) çalışandı.

Hastaların 14'ü (% 33,3) okuma-yazması yoktu, 2'si (% 4,8) okuma-yazma biliyordu fakat okula gitmemişlerdi; 15'i (% 35,7) ilkokul, 4'ü (% 9,5) ortaokul, 4'ü (% 9,5) lise, 3'ü (% 7,1) üniversite mezunuydu (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.

Cinsiyet	Erkek	n: 20 (%47,6)
	Kadın	n: 22 (%52,4)
Medeni hal	Evli	n: 32 (%76,2)
	Dul	n: 10 (%23,8)
Meslek	Ev hanımı	n: 20 (%47,6)
	Emekli	n: 16 (%38,1)
	Çalışan	n: 6 (%14,3)
Öğrenim durumu	Okuma-yazma yok	n: 14 (%33,3)
	Okuma-yazma var	n: 2 (%4,8)
	İlkokul mezunu	n: 15 (%35,7)
	Ortaokul mezunu	n: 4 (%9,5)
	Lise mezunu	n: 4 (%9,5)
Üniversite mezunu	n: 3 (%7,1)	

Hastaların hepsinin sağlık sigortası vardı.

Hastaların 19'u (% 45,2) sağ hemiplejik, 23'ü (% 54,8) sol hemiplejikti.

Hastaların ortalama hemipleji süreleri 6,9±8,5 ay olarak hesaplandı.

Hastaların 40'ı (% 95,2) iskemik, 2'si (% 4,8) hemorajik SVO geçirmişti.

Komorbid hastalıklar olarak, 19'u (% 45,2) tip 2

diyabetes mellitus, 36'sı (% 85,7) hipertansiyon, 15'i (% 35,7) koroner arter hastası idi. Kullandıkları ilaçlar: 13'ü (% 31) antispastik, 29'u (% 69,0) anti-depresan, 35'i (% 83,3) antihipertansif, 36'sı (85,7) antikoagülan, 15'i (% 35,7) oral antidiabetik, 3'ü (% 7,1) antihiperlipidemik ilaç kullanmaktaydı.

Hastaların 6'sı (% 14,3) AFO (ankle foot orthosis), 11'i (% 26,2) kısa yürüme cihazı, 8'i (% 19,0) statik el ateli, 17'si (% 40,5) baston, 1'i (% 2,4) HKAF0 (hip knee ankle foot orthosis), 6'sı (% 14,3) omuz askısı kullanmaktaydı.

Hastaların 21'inde (% 50) dizarti, 15'inde (% 35,7) disfaji, 28'inde (% 66,7) omuz ağrısı, 1'inde (% 2,4) omuz subluksasyonu, 17'sinde (% 40,5) idrar inkontinansı mevcuttu.

Hastaların üst ekstremitte brunstromme ortalamaları $2,43 \pm 1,55$, alt ekstremitte brunstromme ortalamaları $3,45 \pm 1,78$, el brunstromme ortalamaları $2,09 \pm 1,57$ idi (Tablo 2).

Hastaların spastisiteyi modifiye Ashworth skalasına göre üst ve alt ekstremitede global olarak değerlendirildiğinde üst ekstremitte spastisite ortalamaları $1,21 \pm 1,16$, alt ekstremitte spastisite ortalamaları $0,79 \pm 1,12$ olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Brunstromme, MAS'a göre spastisite, FBÖ, VAS, PUKİ ve Beck Depresyon Skalası puan ortalamaları.

	N	Min	Max	Mean	SD
Üst ekstremitte Brunstromme	42	1,0	6,0	2,43	1,55
Alt ekstremitte Brunstromme	42	1,0	6,0	3,45	1,78
El brunstromme	42	1,0	6,0	2,09	1,57
Üst ekstremitte spastisite	42	0,0	3,0	1,21	1,16
Alt ekstremitte spastisite	42	0,0	3,0	0,79	1,12
FBÖ puanı	42	18,0	126,0	72,90	29,40
VAS puanı	42	0,0	7,0	2,45	2,04
Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puanı	42	1,0	20,0	8,48	4,80
Beck depresyon skalası puanı	42	2,0	34,0	15,19	9,12

Hastaların FBÖ puan ortalamaları $72,90 \pm 29,40$, VAS puan ortalamaları $2,45 \pm 2,04$, Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puan ortalamaları $8,48 \pm 4,80$, Beck depresyon skalası puan ortalamaları $15,19 \pm 9,12$ olarak hesaplandı (Tablo 2).

Hastaların FBÖ puanları ile PUKİ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p=0,03$).

Hastaların FBÖ puanları ile Beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p<0,005$).

Hastaların Beck depresyon ölçeği puanları ile PUKİ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p<0,005$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların FBÖ, PUKİ ve Beck depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

	P değerleri
FBÖ-PUKİ	0,03*
FBÖ-Beck depresyon ölçeği	0,001*
Beck depresyon ölçeği-PUKİ	0,001*

*istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,005$.

Hastaların 10'unun (% 23,8) uyku kalitesi iyi (PUKİ puanı <5), 32'sinin (% 76,2) uyku kalitesi kötü (PUKİ puanı ≥ 5) idi.

Hastaların PUKİ skorlarına göre uyku kalitelerinin iyi veya kötü olması ile yaş, cinsiyet, medeni hal, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigorta türü, hemiplejik taraf, hemipleji süresi, komorbid hastalıklar, ilaç kullanıp kullanmama, Brunstromme değerleri, spastisite değerleri, dizartri, disfaji, omuz ağrısı, subluksasyon ve idrar inkontinansı olup olmaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı.

Hastaların Beck Depresyon Skalası puanları ≤ 10 normal, >10 depresif şeklinde değerlendirildiğinde; hastaların 17 (% 40,5)'si ≤ 10 normal, 25 (% 59,5)'i depresif olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

İnme sonrasında, iyileşme sürecinde olan hastalarda ileri yaş ve serebrovasküler olayın yaygın bir hastalığın parçası olduğunu dikkate aldığımızda, sayısız medikal sorun ve komplikasyon ortaya

çıkabilir. Bu sorunlar ve komplikasyonlar rehabilitasyon sürecini, sonuçlarını ve hastanın inme sonrası yaşamını etkileyebilir; her birinin detaylı değerlendirimi, çözümü önem taşır (2). Fonksiyonel durumda bozulma, uyku bozuklukları, depresyon ve ağrı bu komplikasyonlardandır.

Hemipleji inmenin en göze çarpan bulgusudur. Son yıllarda inme tedavisinde daha başarılı sonuçlar elde edilmesi ve yaşam süresinin uzaması nedeniyle hemiplejik hasta sayısı artmaktadır.

Bu çalışmaya alınan inme sonrası hemiplejik hastalar fonksiyonel durum, uyku kalitesi, depresyon ve ağrı yönünden değerlendirilmiştir. Çalışmanın amacı hastaların fonksiyonel durumları ile uyku kalitesi, depresyon ve ağrı arasında bir ilişki olup olmadığının incelenmesidir.

Literatürde çeşitli hastalıkların uyku kalitesi üzerine etkilerini inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Hemiplejik hastalarda ise uyku kalitesini inceleyen çok az çalışma mevcuttur.

Hayashino ve ark. uyku kalitesi ile içerisinde inme de bulunan komorbid hastalıklar arasındaki ilişkiyi ve depresyonun uyku kalitesine etkisini PUKİ kullanılarak incelemiş ve komorbid hastalıklarına ek olarak depresyonu da olan hastalarda uyku kalitesini daha kötü bulmuşlardır (13). Biz de çalışmamızda hastaların Beck Depresyon Skalası ölçümleri ile PUKİ skorları arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit ettik. Depresyonun hastaların uyku kalitesini kötü yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Torgeir Bruun Wyller ve ark. inmeli hastalarda subjektif iyilik hali ile bazı faktörler arasındaki ilişkiyi incelemiş ve uyku problemlerinin subjektif iyilik halini negatif yönde etkilediğini bildirmişlerdir (14). Çalışmamızda inmeli hastalarda subjektif iyilik halini araştırmamış olmamıza rağmen; depresyon ile uyku kalitesi arasında ilişki saptamamızın Torgeir Bruun Wyller ve ark.'ın çalışmaları ile desteklenebileceğini düşünmekteyiz.

Schuiling ve ark. Uyku Tanı Anketi kullanarak subaraknoid hemorajili hastalarda uyku sorunlarını araştırmış ve hastaların, uyku sorunlarının subaraknoid kanama oluştuktan sonra arttığını bildirdiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bu hastalarda SF-36 kullanılarak ölçülen yaşam kalitesinin de uyku sorunları ile ters orantılı olduğunu göstermişlerdir (15). Biz özellikle subaraknoid kanama sonrası hemiplejileri araştırmadık ve çalışmamızda uyku tanı anketi değil PUKİ kullandık. Buna rağmen, sonuçlara baktığımızda Schuiling ve ark. çalışması ile çalışmamızın paralel yönleri mevcuttur. Biz de hemiplejik hastalarda PUKİ puan ortalamasını 8,48 yani uyku kalitesini kötü bulduk.

Hemiplejik hastalarda depresyon ile ilgili literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Kong ve ark. kronik hemiplejili hastalarda kronik ağrının yaşam kalitesi ve depresyon üzerindeki etkilerini incelemiş ve çalışmalarında katılımcıların yalnızca % 15'inin Beck Depresyon Skalası'nda 10 puandan fazla aldığını yani depresif olarak değerlendirildiğini belirtmişlerdir (16). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların % 59,5'i Beck Depresyon Skalasında 10'un üzerinde puan alarak depresif olarak değerlendirildi.

Kim CR ve ark. 30 inmeli hastada insomnia ile fonksiyonel durum ve depresyon arasında ilişki olup olmadığını incelemiş ve bunun için St. Mary's Hospital uyku anketini Barthel indeksini ve Beck Depresyon Skalasını kullanmışlardır (17). Ayrıca insomniası olan hastaları hipnotiklerle tedavi etmişler. İnsomniası olan hastalarda olmayanlara göre gündüz uyanma sıklığında artma, total uyku süresinde kısalma ve uyku kalitesinde bozulma tespit etmişler fakat İnsomniası olan ve olmayan hemiplejili hastaların fonksiyonel durumları ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı ilişki tespit etmemişler. Çalışmamızda insomnia değerlendirmesi yapmadık fakat uyku kalitesi ile fonksiyonel durumu karşılaştırdığımızda aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit ettik.

Romaniak ve ark. uyku bozukluklarının inmede

risk faktörü olduğunu bildirdikleri çalışmalarında, uyku bozukluklarının aynı zamanda inmenin prognozunu da kötü yönde etkilediğini belirtmiştir (18). Ayrıca uyku bozukluklarının tanı ve tedavisinin sekonder inme tanı ve tedavisinde ve hastaların fonksiyonel durumlarının düzeltilmesinde önemli olabileceğini bildirmişlerdir. Biz de uyku kalitesinin düzeltilmesi ile hastaların fonksiyonel durumunun daha iyiye gidebileceği düşüncesindeyiz fakat bunun ispatlanabilmesi için daha geniş katılımlı ve kesitsel değil prospektif çalışmalara gereksinim olduğunu düşünmekteyiz.

Glenn V. ve ark. inmeli hastalarda Epidemiyolojik Çalışma Merkezi - Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale) ve FBÖ kullanarak pozitif duygudurumunun hastanın fonksiyonel durumu üzerine olan etkisini incelemiştir (19). Hastaların FBÖ skorlarının yüksek olmasıyla emosyonel durumlarının iyi olması arasında anlamlı ilişki tespit etmişler. Biz hastalarda pozitif duygudurumu değil depresif duygudurumu ölçmüş olmamıza rağmen, sonuçlarımızla Glenn V. ve ark. sonuçlarının benzer olduğunu düşünüyoruz. İnmeli hastalarda duygudurum kötüleştikçe fonksiyonel durum kötüleşmekte, duygudurum iyileştikçe fonksiyonel durum iyileşmektedir.

Gainotti ve ark. Hamilton Depresyon Skalası, Barthel indeksi ve Rivermead indeksi kullanarak, inmeli hastalarda depresyonun ve tedavisinin fonksiyonel iyileşme üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmalarında, hastalardan depresif olup tedavi görmeyenlerin fonksiyonel durumlarındaki iyileşmenin, depresif olmayanlar ve depresif olup tedavi görenlere göre çok daha kötü olduğunu bildirmiştir (20). Biz depresyonu ölçmek için Beck Depresyon Skalasını, fonksiyonel durumu ölçmek için ise FBÖ'yü kullandık ve prospektif değil kesitsel bir çalışma yaptık buna rağmen, depresyonun hastaların o anki fonksiyonel durumları ile ilişkili olabileceğini düşündük.

Herrmann ve ark. inme sonrası depresyon ile fonksiyonel durum arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, depresyon durumunu ölçmek için

Montgomery Asberg Depresyon Ölçüm Skalası ve Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)'ni, fonksiyonel durumu ölçmek için ise FBÖ'yü kullanmıştır (7). Depresif semptomlarla yaş, lezyon büyüklüğü ve lezyon lokalizasyonu arasında ilişki bulunamazken, depresif semptomlarla fonksiyonel durum arasında anlamlı ilişki tespit etmişler. Ayrıca 3. aydaki depresyon skorlarının 1. yıldaki fonksiyonel durumu da etkilediği görülmüş ve inme sonrası depresyonun fonksiyonel anlamda kötü prognozla da ilişkisi olabileceğini belirtmişlerdir. Bu sonuçların sonuçlarımızla paralel olduğunu, hastaların daha sonraki dönemine ait bulguları bu çalışmada olmamasına rağmen, depresyon ve fonksiyonel durumda iyileşmenin ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

SONUÇ

İnme sonrası hastalarda fonksiyonel durum, uyku kalitesi ve depresyonun birbiri ile ilişkili olduğunu ve uyku kalitesi kötüleştikçe ve depresif duygudurum arttıkça fonksiyonel durumun kötüleştiğini, ayrıca yine uyku kalitesi ile depresif duygudurumunun da bu hastalarda birbirini pozitif yönde etkilediğini düşünmekteyiz. Uyku kalitesinin inme sonrası hastalarda daha geniş hasta serileri ile incelenmesi gerektiğini vurguluyoruz.

KAYNAKLAR

1. **Brandstater ME.** Stroke rehabilitation. In: DeLisa Ja, Gans BM, eds. Rehabilitation Medicine. Third Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998, pp.1165-1189.
2. **Aras MD, Çakıcı A.** İnme Rehabilitasyonu İçinde; Oğuz H, Dursun E, Dursun N (yazarlar), Tıbbi Rehabilitasyon, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, 589-617.
3. **Bassetti C, Aldrich MS, Chervin RD et al.** Sleep apnea in patients with transient ischemic attack and stroke: a prospective study of 59 patients. *Neurology* 1996;47:1167-1173.
<http://dx.doi.org/10.1212/WNL.47.5.1167>
PMid:8909424
4. **Mohsenin V, Valor R.** Sleep apnea in patients with hemispheric stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76:71-76.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993\(95\)80046-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993(95)80046-8)
5. **Good DC, Henkle JQ, Gelber D et al.** Sleep-disordered breathing and poor functional outcome after stroke. *Stroke* 1996;27:252-259.

- <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.27.2.252>
PMid:8571419
6. **Kotila M, Numminen H, Waltimo O et al.** Depression after stroke: results of the FINNSTROKE study. *Stroke* 1998;29:368-372.
<http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.29.2.368>
PMid:9472876
 7. **Herrman N, Black SE, Lawrence J et al.** The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke* 1998;29:618-624.
<http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.29.3.618>
 8. **Gainotti G, Azzoni A, Gasparini F et al.** Relation of lesion location to verbal and nonverbal mood measures in stroke patients. *Stroke* 1997;28:2145-2149.
<http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.28.11.2145>
PMid:9368555
 9. **Flick CL.** Stroke rehabilitation. 4. Stroke outcome and psychosocial consequences. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80(Suppl 1):21-26.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993\(99\)90098-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993(99)90098-9)
 10. **Küçükdeveci AA.** İnmeli hastalarda fonksiyonel değerlendirme. Hemipleji ve Rehabilitasyonu Sempozyumu, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 8-9 Ekim 1999.
 11. **Granger CV, Kelly-Hayes M, Johnston M et al.** Quality and outcome measures for medical rehabilitation. In: Braddom RL, ed. *Physical Medicine and Rehabilitation*. First Ed. Philadelphia: W.B Saunders Company, 1996, pp.239-253.
 12. **Agargün MY, Kara H, Anlar O.** Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7:107-115.
 13. **Hayashino Y, Yamazki S, Takegami M et al.** Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: Results from a population-based survey. *Sleep Med* 2010;11(4):366-371.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2009.05.021>
PMid:20219425
 14. **Wyller TB, Holmen J, Laake P, et al.** Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke* 1998;29:363-367.
<http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.29.2.363>
 15. **Schuiling WJ, Rinkel GJE, Walchenbach R, et al.** Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 2005;36:578-582.
<http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000154862.33213.73>
PMid:15677579
 16. **Keng-He Kong, Voon-Ching Woon, Su-Ying Yang, BA.** Prevalence of chronic pain and its impact on health-related quality of life in stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:35-40.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993\(03\)00369-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993(03)00369-1)
 17. **Kim CR, Chun MH, Han EY.** Effects of hypnotics on sleep patterns and functional recovery of patients with subacute stroke. *Am J Phys Med Rehabil* 2010;89(4):315-22.
<http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181c9fc5e>
PMid:20068430
 18. **Romaniak A, Stepień A.** Sleep disorders as a risk factors for stroke. *Neurol Neurochir Pol* 2001;35(5):821-7.
PMid:11873595
 19. **Ostir GV, Berges I, et al.** Positive Emotion following a Stroke. *J Rehabil Med* 2008;40(6):477-481.
<http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0193>
PMid:18509564 PMCID:2408382
 20. **Gainotti G, Antonucci G, Marra C, et al.** Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:258-261.
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.71.2.258>
PMid:11459907 PMCID:1737529