

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi

Yaşlılık tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz içinde önemli bir sorun haline almaktadır. Yaşlı sorunlarına çözüm amacıyla kurumlarda ve evde bakım projeleri geliştirilmiş fakat yaşlı nüfusumuzun diğer gelişmiş ülkelere oranla daha az olması ve yaşlıların genellikle çocuklarından birisi ile kalmayı tercih etmesi nedeniyle şu anda fark etmediğimiz ve gerekli önemi vermediğimiz, yakın bir gelecekte ise karşımıza önemli bir problem olarak çıkacak olan yaşlı sorunları görmezlikten gelinmekte ve bakım hizmetlerine yeteri kadar önem verilmemektedir (1).

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir (2).

Genel popülasyon yaşlandıkça bu grubun sağlık bakımına olan gereksinimi artmaktadır. Çünkü fonksiyonel kapasite ve yeteneklerin kaybı ile yaşlı bireyin günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta ya da engellemekte, bağımsız fonksiyonları giderek yarı bağımlı ya da tam bağımlı hale gelmektedir (3).

Yaşlılık döneminde banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme, oturup kalkma, yürümek, yemek yeme, dışarı çıkma gibi temel günlük yaşam aktiviteleri ile alışveriş yapma, çamaşır yıkama, ilaç içme, ulaşım, telefon görüşmeleri, para hesap işleri gibi yardımcı günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunda kısıtlılıklar başlamakta ve tek başına yaşam zor, hatta imkansız bir hale gelmektedir (4).

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden fizyolojik bir değişim süreci olarak kabul edilmektedir. İnsan yaşamının son evresi olarak ele alınan yaşlılık, vücudun zamanla olumsuz iç ve dış etkenlere yeterince karşı koyamamasından oluşan ve ölüme sonuçlanan ilerleyici bir yetersizleşme sürecidir (5).

Toplumda yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılıktaki mental hastalıklara daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Demans yaşlılıktaki en önemli mental hastalıktır (6). Yaşlıların sayısı arttıkça demans oranında arttığı bir gerçektir (7).

Demans sık görülen, kişiyi yetersizliğe götürüp sıkıntı veren nörolojik bir bozukluktur. Demans sıklığı yaşla birlikte artış göstermekle birlikte, bu durum normal yaşlanmanın bir özelliği değildir. Bilişsel yıkımla sonuçlanan hastalıklar yaygındır ve yaşlanmakla bu tür hastalıkların sıklığı artar (8).

Demans, bellek, lisan, dikkat, uzamsal yönelim ve düşünme gibi başlıca bilişsel alanları etkiler. Demansın en ciddi ve yaygın komplikasyonu ruhsal ve davranışsal bozukluklardır (9).

Davranış bozuklukları, sosyal uyumsuzluklar, yoğun uysallık ya da huzursuzluk, dizinhibe davranışlar, yargılama ve ileriye görüşte bozulma, yeterlilikteki düşüş, kişisel ve sosyal sorumluluklara ilgisizlik, empati kaybını içine alır. Sosyal uygunsuz, çocukça, kayıtsız davranışlar klinik görünümüne hakimdir (9).

Demans, erişkin merkezi sinir sisteminde, zihinsel işlevlerin nöral alt yapılarının primer veya sekonder olarak hasarlanması sonucu, birden fazla bilişsel alanın bozulması bununla ilintili olarak günlük yaşam aktivitelerinin eskisi gibi sürdürülememesine neden olan, doğal seyri bakımından kalıcı, sıklıkla ilerleyici bir tablodur (10).

Demanslı hastalar hastalıklarının evresine göre, premorbid kişilik özelliklerine ve psikiyatrik durumlarına göre veya bakım veren kişi ile daha önceki ilişki özelliklerine göre çeşitli zorluklar ya da problem alanları yaratabilirler. Bakıcılar hastalık sürecine ait ilgili daha çok bilgiye, daha fazla duygusal destek ve yardıma, toplumdan ilgi ve duyarlılığa, hastalıkla ilgili çeşitli amaçlı kurumlarda, yasal konularda yardım ve bilgiye ayrıca da bakımda çok zorluk yaratan psikiyatrik sorunlar için pratik yardım ve önerilere ihtiyaç duyarlar (11).

Demansın daha ileri evrelerinde yemek yemek, temizlik, giyinmek ve tuvalet ihtiyacını gidermek gibi temel aktivitelerinde de bakıcıya bağlanan hastalarda davranışsal ve psikiyatrik belirtiler ciddi sorunlar teşkil eder ve bakım veren kişinin ruh sağlığını da doğrudan etkiler. Ayrıca psikiyatrik semptomların varlığı hastaların fiziksel olarak istismar edilmesine, hasta bakımının ihmal edilmesine, hastaların “yatağa düşmelerine” neden olur (11).

Demanslı hastanın tedavisinde, önce hastanın bakımı ile ilgilenecek kişilerin bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekir. Hastanın yaşamını sürdüreceği ortamın onun yaşamını kolaylaştırıcı biçimde düzenlenmesi ve bu düzenin hiç bozulmaması gerekir. Çevrenin hasta için sıcak ve sevecen bir ortam oluşturması sağlanır. Sözel ve sözel olmayan iletişim desteklenir, hasta ile bakım verenler veya aile bireyleri arasındaki çatışmalar giderilir, böylece terapötik ilişkinin daha verimli olması sağlanır (7).

65 yaşının üzerindeki birçok kişide gelişen demans kişisel bir trajedi ve aile üyeleri için ciddi sorunlar yaratmasının yanı sıra aşırı bir toplumsal ve ekonomik yük oluşturacaktır (8).

Bilişsel bozukluklar yaşam kalitesini düşürmekte ve mortaliteye zemin hazırlamaktadır. Ekonomik olarak demanslı bir hasta hem aileye hem de devlet bütçesine ağır bir yük getirmektedir. Yaşlı bireydeki unutkanlığın normal yaşlanma sürecine mi bağlı olduğu, yoksa demansın öncü belirtisi mi olduğuna karar vermek zordur. Yaşlı bireylerde demans insidans ve prevalansının yüksek olduğu göz önüne alındığında bu klinik kararın güçlüğü ortaya çıkar. Demansı prelinik evrede tanımak erken farmakolojik tedavi açısından da önemlidir (10).

1.2. Araştırmanın Amacı

Yaşam koşullarının iyileştirilmesi, tıbbi alandaki gelişmeler insan ömrünü uzatmış, bu durum yaşlılıkla ilgili hastalıkların prevalansında da artışa neden olmuştur. Yaşlı nüfus oranının arttığı toplumlarda ise demans bir sağlık sorunu haline gelmiştir.

Demans birden fazla entellektüel yetenek alanında kayıp ile birlikte seyreden, davranış bozukluklarının eşlik ettiği ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olan nöropsikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanabilir. Yaşlanmanın beraberinde getirdiği değişikliklerin yanısıra demansın da etkisiyle yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri güçleşmektedir. Yaşlı birey bu aktiviteleri yerine getirirken kısmen ya da bütünüyle çevresindeki bireylere bağımlı hale gelir.

Günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıkların üzerine eklenen demansa bağlı gelişen davranış bozuklukları yaşlıların bakımını daha da zorlaştırmakta ve bakım verenlerin psikolojik durumunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum yaşlıların etkili bakım almalarını güçleştirmekte, bakımlarının ihmal edilmesine neden olabilmektedir.

Demansın erken dönemde belirlenip tedavinin başlamasıyla bilişsel işlevlerdeki bozulmalar gerileyebileceği gibi, eşlik eden depresyon, anksiyete, halüsinasyonlar, hezeyanlar ve davranış bozuklukları da tedavi edilebilir.

Bütün bu nedenlerden yola çıkarak huzurevinde yaşayan yaşlılarda bilişsel işlev ve günlük yaşam aktivite düzeyini belirlemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

İnsan gelişiminin fizyolojik bir dönemi olan yaşlılık, insanın bedensel ve ruhsal olarak zayıfladığı, beyin başta olmak üzere bütün sistemlerin yapısında değişikliklerle beraber fonksiyonlarında azalma ve yetersizliklerin olduğu ve kayıpların çok az geriye döndüğü veya dönemediği bir durumdur (10)

Yaşlılık, çağımızda sorun olarak ele alınan yaşlanma olgusunun yer aldığı oldukça uzun bir dönemdir. Çünkü yaşlanma her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden bir süreç olarak kabul edilmektedir (5, 12).

Dünya Sağlık Örgütüncü(WHO) 65 yaş ve üzeri yaşlı olarak kabul edilir (5, 13). Yaşlılığın sadece kronolojik yaş ile değerlendirilmemesi, yaşlanma sürecini etkileyen bireysel farklılıkların olması yaşlılığa “bireysel” ve “biyolojik” yaşlanma boyutlarını kazandırmaktadır.

Biyolojik Yaşlanma: Doku, hücre ve organlar düzeyinde meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişimler olarak görülür.

Bireysel Yaşlanma: Bireyde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda belirgin yetersizliklerin ortaya çıkmasıyla günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe şeklinde ortaya çıkar (2, 3, 12).

Yaşlanma süreciyle birlikte bireylerde anatomik, fizyolojik değişiklikler oluşmakta ve bu değişimler sonucu da yaşlı bireyler daha önce başarıyla yürütebildikleri pek çok işlevi artık sürdüremez hale gelmektedir (1).

2.1.1. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkla birlikte kardiyak atım sayısı azalır, damarlar esnekliğini kaybeder, damar duvarı kalınlığı artar, kardiyak out-put azalır. Beyin, karaciğer, kas ve böbreklere olan kan akımı azalır. Kalbin etrafındaki yağ tabakası artar, kalp kapakları esnekliğini kaybedip kalınlaşır. Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan bu değişiklikler kalbin işlevlerini önemli derecede etkiler (4, 5, 12, 14).

Solunum Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanma ile akciğer parankiminde azalma ve bağ dokusunda artma meydana gelir. Akciğer esnekliği azalır. Akciğer elastik liflerin miktarı azalır, bu liflerin desteğinden yoksun kalan alveoller genişler ve kolaylıkla amfizem gelişir (14). Kas ve bağ dokusu değişiklikleri nedeniyle ve toraksın esnekliği azaldığı için derin soluk alma ve öksürme yeteneği azalır (12).

Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte vücut kas dokusu azalır, kaslar incelir, atrofiler oluşur, kas kuvveti azalır. Kemik ve bağ dokusu değişiklikleri nedeniyle yaşlı bireylerde postür değişiklikleri görülür. Eklem kıkırdağında kalsifikasyonlar görülür, snoviyal zar kalınlaşır. Bütün bu değişimler postürün bozulmasına, denge ve yürümede güçlüklerle neden olur (5, 12).

Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılıkta beyne olan kan akımı ve oksijen sağlanması azalır. Nöronların sayısı yavaş yavaş eksilir. Otonom sinir sistemi cevabı yavaşlar(14). Sinir dejenerasyonu yaşlı bireyin reflekslerini ve duyularını azaltır (15.)

Görme: Yaşla birlikte lensin esnekliği ve saydamlığı değişir. Yakın görme bulanıklaşır. Kornea duyarlılığı ve gözyaşı azalmıştır.

İşitme: İletim problemleri veya tıkanmaya bağlı olarak birçok yaşlıda işitme duyusu kaybolur (15).

Dokunma: Alıcı sinir uçlarında duyarlılık artmıştır. Sıcak- soğuk ve basıncı hissetme duyuları özellikle el ve ayaklarda azalmıştır. Dokunmayla ilgili gerilemenin oluşturduğu asıl sorun oluşturulan durum ağrıyı algılamadaki bozulmadır. Bu nedenle kazalar ve yanık görülme riski artabilir (14).

Koku ve tat alma: Koku ve tat alma reseptörlerindeki duyarlılık azalmıştır (14).

Sinir sistemindeki nöronların sayısı azalmaya başlar, bu nöronlar yeniden oluşmaz ve azalma veya kayıp fonksiyonel değişikliklere yol açar. Yaşlı denge duyusunda azalma ve istemsiz motor yanıt gösterebilir. Uyku uyanıklık döngüsü değişmiştir. Tipik olarak yaşlılar gece boyunca uyuyamaz (16).

Öğrenme, bellek ve diğer bilişsel işlevlerde azalma yaşlanmadaki en belirgin semptomlardandır. Bu durumda kişilerde özellikle yakın bellek kaybı, yeni bilgilerin öğrenilmesinde ve akılda tutulmasında kayıp, isimlerin hatırlanmasında güçlük, fikir oluşturma, karar verebilme ve programlama gibi bilişsel işlev bozuklukları görülebilir. Yaşlılarda bazen kişinin ve çevresindekilerin hayatını rahatsız edecek derecede belirginleşen kişilik değişiklikleri olur. Bir çoğu inatçı, bencil, katı ve tutucu olurken, az bir grupta bunun tam tersi bir kişilik gelişir. Yaşlılıkta esneklik azalır. Çevreye ve kendine karşı güvensizlik olur, fikirleri tartışmasız kabul ettirme yatkınlığı görülebilir. Bu kişilik özelliklerinin belirginleşmesinde çevrenin ve genetiğin de rolü vardır. Bunların dışında yaşlılıkta ümitsizlik, korku, şüphe ve tedirginliğin eşlik edebildiği depresyon sık görülür (17). İnsidansı yüksektir. Yaşlı

bireylerde, yalnızlık, yaşlılık ve medikal problemlerle ilişkili suisid insidansı yüksektir (18).

Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Sindirim salgılarında azalma, bağırsak hareketlerinde yavaşlama görülür (4). Yaşlı bireyler, ağız hijyeninin bozuk olması, yapısal faktörler gibi nedenlerle dişlerinin bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş olabilirler. Bu durum sindirim fonksiyonunu etkiler. Karaciğerdeki metabolik olayların yavaşlaması sonucu zararlı maddelerin arındırılma süresi uzar, ilaçların metabolize edilmesinde sorunlar olabilir (14).

Genito-üriner Sistem Değişiklikleri

65 yaş üzerindeki kadınların %17'sini, erkeklerin ise %11'inden fazlasını etkileyen birincil problem üriner inkontinanstır. Çünkü mesane kapasitesi azalır, rezidüel idrar artar, istemsiz mesane kasılmaları artar (15). Ayrıca genitoüriner sistem enfeksiyonlarına, sıvı-elektrolit dengesizliğine yatkınlık ve ilaçların bedenden uzaklaştırılmasında yavaşlama görülebilir (14).

Endokrin Sistem Değişiklikleri

Yaşlılıkta hormon salınımında ve glikoz toleransında azalmalar olur. Tiroid, paratiroid ve pankreas bezlerindeki işlevsel gerilemeye bağlı olarak Diabetes Mellitus ve tiroid hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır.

Sistemlerde görülen bu fizyolojik değişimler yaşlının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini sınırlamaktadır (14).

2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri(GYA) hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonları ile ilgilidir (19). Roper, Logan ve Tierney; Hemşireliği, hastalık durumunun tedavisinden daha çok, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesi olarak algılamaktadır (19, 20).

Nancy Roper, Winifred Logan ve Allison Tierney 1970'li yıllarda, hemşirelik hizmetlerinin sistematik olarak sunumu ve insanı tüm boyutları ile ele almada akılcı bir araç ya da yöntem olarak kullanılabilen olan Günlük Yaşam Aktiviteleri Modelini sunmuşlardır (5).

Bu modele göre GYA şunlardır:

1. Solunum,
2. Yeme-içme
3. Boşaltım,
4. Hastanın ve çevrenin güvenliğini sağlama ve sürdürme,
5. İletişim,
6. Cinselliğin ifadesi,
7. Kişisel temizlik ve giyim,
8. Vücut ısısını kontrol,
9. Hareket,
10. Çalışma ve uğraşlara yönelme,
11. Uyku,
12. Ölüm (5).

Güvenli Çevrenin Sürdürülmesi

Bireyin canlı kalabilmesi ve diğer aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için, güvenli bir çevrenin sağlanması, hem hasta hem de sağlıklı birey için büyük önem taşır. Güvenli çevre terimi, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden güvenli ortamı çağırır (21).

Yaşlılıkta dereceli olarak oluşan fiziksel ve entellektüel yeteneklerdeki gerilemeler ve duylardaki kayıplar güvenli çevreyi sürdürme yeteneğini güçlendirmektedir. Yaşlı bireylerde düşmeler, trafik kazaları nedeniyle yaralanmalar, enfeksiyon, yanıklar sıklıkla güvenli çevre gereksiniminin yeterince karşılanamaması sonucu görülen olumsuzluklardır (5).

İletişim

İletişim, bireyin duygu, düşünce biçimindeki mesajını, sözel veya sözsüz, dokunma gibi yollar kullanarak diğer bir kişi veya kişilere ulaştırmasıdır (19).

Yaşlılıktaki görme, işitme kayıpları, dokunma duyusundaki gerilemeler, sinir hücrelerinin sayıca azalması ve işlev olarak gerilemesi, fiziksel rahatsızlıkların olması ve protez kullanımı gibi nedenler iletişim aktivitesinin sürdürülmesini etkilemektedir (5).

Solunum

İnsanın yaşamı ile başlayan ve ölümü ile son bulan bir aktivitedir. Vücudun en küçük birimine kadar gerekli olan oksijen, yaşamsal önem taşır ve diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için varlığı zorunludur (19).

Yaşlılıkta solunum sistemi ile ilgili oluşan fizyolojik değişimler, kronik hastalığı olma, uzun süre sigara kullanma gibi etkenler, solunum aktivitesinin sağlıklı sürdürülmesine engel olan olumsuz etmenlerdir (5).

Yeme İçme

Solunum aktivitesinde olduğu gibi, insanda doğumla başlayan fakat belirli güdü, dürtü ve günün zaman dilimlerine bağlı olarak gerçekleştirilen bir aktivite olup, yemek yapma biçimi, yiyecek içecek seçimi, yeme sıklığı, yaş gibi fizyolojik ve sosyokültürel etmenlerle belirlenir (19).

Yaşlılıkta aktivite azlığı, enerji gereksiniminin az olması, yalnız yaşama, besin hazırlamada başkalarına bağımlılık gibi nedenler iştah azalmasına yol açabilir. Ağız ve dişlerle ilgili sorunlar, sindirim sisteminde yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan fizyolojik değişimler, görme kayıpları, kronik hastalıklar ve aktivitelerdeki bağımlılığın artması, yeme içme aktivitesinin sürdürülmesinde etkilidir (5).

Boşaltım

Günlük yaşamda gerekli olan ve diğer aktiviteleri tamamlayan bir aktivitedir. Birbirinden farklı iki vücut sisteminin fizyolojik sonuçları, yani artıkların atılımı boşaltım aktivitesini oluşturur (19).

Yaşlılıkta mesanenin tonüs ve kapasitesindeki azalma, gerileme, nefronların sayıca azalmasına bağlı olarak işlevlerinde yetersizleşme ve bağırsaklarda müsküler aktivitelerdeki azalmayla ilgili peristaltizmin yavaşlaması boşaltım sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır. İnkontinans ve konstipasyon yaşlılığın önemli sorunlarından (5).

Bireysel Temizlik ve Giyinme

Yaşlılıkta fiziksel yeteneklerdeki, görme ve kavrama yeteneğindeki azalmalar banyo ve giyimle ilgili zorluklar oluşturabilir. Hareketleri kısıtlayıcı bir rahatsızlığın olması da bireysel temizlik ve giyinmenin yerine getirilmesinde etkilidir. Yaşanılan fiziksel ve sosyal kayıplar bu aktivitede bağımlılığın artmasına neden olmaktadır (5).

Beden Isısının Kontrolü

Isı düzenleme sisteminin sağlıklı işlevi ile belirli zamanlarda ve sınırlı düzeyde değişmelerle bir yandan bireyin bulunduğu ortamda rahat etmesi, bir yandan da bedeni içinde birçok biyolojik olayların gerçekleşmesi sağlanır (19).

Yaşlılıkta fonksiyonel gerilemeler, çevresel ısıdan etkilenme düzeyini artırır. Hareket etme ile fiziksel aktivite azaldığı ve metabolizma yavaşladığı için yaşlılar hipotermiye yatkındır. Ayrıca yaşlılarda, fiziksel aktiviteleri kısıtlayan ya da

metabolizmayı etkileyen hastalıkların bulunması da vücut ısısının kontrolünün sağlıklı sürdürülmesinde etkilidir (5).

Hareket

Sağlıklı bir kişinin GYA içinde yeme, içme, boşaltım, iletişim, çalışma, eğlenme gibi diğer aktivitelerle tamamlayıcı unsurlardan bağımsızlık, bağımlılık doğrusu ile yakın ilişkisi olan önemli bir aktivitedir (19).

Yaşlılıkta, fizyolojik işlevlerin gerilemesi, kas tonüsünün azalması ile hareket kısıtlılığı başlar. Özellikle osteoporozis, felçler, kırıklar, romatoid artrit gibi olgular, yaşlının bağımsız hareket etme yeteneğini azaltarak bağımlılığını artırmaktadır (5).

Çalışma ve Eğlence

Sağlıklı ve erişkin bir kişi, ya geçimini sağlamak veya zamanını değerlendirmek ya da eğlenmek amacı ile bir uğraş edinir ve çalışır. Uğraş verdiği alan kişinin geçimini yeterince sağlamakta ise geride kalan zamanını kendisine zevk verecek türde bir aktivite seçerek değerlendirebilir (19). Yaşlılıkla birlikte oluşan fizyolojik kayıplar bu aktiviteyi etkiler. İşinden emekli olma, bireye kayıp yaşatabildiği gibi, o zamana kadar yapamadığı uğraşlar için istedik bir dönemde olabilir. Kronik hastalıkları nedeniyle ortaya çıkan sınırlılıklar, yaşamdan beklentilerin değişmesi ve sık sık hastanede yatma yaşlıların bu aktiviteyi yerine getirme ile ilgili sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir (5).

Cinselliğini İfade Etme

Erişkin ve sağlıklı kadın ve erkekte cinsellik yalnızca insan neslinin sürdürülmesi için var olan bir aktivite değildir. Cinsellik iki ayrı cinsten bireylerin kişilik, davranış ve rollerinin oluşumunda da önemli etmenlerdir (19). Yaşlanmayla kadınlarda menopoz, erkeklerde andropozla birlikte libidonun azalması, nöromusküler sistem işlevlerinin gerilemesiyle duyuşal işlevlerin azalması ve kronik hastaların varlığı bu aktivitenin sürdürülmesinde etkilidir (5).

Uyku

Zaman ve süre açısından farklı olmasına karşın tüm canlılarda var olan uyku aktivitesi sağlıklı insanlarda günün 24 saatinde uyanıklık ve uykudan oluşan bir zamanlama ritmi ile faaliyet gösterir. Uyku esnasında bedende fizyolojik süreç aktif olarak devam eder ve hücreler büyüme ve yenilenmeyi sürdürür (19). Yaşlılıkta, gece uzun süreli uyku azalmış olmakla birlikte, gündüz kısa süreli uyku sayısı artmıştır. Ağrı veya hastalık gibi durumlar uyku aktivitesinin sürdürülmesinde etkilidir. Ayrıca

uykusuzluk, çevresel ve fiziksel değişimlere uyum yeteneğini de azaltabilir (5).

Ölüm

Doğumla başlayan yaşam ölümle sonlanır. Bir yaşam aktivitesi olarak ölümün anlamı yalnızca ölüm olayı değildir. Ölüm korkusu yaşama ve ölümden kaçma, bütün günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Yaşlılıkta ölüm genellikle uzun bir yaşamın kaçınılmaz bir sonucu olarak düşünölmektedir. Yaşlılık, ölüme ilişkin deneyimlerin en sık yaşandığı dönemdir. Yaşlı birey, kendisi için yaklaşan ölümün farkında olmanın yanında, genellikle eş, çocuk, yakın bir dost ölümü gibi deneyimler yaşamaktadır (5).

2.3. Yeti Yitimi

Yeti yitimi; bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilme yetisinde bir kısıtlama yada kayıp olarak tanımlanmaktadır.

Yeti yitimi bedensel veya sosyal olabilir. Bedensel yeti yitimi daha çok hareketlilikteki azalma ve temel motor aktivitelerdeki aksaklıklar ile ilgilidir. Kastedilen, performans değil, günlük yaşamda sık yapılan bedensel aktivitelerin(merdiven inip çıkmak, eğilip doğrulmak, çanta, file taşımak gibi) ne ölçüde yapıldığıdır. Sosyal yeti yitimi ise sosyal rollerin, davranışların yerine getirilmesindeki yetersizliklerdir. Sosyal rolleri, meslek, toplum ilişkileri, evlilik, ana-babalık, evlatlık ve vatandaşlık gibi rollerdir.

Yaşlılarda kronik bedensel hastalıklara veya ruhsal hastalıklara bağlı olarak günlük sosyal yaşantılarında kayıplar(sosyal yeti yitimi) ile günlük olağan fiziksel aktivitelerinde kayıplar(bedensel yeti yitimi) meydana gelmektedir (4).

2.4. Bilişsel (Kognitif) İşlev

Bilişsel deyince algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden sonuç bağlantılarını kurmak, düşünmek, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılır (4).

Fransızca kökenli bir terim olan kognisyon, Türkçe'de tanıma, bilme anlamında olup içinde yaşanan dünyayı anlama, öğrenme ile ilgili zihni faaliyetleri anlatır. Kognitif fonksiyonların karşılığı olarak bilişsel yetiler deyimi de kullanılabilir. Bu deyim, şuurulluk düzeyi, dikkat, uyarıların algılanması, tanınması, anımsanması(hafıza), zaman ve yer içine oturtulması(oryantasyon), neden sonuç bağlantılarının kurulması ve içinde bulunulan durumun muhakemesiyle, gerçeğin değerlendirilmesi yolunda düşünme yetilerini kapsar (10, 22).

Bilişsel işlev, beynin düşünme, bilgileri saklama, problem çözme, konuşma, algılama, görsel boyutlandırma, hesaplama ve yargılama yeteneğidir (23).

2.5. Demans Ve Tanımlanması

Demantia=Demans; aklından yoksun olma manasında Latince bir kelimedir. Bu kelimeyi ilk kez milattan önce I. yüzyılda Celsus kullanmıştır. Kreapelin 1883’de demansı şizofrenik durumlar için kullanmıştır. 18.yüzyılın sonlarına kadar “delilik” anlamında kullanılmış, 19. yüzyıl sonlarında kronik beyin hastalığı nedeniyle geri dönüşü olmayan akıl bozukluğu olarak tanımlanmıştır. 1906’da Alzheimer ve 1908’de Pick’in otopsi raporlarından sonra demans, organik bir beyin hastalığının varlığıyla birlikte bir beyin sendromu olarak tanımlanmıştır. Yaklaşık 100 yıldan beri de aynı anlamla kullanılmaktadır (10).

Demans; entellektüel işlevsellikte yaygın bozulma, genellikle bellek zayıflığı, hesap yapmada güçlük(akalküli), çelinebilirlik, duygudurum ve duygulanım değişiklikleri, yargılama ve soyutlama bozukluğu, dil yetilerinde azalma ve yönelim bozulmaları ile belirlenen mental bozukluktur (24).

Demans ilerledikçe, genellikle zeka, öğrenme, bellek, konuşma, problem çözme, yönelim, algılama, dikkat, dikkat yoğunlaştırma, yargılama ve toplumsal yetiler gibi bilişsel işlevlerde bozulmalar görülebilir. Hastalık ilerleyici veya durağan, kalıcı veya geri dönüşümlü olabilir (7).

2.5.1. Klinik Görünüm

a) Genel görünüm ve Davranış

Hasta genellikle yakınları tarafından getirilir. İyi bakım görmüşse dış görünüşünde bir özellik olmayabilir. İlgisiz ve savruk olabilir, eskiden gösterdiği temizlik ve giyim titizliğini göstermeyebilir. Davranışlarında bazen durgunluk, ilgisizlik, bazen taşkınlık, neşe ve genel fizik durumuna bağlı belirtiler görülür (25). Ağır olgularda kişisel hijyen bozulur. Bazı olgularda ise öfke nöbetleri, kuşkuculuk ve çevreye karşı zor duruma düşüren davranışlar hastaneye getirilme nedeni olabilir (26). Psikolojik belirtiler ve davranış anormallikleri demansın yaygın ve göze çarpan özellikleridir. Bunlar; depresyon, anksiyete, psikoz, ajitasyon, saldırganlık, dizinhibisyon ve uyku bozuklukları gibi belirtileri içerir. Demansta görülen davranış belirtileri tek şekilli bir etyolojiden kaynaklanmamaktadır ve hastalığın şiddeti ile ilişkilidir (27).

b) Konuşma Ve İlişki Kurma

Hastalığın nedenine bağlı olarak dizartri, disfazi, afazi izlenebilir (26). Birçok hastada aynı konu ya da sözcükleri stereotipik biçimde yinelemeler ve bilişsel bozukluklar yüzünden ilişki kurmak çok güç, bazen de olanaksızdır (25).

c) Duygulanım

Bunaltı, depresyon, taşkınlık, apati ve ilgisizlik sık olarak izlenen duygulanım bozukluklarıdır. Bazen hastaların tepkileri uyarının niteliğine göre aşırılık gösterebilir. Huysuzluk, aşırı isteyicilik vb. izlenebilir (25). Depresyon demansa ikincil olmuş olabilir veya demansa eşlik eden birincil depresyon söz konusudur. Uyku bozukluğu, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk, zevk almama, intihar düşünceleri ve psikomotor yavaşlama gibi depresyonun tüm belirtileri görülebilir (4).

d) Bilişsel Yetiler

Bilinç: Açıktır.

Yönelim(oryantasyon): Ağır demanslarda çabuk unutma nedeniyle hasta karşılaştığı insanları, hatta yakınlarını bile tanımayabilir. Evdeki odaları şaşırabilir.

Algı ve Dikkat: Dikkat dağınıktır. Uzun süre dikkatini belli bir konuya veremez. Bu nedenle uyaranların yanlış değerlendirilmesi ve yorumlanması sık görülür.

Bellek: Bellekte yaygın bozukluk vardır. Algıları kaydetme, depolama, yeniden belleğe çağırma yetileri zayıflar ve giderek yitim olur. Demansta hem yakın bellek bozukluğu hem de uzak bellek bozukluğu bulunur. Demansın ilk evrelerinde yeni olayları ve bilgileri anımsama bozulur. Oysa çok eski olayların oldukça iyi anımsandığı görülür. Ribot yasasına göre demansın gidişi sırasında öncelikle yakın bellek yıkıma uğrar. Başka bir deyişle öncelikle en son(yeni) öğrenilenler anımsanamaz, en son olarak da ilk(eski) öğrenilenler unutulur (28).

Soyut Düşünme: Demansif kişilerde soyut düşünme yetisi zayıflar. Eşya, olaylar daha çok somut olarak değerlendirilir. Soyut genellemeler, bağlar kurma, neden sonuç ilişkilerini kavrama gücü azalır. Örneğin; soyut, simgesel ve genel konuşmaları anlayamazlar, atasözlerini, şakaları, espri ve fıkraları yorumlayamazlar.

Yargılama: Düşünceleri, eğilimleri ve dürtüleri yargılama ve denetleme yetisi zayıflar. Bu nedenle hasta çabuk kızma, uygunsuz konuşmalar, yaşına eski kişiliğine uymayan saldırgan davranışlar gibi eskiden hiç yapmadığı, denetimsiz davranışlar içine girebilir (4, 25, 26).

e) Düşünce İçeriği Ve Süreci: Genel olarak düşüncenin akışı yavaşlar, içeriği fakirleşir. Bazı olgularda perseverasyon(ayrıntıcılık) ortaya çıkar. Soyut düşünce

bozulur. Atasözlerini açıklayamaz, kelimeler-kavramlar arasındaki farklılıkları ya da benzerlikleri izah edemez. İçerikte başlangıçta kuşkuculuk hakim iken ilerledikçe perseküsyon(kötülük görme) hezeyanları ortaya çıkabilir (29).

Demansın Devreleri (Psikolojik Açıdan)

İlk Devre: Hastalığın ilk devresinde hastalarda ılımlı düzeyde unutkanlık vardır ve kişiler çoğunlukla bellek bozukluğundan yakınırırlar. Hastalar yeni tanıştıkları kişilerin isimlerini, bazı telefon numaralarını unuturlar. Hastalar kaygılı bir görünüm verebilir. Bellek sorunları ilerleyici nitelikte olmayan yaşlı hastalardaki bu tür yakınmaları tanımlamak için sıklıkla “yaşlılığın benign unutkanlığı” veya “yaşa bağlı bellek bozukluğu” terimleri kullanılır (28).

Orta Devre: Hastalık belirtileri daha belirgin hale gelmiştir. Bilişsel işlevlerde bozulma vardır, genellikle nörolojik defisit olmaz. Mental durum muayenesi ile bilişsel işlev bozukluğu belirgindir, yakın bellek kusuru vardır uzak bellek nispeten korunmuştur. Yargılamada bozukluk, oryantasyon bozukluğu ve konfüzyon olabilir (10).

Geç Devre: Zaman, yer ve kişi oryantasyonunda ileri kayıp, sık kaybolmalar, paranoid düşünceler, kırıcı konuşma, uygunsuz davranışlar, kişisel bakımda ileri kayıp, malnütrisyon, kilo kaybı, dekübütüs, agnozi, afazi olabilir. Şuur değişiklikleri görülür (10). Hasta artık destek almaksızın yaşamını tek başına idare edemeyecek duruma gelir. Günlük yaşamdaki önemli olayları, yakın arkadaşlarının hatta aile üyelerinin isimlerini bile unuttur. Son evrede hastalar tüm kapasitelerini yitirmiş olup ağır bir yıkım söz konusudur. Tüm sözel yetenekler, motor beceriler kaybolmuştur. Kendi başlarına yıkanamadıkları gibi tuvalet temizliklerini dahi yapamadıkları görülür. Ardından idrar ve dışkı kaçırmaya başlarlar (28).

Demansta Ağırılık Dereceleriyle İlgili Ölçütler

Hafif: İş ya da toplumsal etkinlik gibi alanlarda önemli ölçüde bozulma olsa da hastanın kişisel bakımı yeterli ve yargılama yeteneği yerindedir. Bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilir, gözlemci gerekir.

Orta: Bağımlı olmadan yaşayabilmekte güçlük çeker ve belirli ölçüde gözetim gerekir, refakatçi gerekir.

Ağır: Günlük yaşam etkinlikleri sürekli bir gözetim gerektirecek düzeyde bozulmuştur. Az da olsa kişisel bakımını sağlayamaz, bakıcı gerekir (10).

2.5.2. Tanı ve Sınıflandırma

Demansların bir çoğu beynin geniş alanlarındaki yıkımla ilişkilidir. Otopsi zararın, dejenaratif hastalıkların, vasküler hastalıkların, enfeksiyon, inflamasyon, tümör, hidrosefali veya travmatik beyin yaralanmalarının sonucu olup olmadığını gösterir.

Klinik tanı hastanın hikayesi, mental durumu ve laboratuvar testleri üzerinde temellendirilmiştir. Demansın değerlendirilmesinde kullanılan bu testler; tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testi, kan üre nitrojeni(BUN), kreatinin, protein, albumin, glikoz, B₁₂ vitamini, sifiliz serolojisi ve tiroid fonksiyon testleri, sedimentasyon hızı, kan gazları, folat, HIV görüntüleme, ağır metal görüntüleme, PET (pozitron emission tomography) görüntüleme, SPECT(single photon emission computed tomography) görüntüleme, MRI (magnetic resonance imaging), genetik testler (apolipoprotein E için) ve serebro spinal sıvı'dır (30).

Hastanın demans tanısı alması için elimizde iki temel veri olmak durumundadır. Birincisi kognitif işlevlerdeki bozulmanın ortaya konulması, ikincisi günlük yaşam aktivitelerinde ortaya çıkan değişimin ortaya konulması. İlk veri için başlangıç aşamasında en yaygın kullanılan araç tarama testleridir. Bunların en yaygın olarak kullanılanı Mini Mental Durum Muayenesi (Mini Mental State Examination - MMSE). Bu test Türkiye için standardize edilmiştir.

İkinci basamakta hastanın günlük yaşamını bağımsız olarak sürdürebilmesi ile ilgili yetersizliklerin saptanması amaçlanmaktadır. Bu alan basitçe kendi başına giyinebilme, yemeğini yiyebilme gibi basit işlevlerden, kendi başına banka hesabını ve mali durumunu kontrol ve idare edebilme, iş yerinde gereken performansı sürdürebilme gibi hastanın kendi yaşam stili içinde dikkatlice oluşturulmalıdır. Çoğunlukla gereken bilgi hasta yakını veya hastanın kendisi ile görüşülerek sağlıklı bir biçimde alınabilir (31).

Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV. Baskısına (DSM IV) göre demanslar;

- a. Alzheimer tipi demans
- b. Vasküler demans (multi- infarkt demans)
- c. Genel tıbbi duruma bağlı demans
- d. Madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans
- e. Çoğul etyolojiye bağlı demans
- f. Başka türlü adlandırılmayan demans şeklinde sınıflandırılmıştır (7, 24).

2.5.3. Demansın Epidemiyolojisi

Demansın yaygınlığı yaşla birlikte artmaktadır (25, 28). Yaşlılar ülkemizde genellikle aile içinde tutulduğundan bunlarda bunama durumunu araştırmak kolay değildir. Sıklık ve yaygınlıkla ilgili oranlar genellikle batı ülkelerinden verilmektedir (25).

ABD’de 65 yaş ve üzerini oluşturan nüfusun %5 oranında şiddetli, %15 oranında hafif derecede demansiyel tablonun mevcut olduğu, 80 yaş ve üzerinde bu oranın şiddetli demans açısından %20’lere ulaştığı bildirilmektedir (22, 44). Yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak da sorun büyümektedir. Yaşlılarda 5,1 yılda demans olgularının sayısı iki katına çıkmaktadır (10, 26). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık olduğu bildirilmektedir (10, 25, 26, 29).

2.5.4. Demansın Etyolojisi

Etyolojik açıdan bakıldığında Alzheimer tipi demans tüm demans vakalarının yaklaşık %60’ını, serebrovasküler hastalıklar sonucu oluşan tip ise %10-20’sini, geriye kalan %20-30’luk kısım ise bir çok değişik etyolojiye bağlı olarak gelişir(metabolik, toksik, dejeneratif, enfeksiyöz nedenler) (22). Demanstaki etyolojik nedenler aşağıdaki sıralanmıştır (24, 25, 26, 29).

Demans Etyolojileri

MSS Hastalıkları

Alzheimer hastalığı
Pick hastalığı
Huntington hastalığı
Parkinson hastalığı

Endokrin ve Metabolik Hastalıklar

Tiroid
Hipofiz
Paratiroid
Adrenal bozukluklar
Karaciğer yetmezliğine bağlı ensefalopati

Kronik Üremik Ensefalopati Respiratuvar Ensefalopatiler

Sıvı-elektrolit bozuklukları
Beslenme bozuklukları
B12, Folat

Vasküler Sebepler

Multi infarkt (vasküler) demans
Damarın inflamatuvar hastalıkları
Serebral hipoksi, anoksi
Kafa travmaları, subdural hematom
Primer metastatik tümörler

Epilepsi

Normal basınçlı hidrosefali

Enfeksiyon Hastalıkları

Menenjit, Ansefalit
Creutzfeldt-jakob
Nörosifiliz
Sarkoidoz
AİDS

İlaçlar Ve Toksik Maddeler

Alkol
Ağır metaller
Karbon monoksit zehirlenmesi
İlaçlar(trisiklik antidepresan, antihipertansif, antikonvülzan, antikolinerjik)
Radyasyon

2.5.5. Risk Faktörleri

İlerlemiş yaş demans için majör risk faktörüdür (32). Demansta diğer risk faktörleri; ailede diğer demanslı kişilerin varlığı, apolipoprotein E4 allelinin varlığı, 14. ve 21. kromozomlardaki bazı otozomal dominant geçişli mutasyonlar, kafa travmaları, kişilik bozukluğu, depresyon, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyi olarak sıralanabilir (10).

2.5.6. Ayırıcı Tanı

Demans birçok nedene bağlı olarak ortaya çıktığı için öncelikle bu durumların ortaya konularak ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Psikiyatrik bozukluklar içinde ise; depresyon, zeka gerilikleri, deliryum, yapay bozukluklar(ganser sendromu) ve şizofreniden ayrılmalıdır (29).

Depresyon: Demans ve depresyon, klinik görünümünde bilişsel kaybın ortak özellik olarak yer aldığı iki klinik tablodur. Depresyona bağlı bilişsel bozukluk genellikle hasta tarafından bir yakınma olarak dile getirilir. Demansta bu tür yakınma erken evreler dışında genellikle hasta tarafından ifade edilmez.

Tekrarlanan klinik görüşmelerde hep aynı düzeyde bilişsel kaybın saptanması daha çok demans lehinedir. Depresyonda genellikle farklı düzeylerde bilişsel kayıp saptanır.

Bilişsel işlevin özellikle sabahları daha bozuk olması depresyon lehine bir bulgudur. Akşama doğru uyaran azalmasının da etkisiyle görülen bilişsel bozukluk ise demansı düşündürür. Demansta bellek kusuru daha çok yakın geçmiş ile ilgili olmasına karşın, depresyonda hem yakın hem de uzak geçmişle ilgili tutarsız kayıp saptanır. Ayrıca depresif hastalardaki bellek kusuru daha çok dikkatin yoğunlaştırılması ve sürdürülmesindeki bozuklukla ortaya çıkar.

Depresyondaki hezeyanların duygudurumla uyumlu temalar içermeleri, demansta ise her tür düşünce bozukluğunun bulunması, daha baskın olarak da paranoid içerikli hezeyanların görülmesi ayırıcı tanıda yardımcı olabilir.

Depresyonda GYA'deki kayıp, genellikle bilişsel bozuklukla uyum göstermez. Beklenenden çok daha iyi performansa sahip oldukları saptanır. Demansta ise bilişsel bozukluk düzeyi ile uyumlu ve bilişsel bozulmayla paralel ilerleyen bir aktivite kaybı gözlenir (33).

Yaşlıda depresyon bilişsel bozulma semptomları ile olduğunda “psödodemans” terimi kullanılır (24). Depresif psödodemanslı hastalar genellikle testlere koopere olmakta zorluk çekerler, bu konuda yeterli motivasyonları yoktur ve

depresyonun getirdiği yetersizlik duyguları nedeniyle sorulara “bilmiyorum” şeklinde yanıt verirler. Buna karşın demanslı hastalar muayene ve testlere koopere olmalarına ve uygun cevapları verebilmek için yeterli çabayı göstermelerine karşın bunu başaramamaktadırlar (34).

Deliryum : Deliryum, demansla birlikte görülen ruhsal bozuklukların en başında gelmektedir. Deliryumda da bellek bozukluğu görülebilir. Ancak deliryumlu hastada bilinç bulanıklığı, dikkati başka bir noktaya toplama ve sürdürme güçlüğü demansla deliryum arasındaki en önemli farktır (7). Demans kronik olma eğilimindedir ve deliryumda karakterize olan hızlı dalgalanmalar, ani başlangıç, dikkat bozukluğu, bilinç değışiklikleri, psikomotor bozukluk, uyku-uyanıklık döngüsünde akut bozukluk ve belirgin varsanı ve sanrılar bulunmaz (24).

Normal yaşlanma: Yaşlılıkla paralel olarak düşük düzeyde bellek sorunları izlenebilmektedir. Ancak bunlar demanstaki kadar kişinin sosyal yaşamı ve kişiler arası ilişkilerini bozacak düzeyde olmamalarıyla gerçek demanstan ayrılırlar (35).

Şizofreni: Şizofreniklerde ağır ilgisizlik, aldırılmazlık, dikkat eksikliği, toplumdan çekilme, yargılama kusuru, düşünce somutlaşması gibi negatif belirtiler, bunama olup olmadığını düşündürebilir. Dikkatli bir muayenede bilişsel yetilerde bunama türünde bir yıkım olmadığı anlaşılır.

Ganser sendromu: Daha çok uzun süre hapisanelerde kalan suçlularda görülen, ileri derecede bilişsel yıkım izlenimi veren bir sahte bunama durumudur. Bunlarda çoğu kez abartılmış davranışlar ve aşırı tutarsız yanıt görülür (25).

2.5.7. Gidiş ve Prognoz

Demans ilerleyici, iyileşebilen ya da stabil olabilir. Demansların yaklaşık %10’u geri dönüşümlü olduğundan (Örneğin; hipotiroidi, MSS sifilizi, subdural hematom, B12 eksikliği, üremi ve hipoksi) bu olguların seyri nedenin geri döndürölme hızına bağlıdır. Neden çok geç geri döndürölürse, yaygın beyin hasarı yoksa, sonuçta stabil seyri takiben rezidüel defisitler kalabilir. Eğer demansta belirlenebilir bir neden yoksa, (örn, Alzheimer tipi demans) seyir yavaş bozulma şeklindedir. Hasta bildiği yerlerde kaybolabilir, sonra para kullanma yetisini kaybedebilir, daha sonra aile üyelerini tanımayabilir ve sonuçta dışkı ve idrar inkontinansı gelişebilir (24). Hastalığın seyri 5-20 yıl ortalama 9-10 yıl arasında değışir. Prognozu etkileyen en önemli faktör hastanın yaşı ve hastalığın başlangıç yaşıdır. Erken yaşta başlama kötü prognozudur. Bu iki durumdan bağımsız olarak hastalığın ilerleme hızı önemlidir. Ancak ilerleme hızını hastanın bakımı,

sosyoekonomik düzey ve tedaviye yanıt etkiler. Eşlik eden sistemik problemler de önemlidir (36).

2.5.8. Demansın Alt Tipleri

2.5.8.1. Alzheimer Tipi Demans

Alzheimer hastalığı yaşamın son dönemlerindeki demansın en yaygın nedenidir (32, 37, 38, 39). Alzheimer hastalığı, yaygın nöron ve sinaps kaybı sonucu neokortikal atrofiye yol açan, senil plaklar ve nörofibriler yumakların anormal birikimiyle karakterize, ilerleyici dejeneratif bir süreçtir (40). Öncelikle yüksek entelektüel fonksiyonlarda ve buna bağlı olarak düşünme ve davranışlarda görülen, defektif özelliklerle karakterize sinsi gelişen bir hastalıktır (41). Davranış, kişilik değişiklikleri ve normal günlük aktiviteleri yapabilme yetisinde azalma ile belirlidir (38). 65 yaş üzerindeki yaşlıların yaklaşık %8'ini etkilemektedir (37).

1907'de Alois Alzheimer'ın, ilerleyici bellek ve bilişsel bozukluk gelişen, otopsisinde serebral kortekste nörotik plak ve nörofibriler yumaklar bulunan , orta yaşlı bir kadın olgu bildirmesiyle ortaya çıkmıştır. Daha sonra da Alzheimer Hastalığı olarak adlandırılmıştır (42).

2.5.8.1.1. Klinik Görünüm

Başlangıçta unutkanlık günlük yaşam işlevlerini bozan tek yetersizlik olabilir. Ancak bunu değişmez bir şekilde bilişsel alandaki diğer bozukluklar izler. Başlangıçta yetersizliğin yoğunluğunda dalgalanmalar olabilir ve hasta sağlıklı, sosyal yaşamı tamamen kontrol altında görünebilir. Bazen de ilk belirtiler öz bakım eksikliğiyle ilgilidir ve aile hastanın evinin daha pis, kişisel bakımının bozuk ve yeme alışkanlıklarının değişmiş olduğundan söz edebilir. Amaçsız gezintilere çıkma da ilk belirtilerden olabilir. Erken dönemde hasta günlük etkinliklerini, neredeyse karmaşık sosyal etkinlikler de dahil sürdürebiliyor durumda olabilir. Ancak dikkat edildiğinde hastanın tüm bu etkinlikler sırasında daha yüzeyel, daha kararsız, daha az etkin olduğu ve daha çok yardıma gerek duyduğu fark edilebilir (9).

Günlük yaşam ve iş yaşamındaki performans azalması yanında yavaş ve sinsi bellek bozukluğu, dikkat dağınıklığı, problem çözme güçlükleri önemli belirtileridir. Bellek bozukluğu ana özellik olup yeni bilgilerin kayıt edilmesindeki güçlük belirgindir (10).

Günlük yaşam içindeki bazı türden davranışlar AH'nın tehlike işaretleri sayılabilir. Alzheimer tipi demansı olan hastalar günlük işleri yerine getirirken yanlışlıklar yapar, iş hayatında hatalar yapar. Bu hatalar işin yürütmesinde

aksaklıklara yol açacak oranda, yapılması gereken işleri sık sık unutma ve bunları yanlış yapma biçimindedir. Konuşurken hata yapılır. Kelime ve deyimler konuşmanın anlaşılabilirliğini etkileyecek oranda unutulur. Zaman ve yer algısında karışıklıklar vardır. Örneğin; içinde bulunulan yılın hangisi olduğu hatırlanamaz, bilinen mekanlarda kaybolunur. Yargılama bozuklukları vardır, Örneğin giysi ters taraftan giyilir. Soyut düşünme (abstract thinking) bozuklukları vardır. Toplama işleminin nasıl yapıldığı unutulur. Geleceğe yönelik plan yapılamaz, davranışları yönlendirecek stratejiler belirlenemez. Eşyalar kaybedilir, olmayacak yerlere konur, bunlar daha sonra yine olmayacak yerlerde aranır ve bütün bunlardaki gariplikler fark edilmez. Ruh halinde dalgalanmalar olur. Örneğin nedensiz bir öfke, keder ve aşırı sevinç birbiri arkasına sergilenebilir. Kişilik özelliklerinde değişme olur. Örneğin daha önce neşeli bir birey içine kapanık, daha önce öz güvene sahip bir birey ise güvensiz ve ürkek bir kişilik yapısı sergilemeye başlar (43).

AH'nda duygudurum bozuklukları, delüzyon ve halüsinasyonlar, kişilik ve davranış bozuklukları olmak üzere dört tip nöropsikiyatrik bozukluk saptanır (10).

Davranışsal komplikasyonlar, saldırganlık, ajitasyon, dolaşma ve işbirliği yapamama (koopere olamama)yı içerir. Psikiyatrik komplikasyonlar, depresyon, anksiyete ve paranoid düşünceyi içerir. Diğer komplikasyonlar ise düşmeler, inkontinans ve günbatımı(sundowning) olgusu olarak bilinen alacakaranlık konfüzyonunu içerir.

Alzheimer hastalarında beş tipik hezeyan vardır.

1. İnsanların eşyalarını çaldıklarına ait hezeyan. Hastalar günlük eşyalarını nereye koyduklarını tam olarak hatırlayamazlar. Hezeyan çok şiddetli ise, hastalar başkalarının eve girdiklerini, eşyalarını sakladıklarına veya çaldıklarına inanırlar.
2. Evin kendi evleri olmadığına ait hezeyan. Bu yanlış inanışın oluşmasına tesir eden başlıca faktör hastanın artık evini hatırlayamaması veya tanıyamamasıdır.
3. Eşin veya bakıcının gerçek olmadığı, onun yerine bir kopyasının geldiğine ait hezeyan. Bazı hallerde sahte olarak algılanan kişiye karşı şiddet saldırganlık oluşur.
4. Terk edilme hezeyanları. Demans hastası sıklıkla terk edileceğine veya bir kuruma yatırılacağına inanır.

5. Sadakatsizlik hezeyanları. Bazen demans hastaları eşlerinin kendilerini aldattığına inanırlar. Alzheimer'in ilk tanımladığı kadın hasta başlıca semptom olarak kıskançlık hezeyanları göstermiştir (44).

Alzheimer Hastalığının klinik açıdan evreleri ise:

Erken evre, bellek kaybı, öğrenme ve yeni bilgiyi saklama yetersizliği, dil problemleri(özellikle kelime bulma),duygudurum dalgalanmaları ve kişilik değişiklikleri ile karakterizedir. Hastalar günlük yaşam aktivitelerini uygulama güçlüğü yaşayabilirler(yolunu bulmak, eşyaları nereye koyduğunu hatırlamak gibi).

Orta evrede, Alzheimer hastası yeni bilgileri öğrenme ya da hatırlamayı yapamayabilir. Uzak olayları hatırlama etkilenmiştir ama tamamıyla kaybolmaz. Hasta banyo yapma, yeme, giyinme ve tuvaletle ilgili yardıma gerek duyabilir. Davranış bozuklukları, dolaşma, ajitasyon, düşmanlık, koopere olamama veya fiziksel saldırganlık ile karakterizedir. Hastalar sık sık kaybolur, banyonun ve kendi yatak odasının yerini bulamaz.

Terminal evrede; yürüyemez, tamamıyla inkontinedir ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremez. Yakın ve uzak bellek tamamıyla kaybolmuştur. Yutma ve yemeyi gerçekleştiremezler, malnutrisyon, pnömoni (özellikle aspirasyondan dolayı) ve ciltte basınç yaraları için risk altındadırlar. Uzun süreli bakıma ihtiyaç duyarlar çünkü, onlar tamamıyla bakım verenlere bağımlıdır.

Alzheimer hastalığının son evresinde koma ve genellikle enfeksiyona bağlı ölüm gelişir (45).

2.5.8.1.2. Tanı ve Sınıflandırma

Yaşayan bireylerde beyin biyopsisi dışında kesin AH tanısının koyulmasını sağlayabilecek tetkik şu an için yoktur. AH tanısı koyabilmek ve diğer olası tanıları dışlayabilmek için klinisyen, ayrıntılı öykü, ayrıntılı, tıbbi, nörolojik ve nöropsikolojik tetkik ve muayene, nörogörüntüleme de dahil ayrıntılı tetkik sonuçlarına gerek duyar (39).

AH tanısında günümüze kadar çok sayıda tanı test yöntemi kullanılmıştır. Klasik bir tarama yöntemi olarak MMSE testi kullanım kolaylığı nedeniyle uygulanabilir. Günümüzde AH tanısını koymak için 1984'te oluşturulan Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke Alzheimer's Disease and Related Disorders Association NINCDS-

ADRDA) kriterleri kullanılarak muhtemel, olası ve kesin AH tanıları koyabilmekte ve otopsi çalışmaları ile %80-90 oranında uyum saptanmaktadır (10).

NINCDS- ADRDA'ya Göre Muhtemel Alzheimer Hastalığı Tanı Kriterleri
(36)

- Muayene ve objektif testler ile belgelenmiş demans varlığı,
- İki veya daha fazla alanda kognitif bozukluk
- Bellek ve kognitif fonksiyonlarda ilerleyici kayıp,
- 40-90 yaş arasında başlaması,
- İlerleyici bellek veya kognitif kayba yol açabilecek sistemik ve nörolojik hastalık olmaması
- Tanı desteği;
- Dil(afazi), motor yeti, apraksi ve algılamada(agnozi),
- İlerleyici kayıp,
- Davranış değişikliği,
- Günlük yaşam aktivitesinde bozulma,
- Uyumlu laboratuvar incelemeler (BT ve serebral atrofi).

DSM IV'e göre Alzheimer Hastalığı Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunması ile belirli çoğul bilişsel defisitinin gelişmesi

1. Bellek bozukluğu(yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma)
2. Aşağıdaki bilişsel bozukluklardan birinin(ya da daha fazlasının) bulunması:
 - a). Afazi(dil bozukluğu)
 - b). Apraksi(motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirme yetisinde bozulma)
 - c). agnozi(duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama)
 - d). Yönetimsel işlevlerde bozukluk(yani, tasarlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama)

B. A1 ve A2 tanı ölçütlerinde sözü edilen bilişsel bozuklukların her biri toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozukluğa neden olur ve önceki işlevsellik düzeyinde belirgin bir düşme olur,

C. Aşama aşama başlar ve sürekli bir bilişsel düşme olur.

D. A1 ve A2 tanı ölçütlerinde sözü edilen bilişsel bozukluklar aşağıdakilerden herhangi birine bağlı değildir.

1. Bellekte ve bilişte ilerleyici bozukluklara neden olan merkezi sinir sistemini ilgilendiren diğer durumlar(örn; serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü)
2. Demansa neden olduğu bilinen sistemik durumlar (örn; hipotiroidizm, vitamin B12 ya da folik asit eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifilis, HIV enfeksiyonu)
3. Madde kullanımının yol açtığı durumlar

E. Bu bozukluklar sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

F. Bu bozukluk başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklayamaz(örn; majör depresif bozukluk, şizofreni).

AH'da oluşan değişiklikler bilgisayarlı tomografi(BT) ve manyetik rezonans görüntüleme(MRG) gibi yapısal, manyetik rezonans spektreskopi (MRS) metabolik ya da fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme(fMRG), pozitron emisyon tomografi(PET) ve tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi(SPECT) gibi fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile saptanabilir (40).

2.5.8.1.3. Etiyolojisi

Alzheimer hastalığının etiyolojisi net değildir. Önemli bir demografik faktör yaşlanmadır (42). Aynı aile bireylerinde bu hastalığın görülme sıklığı daha yüksek olarak bulunmaktadır. Alzheimer hastalığında yapılan genetik çalışmalar bunun otozomal dominant özellikler gösteren genetik bir hastalık olduğunu düşündürmektedir (25).

Temel patolojik tablo beynin belirli bölgelerinde (korteks ve hipokampus gibi) hücre kaybıyla seyreden dejenerasyonla ilişkilidir. Mikroskopik incelemelerde nörofibriler yumaklar içeren sinir hücreleri ile çevrili amiloid plaklar bulunmaktadır. Senil plak olarak adlandırılan bu plakların yapısında yer alan Amiloid β proteinlerinin hastalığın oluşmasında önemli rolü olduğu düşünülmektedir (46).

Son zamanlarda araştırmalar, Apolipoprotein E (ApoE) olarak bilinen bir proteini yapan gen üzerine odaklanmıştır. ApoE-E4 genine sahip bireylerde Alzheimer hastalığı görülme riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir(23). Genetik çalışmalar 19. kromozom üzerindeki Apoe-E4 alleli ile Alzheimer arasında

ilişki belirlemişlerdir (37). 19. kromozom üzerindeki APOE'nin kalıtımının geç başlangıçlı AH ile birlikte olduğu ve APOE E4'ü pozitif hastaların negatiflere oranla artmış amiloid depolanmalarına maruz kaldığı gösterilmiştir. Bu proteinin beyin omurilik sıvısında β A'ya bağlı olduğu ve Alzheimer'li beyinlerde senil plak ve nörofibriler yumaklara kolonize olduğu gösterilmiştir. Geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı ile APO E'nin E4 alleli arasında güçlü bir birliktelik olduğu gösterilmiştir (48).

Down Sendromu ve AH 'daki ailesel kümeleşmenin en yoğun biçimde pozitif aile öyküsü bulunanlarda görülmesi nedeniyle genetik faktörlerinde olayda rol alma olasılığı bulunmaktadır. Çünkü AH patogeneğinde rol oynayan amiloid prekürsör protein (APP) 21'inci kromozomda kodlanmıştır ve trizomi 21 ise Down Sendromundan sorumludur (49). Hastalığın ailesel olan türlerinde bulunan 21. kromozom anomalisinin amiloid öncü protein(amyloid precursor protein- APP) geninde mutasyonla nöronlarda ve damarlarda amiloid birikimine neden olduğu sanılmaktadır (25).

Nörotransmitterler: Kolinerjik sistem bellek ve öğrenme işlevlerinde önemli rol oynamaktadır. Nitekim merkezi kolinerjik sistem lezyonları bellek ve öğrenme işlevlerinde bozulmaya neden olduğu gibi antikolinerjik ilaçlarda insanlarda bilişsel işlevlerde bozukluk oluşturmaktadır. Hatta asetilkolin aktivitesi ne kadar azalmış ise hastalık o denli şiddetlidir (28). Alzheimer hastalarında asetilkolin sentezinde bir yetersizlik söz konusudur (26). Asetilkolin, kolin asetiltransferazdan sentez edilir ve kolin asetiltransferazın majör kaynağı Meynert'in bazal ön beyin bölgesidir. Bu bölge hastalığın erken devrelerinde tutulur ve önemli derecede asetilkolin sentezini etkiler. Beynin çeşitli alanlarında kolin asetiltransferaz seviyesi, temporal loblar daha fazla olmak üzere, ortalama %58-90 oranlarında azalmıştır. Bu azalmanın derecesi ile demansın şiddeti arasında ilişki vardır. Diğer yandan asetilkolini parçalayan asetilkolinesteraz enzimi de azalmıştır (50).

2.5.8.1.4. Epidemiyolojisi

Kullanılan değerlendirme yöntemlerine göre 65 yaş ve üzerindeki Amerikalılarda AH'na bağlı demans sıklığı %6 ile %10 arasında değişmektedir. 60 yaşından sonra hastalığın sıklığı her 5 yılda bir iki katına çıkmaktadır (51).

Yaş ilerledikçe özellikle 75 yaşından sonra sıklık %20'lere, 85 yaşın üstündekilerde %50'lere dek artmaktadır. Yaygınlığın kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla olduğu bildirilmektedir (25). Avrupa'da yapılan araştırmalarda Alzheimer

hastalığının yaygınlığı; 30-59 yaşlarında %0,02, 60-69 yaşlarında %0,3, 70-79 yaşlarında %3,1, 80-89 yaşlarında %10,8 olarak bulunmuştur (6).

2.5.8.1.5. Seyir Ve Prognoz

AH ilerleyici bir demans türüdür. Önceleri sinsi seyreden hastalık, sonlara doğru hastada ağır serebral yıkımla birlikte bedensel yetersizlik ve güçsüzlük gösterir (7).

Hastalık ilerledikçe öğrenme ve dil becerileri azalır dikkat, görsel-algısal bozukluklar ortaya çıkar, zamanla kelime bulma gücü olur mutizm gelişebilir günlük bakım, giyim, temizlik bozulur. Belirtilerin seyri açısından olağan gidiş ilerleyici yıkımdır (26). Hastalık ortalama 6-7 yıl sürer. Ölüm genellikle araya giren enfeksiyon, serebral enfarktüs, kalp ve solunum yetmezliği gibi başka hastalıktan olur (25).

2.5.8.2. Vasküler Demans

Tüm demansların yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır (52). Demansın en çok görülen ikinci nedeni multi-infarakt damarsal hastalıktır. Sıklıkla vasküler iskemik olayların sonucu olarak meydana gelir (38). Genellikle hastalar hipertansiyon, kardiyak hastalık, diyabet ve inme gibi risk faktörlerine sahiptir. Vasküler demansın iki şekli vardır. Klasik olarak multi-infarakt demans kortikal ve subkortikal alanlardaki inmeleri içerir. Diğer şekli küçük damar hastalıkları ve kronik vasküler risk faktörlerinin mikroanjiopatisi ile (HT, DM, sigara içme, hiperkolesteromi) ilişkilidir ve Binswanger hastalığı olarak tanımlanmıştır (52).

Birden fazla bilişsel alanda bozulmayla birlikte birkaç inmenin ya da iskemik beyin hasarının klinik ya da beyin görüntüleme kanıtları olduğunda serebrovasküler hastalıklara bağlı demanstan şüphelenilmelidir (8).

DSM IV'e göre Vasküler Demans Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunması ile belirli çoğul bilişsel defisitinin gelişmesi

1. Bellek bozukluğu(yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri anımsama yetisinde bozulma)
2. Aşağıdaki bilişsel bozukluklardan birinin (ya da daha fazlasının) bulunması:
 - a). afazi(dil bozukluğu)
 - b). apraksi(motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yerine getirme yetisinde bozulma)

c). agnozi(duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanıyamama ya da tanımlayamama)

d). Yönelimsel işlevlerde bozukluk(yani, tasarlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama)

B. A1 ve A2 tanı ölçütlerinde sözü edilen bilişsel bozuklukların her biri toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozukluğa neden olur ve önceki işlevsellik düzeyinde belirgin bir düşme olur,

C. Serebrovasküler hastalığı düşündüren ve bozuklukla etyolojik olarak ilişkili olduğu yargısına varılan fokal nörolojik belirti ve bulgular(örn, derin tendon reflekslerinde artma, ekstansör plantar yanıt, psödobulber palsi, yürüme bozuklukları, bir ekstremitede zayıflık) ya da laboratuvar kanıtları(örn, korteks ve altındaki beyaz cevheri tutan multipl infarktlar) vardır.

D. Bu bozukluklar sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır

Vasküler demans genellikle akut olarak gelişir. İşlevsellikte hızlı değişiklikler oluşabilir. Klinik tablonun gidişi son derece değişkendir. Hasara uğrayan beyin bölgesine bağlı olarak bazı bilişsel işlevler erken dönemde etkilenirken diğerleri hiçbir şekilde etkilenmeyebilir. Bu nedenle klinik tablo adeta “yamalı” bir bozukluk örüntüsü verebilir (28).

Akut iskemik nöbetlere bağlı olarak birden kısa süreli bellek yitimi, odaklanmış(fokal) ve genel nörolojik belirtiler(baş dönmesi, denge kusuru, paraliziler, kısa süreli görme yitimi, bazen bilinç sislenmesi gibi) gelişir. Bilişsel işlevlerdeki bozukluk çoğu kez genel ve global yıkım biçiminde değildir. Değişik işlevlerde değişik derecede bozukluk olur. Örneğin bellekte ağır bozukluk varken, yargılama ve sosyal uyum çok bozulmayabilir. Hastalık ilerledikçe her alanda yıkım belirtileri görülür (25).

HT ve vasküler hastalığın erken ve enerjik tedavisi hastalığın daha fazla ilerlemesini önleyebilir. Koruyucu tedavi esastır. Öncelikle kalp-damar hastalıkları yönünden düzenli kontrollerden geçmeli, HT veya damar hastalığı saptandığı takdirde mevcut tablonun daha da ilerlemesini önleyici tedbirleri almak son derece önemlidir. Yüksek tansiyonlu kişiler doktor gözetiminde düzenli olarak antihipertansif ilaç kullanmalı, tuz alımına özen gösterilmeli, gerekirse zayıflatıcı beslenme rejimleri uygulanmalıdır (28).

2.5.8.3. Lewy Body Demansı (Lewy Cisimciği Demansı –LCD)

LCD klinik olarak parkinsonizm, sanrılar, varsanılar(özellikle görsel), dalgalı bir uyanıklık ve nöroleptik ilaçlara duyarlılık ile giden bir demans sendromu şeklinde tanımlanmıştır (8). Bilişsel işlevler değişken olabilir (38).

Bu bunama türünde bellek ve üst bilişsel işlevlerde inişli çıkışlı ilerleme gösteren yetmezlik ve kişilik değişimi belirtilerinin yanı sıra zaman zaman beliren ve düzelen deliryum durumları, görme, işitme varsanıları, hafif extrapiramidal belirtiler gösterme bakımından nöroleptiklere karşı fazla duyarlılık görülür. Alzheimer'den daha hızlı bir şekilde ilerleyerek ölüme götürür. Hastalık ilerledikçe parkinson belirtileri daha da ağırlaşır (25). Depresyon, halüsinasyon, paranoya, anksiyete gibi psikiyatrik semptomlar LCD'li hastalarda siktir ve bunlardan en az biri tabloda bulunur (53).

LCD dopamin eksikliğine bağlı parkinsoniyen bir hastalık olduğu için antiparkinson tedaviden yarar görür. Diğer yandan bu hastalarda düşük dozlarda bile dopaminerjik yan etkilerin ortaya çıkma riski yüksektir. En iyi sonuç levodopa ile alınır. Dopamin reseptör agonistlerinin de etkili olabileceği düşünülebilirse de bu hastalarda ilaca bağlı psikoz riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (53).

2.5.8.4. Pick Hastalığına Bağlı Demans

AH'dan çok daha seyrek görülen bir hastalıktır. Ona nazaran daha hızlı ilerleyen bir demanstır. Makroskobik incelemede frontal ve temporal lobların asimetrik atrofisine karşılık paraital ve oksipital lobların korunduğu görülür. Bu lobların atrofi paterni hastalığı makroskobik olarak AH'dan ayırmada yardımcıdır. Mikroskobik olarak ise etkilenen nöronlarda balonlaşma(pick hücreleri) ve onların içinde sitoplazmik inklüzyon cisimcikleri (pick cisimcikleri) dikkati çeker (54).

Bu hastalık en sık kadınlarda ve 40-60 yaş arasında görülür. Patolojisinde yaygın olmayan fokal beyin atrofisine dayanmaktadır (23).

Pick hastalığı, özellikle beynin frontal ve temporal loblarını etkileyen dejeneratif bir hastalıktır. Pick hastalığı başlangıçta kişilik değişiklikleri, sosyal becerilerde yıkım, duygusal küntleşme, davranış bozuklukları ve belirgin dil anormallikleri ile karakterizedir. Bellek bozuklukları, apraksi ve bunamanın diğer özellikleri genellikle sonradan klinik tabloya eklenirler. İlkel refleksler(yakalama ve emme) belirgin olabilir. Bunama ilerledikçe kişilerde ağır lisan, dikkat ve davranış sorunları gelişir (28).

Pick hastalarının yaşam süresi tanı konulduktan sonra 2-5 yıl arasında değişmekle birlikte, hastalar yalnızca konuşma bozuklukları ile yıllarca yaşayabilirler (23).

2.5.8.5. Parkinson Hastalığına Bağlı Demans

Bradikinezi, istirahat tremoru, para sayma tremoru, maske yüz, dışıçark rijiditesi ve ayakları sürütürerek yürüyüş ile belirli genellikle geç başlangıçlı idiyopatik hareket bozukluğudur (24).

Parkinson hastalığı zemininde gelişen bunamada bilişsel ve motor yavaşlama, anımsamada bozulma tipiktir. Parkinsonlu hastalarda bilişsel yetiler, çökkünlüğün de tabloya eklenmesi ile daha da bozulur. Otopsi incelemelerinde substantia nigra nörön yitimi ve Lewy cisimleri saptanır (28). Yaklaşık olarak %40-50 parkinson hastasında demans gelişir (52).

2.5.8.6 Huntington Hastalığına Bağlı Demans

Otozomal dominant geçişli, genellikle 30-80 yaşlarında başlayan koreiform hareketler, nöropsikiyatrik semptomlar ve demans ile karakterize olan bir hastalıktır (10).

Davranış ve kişilikteki sinsi değişiklikler huntington hastalığının ilk bulgularıdır. Bu değişiklikler çökkünlük, sinirlilik ve bunaltı ile kendini gösterir. Hareketlerinde anormallik vardır. Bireyler başlangıçta durduğu yerde duramayan sinirli birini anımsatırlar. Hastalığın başlangıcında anımsamada zorluklar, yargılama ve bilişsel işlevlerde bozukluklar sıktır. Hastalık ilerledikçe daha ağır bellek bozukluğu gelişir. Bazen psikotik özellikler bulunabilir (28). Radyolojik olarak fokal atrofiler ve bölgesel serebral kan akımı defisitleri bu hastalıktaki kognitif bozulmayla ilişkili bulunmuştur (10).

2.5.8.7. Creutzfeldt-Jakob Hastalığı

Başlangıcı genellikle 40'lı ya da 50'li yaşlarındadır. Bu hızlı ilerleyici, dejeneratif demans yapıcı hastalık taşınabilir yavaş virüsle oluşur (24). Mink'lerde görülen ensefalopati, Kuru Hastalığı ve koyunlarda görülen Serapine hastalığı da aynı gruptadır. Bu hastalık yamyamlığın halen hüküm sürdüğü ilkel çevrelerde oldukça sıktır. Bu virüsler hasta kişinin özellikle beyin, barsaklar başta olmak üzere tüm vücudunda bulunur. Söz konusu virüslerin alınmasından yıllar sonra hastalık ortaya çıkar. Bu nedenle "yavaş virüs" hastalığı olarak tanımlanmıştır (28).

Bu hastalıkta 3 tipik bulgu vardır. Bunama, istemsiz hareketler(özellikle myoklonus) ve periyodik EEG aktivitesi. Hastalığa ancak biyopsi ve otopsi

incelemelerinde spongioform (beyinde süngerimsi görüntüye yol açan) patolojik değişikliklerin görülmesi ile kesin tanı konabilir. Tipik hastalık tablosu ortaya çıkmadan önceki öncü belirtiler yorgunluk, bunaltı, iştahsızlık, uyku ve konsantrasyon sorunlarıdır. Birkaç hafta sonra koordinasyon bozukluğu, görmede değişiklikler, anormal yürüme ve diğer hareket bozuklukları gelişir. Ardından hızlı ilerleyen bir bunama tablosu başlar (28).

2.5.9. Demansta Tedavi

Demanslı bir hastayı tedavide hedefler:

1. Hastanın temel ve işlevsel günlük yaşam etkinliklerini gerçekleştirebilme kapasitesini artırmak.
2. Hastanın ve hastaya bakan kişilerin yaşam kalitesini iyileştirmek.
3. Bellek ve diğer kognitif fonksiyonları ve davranışsal semptomları düzeltmek.
4. Ölçülebilen kognitif bozulma ve bakım gereği açısından hastalığın gidişini yavaşlatmaktır (55).

Bunamalarda ilaç tedavisi çok amaçlı olarak uygulanmaktadır. Entelektüel işlevlerdeki bozulmayı gidermeye ya da en azından hafifletmeye yönelik olarak çok çeşitli ilaçlar kullanılabileceği gibi hastalık sürecine eşlik eden depresyon, anksiyete, sanrılar, varsanılar ve davranış bozukluklarının tedavisi içinde ilaç uygulaması yapılmaktadır (28). Bu nedenle demansta tedavi etyolojiye yönelik ve semptomlara yönelik tedavi olarak ikiye ayrılır.

A. Etiyolojiye Yönelik Tedavi

Demans tedavisinde ilk basamak oluş nedenine yönelik tedavidir. Bazı demansiyel tablolar tedavi edilebilirler. Örneğin benign beyin urları, subdural hematom, normal basınçlı hidrosefali, çeşitli ilaç intoksikasyonları, hipotiroidi, karaciğer yetmezliği, vitamin eksiklikleri, Co zehirlenmesi, enfeksiyonlara uygun tedaviler. Multi–infarkt demansta tansiyonun kontrolü, antiagregan tedavi gibi önlemlerle hastalığın seyri kontrol edilebilir. Epileptik hastalarda nöbetlerin kontrolü ile demansın ilerlemesi durdurulabilir (29). Ayrıca AH'nın da tedavisi yapılmalıdır. Alzheimer hastalığı olan bireylerde, öğrenme ve bellekte önemli bir nörotransmitter olan asetilkolinin aktivitesi azalmıştır. Kolinesteraz inhibitörleri asetilkolinin parçalanmasını engellemekte ve kolinerjik işlevi artırmaktadır (56).

AH tedavisinde kullanılan kolinesteraz inhibitörleri ve önerilen günlük dozları ise şöyledir (57);

- Fizostigmin 36mg/gün
- Tacrine(cognex) 80-160 mg/gün
- Epdastigmin 60 mg/gün
- Rivastigmin(exelon) 6-12 mg/gün
- Donepezil(aricept) 5-10 mg/gün
- Galantamin(reminyl) 30mg/gün
- Metrifonat 30-60mg/gün

Tacrine'nin klinik olarak etkili olduğu bazı öncü çalışmalarda gösterilmiştir, ancak terapötik dozun(80-160 mg/gün) uzun süreli titrasyon zorluğu ve karaciğer üzerine belirgin yan etkisinden dolayı bugün için kullanılmamaktadır (55).

Antioksidanlar: AChE inhibitörleri ile kombine edilmelidirler. Antioksidan tedavide en önemli noktalardan birisi de, kronik sinsi nörolojik hastalıklarda mümkün olan en erken dönemde verilmesidir (55). Bunlar E vitamini ve ginko biloba'dır.

B. Eşlik Eden Psikiyatrik Belirtilerin Tedavisi

Demans tedavisinde ikinci aşama olarak tabloya eşlik eden depresyon, anksiyete ajitasyon, davranış bozuklukları, uykusuzluk ve psikotik belirtilerin tedavisi yapılmalıdır (29).

Bu hastalarda hastayı konfüzyona sokmayacak, antikolinergik yan etkileri az olan antidepresanlar, nöroleptikler, yatıştırıcılar kullanılabilir. Genellikle barbitüratlar, benzodiyazepinler, trisiklik antidepresanlar yaşlı hastalarda konfüzyonu artırır. Nöroleptiklerden düşük dozda olmak üzere haloperidol, tiyridazin, risperdal, olanzapin tercih edilmelidir (25). Eğer bir antidepresana ihtiyaç varsa trisiklik antidepresanlardansa, trizadone, fluoksetin yada sertralin gibi antikolinergik aktivitesi olmayanlar tercih edilmelidir (45).

AH'nda kognitif fonksiyonların bozulması yanında, hastalarda davranışsal ve psikolojik alanda da semptomlar oldukça sık görülmektedir. Bunların içerisinde halüsinasyonlar, hezeyanlar, depresyon, uykusuzluk, anksiyete, fiziksel agresyon, huzursuzluk ve amaçsız dolanıp durma, hastaları ve hasta yakınlarını en çok rahatsız eden semptomlardır.

Bu hasta grubunun yaşlı olmasından dolayı, psikotrop ilaçlar düşük dozda başlanmalı ve mümkün olduğu kadar yavaş artırılmalıdır. Benzodiyazepinler, anksiyolitik ve sedatif hipnotikler olup anksiyete, uykusuzluk, agresivite ve hiperaktiviteye sahip Alzheimer hastalarında kullanılırlar. Ancak bu ilaçların düşük dozlarda kullanılması uygun olur. Yarılanma ömrü kısa ve daha basit metabolizması olan lorezepam(ativan) tercih edilir (55).

2.5.10. Demanslı Hastada Hemşirelik Bakımı

Demanslı hastalarda hemşirelik girişimlerinin amacı hastanın optimal bilişsel işlevini sürdürmesine yardım etmek, fiziksel güvenliğini sağlamak, anksiyete ve ajitasyonu azaltmak, iletişimi iyileştirmek, bağımsızlığını ve öz bakım aktivitelerini desteklemek, sosyalizasyon gereksinimlerini karşılamak, yeterli beslenmeyi sağlamak, uyku bozukluklarını gidermek, aileye destek olmak ve aileyi eğitmektir (58).

Beslenme Bozukluğu

- Yeterli alımı özendirmek için az az ve sık sık besleyin.
- Hemşirelik aktivitelerini hastanın beslenme zamanından önce tamamlayın.
- Yüksek proteinli, düşük kalsiyumlu diyet uygulayın.
- Yeterli alımı sağlamak için aldığı çıkardığı takibi yapın.
- Aspirasyonu önlemek için başı yükseltin.
- Yemek yemesini engelleyen, dikkatini çeken nesnelere ortamdan kaldırın.
- Her defasında tek çeşit yemek verin. Sandviç, taze meyve, sebze gibi yemekler verin.
- Diş ve görme sorunu olup olmadığını belirleyin.
- Kişiyi tuz, biber veya soslar ikram etmeniz gerekebilir ve eğer daha sonra bunları tekrar tekrar kullanma olasılıkları varsa ortamdan uzaklaştırmanız uygun olur.
- Kişi yemeğe katılmaya hazır olana ve bu görevden kolayca rahatsız olmaz duruma gelene kadar, ayrı ve sessiz bir oda sağlayın.
- Kişiyi yere ve yeme araçlarının amaçlarına yönlendirin.
- Kişiyi fiziksel olarak alabileceği en normal pozisyonu verin.
- Kişiyi aktiviteye/işe katılması için cesaretlendirin. Ancak yorgunluk, hayal kırıklığı, boşuna uğraştığı duygusu ve ajitasyona karşı uyanık olun.
- Kişi değerlendirme yeteneğini kaybedebildiği için yiyecek ve içeceklerin çok

sıcak olmadığından emin olun.

- Her gün yeterli miktarda sıvı aldıklarından emin olun. Yetersiz sıvı alımı vücutta sıvı eksikliğine yol açarak daha fazla bilinç karışıklığına sebep olabilir. Kişilerin susama duyguları farklı olabilir fakat günde en az sekiz bardak sıvı almalarını sağlayın.
- Kişiyi olabildiğince uzun bir süre yemek hazırlamak, sofrayı kurma veya tabakları kurulama gibi işlerde yardım etmesi için cesaretlendirin. Bu onların kendilerini daha faydalı ve gerekli görmelerine yardımcı olabilir (59, 60, 61, 62).

İnkontinans

- Sabahları erken saatlerde, ara ve ana öğünlerden sonra ve yatmadan önce hastayı tuvalete götürün.
- Banyo ve tuvaletin üzerine tanınmasını kolaylaştırıcı işaretler ve resimler yerleştirin.
- Giyinmeyi basitleştirin, pijama ve eşofman daha uygun olur.
- Düğmeli ya da fermuarlı kıyafetler yerine kendiliğinden yapışmalı bantlar kullanın.
- İnkontinans durumunu değerlendirin.
- Hastanın sıvı almasını inkontinans nedeniyle engellemeyin, yeterli alımı sağlayın.
- Yatak odası ve tuvalet arasında kazalara neden olabilecek eşyaları ortadan kaldırın.
- Banyo yolunu açık ve aydınlık tutun (58, 60, 63).

Yaralanma Olasılığı

Hastanın yaralanmasını ve düşme risklerini en aza indirmek için güvenlik önlemlerini sürdürmede ise;

- Hastanın odasının tüm gün boyunca iyi aydınlatılmasını sağlayın.
- Geceleri hastayı geniş, korumalı, iyi aydınlatılmış odaya alın.
- Potansiyel görev vermektan kaçının(yemek pişirme) .
- Herhangi bir tedavi ya da uygulama süresince hastayla birlikte kalın.
- Pencerelelerdeki gölgelikleri kaldırın.
- Kapı kilitlerini üzerinde bırakmayın.
- Hastanın odasını büyük renkli kağıtlarla kaplayın.

- Hastanın yardım almaksızın tıraş makinesi kullanmasına izin vermeyin.
- Hastanın yattığı servisten dışarı çıktığında bulunmasını kolaylaştırmak için, üzerinde hastanın adı, soyadı, yattığı servis, hastane adı, telefon numarası yazılı olan medikal uyarıcı bileklikler kullanın.
- Arkasında hastanın adı, soyadı yattığı servisi yazılı açık renkli atletler giydirin.
- Yatak kenarlıkları yoksa ve hemşire hastanın yanında değilse yatak seviyesini alçaltın.
- Kolay ulaşılabilirlik için hastaya çağrı zili ya da ışığı sağlayın.
- Hasta uyuduğunda, konfüze olduğunda, yatarken yatak kenarlıklarını kaldırın.
- Eğer hastanın gece kalkma olasılığı varsa odadaki ve holdeki ışıkları açık bırakın.
- Hastayı düzenli olarak dışarı çıkartarak hareketlilik sorunları azaltın.
- Ortamdan tehlikeli olabilecek nesnelere uzaklaştırın(ilaç, bıçak vs.).
- İlaçları verdikten sonra ulaşamayacakları yerlerde saklayın.
- Her gün kullandığı eşyaları kolay ulaşabileceği yere yerleştiririn (16, 58, 59, 61, 63).

Uyku Bozukluğu

- Hastanın günlük alışkanlıklarını ve aktivitelerini belirleyin.
- Günlük aktiviteleri planlamaya yardım edin.
- Dinlenmeyi ve uykuyu desteklemek için, hastaya basit gevşeme teknikleri öğretin.
- Yatmadan önce sıvı alımını azaltın.
- Yatmadan önce yorucu fiziksel ve ruhsal aktiviteleri engelleyin.
- Uyumayı kolaylaştırmada hastanın normal gece-gündüz modelini sürdürmesine yardım edin.
- Gerek görüldüğünde önerilen sedasyonu sağlayın, sedatiflerin etki ve yan etkilerini değerlendirin (61).

Kişisel bakım defisiti

A Giyinme

- Kıyafetleri onları giyme sırasına göre düzene koyun.
- Mümkün olduğu kadar uzun süre giyinme konusunda bağımsızlığı

destekleyin.

- Eğer gerek duyuyorsa giyinme ile ilgili talimatlarla ona yardımcı olun.
- Kaymayan lastik tabanlı ayakkabılar giymesini önerin.
- Giyinme ve soyunma için yeterli zaman ayırın, çünkü bu görev yorucu, sıkıntılı ve güç olabilir.
- Kişinin giyinme aktivitesinin bir bölümünü öğrenmesi ve uygulayarak göstermesi, daha sonra bir ileri aşamaya geçmesi için planlama yapın.
- Gereken giyinmeye yardımcı araçları sağlayın, giysilerde düğme bağcık yerine birbirine yapışan bantlar kullanmasını önerin.
- Öğretimleri basit tutunuz ve bunları sık sık tekrarlayınız, dikkati dağıtmaktan kaçının.
- Her defasında sadece bir giysi materyali sunun.
- Aktiviteye katılması cesaretlendirin.
- Giyilen odanın ılık olduğundan emin olun, hastalar soğuk nedeniyle giyinmek istemeyebilir.
- Giyinme sırasını gösteren resim kullanın (60, 62)

B- Banyo Yapma

- Banyo davranışını ve rutinini değerlendirin, günün hangi saati hasta banyo yapmayı tercih ediyor belirleyin.
- Günlük olarak banyo yaptırmayın.
- Banyo yapmaktansa duş almayı önerin.
- Banyoyu ısıtın.
- Banyo rutinlerini basitleştirin, her defasında bir adımı yapın (60).
- Banyo malzemelerini birey için en uygun yere yerleştirin.
- Öğretimleri basit tutun ve şaşırtmaktan, dikkati dağıtmaktan kaçının.
- Eğer kişi tüm vücudu yıkayamayacaksa aşamalı olarak tam doğru şekilde yapana kadar sadece bir bölümü yıkamasını sağlayınız, başarılar için olumlu pekiştirme, ödül verin.
- Kişi yardımsız olarak ve güvenli bir şekilde görevi yerine getirene kadar aktiviteyi denetleyin (62).

Hasta ile iletişim

Yaşlılıkla birlikte en çok bozulmaya uğrayan ruhsal işlevler dikkat ve bellek gibi bilişsel yetilerdir. Yaşlı hastanın görme ve işitme duyularının eskisi gibi yeterli işlev

görmemesi, bilişsel yeti yıkımına eklenerek yaşlı kimsenin insan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Yaşlılığa özgü bu doğal yıkımın farkında olan hemşire, onunla doğrudan ve açık seçik konuşarak, yönergelerini yavaş, kısa anlaşılır şekilde ifade ederek, unutkanlığını göz önünde bulundurup yinelemekten kaçınmayarak ortaya çıkan iletişim engellerini en aza indirebilir (64). Buna göre hastayla iletişim kurarken;

- İletişime hastaya kendinizi tanıtarak ve onu ismiyle çağırarak başlayın.
- Konuşma biçiminizi düzenleyin, yavaş ve açık konuşun, cevap için bekleyin.
- Kısa ve basit cümleler kullanın, dilinizi kolaylaştırmak için vermek istediğiniz mesajı basitleştirin.
- Hastaya negatif geri bildirim vermektense pozitif ifadeyi kullanın. Örneğin yatağın üzerine tırmanmaya çalışan hastaya “yataktan dışarı çıkma” demek yerine, ellerini yukarı kaldırmasına, pozisyonunu değiştirmesine yardımcı olun.
- Hastaya sorduğunuz soruların tipini belirlemek yararlı olur. Evet- Hayır seçenekli sorular daha verimli ve daha az sinirlendirici olur.
- Her defasında sadece bir soru sorun, eğer sorunuzu ve ifadenizi tekrar edecekseniz aynen tekrar edin.
- Sözlü olmayan iletişim seçtiğiniz kelimelerden daha önemli olabilir. Hasta mesajınızın içeriğinden ziyade, ses tonunuza ve duruşunuza daha hızlı yanıt verir.
- Aceleci bir ton onları rahatsız eder ama yumuşak ve yavaş tavır genellikle rahatlık duygusunu ve hastanın kabulünü sağlar.
- Hasta ile sözlü ve sözlü olmayan iletişime dikkat edin
- Bütün etkileşimlerde yavaş hareket etmek ve göz teması kurmak önemlidir. Size bakıyorsa yüzünüzün ifadesi ve duruşu onların kelimelerinizi yorumlamasına yardımcı olur.
- Hasta sizinle konuştuğunda ilk anda onu anlamayabilirsiniz ancak sabırla ifadenin arkasında yatan anlamı kavrayabilirsiniz.
- Göz temasını kaybetme korkulu bakış, el sıkma gibi anksiyete belirtilerini gözlemleyerek müdahale edebilir ve katastrofik reaksiyonu önleyebilirsiniz (58, 60, 65, 66).

Öfke ve Ajitasyon

- Hastanın yorgunluk ve ajitasyon belirtilerini gözlemleyin.
- Hastayı anksiyeteyi artıran durumlardan uzak tutun.
- Aşırı uyaranları azaltın.
- Yorgunluğu önlemek için dinlenme aralıkları düzenleyin.
- Günlük rutinleri olabildiğince sürdürmeye çalışın (58).
- Çevreyi sakin ve düzenli tutun.
- Hastayı stresten koruyun.
- Basit başarıya yönelimli aktiviteler planlayın (60).

Hafıza Kaybına Bağlı Düşünce Sürecinde Değişiklik

- Hasta ve ailesine bunun hastalığın doğasında olduğunu ve ilerleyici olduğunu açıklayın.
- Hastanın gerçeğe oryantasyonuna yardım edin.
- Her zaman bakım verenleri isimle tanıştırın.
- Yazılı direktif ve talimatlar kullanın.
- Hastayı sık sık güne saate ve yere oryante edin.
- Düşük ses tonlarıyla konuşun.
- Sakin ortam sağlayın acele etmekten kaçının.
- Basit ve tek talimatlar verin.
- Hastanın odasında geniş çerçeveli saat ve güncel takvim bulundurun.
- Çevresel uyaranları en aza indirin.
- Hastanın odasındaki resim ve diğer yanlış yorumlamalara sebep olabilecek aksesuarları gözden geçirin. Renkler ya da şekiller hastalarda farklı çağrışımlar yapabilir.
- Hastanın bulunduğu çevrenin günlük düzenini sağlayın.
- Oda düzeninin hastanın alışkanlıklarına uygun olarak yapılmasına dikkat edin. Örneğin, mobilyalar, diş fırçası, gözlük her zaman buldukları yerde tutulursa hastalar günlük yaşam etkinliklerini tanıdıkları çevrede daha kolay gerçekleştirirler.
- Sürekli yer değiştirmekten kaçının.
- Hasta için uygun odayı seçerken, servisten kaçma, gürültü yapma, dış uyaranlardan çabuk etkilenme gibi olasılıkları göz önünde bulundurun (16, 66, 67).

Benlik Kavramında/ Saygısında Değişme

- Demanslı hasta, yetersizliklerini azaltmak için mümkün olduğu kadar çevre düzenlemesi yapılır ve olumlu yönde desteklenir. Bu durum hastanın kendini yeterli hissetmesine neden olur.
- Demanslı hastalar mevcut güç ve yeteneklerini aşan işlevler yerine getiremediklerinde strese girerler. Yaşadıkları bu stres hastaların benlik saygılarını zedeleyebilir. Bu konuda hasta ailesi uyarılarak nasıl yaklaşacakları konusunda bilgi verilir.
- Demanslı hastalar kendilerini sakin ve tanıdık ortamlarda daha iyi hissederler. Yeni ve karmaşık durumlar bu hastalar için olumsuz etki yapar ve uzun süreli gerilemeye neden olur. Bu nedenle hastanın çevresi, ruhsal uyumunu bozmayacak şekilde düzenlenir.
- Hastalara sahip oldukları baş etme yöntemlerini en iyi şekilde kullanabilmeleri için destekleyici teknikler uygulanır, alabildiği kadar yeni baş etme yöntemleri öğretilir (68).

Biliş Bozukluğuna Bağlı Adaptasyon Bozukluğu

- Hastayı hastalık ve yeti yitimi ile ilgili olan düşünce ve korkularını ifade etmesi için cesaretlendirin.
- Anksiyete, depresyon, geri çekilme, öfke, çaresizlik, güçsüzlük gibi olası emosyonel yanıtları tanımlayın.
- Hastanın tehdit edici durumlara verdiği yanıtı gözden geçirmesine yardım edin.
- Fikirleri ve düşünceleri küçümsemekten, eleştirmekten ve yargılamaktan kaçının.
- Güçlü ve sağlam rollerine yeniden odaklanması için cesaretlendirin.
- Hastanın dini inançlarını destekleyin.
- Kontrol duygusunu cesaretlendirin.
- Hastaya öfke ve çaresizlik duygularını anlamayı ve bunları yönetmeyi öğretin.
- Hayal kırıklığı ve hoşnutsuzluk ile ilgili olan problem çözme becerilerini geliştirmede hastaya yardım edin.
- Basit rahatlama egzersizleri, kişisel gözlem aktiviteleri ve hayal etmeyi kullanarak, hastanın stres yönetim planı geliştirmesine yardımcı olun(61).

Sevilen Birini Kaybetme Potansiyeline Bağlı Ailede Beklenen Üzüntü

- Hasta ve aileyi olası kayıp algılarını tanımlaması ve belirlemesi için cesaretlendirin.
- Hasta ve aileyi korkularını ifade etmeye cesaretlendirin.
- Yaşamı tehdit eden durumlarla mevcut deneyimleri, sosyoekonomik durum, dini inançlar, kültürel inançlar, eğitim gibi baş etme davranışlarını etkileyen faktörleri tanımlayın.
- Hasta ve ailenin deneyimlediği üzüntü evrelerini belirleyin.
- Şok ve inkar evresi süresince, zararlı çevresel uyaranları azaltmak için sakin çevre sağlayın.
- İnkâr ve diğer savunma mekanizmalarını kullanmaları için izin verin, yanlış ümitlerden kaçının, inkarı desteklemeyin.
- Çarpıtılmış algıları olan hasta ve aile üyelerinin üzerine gitmeyin.
- Duyguların ifadesini kolaylaştırın.
- Normal duygu ve reaksiyonları artıran rahatlığı sağlayın.
- Hasta ve aileye hastanın bakımı ve prognozu ile ilgili sürekli bilgi sağlayın.
- Aileyi bilgi ihtiyacını ve hasta için arzulanan bakımı ifade etmeye cesaretlendirin.
- İzolasyon ve kayıp duygularını azaltmak için, ailenin hastanın bakımına katılmasını sağlayın.
- Aile etkileşimini desteklemek için esnek ziyaret saatleri düzenleyin.
- Hasta ve ailenin birbirleriyle ilgili korku, ilgi ve düşüncelerini paylaşmalarına yardım edin.
- Fiziksel sağlığı desteklemek ve sürdürmede aile üyelerinin kendi kişisel ihtiyaçlarını sürdürmelerine yardım edin (61).
- Stres yönetimi tekniklerini öğretin(gevşeme, destekleyici ilişki, amaç belirleme, zaman yönetimi, dikkati başka yöne çekme).
- Stres, sosyal ve psikososyal kaynaklarla idare edilemez durumdaysa aileyi hekime veya terapisteye yönlendirin.
- Ailenin rolünü tanımlayın, bakım sağlama kapasitesini tartışın ve sağlanan bakım için destek verin.
- Ailenin baş etme teşebbüslerini destekleyin.

- Benzer durumdaki diğerleriyle paylaşmak için aileyi destek gruplarına yönlendirin.
- Aileyi dinleyin, destekleyici ve empatik çevrede duygu ve düşünceleri paylaşmayı kolaylaştırın.
- Aileye rol uyumsuzlukları, karşılanmamış beklentiler veya kişiler arası uyumsuzluklarla baş etmeyi öğretin.
- Ailenin üzüntü süreciyle baş etmesine yardımcı olun (69).

Bakım Verme Rolünde Güçlükler

Alzheimer hastalığında bakım verenlerin büyük bir kısmı eşleri ve diğer aile üyeleridir. Hastalık kronik ve sürekli kötüleşen bir seyir izlediği için bakım verenler yüklendikleri sorumluluklardan dolayı güçlükler yaşar. Hastaların bakımını sağlayan eşleri sadece bakımı üstlenmenin ortaya çıkardığı fiziksel yükü değil, psikolojik ve ekonomik yükleri ile de baş etmek zorunda kalır. Gelecekte korkma, gelirin azalması ya da ortadan kalkması, desteklerin ve arkadaşlıkların yok olması, bakım verenlerin yaşadıkları yorgunlukla birleşir ve baş etmesi zor bir hal alır. Bu yük ve sorunların altında bakım verenler duyarlı, kırılabilir, fiziksel ve duygusal olarak tükenmiş bir hale gelebilir. Hemşire ailenin durumunu değerlendirirken uyanık olmalıdır (58). Yapılacak hemşirelik girişimleri ise şöyledir.

- Eşleri düşüncelerini ifade etmeye cesaretlendirin.
- Aile üyelerini hasta ile birlikte kalmaya cesaretlendirin. Birlikte gezinti, tatil, ev ziyaretleri, hafta sonu piknikleri düzenleyin.
- Aile üyelerini duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirin.
- Aileyi çevrelerindeki elde edilebilir destek gruplarına yönlendirin.
- Periyodik olarak aileyi takip edin.
- Anksiyete ve stresi azaltmak için duygusal destek sağlayın.
- Aileye destek grupları önerin.
- Finansal firma ve olası yerleştirme durumu için sosyal servisler önerin.
- Ailenin finansal durum ve yasal sorunları değerlendirmesine yardım edecek (avukat gibi) sosyal ajanslarla görüşmesini sağlayın.
- Evde bakım ve idare için evde bakım servislerine yönlendirin.
- Destekleyici bakım için aile ve diğerlerinin hastalık yönetimi ve

hekimin direktiflerinden haberdar olduğundan emin olun.

- Ailenin gün boyunca hastaya bakabilecek sağlık bakım profesyonellerini bulmalarına yardımcı olun (67, 70).

Ailenin Evde Bakım İle İlgili Bilgi Gereksinimi

Demanslı bir hasta adresini, adını veya birlikte yaşadığı kişilerin adlarını unutabilir. Kendisinin veya komşularının evini tanımlayamaz. Düşük yargı onları tehlikeli, olası ölümcül durumların içine götürebilir. Demans ayrıca onların sıcak, soğuk, susama veya açlık gibi duyuları yorumlamalarını güçleştirebilir (71).

Demanslı hastanın kaybolmasını önlemek için aileye;

- Demanslı bireyi evde yalnız bırakmaktan kaçınmalarını,
- Evin çevresini güvenli hale getirmeleri, böylelikle bakım veren uyuduğunda veya dikkati dağıldığında demanslı birey kendi başına evden ayrılamaz.
- Dışarıya açılan tüm kapıların kilitli olduğundan emin olmalarını veya kilitleri demanslı bireyin ulaşamayacağı yere yerleştirmelerini,
- Birileri evden çıkarken veya dış kapıyı açarken alarm veren güvenlik sistemleri kullanmalarını,
- Komşularını evde demanslı bir hastanın yaşadığı konusunda bilgilendirmeleri ve onu dışarıda yalnız gördüklerinde aileye bildirmelerini veya getirmelerini söylemelerinin önerin (71).

Ayrıca evde bakım eğitimi hastanın düşme ve yaralanmalardan korunması için gerekli çevresel önlemlerin alınmasını kapsamaktadır. Bunun için;

- Hastanın yattığı odada sigara alarmı bulundurun.
- Dışarıya açılan pencere ve kapıları kilitli tutun.
- Hastanın sizi dışarıda kilitleme olasılığına karşı dışarıda yedek anahtar bulundurun.
- Yerde kablo uzantıları bırakmayın.
- Kullanılmayan elektrik prizlerini kapatın.
- Bütün ilaçları ve temizlik maddelerini hastanın ulaşabileceği yerlerden uzak tutun.
- Evde alkol bulduruyorsanız, hastanın ulaşamayacağı yerde kilitli tutun.
- Eğer hasta sigara içeriyorsa onu gözlemlemelerini, kibrit, sigara, küllük gibi eşyaları hastanın görüş alanından uzak tutmalarını böylelikle hastanın içme

arzusunu unutabileceği söylenir.

- Çevreyi dağınık bırakmayın.
- Yerde kayan halı bulundurmayın.
- Zehirli bitkileri ortamdaki uzaklaştırın.
- Merdivenlerde baştan sona kadar tırabzan bulundurun, merdiven başı ve sonunda elektrik düğmeleri ve ışıklandırma olsun.
- Elektrikli aletleri ve makineleri hastadan uzakta tutun.
- Hastanın odasını ve banyo yolunu gece boyunca aydınlık tutun.
- Hastanın tanınmasını kolaylaştırmak için banyo kapısının üzerine büyük işaretler ya da resimler yapıştırmalarını önerin (60).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel İşlev Ve Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bağlı Gaziantep Huzurevi'nde yapılmıştır.

Gaziantep Huzurevi 100 yatak kapasiteli olup, 20 yataklı bir bölümü kendi bakımını sağlayamayan, yatağa bağımlı yaşlılara ayrılmıştır. Gaziantep Huzurevi'nde 1 doktor, 2 hemşire, 3 sosyal hizmet uzmanı, 1 diyetisyen, teknik servis ve hizmetli personel bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Gaziantep Huzurevi'nde yaşayan, iletişim kurulabilen, araştırmaya katılmaya gönüllü, işitme ve görme problemi olmayan bütün kadın ve erkek yaşlılar oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada araştırmanın yapıldığı süre içinde Gaziantep Huzurevi'nde bulunan 78 yaşlı birey oluşturmaktadır. Ancak araştırmaya 60 yaşlı birey katılmıştır. Yaşlılardan 4 kişi görüşmeyi kabul etmediği için, 6 kişi görme, işitme ve konuşma problemi olduğu için, 2 yaşlı Türkçe bilmediği için, 4 yaşlı araştırmanın yapıldığı sürede izinli olduğu için, 2 yaşlı ise o sürede hastane yattığı için araştırmaya katılmamıştır.

3.3.3. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma 1.10.2004 ve 15.10.2004 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya bu süre içerisinde kurumda bulunan;

- Sadece Gaziantep Huzurevi'nde yapılması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü,
- İletişim kurulabilen,
- Görme ve işitme sorunu olmayan,
- Türkçe konuşabilen yaşlılar alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada;

1. Yaşlılarla ilgili literatür ve çalışmalar incelenerek hazırlanan sosyo-demografik değişikliklerden oluşan görüşme formu (EK I).
2. Bilişsel işlev bozukluğunu belirlemek için geliştirilen Standardize Mini Mental Test (EK II),
3. Yeti yitimini belirlemek için Kısa Yeti Yitimi Anketi (EK III) kullanılmıştır.

3.4.1. Veri Toplama araçları

Görüşme formu (EK I)

Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini, sağlık sorunları, kurumda kalma nedenleri, yaşlılığa ve sağlığa ilişkin görüşlerinin yanısıra, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Standardize Mini Mental Test(SMMT) (EK II)

Mini Mental Test ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından 1975’de yayınlanmıştır. Uygulaması ortalama 10 dakika sürmektedir. Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Dr. Can Güngen ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Çalışmada SMMT’nin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu ve ideal eşik değerinin 23/24 olduğunu saptamışlardır.

SMMT iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yalnızca sözlü cevaplar yeterli olmakta ve kognitif fonksiyonların;oryantasyon, dikkat ve hesaplama, kayıt ve hatırlama hafızası yönleri ölçülmekteyken; ikinci bölümde adlandırma, sözlü ve yazılı komutları takip edebilme, spontan bir cümle yazabilme, kompleks bir şekli kopye edebilme gibi okuma, yazma ve çizmeyi de gerektiren kognitif fonksiyonların değişik yönleri değerlendirilmektedir. Çalışmamızda eğitimsizler ve eğitimliler ayrı olarak geliştirilmiş haliyle kullanılmıştır. Test 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir, 0-9 puan ağır bilişsel bozukluk, 10-19 puan orta bilişsel bozukluk, 20-23 puan hafif bilişsel bozukluk, 24 –30 puan bilişsel bozukluk yok şeklinde değerlendirilmektedir.

Kısa Yeti Yitimi Anketi (EK III)

Kısa Yeti Yitimi Anketi bedensel ve sosyal yeti yitimlerini değerlendirmek üzere Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe’ye uyarlanmış şekli uygulanmıştır. Ankette son bir aylık dönem değerlendirilmektedir. Yeti Yitimi toplam puanı, puanların basitçe toplanması ile

elde edilmektedir. 0-4; yeti yitimi yok, 5-7; hafif yeti yitimi, 8-12; orta yeti yitimi, 13 ve üzeri ağır yeti yitimi olarak değerlendirilmektedir. Ankette son bir ay içindeki günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen gün sayısı da sorulmaktadır.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları 1 - 15 Ekim 2004 tarihleri arasında Gaziantep Huzurevinde uygulanmıştır. Uygulamaya başlamadan önce Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Anketler araştırmacı tarafından bire bir görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Huzurevindeki yaşlı bireylerin bilişsel işlev düzeyleri, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumları.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, yeti yitimi, saat çizme durumu.

3.6. Verilerin değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için, sıklık ve ki-kare analizleri kullanılmıştır.

3.7. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2004 yılı içinde planlanmış ve 2004 yılı ağustos ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. 2004-2005 eğitim- öğretim yılında Ekim – Mayıs ayları arasında araştırmacı tarafından toplanan verilerin değerlendirme çalışmaları yürütülerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan yaşlıların sosyo-demografik özellikler, sağlık durumlarına ilişkin özellikleri, yaşlılığa ilişkin görüşleri, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumları, bilişsel işlev düzeyleri, yeti yitimi düzeyi ve saat çizme durumlarına ilişkin yüzdeler, bilişsel işlev durumu ile eğitim, yaş, cinsiyet, yeti yitimi özelliklerinin karşılaştırılması, GYA ile bilişsel işlev, yaş, cinsiyet değişkenlerinin karşılaştırılması, yeti yitimi ile yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığının karşılaştırılması yer almaktadır.

4.1. Araştırma Örneklemine Alınan Yaşlılara İlişkin Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 1: Huzurevindeki Yaşlıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	14	23,3
Erkek	46	76,7
Yaş		
60-69	12	20,0
70-79	35	58,3
80 ve üzeri	13	21,7
Eğitim		
Okur Yazar Değil	23	38,3
Okur Yazar	15	25,0
İlkokul	14	23,3
Ortaokul	2	3,3
Lise	4	6,8
Yüksekokul	2	3,3
Medeni Durum		
Evli	13	21,7
Bekar	2	3,3
Dul	35	58,3
Ayrı	10	16,7
Gelir		
Var	52	86,7
Yok	8	13,3
Gelir adı		
Emekli maaşı	22	42,3
Biriktirilmiş para ,faiz	0	0,0
Çocuk ve akraba yardımı	1	1,9
65 yaş aylığı	27	52,0
Diğer	2	3,8
Sosyal güvence		
Var	36	60,0
Yok	24	40,0

Tablo 1: Huzurevi'ndeki Yaşlıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)

Sosyal güvence adı		
Bağ-kur	8	22,2
SSK	13	36,1
Yeşil Kart	7	19,5
Emekli Sandığı	5	13,9
Diğer	3	8,3
Çocuk		
Var	47	78,3
Yok	13	21,7
Çocuklarıyla görüşme durumu		
Sık Görüşüyorum	4	8,5
Seyrek Görüşüyorum	23	48,9
Görüşmüyorum	20	42,6
İlde akraba		
Var	31	51,7
Yok	29	48,3
Akrabalarla görüşme sıklığı		
Sık görüşüyorum	12	38,7
Seyrek görüşüyorum	15	48,4
görüşmüyorum	4	12,9
Toplam		
	60	

Araştırmaya katılan yaşlıların %23,3'ünü kadınlar, %76,7'sini erkekler oluşturmuştur. Yaşlıların %20,0'ı 60-69 yaş grubunda, % 58,3'ü 70-79 yaş grubunda, % 21,7'si ise 80 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır.

Eğitim durumlarına baktığımızda %38,3'ünün okur yazar olmadığı, %25,0'mın okur yazar, %23,3'ünün ilkokul, %3,3'ünün ortaokul, %6,8'sinin lise ve % 3,3'ünün yüksekokul mezunu olduğunu görmekteyiz.

Yaşlıların %21,7'si evli, %3,3'ü bekar, % 58,3'ü dul ve % 16,7'sinin eşinden ayrı yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların %78,3'ü çocuğun olduğunu ifade ederken, %21,7'si çocuğunun olmadığını belirtmiştir. Çocuğu olanların %8,5'i çocuklarıyla sık görüştüğünü, %48,9' u seyrek görüştüğünü, %42,6'sı ise çocuklarıyla görüşmediğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %51,7'sinin ilimizde akrabası varken, % 48,3'ünün ilimizde akrabası yoktur. Akrabası olanların %38,7'si akrabalarıyla sık olarak görüşüyor, %48,4'ü bazen görüşüyor, %22,9'u ise akrabalarıyla görüşmüyor.

Herhangi bir gelirin var mı diye sorulduğunda %86,7'si gelirinin olduğunu, %13,3'ü ise gelirinin olmadığını belirtmiştir. Geliri olanların %42,3'ünün gelir

kaynağı emekli maaşı, %1,9'unun çocuk ve akrabalarının yardımı, %52,0'nin 65 yaş aylığı, %3,8'inin gazi aylığıdır. Sosyal güvencelerine baktığımızda %60,0'nin sosyal güvencesi var, %40,0'nin yoktur. Sosyal güvencesi olanların %2,2'sinin bağ-kur, %36,1'inin SSK, %19,5'inin yeşil kart, 13,9'unun emekli sandığı, %8,3'ünün ise bu sınıflamaya girmeyendir.

Tablo 2: Huzurevindeki Yaşlıların Yaşlılığa İlişkin Düşüncelerinin Ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaşı algılama		
Çok yaşlı	15	25,0
Yaşlı	26	43,3
Orta yaşlı	17	28,3
Genç	2	3,3
Yaşlılığı değerlendirme		
Kendimi yaşlı bulmuyorum	8	13,3
Kötü bir durum	21	35,0
İşe yaramazlık	19	31,7
rahatsızlık	12	20,0
Sağlığı değerlendirme		
İyi	14	23,3
Orta	31	51,7
Kötü	15	25,0
Sağlığımız fiziksel aktiviteyi kısıtlıyor mu		
Evet	25	41,7
Hayır	35	58,3
Kronik hastalık		
Var	40	66,7
Yok	20	33,3
Hastalık adı		
Kalp yetmezliği	6	15,0
Hipertansiyon	15	37,5
Diabetes Mellitus	3	7,5
KOAH	6	15,0
Mide barsak problemleri	3	7,5
Eklem şikayetleri	4	10,0
Diğer	3	7,5

Tablo 2: Huzurevindeki Yaşlıların Yaşlılığa İlişkin Düşüncelerinin Ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı (devam)

İlaç kullanımı		
Var	43	71,7
Yok	17	28,3
İlaç Adı		
Antihipertansif	15	34,9
Kalp ilacı	5	11,6
Mide ilacı	5	11,6
Antidiyabetik	6	14,0
Analjezik	4	9,3
Bronkodilatatör	4	9,3
Psikiyatrik ilaçlar	4	9,3
Diğer	0	0,0
Tansiyon		
Sistolik		
<140	38	63,3
=140	14	23,3
≥140	8	13,4
Diastolik		
<90	38	63,3
=90	17	28,3
≥90	5	8,4

Araştırmaya katılan yaşlıların yaşlarını algılama durumlarına baktığımızda (Tablo 2) %25,0'nin çok yaşlı, %43,3'ünün yaşlı, %28,3'ünün orta yaşlı, %3,3'ünün genç olarak algıladığını görmekteyiz. Yaşlılık ile ilgili görüşlerine baktığımızda %13,3'ünün kendini yaşlı bulmadığını, %35,0'nin kötü bir durum olarak değerlendirdiğini, %31,7'sinin işe yaramazlık olarak gördüğünü, %20,0'nin rahatsızlık olarak algıladıklarını görmekteyiz. Yaşlıların %23,3'ü sağlığını iyi, %51,7'si orta düzeyde, %25,0'ı ise kötü olarak değerlendirdiklerinin görmekteyiz. Yaşlıların %41,7'si sağlık sorunlarının fiziksel aktivitelerini kısıtladığını ifade ederken, %58,3'ü etkilemediğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %66,7'sinde bir kronik hastalık varken, %33,3'ünde yoktur. Kronik hastalığı olanların %37,5'inde hipertansiyon, %15,0'ında kalp yetmezliği, %7,5'inde DM, %15,0'ında KOAH, %7,5'inde mide barsak problemleri, %10,0'ında eklem şikayetleri olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %28,3'ünün kullandığı bir ilaç yokken, büyük çoğunluğunun (%71,7) kullandığı en az bir ilaç vardır. Kullanılan ilaçların %34,9'unun antihipertansif, %11,6'sının kalp ilacı, %11,6'sının mide ilacı, %14,0'ının antidiyabetik, %9,3'ünün analjezik, %9,3'ünün antiromatizmal, %9,3'ünün bronkodilatatör olduğu saptanmıştır.

Yaptığımız ölçümler sonucunda yaşlıların %86,7'sinin kan basıncının 140/90 mm/hg ve altında olduğu, %13,3'ünün kan basıncının ise 140/90 mm/hg'nin üzerinde olduğu bulunmuştur.

Tablo 3: Huzurevindeki Yaşlıların Kurumda Kalma Durumuna Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	%
Kurumda kalma nedeni		
Kendi bakımını tek başına yapamadığı için	9	15,0
Hiç kimsesi olmadığı için	20	33,3
Ailesi tarafından istenmediği için	27	45,0
Ailesine yük olmak istemediği için	4	6,7
Kurumda kalma süresi		
1 yıldan az	11	18,3
1-3 yıl	24	40,0
4-6 yıl	15	25,0
7-9 yıl	1	1,7
10 yıldan fazla	9	15,0
Kurumdan ayrılma çıkma korkusu		
Var	2	3,3
Zaman zaman	6	10,0
Yok	52	86,7
Kurumda vakit geçirme		
Kurum içinde sohbet ederek	9	15,0
Tv izleyerek	14	23,3
Dinlenerek	19	31,7
Gezerek	15	25,0
Sosyal uğraşı, el işleriyle	2	3,3
Diğer	1	1,7
Kurumdaki etkinliklere katılma		
İsteksiz	23	38,3
Bazen istekli	30	50,0
Her zaman istekli	7	11,7
Toplam	60	

Araştırmaya katılan yaşlıların %15,0'ının kendi bakımını tek başına yapamadığı için, %33,3'ünün hiç kimsesi olmadığı için, %45,0'mın ailesi istemediği için, %6,7'sinin ailesine yük olmak istemediği için kurumda kaldıkları belirlenmiştir. Yaşlıların % 18,3'ü 1 yıldan az süredir, %40,0'ı 1-3 yıl arası, %25,0'ı 4-6 yıl arası, %1,7'si 7-9 yıl arası, %15,0'ı 10 yıldan fazla süredir kurumda kaldıkları saptanmıştır.

Kurumda vakitlerini geçirme durumlarına bakıldığında, %15,0'ının vaktini kurumda sohbet ederek, %23,3'ünün tv izleyerek, %31,7'sinin dinlenerek, %25,0'ının gezerek, %3,3'ünün sosyal uğraşı ve el işleri yaparak, %1,7'sinin diğer

şekillerde geçirdikleri tespit edilmiştir. Kurumdan ayrılma çıkma korkusu var mı şeklinde sorduğumuzda %3,3'ü evet, % 10,0 'ı zaman zaman, %86,7'si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 4: Huzurevindeki Yaşlıların SMMT ve KYK Ölçeğinden Aldıkları Puanlar İle Saat Çizme Durumlarına Göre Dağılımı

Ölçekler	Sayı	%
SMMT		
0-9 (ağır)	0	0,0
10-19(orta)	20	33,3
20-23 (hafif)	17	28,3
24 ve 30 (normal)	23	38,7
KYY		
0-4 (normal)	10	16,7
5-7 (hafif)	17	28,3
8-12 (orta)	24	40,0
13 ve üzeri (ağır)	9	15,0
SÇT		
Çizmedi	28	46,7
Bozuk çizdi	27	45,0
Doğru çizdi	5	8,3

Yaşlıların %33,3'ünde orta düzeyde bilişsel bozukluk, %28,3'ü hafif düzeyde bilişsel bozukluk saptanırken, %38,3'ü normal olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan yaşlıların %28,3'ünde hafif, %40,0'ında orta, %15,0'ında ağır düzeyde yetimi saptanmış, sadece %16,7'sinde yeti yitimi saptanmamıştır. Yaşlıların %46,7'si saati çizmemiş, %45,0'ı bozuk çizmiş, sadece %8,3'ü saati doğru çizmiştir.

Tablo 5: Huzurevindeki Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) Yapabilme Durumlarına Göre Dağılımı

GYA	Sayı	%
Yeme-içme		
Korunmuş	55	91,7
Hafif bozuk	5	8,3
Tam bozuk	0	0,0
Giyinme		
Korunmuş	51	85,0
Hafif bozuk	8	13,3
Tam bozuk	1	1,7
Tarama-traş olma		
Korunmuş	45	75,0
Hafif bozuk	5	8,3
Tam bozuk	10	16,7

Tablo 5: Huzurevindeki Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) Yapabilme Durumlarına Göre Dağılımı (devam)

Yürüme		
Korunmuş	36	60,0
Hafif bozuk	22	3,3
Tam bozuk	2	36,7
Yatış-kalkış		
Korunmuş	52	86,7
Hafif bozuk	8	13,3
Tam bozuk	0	0,0
Tuvalet ihtiyacını giderme		
Korunmuş	55	91,6
Hafif bozuk	4	6,7
Tam bozuk	1	1,7
Banyo yapma		
Korunmuş	43	71,7
Hafif bozuk	5	8,3
Tam bozuk	12	20,0
İnkontinans		
Yok	45	75,0
Haftada bir kez	6	10,0
Haftada en az iki kez	9	25,0
Telefon kullanma		
Korunmuş	33	55,0
Hafif bozuk	6	10,0
Tam bozuk	21	35,0
Araba yada otobüs ile yolculuk		
Korunmuş	46	76,7
Hafif bozuk	3	5,0
Tam bozuk	11	18,3
Gıda ve giysi alışverişi		
Korunmuş	42	70,0
Hafif bozuk	5	8,3
Tam bozuk	13	21,7
Yemek hazırlama		
Korunmuş	22	36,7
Hafif bozuk	4	6,7
Tam bozuk	34	56,6
Ev işleri		
Korunmuş	18	30,0
Hafif bozuk	6	10,0
Tam bozuk	36	60,0
İlaçlarını tanıma ve kullanma		
Korunmuş	23	38,3
Hafif bozuk	11	18,3
Tam bozuk	26	43,4
Para çekip çevirme		
Korunmuş	28	46,7
Hafif bozuk	4	6,6
Tam bozuk	28	46,7

Tablo 5’de çalışmaya katılan yaşlıların %91,7’sinde yemek yeme aktivitesi korunmuşken, %8,3’ünde bozulmuştur. Giyinme aktivitesi yaşlıların % 85,0’ında korunmuş, % 13,3’ünde hafif bozulmuş, % 1,7’sinde ise tam olarak bozulmuştur. Tarama-traş olma aktivitesi, yaşlıların %75,0’ında korunmuş, %8,3’ünde korunmuş, %16,7’sinde tam bozulmuştur. Yaşlıların %60,0’ında yürüme aktivitesi korunmuş, %36,7’sinde hafif olarak bozulmuş, %3,3’ünde tam olarak bozulmuştur. Yatış-kalkış aktivitesi yaşlıların %86,7’sinde korunurken, %13,3’ünde hafif olarak bozulmuştur. Yaşlıların %91,6’sinde tuvalet ihtiyacını giderme aktivitesi korunmuşken, %6,7’sinde hafif bozuk, %1,7’sinde tam olarak bozulmuştur. Yaşlıların %71,7’sinde banyo yapabilme korunmuşken, % 8,3’ünde hafif bozuk, %20,0’ında ise tam olarak bozulmuştur. Yaşlıların %75,0’ında inkontinans yokken, % 10,0’ında haftada bir kez, %15,0’ında haftada en az iki kez inkontinans görülmektedir.

Telefon kullanma yaşlıların %55,0’ında korunmuş, %10,0’ında hafif bozuk, %35,0’ında ise tam olarak bozuktur. Yaşlıların %76,7’sinde araba veya otobüsle yolculuk yapabilme korunmuşken, %5,0’ında hafif bozuk, %18,3’ünde tam olarak bozulmuştur. Gıda ve giysi alışverişi %70,0’inde korunmuş, %8,3’ünde hafif bozulmuş, %21,7’sinde tam bozulmuştur.

Yaşlıların %36,7’sinde yemek hazırlama aktivitesi korunmuşken, %6,7’sinde hafif bozuk, %56,7’sinde tamamıyla bozulmuştur. Ev işlerini yapabilme %30,0’ında korunmuş, %10,0’ında hafif bozulmuş, %60,0’ında tam olarak bozulmuştur.

İlaçlarını tanıma ve kullanabilme %38,3’ünde korunmuşken, %18,3’ünde hafif bozulmuş, %48,3’ünde ise tam olarak bozulmuştur. Yaşlıların %46,7’sinde para çekip çevirme aktivitesi korunmuşken, %6,7’sinde hafif bozuk, %46,7’sinde tam olarak bozulmuştur.

Tablo 6: Huzurevindeki Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Cinsiyetin Dağılımı

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
60-69	1	8,3	11	91,7	12	100,0
70-79	7	20,0	28	80,0	35	100,0
80 ve üzeri	6	46,2	7	53,8	13	100,0
Toplam	14	23,3	46	76,7	60	100,0
$X^2=5,511, p=0,064$						

Yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımına baktığımızda, 60-69 yaş grubundakilerin %91,7'sinin erkek, %8,3'ünün kadın olduğu, 70-79 yaş grubundakilerin %80,0'nin erkek, %20,0'nin kadın olduğu, 80 ve üzeri yaş grubundakilerin %53,8'inin erkek, %46,2'sinin kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2. Bazı Sosyo demografik Özelliklere Göre Bilişsel Bozukluk Durumu

Tablo 7: Yaşlara Göre Bilişsel Bozukluk Durumu

Yaşlar	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
60-69	2	16,7	10	83,3	12	100,0
70-79	14	40,0	21	60,0	35	100,0
80 ve üzeri *	10	76,9	3	23,1	13	100,0
Toplam	26	43,3	34	56,7	60	100,0
$X^2= 9,607, p=0,008$						

Bilişsel bozukluğun yaşlara göre dağılımına baktığımızda (Tablo 7) 60-69 yaş grubundakilerin %16,7'sinde, 70-79 yaş grubundakilerin %40'ında, 80 ve üzeri yaş grubunun ise %76,9'unda bilişsel bozukluk olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0,05$). Farklılık ise 80 ve üzeri yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Yaş ilerledikçe bilişsel bozukluk görülme sıklığı artmaktadır.

Tablo 8: Cinsiyete Göre Bilişsel Bozukluk Durumu

Cinsiyet	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	10	71,4	4	28,6	14	100,0
Erkek	16	34,8	30	65,2	46	100,0
Toplam	26	43,3	34	56,7	60	100,0
$X^2= 5,870, p= 0,015$						

Tablo 8'de bilişsel bozukluk kadınların %71,4'ünde görülürken, erkeklerin %34,8'inde görülmektedir. Bilişsel bozukluk varlığı ile cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bilişsel bozukluk kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir.

Tablo 9: Eğitim Durumlarına Göre Bilişsel Bozukluk Durumu

Eğitim Durumu	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 5 yıl	24	55,8	19	44,2	43	100,0
≥ 5 yıl	2	11,8	15	88,2	17	100,0
Toplam	26	43,3	34	56,7	60	100,0
$X^2=9,627, p=0,002$						

Tablo 9’da eğitim yılı 5 yılın altında olan yaşlılarda bilişsel bozukluk görülme oranı %55,8, en az ilkokul bitirenlerde %11,8 olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyleri ile bilişsel bozukluk durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi düşük olanlarda bilişsel bozukluk daha fazla görülmektedir.

Tablo 10: Bilişsel Bozukluk Varlığına Göre Yeti Yitimi Durumu

Yeti Yitimi	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	14	53,8	10	29,4	24	40,0
Yok	12	46,2	24	70,6	34	60,0
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=3,665, p=0,056$						

Yeti yitimi bilişsel bozukluğu olanların %53,8’inde görülürken, bilişsel bozukluğu olmayanların %29,4’ünde görülmektedir (Tablo 10). Bilişsel bozukluk varlığı ile yeti yitimi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3. Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Yeti Yitimi Durumu

Tablo 11: Yaşlara Göre Yeti Yitimi Durumu

Yaş grupları	Yeti Yitimi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
60-69	5	41,7	7	58,3	12	100,0
70-79	9	25,7	26	74,3	35	100,0
80 ve üzeri*	10	76,9	3	23,1	13	100,0
Toplam	24	40,0	36	60,0	60	100,0
$X^2=10,375, p=0,006$						

Tablo 11’e baktığımızda yeti yitiminin 60-69 yaş grubundakilerin %41,7’sinde, 70-79 yaş grubundakilerin %25,7’sinde, 80 ve üzeri yaş grubundakilerin ise %76,9’unda görüldüğü saptanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark

istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın ise 80 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 12: Cinsiyete Göre Yeti Yitimi Durumu

Cinsiyet	Yeti Yitimi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	7	50,0	7	50,0	14	100,0
Erkek	17	37,0	29	63,0	46	100,0
Toplam	24	40,0	36	60,0	60	100,0
$X^2= 0,761, p=0,056$						

Yeti yitimi erkeklerin %37,0'ında saptanırken, kadınların %50,0'ında saptanmıştır. Yeti yitimi varlığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.4. Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları

Tablo 13: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yeme-İçme Durumu

Yeme-içme	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	23	88,5	32	94,1	55	91,7
Bozulmuş	3	11,5	2	5,9	5	8,3
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2= 0,617, p=0,432$						

Tablo 13'de yeme-içme aktivitesinin bilişsel bozukluğu olanların %11,5'inde, bilişsel bozukluğu olmayanların %5,9'unda bozulmuş olduğu görülmektedir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Giyinme- Soyunma Durumu

Giyinme- soyunma	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	22	84,6	29	85,3	51	85,0
Bozulmuş	4	15,4	5	14,7	9	15,0
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2= 0,005, p=0,942$						

Bilişsel bozukluğu olanların %15,4'ünde giyinme-soyunma aktivitesi bozulmuşken, bilişsel bozukluk olmayanların %14,7'sinde bozulmuştur (Tablo 14). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15: Bilişsel bozukluk Durumuna Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu

Trama-tıraş olma	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	17	5,4	28	82,4	45	75,0
Bozulmuş	9	34,6	6	17,6	15	25,0
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2= 2,262, p=0,133$						

Çalışmamızda tarama-tıraş olma aktivitesinin bilişsel bozukluk olmayanların %17,6'sında, bilişsel bozukluk olanların %34,6'sında bozulduğu saptanmıştır (Tablo 15). Ancak, tarama-tıraş olma durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Bilişsel Bozukluk Varlığına Göre Yürüme Durumu

Yürüme	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	14	53,8	21	61,8	35	58,3
Bozulmuş	12	46,2	13	38,2	25	41,7
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=0,380, p=0,538$						

Tablo 16'da yürüme durumunun bilişsel bozukluk olanların %46,2'sinde, bilişsel bozukluk olmayanların %38,2'sinde bozulmuş olduğu görülmektedir. Bilişsel bozukluk ile yürüme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yatış-Kalkış Durumu

Yatış-kalkış	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	23	88,5	30	88,2	53	88,3
Bozulmuş	3	11,5	4	11,8	7	11,7
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=0,001, p= 0,978$						

Yatış-kalkış aktivitesi bilişsel bozukluk olanların %11,5'inde, bilişsel bozukluk olmayanların ise %11,8'inde bozulmuştur (Tablo 17). Yatış-kalkış aktivitesini yapabilme ile bilişsel bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu

Tuvalet İhtiyacını Giderme	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	23	88,5	32	94,1	55	91,7
Bozulmuş	3	11,5	2	5,9	5	8,3
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=0,617, p=0,432$						

Tuvalet ihtiyacını giderme bilişsel bozukluk olmayanların %5,9'unda bozulmuşken, bilişsel bozukluk olanların %11,5'inde bozulmuştur (Tablo 18). Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Banyo Yapabilme Durumu

Banyo yapabilme	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	17	65,4	26	60,5	43	71,7
Bozulmuş	9	34,6	8	23,5	17	28,3
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=0,892, p=0,345$						

Tablo 19'a baktığımızda Banyo yapabilme durumunun bilişsel bozukluk olanların %34,6'sında bilişsel bozukluğu olmayanların %23,5'inde bozulmuş olduğunu görmekteyiz. Bilişsel bozukluk durumu ile banyo yapabilme aktivitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre İnkontinans Durumu

İnkontinans	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	16	61,5	29	85,3	45	75,0
Haftada en az bir kez	10	38,5	5	14,7	15	25,0
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2= 4,434, p=0,035$						

İnkontinans bilişsel bozukluk olmayanların %14,7'sinde görülürken, bilişsel bozukluk olanların %38,5'inde görülmektedir (Tablo 20). Bilişsel bozukluk durumu ile inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bilişsel bozukluğu olanlarda inkontinans daha fazla görülmektedir.

Tablo 21:Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Telefon Kullanma Durumu

Telefon kullanma	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	4	12,1	29	85,3	33	55,0
Bozulmuş	22	84,6	5	14,7	27	45,0
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=29,094, p=0,000$						

Telefon kullanabilme durumunun bilişsel bozukluk olmayanların %14,7'sinde, bilişsel bozukluk olanların %84,6'sında bozulduğu saptanmıştır (Tablo 21). Bilişsel bozukluk durumu ile telefon kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,0001$). Bilişsel bozukluk olanlarda telefonu kullanabilme durumu daha fazla bozulmuştur.

Tablo 22: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Araba Veya Otobüsle Yolculuk yapabilme Durumu

Araba veya otobüsle yolculuk yapabilme	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	17	65,4	28	82,4	45	75,0
Bozulmuş	9	34,6	6	17,6	15	25,0
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=2,262, p=0,133$						

Bilişsel bozukluk durumu ile araba veya otobüs ile yolculuk yapabilme durumlarını değerlendirdiğimizde, bilişsel bozukluk olmayanların %17,6'sında, bilişsel bozukluk olanların %34,6'sında araba veya otobüsle yolculuk edebilme durumu bozulmuştur (Tablo 22). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Gıda ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu

Gıda ve giysi alışverişi yapabilme	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	13	50,0	28	82,4	41	68,3
Bozulmuş	13	50,0	6	17,6	19	31,7
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=7,127, p=0,008$						

Bilişsel bozukluk durumuna göre gıda ve giysi alışverişi yapabilme durumunun dağılımına baktığımızda (Tablo 23), gıda ve giysi alışverişini yapabilme

durumunun bilişsel bozukluk olmayanların %17,6'sında, bilişsel bozukluk olanların %50,0'ında bozulmuş olduğu saptanmıştır. Bilişsel bozukluk ile gıda ve giysi alışverişi yapabilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bilişsel bozukluğu olanlarda gıda ve giysi alışverişi yapabilme durumu daha fazla bozulmuştur.

Tablo 24: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yemek Hazırlama Durumu

Yemek hazırlama	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	3	11,5	19	55,9	22	36,7
Bozulmuş	23	88,5	15	44,1	38	63,3
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2=12,476, p=0,000$						

Yemek hazırlama durumunun aktivitesi bilişsel bozukluk olmayanların %44,1'inde, bilişsel bozukluk olanların %88,5'inde bozulduğu saptanmıştır (Tablo 24). Yemek hazırlama durumu bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da oldukça anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Yemek hazırlama aktivitesi bilişsel bozukluk olanlarda, bilişsel bozukluk olmayanlara göre daha fazla bozulmuştur.

Tablo 25: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu

Ev İşleri Yapabilme	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	2	7,7	16	47,1	18	30,0
Bozulmuş	24	92,3	18	52,9	42	70,0
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
$X^2= 10,873, p=0,001$						

Tablo 25'de ev işlerini yapabilme durumunun bilişsel bozukluk olmayanların %52,9'unda, bilişsel bozukluk olanların %92,3'ünde bozulmuş olduğu görülmektedir. Bilişsel bozukluk durumu ile ev işlerini yapabilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Ev işlerini yapabilme bilişsel bozukluğu olanlarda daha fazla bozulmuştur.

Tablo 26: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre İlaçlarını Tanıma ve Kullanabilme Durumu

İlaçlarını Tanıyabilme	Bilişsel bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	4	15,4	19	55,9	23	38,3
Bozulmuş	22	84,6	15	44,1	37	61,7
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
X=10,222, p= 0,001						

Çalışmaya katılan yaşlılarda bilişsel bozukluğu olanların %84,6'sında, bilişsel bozukluk olmayanların ise %44,1'inde ilaçlarını tanıma ve kullanabilme durumunun bozulduğu saptanmıştır (Tablo 26). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). İlaçlarını tanıma ve kullanabilme bilişsel bozukluk olanlarda daha fazla bozulmuştur.

Tablo 27: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Para Çekip Çevirebilme Durumu

Para Çekip Çevirme	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	5	19,2	23	67,4	28	46,7
Bozulmuş	21	80,8	11	32,4	32	53,3
Toplam	26	100,0	34	100,0	60	100,0
X²=13,876, p=0,000						

Bilişsel bozukluk durumuna göre para çekip çevirmeye baktığımızda (Tablo 27) bilişsel bozukluk olmayanların %32,4'ünde, bilişsel bozukluk olanların %80,8'inde para çekip çevirebilme durumunun bozulmuş olduğu saptanmıştır. Bilişsel bozukluk ile para çekip çevirme arasındaki ilişki istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur ($p < 0,0001$). Para çekip çevirme bilişsel bozukluk olanlarda olmayanlara göre daha fazla bozulmuştur.

4.5. Yaşlara Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları

Tablo 28: Yaşlara Göre Yeme İçme Durumu

Yeme içme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	11	91,7	34	97,1	10	76,9	55	91,7
Bozulmuş	1	8,3	1	2,9	3	23,1	5	8,3
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
X²=5,073, p=0,079								

Yaş gruplarına göre yeme içme durumlarına baktığımızda (Tablo 28), 60-69 yaş grubundakilerin %8,3'ünde, 70-79 yaş grubundakilerin %2,9'unda, 80 ve üzeri yaş grubundakilerin ise %23,1'inde yeme-içme durumunun bozulduğu saptanmıştır. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 29: Yaşlara Göre Giyinme-Soyunma Durumu

Giyinme-soyunma	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	10	83,3	31	88,6	10	76,9	51	85,0
Bozulmuş	2	16,7	4	11,4	3	23,1	9	15,0
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=1,041, p=0,594$								

Giyinme-soyunma durumunun en fazla (%23,1) 80 ve üzeri yaş grubunda bozulmuş olduğu saptanmıştır (Tablo 29), ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 30: Yaşlara Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu

Tarama-tıraş olma	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	8	66,7	28	80,0	9	69,2	45	75,0
Bozulmuş	4	33,3	7	20,0	4	30,8	15	25,0
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=1,142, p=0,565$								

Yaş gruplarına göre tarama traş olma durumuna baktığımızda (Tablo 30), 60-69 yaş grubundakilerin %33,3'ünde, 70-79 yaş grubundakilerin %20,0'ında, 80 ve üzeri yaş grubundakilerin %30,8'inde tarama-tıraş olma durumunun bozulmuş olduğu saptanmıştır. Yaş ile tarama traş olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31: Yaşlara Göre Yürüme Durumu

Yürüme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	8	66,7	23	65,7	4	30,8	35	58,3
Bozulmuş	4	33,3	12	34,3	9	69,2	25	41,7
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=5,191, p=0,075$								

Yürüme durumunun, 60-69 yaş grubundakilerin %33,3'ünde, 70-79 yaş grubundakilerin %58,3'ünde bozulmuşken 80 ve üzeri yaş grubundakilerin

%69,2'sinde bozulduğu saptanmıştır ancak, gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32: Yaşlara Göre Yatış-Kalkış Durumu

Yatış kalkış	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	10	83,3	32	91,4	11	84,6	53	88,3
Bozulmuş	2	16,7	3	8,6	2	15,4	7	11,7
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=0,791, p=0,673$								

Tablo 32'de yatış-kalkış durumunun en fazla (%16,7) 60-69 yaş grubunda bozulmuş olduğunu görmekteyiz. Yatış- kalkış durumu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 33: Yaşlara Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu

Tuvalet ihtiyacını giderme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	11	91,7	34	97,1	10	76,9	55	91,7
Bozulmuş	1	8,3	1	2,9	3	23,1	5	8,3
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=5,073, p=0,079$								

Tuvalet ihtiyacını giderme durumunun 60-69 yaş grubunun %8,3'ünde, 70-79 yaş grubunun %2,9'unda, 80 ve üzeri yaş grubunun ise %23,1'inde bozulmuş olduğu saptanmıştır (Tablo 33). Ancak yaş ile tuvalet ihtiyacını görme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34: Yaşlara Göre Banyo Yapabilme Durumu

Banyo yapabilme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri*			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	6	50,0	32	91,4	5	38,5	43	71,7
Bozulmuş	6	50,0	3	8,6	8	61,5	17	28,3
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=16,565, p=0,000$								

Yaşlara göre banyo yapabilme durumlarına baktığımızda (Tablo 34) banyo yapabilmeyen en fazla 80 ve üzeri yaş grubunda bozulmuş olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Farklılık ise 80 ve üzeri yaş grubundan kaynaklanmaktadır.

Tablo 35: Yaşlara Göre İnkontinans Durumu

İnkontinans	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yok	9	75,0	28	80,0	8	61,5	45	75,0
Haftada en az bir kez	3	25,0	7	20,0	5	38,5	15	25,0
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
X²= 1,723, p=0,423								

İnkontinansın 60-69 yaş grubunun %25,0'ında, 70-79 yaş grubunun %20,0'ında, 80 ve üzeri yaş grubunun ise %38,5'inde haftada en az bir kez görüldüğü saptanmıştır (Tablo 35). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36: Yaşlara Göre Telefon Kullanma Durumu

Telefon kullanabilme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Korunmuş	7	58,3	22	62,9	4	30,8	33	5,0
Bozulmuş	5	41,7	13	37,0	9	69,2	27	45,0
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
X²=4,011, p=0,135								

Yaş gruplarına göre telefon kullanma durumu incelendiğinde, 60-69 yaş grubunun %41,7'sinde, 70-79 yaş grubunun %37,0'ında, 80 ve üzeri yaş grubunun ise %69,2'sinde bozulmuş olduğu saptanmıştır (Tablo 36). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 37: Yaşlara Göre araba veya Otobüsle Yolculuk Yapabilme Durumu

Araba veya otobüsle yolculuk	Yaş grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri*		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Korunmuş	8	66,7	31	88,6	6	46,2	45	75,0
Bozulmuş	4	33,3	4	11,4	7	53,8	15	25,0
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
X²=9,652, p=0,008								

Araba veya otobüs ile yolculuk yapabilme durumunun 80 ve üzeri yaş grubunda (%53,8), diğer yaş gruplarına göre daha fazla bozulmuş olduğu belirlenmiştir (Tablo 37). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılık ise 80 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 38: Yaşlara Göre Gıda ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu

Gıda ve giysi alışverişi yapabilme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri*		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Korunmuş	7	58,3	30	85,7	4	30,8	41	68,3
Bozulmuş	5	41,7	5	14,3	9	69,2	19	31,7
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=13,918, p=0,001$								

Çalışmamızda gıda ve giysi alışverişi yapabilme durumunun 60-69 yaş grubunun %41,7'sinde, 70-79 yaş grubunun %14,3'ünde ve 80 ve üzeri yaş grubunun ise %69,2'sinde bozulmuş olduğu belirlenmiştir (Tablo 38). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Farklılığın ise 80 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 39: Yaşlara Göre Yemek Hazırlama Durumu

Yemek hazırlama	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri*		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Korunmuş	7	58,3	14	40,0	1	7,7	22	36,7
Bozulmuş	5	41,7	21	60,0	12	92,3	38	63,3
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=7,293, p=0,026$								

Araştırmada yemek hazırlamanın, 60-69 yaş grubunun %41,7'sinde, 70-79 yaş grubunun %60,0'ında, 80 ve üzeri yaş grubunun ise %92,3'ünde bozulmuş olduğu saptanmıştır (Tablo 39). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın ise 80 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 40: Yaşlara Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu

Ev işleri yapabilme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Korunmuş	6	50,0	11	31,4	1	7,7	18	30,0
Bozulmuş	6	50,0	24	68,6	12	92,3	42	70,0
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
$X^2=5,400, p=0,067$								

Tablo 40'da yaş gruplarına göre ev işleri yapabilme durumuna baktığımızda, 60-69 yaş grubundakilerin %50,0'ında, 70-79 yaş grubundakilerin %68,6'sında, 80 ve üzeri yaş grubundakilerin %92,3'ünde ev işleri yapabilme durumunun bozulduğu saptanmıştır. 80 ve üzeri yaş grubunda ev işleri yapabilme daha fazla bozulmasına

rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 41: Yaşlara göre Kullandığı İlaçlarını Tanıma ve Kullanabilme Durumu

İlaçları tanıma ve kullanabilme	Yaş Grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	4	33,3	17	48,6	2	15,4	23	38,3
Bozulmuş	8	66,7	18	51,4	11	84,6	37	61,7
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
X²=4,575,p=0,102								

Yaşlara göre ilaçlarını tanıma ve kullanabilme durumları değerlendirildiğinde (Tablo 41), 60-69 yaş grubundakilerin %66,7'sinde, 70-79 yaş grubundakilerin %51,4'ünde, 80 ve üzeri yaş grubunun ise %84,6'sında ilaçlarını tanıma ve kullanabilme durumunun bozulduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 42: Yaşlara Göre Para Çekip Çevirebilme Durumu

Para çekip çevirme	Yaş grupları						Toplam	
	60-69		70-79		80ve üzeri*			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	7	58,3	19	54,3	2	15,4	28	46,7
Bozulmuş	5	41,7	16	45,7	11	84,6	32	53,3
Toplam	12	100,0	35	100,0	13	100,0	60	100,0
X²=6,584,p=0,037								

Araştırmada 60-69 yaş grubundaki yaşlıların %41,7'sinde, 70-79 yaş grubundakilerin %45,7'sinde, 80 ve üzeri yaş grubunun %84,6'sında para çekip çevirme durumunun bozulmuş olduğu tespit edilmiştir (Tablo 42). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Farklılık ise 80 ve üzeri yaş grubundan kaynaklanmaktadır.

4.6. Cinsiyete Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları

Tablo 43: Cinsiyete Göre Yeme-İçme Durumu

Yeme içme	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	11	78,6	44	95,7	55	91,7
Bozulmuş	3	21,4	2	4,3	5	8,3
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
X²=4,099,p=0,043						

Yeme içme durumundaki bozulmanın kadınların %21,4'ünde, erkeklerin %4,3'inde olduğu saptanmıştır (Tablo 43). Yeme içme durumu ile Cinsiyet

arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yeme içmedeki bozulma kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.

Tablo 44: Cinsiyete Göre Giyinme Soyunma Durumu

Giyinme soyunma	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	10	71,4	41	89,1	51	85,0
Bozulmuş	4	28,6	5	10,9	9	15,0
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=2,638, p=0,104$						

Cinsiyete göre giyinme-soyunma durumlarını değerlendirdiğimizde (Tablo 44), giyinme soyunma durumunun, kadınların %28,6'sında erkeklerin ise %10,9'unda bozulmuş olduğunu saptanmıştır ancak, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 45: Cinsiyete Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu

Tarama traş olma	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	13	92,9	32	69,6	45	75,0
Bozulmuş	1	7,1	14	30,4	15	25,0
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2= 3,106, p=0,078$						

Cinsiyete göre tarama-traş olma durumlarını değerlendirdiğimizde (Tablo 45) erkeklerin %30,4'ünde, kadınların %6,7'sinde tarama-traş olma durumunun bozulduğu saptanmıştır. Tarama-traş olma ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 46: Cinsiyete Göre Yürüme Durumu

Yürüme	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	3	21,4	32	69,6	35	58,3
Bozulmuş	11	78,6	14	30,4	25	41,7
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=10,232, p=0,001$						

Çalışmamızda yürüme durumunun erkeklerin %30,4'ünde, kadınların %78,6'sında bozulduğu saptanmıştır (Tablo 46). Yürüme ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) ve yürüme durumunun kadınlarda daha fazla bozulduğu tespit edilmiştir.

Tablo 47: Cinsiyete Göre Yatış-Kalkış Durumu

Yatış –kalkış	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	13	92,9	40	87,0	53	88,3
Bozulmuş	1	7,1	6	13,0	7	11,7
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
X²= 0,363, p= 0,547						

Cinsiyete göre yatış-kalkış durumuna baktığımızda (Tablo 47), yatış-kalkış aktivitesinin kadınların %7,1’inde, erkeklerin %13,0’ında bozulmuş olduğu saptanmış ancak, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 48: Cinsiyete Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu

Tuvalet ihtiyacını giderme	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	12	85,7	43	93,5	55	91,7
Bozulmuş	2	14,3	3	6,5	5	8,3
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
X²=0,847,p=0,357						

Çalışmamızda tuvalet ihtiyacını giderme durumunun kadınların %14,3’ünde, erkeklerin %6,5’inde bozulduğu saptanmış (Tablo 48) ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 49: Cinsiyete Göre Banyo Yapabilme Durumu

Banyo yapabilme	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	5	35,7	38	82,6	43	71,7
Bozulmuş	9	64,3	8	17,4	17	28,3
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
X²=11,624,p=0,001						

Cinsiyete göre banyo yapabilme durumu değerlendirildiğinde (Tablo 49) erkeklerin %17,4’ünde, kadınların ise %64,3’ünde banyo yapabilme durumunun bozulduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile banyo yapabilme durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05) ve banyo yapabilme durumunun kadınlarda daha fazla bozulduğu saptanmıştır.

Tablo 50: Cinsiyete Göre İnkontinans Görülme Durumu

İnkontinans	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	8	57,1	37	80,4	45	75,0
Haftada en az bir kez	6	42,9	9	19,6	15	25,0
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=3,106, p=0,078$						

Cinsiyete göre inkontinans görülme durumuna baktığımızda (Tablo 50), kadınların %42,9'unda, erkeklerin ise %19,6'sında haftada en az bir kez inkontinans görüldüğü tespit edilmiştir ancak, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 51: Cinsiyete Göre Telefon Kullanabilme Durumu

Telefon kullanabilme	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	1	7,1	32	69,6	33	55,0
Bozulmuş	13	92,9	14	30,4	27	45,0
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=16,898, p=0,000$						

Araştırmada telefon kullanma durumunun kadınların %92,9'unda, erkeklerin %30,4'ünde bozulduğu saptanmıştır (Tablo 51). Cinsiyet ile telefon kullanma arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir ilişki bulunduğu ($p<0,0001$) ve telefon kullanabilmenin kadınlarda erkeklere göre daha fazla bozulduğu saptanmıştır.

Tablo 52: Cinsiyete Göre Araba Veya Otobüsle Yolculuk Yapabilme Durumu

Araba veya otobüsle yolculuk	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	6	42,9	39	84,8	45	75,0
Bozulmuş	8	57,1	7	15,2	15	25,0
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=10,062, p=0,002$						

Cinsiyete göre araba veya otobüsle yolculuk yapabilme durumu incelendiğinde (Tablo 52) erkeklerin %15,2'sinde , kadınların %57,1'inde araba veya otobüsle yolculuk yapabilme durumunun bozulduğu belirlenmiştir. Araba veya otobüsle yolculuk yapabilme ile cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p<0,05$). Araba veya otobüs ile yolculuk yapabilme kadınlarda daha fazla bozulmuştur.

Tablo 53: Cinsiyete Göre Gıda Ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu

Gıda ve giysi alışverişi	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	3	21,4	38	82,6	41	68,3
Bozulmuş	11	78,6	8	17,4	19	31,7
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=18,566, p=0,000$						

Gıda ve giysi alışverişi yapabilme erkeklerin %17,4'ünde bozulmuşken, kadınların %78,6'sında bozulmuştur (Tablo 53). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Gıda ve giysi alışverişi yapabilme kadınlarda daha fazla bozulmuştur.

Tablo 54: Cinsiyete Göre Yemek Hazırlama Durumu

Yemek hazırlama	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	3	21,4	19	41,3	22	36,7
Bozulmuş	11	78,6	27	58,7	38	63,3
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=1,826, p=0,177$						

Cinsiyete göre yemek hazırlama durumuna baktığımızda (Tablo 54), yemek hazırlamanın kadınların %78,6'sında, erkeklerin %58,7'sinde bozulmuş olduğu saptanmıştır. Yemek hazırlama ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 55: Cinsiyete Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu

Ev işleri	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	3	21,4	15	32,6	18	30,0
Bozulmuş	11	78,6	31	67,4	42	70,0
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=0,639, p=0,424$						

Araştırmada ev işlerini yapabilmenin erkeklerin %67,4'ünde, kadınların ise %78,6'sında bozulduğu saptanmıştır (Tablo 55). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 56: Cinsiyete Göre Kullandığı İlaçları Tanıma Ve Kullanabilme Durumu

İlaçlarını tanıma ve kullanabilme	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	1	7,1	22	47,8	23	38,3
Bozulmuş	13	92,9	24	52,2	37	61,7
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2=7,515, p=0,006$						

Çalışmamızda ilaçlarını tanıma ve kullanabilme durumunun erkeklerin %52,2'sinde, kadınların ise %92,9'unda bozulmuş olduğu tespit edilmiştir (Tablo 56). İlaçlarını tanıma ve kullanabilme ile cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İlaçlarını tanıma ve kullanabilme durumundaki bozulma sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.

Tablo 57: Cinsiyete Göre Para Çekip Çevirme Durumu

Para çekip çevirme	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Korunmuş	1	7,1	27	58,7	28	46,7
Bozulmuş	13	92,9	19	41,3	32	53,3
Toplam	14	100,0	46	100,0	60	100,0
$X^2= 11,461, p=0,001$						

Cinsiyete göre para çekip çevirme durumu değerlendirildiğinde (Tablo 57), kadınların %92,9'unda, erkeklerin %41,3'ünde para çekip çevirebilme durumunun bozulduğu saptanmıştır. Para çekip çevirme ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$) ve para çekip çevirebilme durumundaki bozulma sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Huzurevindeki Yaşlıların Sosyo demografik Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmamıza katılan yaşlıların büyük çoğunluğunu(%76,7) erkek yaşlılar oluşturmaktadır. Huzurevindeki yaşlılarla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da huzurevinde kalanların büyük çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu bildirilmektedir (72, 73, 74, 75). Bu durumun nedenleri arasında; erkeklerin huzurevini çeşitli sebeplerden dolayı daha fazla tercih etmeleri veya erkekler arasında boşanmış/dul/bekar oranının daha fazla olması ve bu kişiler için huzurevinin bakım alabilecekleri en uygun ortam olması sayılabilir (75).

Yaşlıların %54,8'i 70-79 yaş grubunda yer almaktadır. Eğitim düzeylerine baktığımızda %63,3'ünün 5 yıllık eğitimi tamamlamadığı görülmektedir. Kurumda kalan yaşlıların büyük çoğunluğunu(%58,3) dul olan yaşlılar oluşturmaktadır. Bunun nedeni kurumda kendi yaşlılarından bir çok insanın burada bulunması ya da erkekler için sıkıntı oluşturan ev işleri, yemek hazırlama, çamaşır vs. gibi işlerin kurum personeli tarafından yapılıyor olması gösterilebilir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %86,7'sinin geliri var ve geliri olanların %52,0'nın gelirini 65 yaş aylığı oluşturmaktadır. Yaşlıların %60,0'nın sosyal güvencesi var, bunun büyük çoğunluğunu(%36,1) SSK oluşturmaktadır.

Kurumdaki yaşlıların 58,3'ünün çocuğu var ama çocuğu olanların %42,6'sı çocuğuyla görüşmediğini belirtmiştir. İlimizde akrabası olanların (%51,7) %38,7'si akrabalarıyla sık olarak görüştüğünü ifade etmiştir.

Huzurevindeki yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Ve Yaşlılıkla İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Çalışmamıza katılan yaşlıların %43,3'ünün kendilerini yaşlı olarak algıladıklarını ve %35,0'ı yaşlılığı kötü bir durum olarak değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz diye sorulduğunda %51,7'si orta düzeyde şeklinde cevap vermişlerdir. Afyon huzurevinde yapılan bir çalışmada da yaşlıların %50,5'inin sağlık durumlarını orta düzeyde algıladıklarını belirlenmiştir (76). Yaşlıların %41,7'si sağlık sorunlarının fiziksel hareketlerini kısıtladığını ifade etmişlerdir.

Yaşlılarda görülen sağlık sorunları yaş ilerledikçe artmakta ve bu sağlık sorunları içinde kronik ve dejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, DM ve kanserler yaşlılarda önemli morbidite ve mortalite nedenleri olarak karşımıza çıkmaktadır (77). Çalışmada yaşlıların %66,7'sinin bir kronik hastalığı olduğu

saptanmıştır. Berberoğlu ve ark (2002)'nin yaptığı çalışmada da yaşlıların %74,7'sinde hekimce tanısı konmuş en az bir kronik hastalığın olduğu saptanmıştır (74). Varolan kronik hastalıklar içinde birinci sırayı kardiyovasküler hastalıklar (KVH), ikinci sırayı KOAH, üçüncü sırayı Diabetes Mellitus almaktadır. Yapılan benzer bir çalışmada da yaşlıların %60,6'sında en az bir kronik hastalık olduğu ve en yaygın görülen kronik hastalığın KVH olduğu saptanmıştır (78).

Yaşlılardaki sağlık sorunlarından biri yaşlılarda birden fazla hastalığın varlığıdır. Bu durum artan hastalık sayısı nedeniyle kullanılan ilaç sayısının da artmasına neden olmaktadır (77). Çalışmamızda yaşlıların %71,7'sinin ilaç kullandığı saptanmıştır. Yaşlıların kullandığı ilaçlar arasında birinci antihipertansifler almakta, bunu sırasıyla antidiyabetik, kalp ilacı ve mide ilacı, bronkodilatatör ve analjezikler takip etmektedir.

Yaşlıların Kurumda Kalma Nedenlerinin ve Sürelerinin Dağılımı

Çalışmaya katılan yaşlıların %45,0'ı ailesi tarafından istenmediği için kurumda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Kurumdaki yaşlıların %53,3'ü 1-3 yıl arası kurumda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan benzer bir çalışmada yaşlıların huzurevinde kalma süresinin %70,4'ünde 2 yıldan az olduğu saptanmıştır (79).

Yaşlıların %31,7'si kurumda vakitlerini dinlenerek, %23,3'ü tv izleyerek, %25,0'ı gezerek geçirmektedir. Yaşlıların %50,0'ının kurumdaki etkinliklere katılırken bazen istekli olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %86,7'sinin kurumdan ayrılma çıkarılma korkusu olmadığı saptanmıştır.

Yaşlıların SMMT ve KYY anketinden Aldıkları Puanlar ile Saat Çizme Durumlarının Dağılımı

Çalışmaya katılan yaşlıların %33,3 SMMT'den 10-19 puan, %28,3'ü 20-23 puan ve %38,3'ü 24 ve üzeri puan almıştır. Çalışmamızda 0-9 arasında puan alan yaşlı yoktur. Yapılan bir çalışmada Yaşlıların %8,1'i 0-9 puan, %18,5'i 10-19 puan, %25,9'u 20-23 puan ve %47,5'i 24-30 puan arasında aldığı saptanmıştır (79). Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında belirlenen 23/24 kesme puanına göre bilişsel bozukluk var-yok şeklinde sınıflandırdığımızda yaşlıların %43,3'ünde bilişsel bozukluk olduğu saptanmıştır. Maral ve ark (2001) yaptıkları çalışmada Huzurevindeki yaşlıların %42,0'ında bilişsel bozukluk olduğu belirlenmiştir (80). Kurtoğlu (1998) çalışmasında yaşlıların %35,9'unda bilişsel bozukluk olduğunu saptamıştır (4).

Çalışmaya katılan yaşlıların yeti yitimi durumlarına baktığımızda %15,0'ında ağır yeti yitimi, %40,0'ında orta düzeyde yeti yitimi, %28,3'ünde hafif yeti yitimi olduğu, %16,7'sinde ise yeti yitimi olmadığı saptanmıştır. Yapılan benzer bir çalışmada yaşlıların %71,4'ünde yeti yitimi saptanmıştır (4).

Bilişsel Bozukluk Durumu ve Sosyo-demografik Değişkenler

Yaş

Literatürde demansın başlıca yaşlılık sendromu olduğu ifade edilmektedir. Amerika'da 65 yaş üstü bireylerin yaklaşık %5'inde hafif demans olduğu, 80 yaş üstü bireylerin %20'sinde ciddi demans olduğu belirtilmiştir (24). Bizim çalışmamızda 60-69 yaş grubundaki yaşlıların %16,7'sinde, 70-79 yaş grubunun %40,0'ında ve 80 ve üzeri yaş grubunun %76,9'unda bilişsel bozukluk saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş arttıkça bilişsel bozukluk görülme sıklığı da artmaktadır. Güngen ve ark (1999) yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 80 ve üzeri yaş grubunda SMMT puan ortalamasının daha düşük olduğunu saptamışlardır (22).

Maral ve ark (2001) yaptıkları çalışmada 60-74 yaş grubundakilerin %27,2'sinde, 75 ve üzeri yaş grubunun %56,0'ında bilişsel bozukluk saptamışlardır (80). Yapılan bir başka çalışmada 60-74 yaş grubu yaşlıların %28,5'inde, 75-94 yaş grubunun %71,7'sinde bilişsel bozukluk saptanmıştır (79).

Bu alanda yapılan birçok çalışmada bulgularımızı desteklemektedir (10, 81, 82, 83, 84, 85).

Cinsiyet

Cinsiyete göre bilişsel bozukluk durumuna baktığımızda, Bilişsel işlev bozukluğun görülme sıklığının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kurtoğlu ve Rezaki yaptıkları (1999) çalışmada kadınların %40,7'sinde ,erkelerin %28,1'inde bilişsel bozukluk saptamışlardır (86). Çalışmaların çoğu demans insidansının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermesine rağmen, bu konuda birliktelik sağlanamamıştır. Ancak eldeki kanıtlar ağırlıklı olarak demans insidansının kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu artışa hangi faktörlerin neden olduğu henüz tam bilinmemektedir. Kadınlarda beklenen yaşam süresinin daha uzun olmasından kaynaklandığı hipotezi ağırlık göstermektedir (10).

Yaşlılarda yapılan benzer çalışmalarda da bilişsel bozukluk görülme sıklığının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır (10, 72, 79, 81, 84,87, 88, 89).

Eğitim Düzeyi

Çalışmaya katılan yaşlıların eğitim düzeyleri ile bilişsel bozukluk durumları değerlendirildiğinde, eğitim süresi 5 yılın altında olanlarda bilişsel bozukluk görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Gülseren ve ark(2000) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile birçok bilişsel işlev arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu saptamışlardır (90). Huzurevinde yapılan benzer çalışmalarda da eğitim düzeyi ile bilişsel bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış, eğitim düzeyleri düşük olanlarda bilişsel bozukluğun görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (79, 86). İleri yaşta düşük eğitim seviyesinin demans prevalansını artırdığı bilinmektedir. Bunun nedeninin eğitim ve öğrenmenin neokortikal sinaptik dansiteyi artırması olarak belirtilmiştir. En azından demans görülme yaşını geciktirdiği ileri sürülmüştür (10). Yapılan bir çalışmada SMMT puan ortalaması 9 yıl ve üzeri eğitim alanlarda 29, 5-8 yıl arası eğitim alanlarda 26, 0-4 yıl arası eğitim alanlarda 22 olarak bulunmuştur (91). SMMT kullanılarak yapılan farklı çalışmalarda da eğitim düzeyi ile SMMT puanının düşük olması arasında ilişki olduğu saptanmıştır (92, 93, 94).

Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yeti Yitimi Durumu

Bilişsel bozukluğu olanlarda yeti yitimi görülme sıklığı daha fazla olmasına rağmen gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bilişsel bozukluk varlığına göre yeti yitiminin değerlendirildiği bir başka çalışmada da yeti yitimi ile bilişsel bozukluk arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır (86).

Yaşlara Göre Yeti Yitimi durumu

Yaşlara göre yeti yitimi durumu değerlendirildiğinde, 80 ve üzeri yaş grubunda yeti yitiminin diğer yaş gruplarına göre daha fazla görüldüğü ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır($p<0,05$). Yapılan benzer bir çalışmada da yaş grupları ile yeti yitimi arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (86).

Bilişsel Bozukluk ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

Literatürde hastalık ilerledikçe demanslı hastaların yıkanma, giyinme ve yemek yemeyi içeren günlük yaşamın en temel işlerini bile gerçekleştirmede yardıma muhtaç oldukları, demanslı hastaların er geç inkontinans hale geldiği, hastaların çoğunun 24 saat bakıma muhtaç duruma geldiği ifade edilmektedir (47).

Huzurevindeki yaşlılarla yapmış olduğumuz bu çalışmada bilişsel bozukluk olan yaşlılarda, inkontinans görülme durumu, telefon kullanabilme, yemek hazırlama, ev işleri yapabilme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, ilaçlarını tanıma ve kullanma ve para çekip çevirebilme aktivitesini yapabilme durumlarının bilişsel bozukluğu olmayanlara göre daha fazla bozulduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bunama yalnızca bellek bozukluğu ile karakterize değildir. Bir süre sonra yargı bozukluğu da tabloya eklenir. Alışverişlerde ve para hesabının denetlenmesinde hastanın eşi veya bir yakını yardımcı olmalıdır (28).

Yapılan bir çalışmada demans şiddetinin artmasıyla bağımsızlık yüzdesinin azaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada bağımlılığın enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde fiziksel yaşam aktivitelerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır (95). Bir başka çalışmada ise telefon kullanma, ilaçlarını alabilme, ulaşım araçlarını kullanabilme ve parayı idare edebilme arasında ilişki bulunmuştur (96).

Çalışmamızda; yeme-içme, giyinme-soyunma, tarama-traş olma, yürüme, yatış-kalkış, tuvalet ihtiyacını giderme, banyo yapabilme, araba veya otobüs ile yolculuk aktivitelerini yerine getirebilme durumları bakımından bilişsel bozukluk olanlar ile bilişsel bozukluk olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bunun nedeni bu tür aktiviteler daha çok ağır bilişsel bozukluk tablosu geliştikçe bozulur, bizim çalışmamızda ise ağır bilişsel bozukluk tablosu gösteren yaşlı bireyin bulunmaması olabilir.

Bu hastalar da motor yetiler ve duyuşsal işlevde hiçbir bozukluk bulunmamasına karşın motor aktiviteleri becerebilme yeteneği bozulabilir (apraksi). Apraksi hastaların yemek pişirme, elbise giyme ve bir şeyler yazıp-çizme gibi işlevlerinde bozulmaya yol açar (28).

Hastalığın son evresinde hastalar tüm kapasitelerini yitirmiş olup, ağır bir yıkım söz konusudur. Tüm sözel yetenekler, motor beceriler kaybolmuştur. Kendi başlarına yıkanamadıkları gibi tuvalet temizliklerini dahi yapamadıkları görülür, ardından idrar ve dışkı inkontinansı görülür (28).

Ergün ve ark (2003) huzurevinde bulunan ve polikliniğe gelen yaşlılarda yaptıkları bir çalışmada bilişsel fonksiyonların günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini saptamışlardır. Bu çalışmada SMMT ortalaması düşük bulunan huzurevindeki yaşlıların alışveriş ve giyinme açısından daha bağımlı olduklarını, poliklinik grubunun ise ulaşım ve telefon kullanma açısından daha bağımlı oldukları saptanmıştır (75). Bir başka çalışmada ise SMMT puanı düşüğe fonksiyonel bağımlılığın arttığı belirlenmiştir (87).

Yaşlara Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları

Yaş ilerledikçe bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu azalmakta, aktiviteleri yerine getirebilmedeki zorluklar daha da belirginleşmektedir (74, 76). Çalışmamızda yaşlıların en fazla ev işlerini yapabilme durumlarının bozulduğu bunu sırasıyla, yemek hazırlama, ilaçlarını tanıma ve kullanma, para çekip çevirebilme, telefon edebilme, yürüme, alışveriş yapabilme, banyo yapabilme, tarama-traş olma, inkontinans görülme durumu, ulaşım, giyinme, yatış-kalkış ve yeme-içme takip etmektedir.

Yaşlara göre yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını değerlendirdiğimizde; yaş ile banyo yapabilme, yemek hazırlama, ilaçların tanıma ve kullanma, para çekip çevirebilme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, araba veya otobüsle yolculuk edebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve bu aktivitelerin en fazla 80 ve üzeri yaş grubunda bozulduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda yaş ile yeme-içme, giyinme-soyunma, tarama-traş olma, yürüme, yatış-kalkış, ev işleri yapabilme, telefon edebilme ve inkontinans görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Afyon huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlıların en çok alışveriş, çamaşır yıkama ilaçlarını kullanma alanında bağımlı oldukları saptanmıştır. Bunu sırasıyla para çekip çevirme, telefon ile görüşme, ulaşım, banyo yapma, soyunma, tuvalet ihtiyacını giderme takip etmektedir (76).

Yapılan bir başka çalışmada ise bağımlılık sıklığı merdiven inip çıkma, yürüme, hijyen, giyinme ve beslenme şeklinde sıralanmıştır (97). Bir başka çalışmada ise 70-75 ile 75 ve üzeri yaş grubunda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir (97). Yardımcı'nın çalışmasında (1999) ise banyo yapma, yemek hazırlama, çamaşır yıkama, ev işleri yapma, alışveriş yapma, ulaşım, telefon edebilme, para idaresi yapma, kendi ilacını içme bakımından 75 ve üzeri yaş grubundakilerin daha bağımlı olduklarını saptamıştır (14).

Huzurevindeki yaşlılarda yapılan bir başka çalışmada yemek yeme, oturup kalkma, tuvalete gitme, banyo yapabilme ve kendi ilacını içebilmenin 65 yaştan sonrada sürdürülebildiği ancak, idrar inkontinansı, hafif ev işlerini yapabilme, taksiye yardımsız binebilme, çamaşırını yıkayabilme, yemek hazırlayabilme ve tek başına alışveriş yapabilmenin 65 yaştan sonra istatistiksel anlamlılık verecek şekilde azaldığı saptanmıştır (98). Yine aynı çalışmada banyo yapma, ev işlerini yapma, kendi çamaşırını yıkama, para hesabı yapma, tek başına alışveriş yapma, yemek hazırlama, yardımsız taksiye binebilmenin 85 yaştan sonra istatistiksel anlamlılık verecek derecede azaldığı saptanmıştır (98). Yapılan farklı bir çalışmada ise yaş ile telefon kullanma, para idare edebilme, ilaçlarını alabilme ve ulaşım araçlarını kullanabilme arasında ilişki saptanmıştır (96).

Cinsiyete Göre Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları

Huzurevindeki yaşlıların cinsiyete göre günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını değerlendirdiğimizde; yeme-içme, yürüme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, telefon edebilme, araba veya otobüsle yolculuk edebilme, banyo yapma, ilaçların tanıma ve kullanma ve para çekip çevirebilme durumlarının kadınlarda erkeklere göre daha fazla bozulduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Cinsiyet ile, giyinme-soyunma, tarama-traş olma, yatış-kalkış, tuvalet ihtiyacını giderme, yemek hazırlama, ev işleri yapabilme ve inkontinans görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda bir çok GYA'ni yerine getirebilme bakımından kadınların erkeklere göre daha çok bağımlı durumda olduğunu söyleyebiliriz. Berberoğlu ve ark (2002) yaptıkları çalışmada GYA'sindeki bağımlılık oranının kadınlarda daha fazla olduğunu saptamışlardır. Yine aynı çalışmada erkek yaşlılarda en başta gelen bağımlılık alanlarının yemek hazırlama olduğu, bunu alışveriş yapabilmenin izlediği belirtilmiştir. Kadınlarda ise alışveriş yapabilmenin birinci sırada yemek hazırlamanın ikinci sırada olduğu belirlenmiştir (74). Bizim çalışmamızda yemek hazırlama ile cinsiyet arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır, bunun nedeni olarak kurumda kaldıkları sürece yemeğin kurum personeli tarafından yapılıyor olması gösterilebilir. Yapılan bir çalışmada cinsiyet ile telefon edebilme, ilaçlarını alabilme, para idare edebilme ve ulaşım araçların kullanabilme arasında ilişki bulunmuştur (96).

Huzurevinde yapılan bir başka çalışmada da GYA'ni yerine getirilmesindeki kısıtlılığın kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır (76). Enstrümental ve Modifiye günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da huzurevi sakinlerinin temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, yıkanma ve transfer açısından daha bağımlı oldukları saptanmıştır (75). Bir başka çalışmada kadınların oturup-kalkma, merdiven inip çıkma, tuvalete gitme, yemek yeme, ev işi yapma ve giyinme açısından erkeklere göre daha bağımlı olduğu saptanmıştır (77).

Yardımcı ve ark(1994) çalışmalarında yemek hazırlama, banyo yapma, idrar inkontinansı ve ulaşım da kadınlardaki bağımlılığın erkeklerden daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (98).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda bilişsel işlev ve günlük yaşam aktivite düzeyini belirlemek için tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma 14(%23,3) kadın, 46(%76,7) erkek yaşlı olmak üzere 60 yaşlı birey ile yapılmıştır. Yaşlıların %20,0'ı 60-69 yaş grubu, %58,3'ü 70-79 yaş grubu %21,7'si ise 80 ve üzeri yaş grubunda saptanmıştır. Yaşlıların %71,7'sinin aldığı eğitimin yılı 5 yılın altında saptanmıştır.

Yaşlıların %58,3'ü duldu, %86,7'sinin bir geliri vardı ve bu gelirin %52,0'ını 65 yaş aylığının oluşturduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %60,0'ının sosyal güvencesi vardı, sosyal güvencesi olanların %36,1'inin sosyal güvencesinin SSK olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların %78,3'ünün çocuğunun olduğu ancak %48,9'unun çocuklarıyla bazen görüştüğü belirlenmiştir. Yaşlıların %51,7'sinin Gaziantep'te bir akrabası olduğu, akrabası olanların %48,4'ünün akrabalarıyla sık olarak görüştüğü belirlenmiştir.

Yaşlıların %43,3'ünün kendilerini yaşlı olarak algıladıkları ve %35,0'ının yaşlılığı kötü bir durum olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Yaşlıların %51,7'sinin sağlığını orta düzeyde algıladığı, %41,7'sinin sağlık sorunlarının fiziksel hareketlerini kısıtladığı, %66,7'sinin bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. En çok görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu (%37,5) saptanmıştır. Çalışmada yaşlıların %71,7'sinin ilaç kullandığı ve birinci sırada kullanılan ilacın antihipertansif olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan yaşlıların %45,0'ının kurumda kalma nedeninin ailesinin istememesi olduğu, %40,0'ının kurumda 1-3 yıl arası kaldığı belirlenmiştir. Yaşlıların %31,7'sinin kurumda vaktini dinlenerek geçirdiği, %50,0'ının kurumdaki etkinliklere katılırken bazen istekli olduğu, %86,7'sinin kurumdan ayrılma çıkarılma korkusunun olmadığı saptanmıştır.

Yaşlıların %33,3'ünde orta düzeyde bilişsel bozukluk olduğu, %40,0'ında orta düzeyde yeti yitimi olduğu saptanmıştır. %46,7'si saat çizme testini yapmamıştır.

Yaşlıların %91,7'sinde yeme-içme aktivitesinin korunduğu, %13,3'ünde giyinme-soyunma aktivitesinin hafif bozulduğu, %16,7'sinde tarama-traş olma

aktivitesinin tam olarak bozulduğu, %36,7'sinde yürüme aktivitesinin hafif bozulduğu, %13,3'ünde yatış-kalkış aktivitesinin hafif bozulduğu, %6,7'sinde tuvalet ihtiyacını gidermenin hafif bozulduğu, banyo yapabilmenin %20,0'ında tam olarak bozulduğu, %75,0'ında idrar inkontinansının görülmediği saptanmıştır.

Telefon kullanmanın yaşlıların %35,0'ında tam bozulduğu, Araba veya otobüsle yolculuk edebilmenin %18,3'ünde tam bozulduğu, Gıda ve giysi alışverişi yapabilmenin %21,7'sinde tam bozulduğu, Yemek hazırlamanın sadece %36,7'sinde korunduğu, ev işleri yapabilmenin %30,0'ında korunduğu, İlaçlarını tanıma ve kullanabilmenin %38,3'ünde korunduğu, Para çekip çevirmenin ise %46,7'sinde korunduğu saptanmıştır.

Araştırmada yaşlıların %43,3'ünde bilişsel bozukluk olduğu saptanmıştır. Araştırmada yaş ile birlikte bilişsel bozukluk görülme sıklığının arttığı ve bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bilişsel bozukluk sıklığının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğitim düzeyi düşük olan yaşlılarda bilişsel bozukluk görülme sıklığının daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Yaşlılarda bilişsel bozukluk varlığına göre yeti yitimi değerlendirildiğinde arada istatistiksel bir anlamlılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Yeti yitimimin 80 ve üzeri yaş grubunda daha fazla görüldüğü ve grupları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Yeti yitimi görülme sıklığının kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiş ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda bilişsel bozukluk durumu ile idrar inkontinans görülme durumu, telefonu kullanabilme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, yemek hazırlama, ev işleri yapabilme, ilaçlarını tanıma ve kullanabilme ve para çekip çevirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bilişsel bozukluk durumu ile yeme-içme, giyinme-soyunma, tarama-traş olma, yatış kalkış, yürüme, araba ve taksiyle yolculuk edebilme, tuvalet ihtiyacını giderme, banyo yapabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaşlara göre GYA'ni yapabilme durumları değerlendirildiğinde, yaş ile giyinme-soyunma, yeme-içme, tarama-traş olma, yürüme, yatış-kalkış, tuvalet ihtiyacını giderme, inkontinans görülme durumu, telefonu kullanabilme, ev işleri yapabilme, ilaçlarını tanıma ve kullanabilme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Banyo yapabilme, araba veya otobüs ile yolculuk edebilme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, yemek hazırlama, para çekip çevirebilme durumlarının 80 ve üzeri yaş grubunda daha fazla bozulduğu belirlenmiş ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yatış kalkış-, tuvalet ihtiyacını giderme, giyinme-soyunma, inkontinans görülmesi, ev işleri yapabilme, yemek hazırlama durumları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yeme-içme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, telefonu kullanabilme, araba veya otobüs ile yolculuk edebilme, ilaçlarını tanıma ve kullanabilme, para çekip çevirebilme durumlarındaki bozulmanın kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Ülkemizdeki bilişsel bozukluk sıklığını erken dönemde belirlemek için böyle bir çalışmanın toplum genelinde yapılması gerekmektedir.
- Yaşlılıkta koruyucu ve rehabilite edici hizmetlere öncelik verilmesinin fizyolojik olarak daha sağlıklı yaşlılık için gereği ve önemi vurgulanmalıdır.
- Geriatrik hastaların optimal bakımı için hasta ailesini de içeren bir ekip anlayışıyla sürekli bakımın sağlanması.
- Ziyarete gelen yaşlı yakınlarına yaşlılığı anlatma ve tanıma toplantılarının düzenlenmesi.
- Araştırmalar etkili ve yerinde girişimlerle yaşlılarda fiziksel ve bilişsel yetersizliklerin önlenebileceğini, azaltılabileceğini yada geri dönüşümlü olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi konusunda ruh sağlığı alanında ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların eğitimi önem kazanmalıdır.

- Yaşlılık olumsuzluklarla bağdaştırılmaması gereken bir durum olup, alınabilecek önlemlerle insanların daha sağlıklı ve üretken olarak geçirebilecekleri bir dönemdir. Bu nedenle toplumun genç yaşlardan başlayarak koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması ve koruyucu önlemler hakkında daha fazla bilgilendirilmesi önemlidir.
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen yaşlılar için rehabilitasyon hizmetlerinin artırılması gerekmektedir.
- Yaşlılarda bilinçsiz ilaç kullanmanın önüne geçilmesi için gerekli önlemlerin alınmasına önem verilmelidir.
- Yaşlıya daha çok aile desteği ve toplumsal destek sağlanması ve evde bakımlarını teşvik edecek sosyal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Yaşlıların ruhsal sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için bu grubun özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmaların artırılması gerekmektedir.
- Demansın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan davranışsal ve psikiyatrik sorunlar ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılığın artması bakım verenler ve hastalar için önemli sorunlara yol açmakta hastaların bakımlarının ihmal edilmesine neden olmaktadır . Bu nedenle bakım verenleri ve hemşirelerin hastalığın seyri ve hastaların bakımı konusunda eğitilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma sonuçlarının huzurevinde kalan yaşlıların koşullarının iyileştirilmesi çalışmalarında ruh sağlığı hizmetlerinin de göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulaması açısından katkısı olacağını umuyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- GÜRHAN, N., HİSAR, F., ELBAŞ, Ö. N.: Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Huzurevleri ve Yaşlılığa İlişkin Görüşleri. Hemşirelik Forumu Dergisi. 6(2): 7-10, 2003.
- 2- TOPRAK, İ., SOYDAL, T., BAL, E., İNAN, F., AKSAKA, L N., ALTINYOLLAR, H., ve ark.: Yaşlı Sağlığı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Pelin Ofset. Ankara, 2002.
- 3- EKİCİ, B., ÖZDEMİR, S.: Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi. 6(4): 27-36, 2004.
- 4- KURTOĞLU(TEZEL), D.: Seyranbağları Huzurevindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bu Kişilerde Depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi Sıklığı Araştırması. Yayınlanmış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara, 1998.
- 5- BİÇER, S.: 60 + Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu. Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik programı, Yüksek Lisans Tezi., Sivas 1996.
- 6- KARADAĞ, H., AKDEMİR, A.: Demansın Epidemiyolojisi. 3P Dergisi. 9(2):229-234, 2001.
- 7- İÇELLİ, İ. İ.: Demans ve Komorbid Durumlar. Psikiyatri Dünyası. 5: 49-54, 2001.
- 8- CLARK, GD., CUMMINGS, LJ.: Demans Tanısı ve Tedavisi: Bir Günceleştirme. Sevinçok L(Çev. Ed). Demans Dergisi. 1: 21-29, 2003.
- 9- ULUS, N., ATASOY, T.: Demansın Tanımı ve Kliniği. 3P dergisi. 9(2): 235-244, 2001.
- 10 - EKİCİ, İ.: Elazığ İli Abdullahpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2002.
- 11-KULAKSIZOĞLU, I.: Alzheimer'li Hasta Yakınlarında Yaşanan Sorunlar. Aktüel Tıp Dergisi. 2(3):38-40,2004.
- 12- BİROL, L., AKDEMİR, N., BEDÜK, T.: İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara. 1997.
- 13- AĞIRBAŞ, K., ŞENSES, M.: Kocaeli Huzurevinde Kalan Yaşlıların İlaç Kullanma Durumlarına Genel Bir Bakış. Hemşirelik Forumu Dergisi, 6(2): 17-23, 2003.

- 14- YARDIMCI E.: İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1995.
- 15- DANTER, JH.: Geriatric Assessment. Nursing. 33(12): 52-55, 2003:.
- 16- POTTER, PA., PERRY, AG.: Fundamentals of Nursing Concepts, Process & Practice. Third Edition. Mosby-Year Book Inc. USA. 1993, 830-840.
- 17- YALTKAYA, K., BALKAN, S., OĞUZ, Y.: Nöroloji Ders Kitabı. Palme Yayıncılık. Ankara. 2000, 321-325.
- 18- BROPHY, JJ.: Psychiatric Disorders. Current Medical Diagnosis & Treatment. Tierney, ML., McPhee, SJ., Papadakis MA(Eds.). Appleton& Lange. Thirty-third Edition. California. 1994, 856-911.
- 19- BİROL, L.: Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık. İzmir, 2004.
- 20- GÖDAĞ, F., METE, S.: Elazığ Yöresindeki Yaşlıların Günlük Yaşam Alışkanlıkları. "Sağlıklı Yaşlanma" Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması. Sempozyum Kitabı, 26-27 Kasım Ankara. 1992, 189-198.
- 21- PAYDAŞ, M.: Ktonik Hemodiyaliz Hastalarında Recombinant İnsan Eritropoetini Tedavisinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Marmara Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı. Diyaliz Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1994.
- 22- GÜNGEN, C.: satandardize Mini Mental Testin Türk Yaşlı Popülasyonunda Demansiyel Sendromların Tanınmasında Eğitim Düzeylerine Göre Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1999.
- 23- İŞERİ, PK., EFENDİ, H.: Demanslı hastaya Klinik Yaklaşım ve Tedavi. Sted. 12(12): 458-461, 2003.
- 24- ABAY, E., ÇALİYURT, O., TUĞLU, C.: Klinik Psikiyatri El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri. 1999, 27-43.
- 25- ÖZTÜRK, O.: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Feryal Matbaası. Ankara. 2002, 489-517.
- 26- YÜKSEL, N.: Ruhsal Hastalıklar. Çizgi Tıp Yayınevi. Ankara. 2001, 448-486.
- 27- MÜLLER-SPAHN, F.: Behavioral Disturbances In Dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience. 5(1):49-57, 2003.
- 28- BAYRAKTAR, E.: Deliryum, Demans, Amnestik Ve diğer Kognitif Bozukluklar. Psikiyatri Temel Kitabı. Güleç C., Köroğlu E(Ed). Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 1997, 221-256.

- 29- ÖZŞAHİN A.: Deliryum, Demans ve Amnestik Bozukluklar. [http:// www. Gata .edu.tr/dahili bilimler/ruhsağlığı/dersnot %205,5. DOC\(15.10. 2004\).](http://www.Gata.edu.tr/dahili_bilimler/ruhsağlığı/dersnot_%205,5.DOC(15.10.2004))
- 30- KWENTUS, AJ.: Delirium, Dementia and Amnestic Disorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. Ebert H. M., Loosen T. P., Nurcombe B(Ed):. McGraw-Hill Companies. USA 2000, 195-232.
- 31- ÖZER F.,HANOĞLU L.: Alzheimer Hastalığının Tanı Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi.2003;1(1): 6-12.
- 32- COTTER, VT.: Dementia. Advanced Practice Nursing with Older Adults. Cotter, VT., Strumpf, NE.(Ed). McGraw-Hill Companies. USA. 2002, 183-199.
- 33- SİVRİÖĞLU, YE., KIRLI, S.: Depresyon-Demans Ayırıcı Tanı. Demans Dergisi. 1: 37-41, 2001.
- 34- ŞAHİN, VM.: Depresyon ve Demans. Demans Dizisi. 1: 27-31, 2001.
- 35- IŞIK, E., İRKEÇ, C.: Demans. Organik Psikiyatri. Işık, E(Ed.). Tayf Matbaası. Ankara. 1999, 73-166.
- 36- BAYSAL, AH., YEŞİLBUDAK, Z.:Alzheimer Hastalığının Klinik Bulguları. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 1(1): 1-5, 2003.
- 37- BOOKHEİMER, YS., STROJWAS, HM., COHEN, SM., et all.: Patterns of Brain Activation in People at Risk for Alzheimer Disease. The New England Journal of Medicine. 450-456, 2000.
- 38- DALY, PM.: Dementia. 20 Common problems in Geriatrics. Adelman AM., Daly PM(Ed). McGraw-Hill Companies. Singapore 2001; 237-260.
- 39- ATASOY, T.: Demansın Nörobiyolojisi ve Nörogörüntülenmesi. 3P Dergisi. 9(2): 245-254, 2001.
- 40- KARAKAŞ, MH., TUNÇBİLEK, N.: Alzheimer Hastalığının Erken Dönemde Görüntülenmesi. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 1(1):67-73, 2003.
- 41-MEMİŞ L., SEZER C.: Alzheimer Hastalığı 'nda Patolojik Bulgular. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 1(1):27-31, 2003.
- 42- TANG, Y., GERSHON ,ES.: Genetic Studies in Alzheimer Disease. Dialogues in Clinical Neuroscience. 5(1):17-26, 2003.
- 43-KARAKAŞ, S., İRKEÇ, C.: Alzheimer Hastalığı Kliniğinin Nöropsikolojik Profili. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 1(1): 13-22, 2003.
- 44- EKER, E.: Alzheimer Hastalığında Davranış ve Psikolojik Semptomlar ve Tedavileri. Modern Tıp Seminerleri: 26: Alzheimer ve Diğer Demanslar.Selekler K(Ed). Güneş Kitabevi.Ankara. 2000, 35-54.

- 45- ABRAMS, BW., BEERS, HM., BERKOW, R.: Cognitive Failure: Delirium and Dementia. The Merck Manual of Geriatrics. Merck Research Laboratories, 1995, 1139-1159
- 46- ALTAN, N., KOCA, C.: Alzheimer Hastalığı'nda Biyokimyasal Mekanizmalar. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi.2003;1(1):23-26.
- 47- CAYTON, H., GRAHAM, N., WARNER, J.: Sorularla ve Cevaplarla Alzheimer. TOSUN A(Çev. Ed.). Kapital Medya A.Ş. Ankara, 2000.
- 48- KOÇER, B., NAZLIEL, B.: Alzheimer Hastalığı'nda Genetik Faktörler. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 1(1):32-37, 2003.
- 49- KURT, SG., Tokçaeer, AB., İrkeç, C.: Alzheimer Hastalığı'nda Genetik Dışı Etyolojik Faktörler. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 1(1):38- 43, 2003.
- 50- SELEKLER, K.: Alzheimer Hastalığı: Patoloji, Klinik, Tanı ve Ayırıcı Tanı. Modern Tıp Seminerleri: 26: Alzheimer ve Diğer Demanslar.Selekler K(Ed). Güneş Kitabevi.Ankara. 2000, 1-24.
- 51- DAFFNER, KR., SCINTO, FM.: Early Diagnosis of. Alzheimer's Disease. Humana Press. New Jersey. 2000, 1-28.
- 52- GROB, P., LORRECK, D., BİNDER, R., HALLER, E.: Dementia, Delirium and Amnestic Disorders. Review of General Psychiatry. Goldman H. H.(Ed): McGraw-Hill Companies. USA. 2000, 189-207.
- 53- SELEKLER, K.: Lewy Cisimcikli Demans. Modern Tıp Seminerleri: 26: Alzheimer ve Diğer Demanslar.Selekler K(Ed). Güneş Kitabevi.Ankara. 2003, 123-136.
- 54- TANRIDAĞ, O.: Teoride ve Pratikte Davranış Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri. 1994, 127-157.
- 55- EROĞLU, E.: Alzheimer Hastalığında Tedavi. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi. 1(1):74-82, 2003.
- 56- GRAY-VICKREY, P.: Advances in Alzheimer's Disease. Nursing. 32(11): 64, 2002.
- 57- YÜKSEL, N.:Psikofarmakoloji.Çizgi Tıp Yayınevi. Ankara 2003; 389-402.
- 58- KÜÇÜKGÜÇLÜ, Ö.: Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. Demans Dergisi. 3(39): 86-92, 2003.
- 59- [http://www.alz.org.tr/portal/alias_alz.org/lang_tr-TR/tabID_3801/desktopDefault\(30.09.2004\)](http://www.alz.org.tr/portal/alias_alz.org/lang_tr-TR/tabID_3801/desktopDefault(30.09.2004)).

- 60- SHCWEIGER, L.J.: Alzheimer Disease How to Support Patients and Families. Nursing. 34-42, 1999.
- 61- THOMPSON, M.J., McFORLAND, KG., HIRSCH, EJ., TUCKER, MS.: Mosby's Clinical Nursing. Third Edition. Mosby Year Book Inc. USA. 1993, 272-278.
- 62- ERDEMİR, F.: Hemşirelik Tanıları. 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 1999.
- 63- VARCAROLIS, ME.: Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition. W.B. Saunders Company. USA. 1998,681-702.
- 64-ÖZBAY, H., GÖKA, E., KILIÇ, ZE.:Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Somgür Yayıncılık. Ankara, 1993.
- 65- STOLLEY, JM.: When Your Patient Has Alzheimer's Disease. American journal of Nursing. 34-41, 1994.
- 66- ŞENDİR, M., ACAROĞLU, R.: Farklı Alanlarda Bakım Verdiğiniz Hastanın Alzheimer'ı da Varsa? Hemşirelik Forumu. 5(6): 54-56, 2002.
- 67- TUCKER, SM., CANOBBİO, MM., PAGUETTE, VE., WELLS, FM.: Patient Care Standards Collaborative Practice Planning Guides, Sixth Edition, Mosby Year Book Inc. USA. 1996, 598-600.
- 68- BULDUKĞOLU, K., DOĞAN, S., KUM, N., ÖZ, F., ÖZALTIN, G., ÖZCAN, A., PEKTEKİN, Ç., TERAKEYE, G., YURT, V.: Psikiyatri Hemşireliği el Kitabı, Koç Vakfı Yayınları, Birlik Ofset. İstanbul, 1996.
- 69- BLACK, jM., MATASSARİN-JAKOB, E.: Luckman And Sorensen's Medical Surgical Nursing A Psycophysilogic Approach. Fourth Edition, WB Saunders Company. USA. 1993,773-780.
- 70- PLUCKHAN, LM.:Alzheimer's Disease, Helping Patient's Family. Nursing. 63-64, 1986.
- 71- ROWE, AM.: People With Dementia Who Become Lost. AJN. 103(7): 32-40, 2003.
- 72- BİRTANE, M., TUNA, H., EKUKLU, G., UZUNCA, K., AKÇİ, C., KOKİNO, S.: Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. Geriatri. 3(4): 141-145, 2000.
- 73- FADİLOĞLU, Ç., ESEN, A., KARADAKOVAN, A., AKYOL, A., ŞENTÜRK, N.: Huzurevi'nde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam aktiviteleri ve Sağlık

Durumlarının İncelenmesi. “Sağlıklı Yaşlanma” Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması. Sempozyum Kitabı. 26-27 Kasım Ankara. 1992, 139-148.

74- BERBEROĞLU, U., GÜL, H., ESKİOCAK, M., EKUKLU, G., SALTİK, A.: Edirne Huzurevi’nde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri. Geriatri. 5(4): 144-149, 2002.

75- ERGÜN, GÖ., BOZDEMİR, N., UĞUZ, Ş., GÜZEL, R., BURGUT, R., SAATÇİ, E., AKPINAR, E.: Adana Huzurevi’nde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Geriatri. 6(3): 89-94, 2003.

76- BEŞTEPE, G., OGUR, P., ÖZYÜREK, P., BAYRAM, F.: Afyon Huzurevi Sakinlerinde Medikososyal Bir Araştırma.

[http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi%204.htm.\(21.06.2004\)](http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi%204.htm.(21.06.2004)).

77- YARIŞ, F., ÇAN, G., TOPBAŞ, M., KAPUCU, M.: Trabzon 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlıların Medikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi. Geriatri. 4(4): 159-171, 2001.

78- ACAR, VS., AKMEŞE, R., AYDIN, B., ÖZGÜR, F., TENLİK, İ., GÜLER, Ç.: A Study For The Determination Of Social İsolation Status And Limitations İn Daily Living Activities Of Elderly İn Gülseren District. International Public Health Congress “Health 21 In Action” . Abstracts. October 8-12,138, İstanbul, 2000.

79- YOLDAŞÇAN, E., YURDAKUL, RS.: Adana Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. <http://www.lokman.cu.edu.tr>. (28.06.2004).

80- MARAL, I., ASLAN, S., İLHAN, MN., YILDIRIM, A., CANDANSAYAR, S., BUMİN, M.: Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 12(1): 251-259, 2001.

81- ÖZCANKAYA, R., MUMCU, N.: Huzurevi Yaşlılarında Depresif, Psikotik ve Bilişsel Değişiklikler. Nöropsikiyatri Arşivi. 33(2): 115-120, 1996.

82- DİKER, J., ETİLER, N., YILDIZ, M., ŞEREF, B.: Association Between Cognitive Status And Activities of Daily Living, Life Quality And Some Demographic Variables In Elderly Older Than 65 Years Old. International Public Health Congress “Health 21 In Action” . Abstracts. October 8-12, 151, İstanbul, 2000.

- 83- MORGAN, K., LILLEY, JM., ARIE, T., BYRNE, E. J., JONES, R., WAITE, J.: Incidence of Dementia in a Representative British Sample. *The British Journal of Psychiatry*. 163: 467-470, 1993.
- 84- ALESSANDRO, RD., GALLASSI, R., BENASSI, G., MORREALE, A., LUGARESÍ, E.: Dementia in Subjects Over 65 Years of age in The Republic of San Marino. *The British Journal of Psychiatry*. 153: 182-186, 1988.
- 85- STRAUS, EV., VITANEN, M., WINBLAD, B., FRATIGLIONI, L.: Aging and the Occurance of Dementia. *Arch. Neurology*. 56: 587-592, 1999.
- 86- KURTOĞLU(TEZEL), D., REZAKI, M.: Huzurevindeki Yaşlılarda depresyon, Bilişsel Bozukluk ve Yeti Yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 10(3): 173-179, 1999.
- 87- ESENGEN, Ş., SEÇKİN, Ü., BORMAN, P., BODUR, H., KUTSAL, GY., YÜCEL, M.: Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel-Kognitif Değerlendirme Ve İlaç Kullanımı. *Geriatrici*. 3(1): 6-10, 2000.
- 88- PARK, J., KO, HJ., PARK, YN., JUNG, CH.: Dementia Among The Elderly in a Rural Korean Community. *The British Journal of Psychiatry*. 164: 796-801, 1994.
- 89- HALLER, J., WEGGEMANS, RM., GUİGOZ, Y.: Mental Health: Mini Mental State Examination and Geriatric Depression Score of Elderly Europeans in The SENECA Study 1993. *Euro Journal Clinical Nutrition*. 50(2): 112-116, 1996.
- 90- GÜLSEREN, Ş., KOÇİĞİT, H., EROL, AL., BAY, H., KÜLTÜR, S., MEMİŞ, A., VURAL, N: Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Geriatrici*. 3(4): 133-140, 2000.
- 91- CRUM ,RM., ANTHONY, JC., BASSETT, SS., FOLSTEİN, MF.: Population Based Norms for the Mini- Mental State Examination by Age and Educational Level. *JAMA*. 12;269(18): 2386- 2391, 1993.
- 92- BRAYNE, C., CALLOWAY, P.: The Association of education and Socioeconomic Status With Mini Mental State Examination and The Clinical Diagnosis of Demantia in Elderly People. *Age and Ageing*. 19: 91-96, 1990.
- 93- TANGALOS, EG., SMİTH, GE., IVNİK, RJ., PETERSEN, RC., KKMEN, E., KURLAND, L. T., OFFORD ,KP., PARİSİ, JE.: The Mini Mental State Examination inGeneral Medical Practice: Clinical Utulity and Acceptance. *Mayo clin. Proc*. 71(9): 829-837, 1996.

- 94- LİU, H., TENG, EL., LİN, K., HSU, T., GUO, N., CHOU, P., et al.: Performance on a Dementia Screening Test in Relation to Demographic Variables. Arch Neurology. 51: 910-915, 1994.
- 95- OSTBYE, T., TYAS, S., McDOWELL, I., KOVAL, J.: Reported Activities of Daily Living: Agreement Between Elderly Subjects with and Without Dementia and Their Caregivers. Age And Ageing. 26: 99-106, 1996.
- 96- BARBERGER-GATEAU, P., COMMENGES, D., GAGNON, M., LETENNEUR, L., SAUVE, C., DARTIGUES, JF.: Instrumental Activities of Daily Living as a Screening Tool For Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Community Dwellers. Journal of American Geriatric Society. 40(11): 1129-1134, 1992.
- 97- KEREM, M., MERİÇ, A., KIRDI, N., CAVLAK, U.: Ev Ortamında Ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi. Geriatri. 4(3): 106-112, 2001.
- 98- YARDIMCI, E., TÜMERDEM, Y., YARDIMCI, O.: Huzurevi Yaşlılarında Mediko-sosyal Bir Araştırma(1). IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 12-16 Eylül 1994, 651-654.

EK I: GÖRÜŞME FORMU

A) Mediko-Sosyal Durum

1)Cinsiyetiniz?

- a)Kadın b)Erkek

2)Kaç yaşındasınız?

3)Medeni durumunuz nedir?

- a)Evli b)Bekar c)Dul(eşi ölmüş) d)Boşanmış

4)Eğitim durumunuz nedir?

- a)Okur yazar değil
b)Okur yazar
c)İlkokul
d)Ortaokul
e)Lise
f)Yüksekokul-Fakülte

5)Gelir durumunuz nedir?

- a)Gelirim var b)Gelirim yok

6) Geliriniz var ise gelir kaynağınız nedir?

- a)Emekli maaşı
b)Biriktirilmiş para,faiz,kira
c)Çocuğum-akrabam yardım ediyor
d)65 yaş aylığı
e)Diğer

7)Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

- a)Evet b)Hayır

8)Cevabınız evet ise hangisi?

- a)Bağ-Kur b)SSK c)Yeşil Kart d)Emekli Sandığı e)Diğer

9)Kurumda kalma süreniz ne kadardır?

- a)1 yıldan az b)1-3 yıl c)4-6 yıl d)7-9 yıl e)10 yıldan fazla

10)Kurumda kalma nedeniniz nedir?

- a)Kendi bakımımı tek başıma yapamadığım için
b)Hiç kimsem olmadığı için
c)Ailem tarafından kabul edilmediğim için
d)Aileme yük olmak istemediğim için

11)Kendi yaşınızı nasıl algılıyorsunuz?

- a)Çok yaşlı b)Yaşlı c) Orta yaşlı d)Genç

12)Yaşlılığı nasıl bir durum olarak değerlendiriyorsunuz?

- a)Kendimi yaşlı bulmuyorum
b)Kötü bir durum olarak
c)İşe yaramazlık olarak
d)Rahatsızlık olarak

13)Bulduğunuz kurumda vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz?

- a)Kurum içinde sohbet ederek b)TV izleyerek c)Dinlenerek d)Gezerek
e)Sosyal uğraşı ve el işleriyle

- 14)Sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?
a)İyi b)Orta c)Kötü
- 15)Sağlığınız fiziksel hareketlerinizi kısıtlıyor mu?
a)Evet b)Hayır
- 16)Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
a)Var b)Yok
- 17)Kronik hastalığınız var ise söz konusu rahatsızlığınız nedir?
a)Kalp hastalığı
b)Hipertansiyon
c)Diyabetes mellitus
d)KOAH
e)Mide barsak problemleri
f)Eklem şikayetleri
- 18)Sürekli olarak kullandığınız ilaç var mı?
a)Evet b)Hayır
- 19)Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var ise hangisidir?
a)Antihipertansif
b)Kalp ilacı
c)Mide ilacı
d)Antidiyabetik
e)Analjezik
f)Antiromatizmal
g)Bronkodilatatörler
h)Psikiyatrik ilaçlar
- 20)Kaç çocuğunuz var?.....
- 21)Çocuğunuz var ise görüşme sıklığınız nedir?
a)Sık görüşüyorum
b)Seyrek görüşüyorum
c)Görüşmüyorum
- 22) İlimizde yaşayan herhangi bir yakınınız var mı?
a)Evet b)Hayır
- 23) Cevabınız evet ise yakınlarınızla görüşme sıklığınız nedir?
a)Sık görüşüyorum
b)Seyrek görüşüyorum
c)Görüşmüyorum
- 24)Kurumdaki sosyal etkinliklere katılma istekliliğiniz nedir?
a)İsteksiz
b)Bazen istekli
c)Her zaman istekli
- 25)Huzurevinden ayrılma ya da çıkarılma endişeniz var mı?
a)Var b)Zaman zaman c)Yok

26)Kan basıncı:.....

27)Nabız:.....

28)Solunum:.....

B) Günlük Yaşam Aktiviteleri

8. madde dışında, " 0=korunmuş, 1= hafif bozuk, 2= tam bozuk," şeklinde puanlanmaktadır.

8. Madde, "0= yok, 1= haftada bir. İki kez, 2= haftada üç kez ya da daha fazla" şeklinde puanlanmaktadır.

Modifiye Günlük Yaşam Aktiviteleri (MGYA)

1. Yeme-içme
 2. Giyinme- soyunma
 3. Tarama-traş olma
 4. Yürüme
 5. Yatış-kalkış
 6. Tuvalet ihtiyacını görme
 7. Alışveriş, banyo, ev işleri ve dışarı çıkma dolaşma
 8. İnkontinans
- Toplam GYA puanı

Enstrümental Günlük Yaşam aktiviteleri - EGYA

1. Telefon kullanma
 2. Araba, otobüs ve taksitle yolculuk
 3. Gıda ve giysi alışverişi
 4. Yemek hazırlama
 5. Ev işleri
 6. İlaçlarını tanıma ve kullanabilme
 7. Para çekip çevirme
- Toplam EGYA puanı

EK II: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

A) EĞİTİMLİLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Adı/ Soyadı:

Aktif kullanılan el:

Yaş:

Tarih:

Eğitim(yıl):

Toplam puan:

Cinsiyet:

ORYANTASYON

(Her cevap için 10 saniye süre tanınır)

A) Zaman

- Hangi yıl içindeyiz? (sadece tam doğru cevap 1 puan) ()
Hangi mevsimdeyiz? (geçen mevsimin son haftasında yada yeni mevsimin ilk haftasında her iki cevabı da doğru kabul edin) ()
Hangi aydayız? (yeni ayın ilk günü yada geçen ayın son gününde her iki cevabı da doğru kabul edin) ()
Bugün ayın kaçı? (bir önceki yada bir sonraki günü doğru kabul edin) ()
Bu günlerden ne? (sadece tam doğru cevaba puan verin) ()

B) Mekan

- Hangi Ülkede yaşıyoruz? (sadece tam doğru cevaba puan verin) ()
Hangi şehirdeyiz? (sadece tam doğru cevaba puan verin) ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir? (sadece tam doğru cevaba puan verin) ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir? (sadece tam doğru cevaba puan verin) ()
Şu an binada kaçınıcı kattasınız? (sadece tam doğru cevaba puan verin) ()

Hızlı bellek

Size birazdan söyleyeceğim isimleri dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrar eder misiniz? Ayrıca bunları ezberlemenizi ve unutmanızı istiyorum, çünkü birazdan tekrar soracağım. (kelimeleri birer sn aralıklarla yavaş biçimde söyleyin) "**Mavi**", "**Şahin**", "**Lale**". İlk denemede her doğru cevap için ilgili kutuyu işaretleyin . (cevap için 20 sn süre tanıyın, eğer hasta üçüne de cevap veremediyse öğrenene kadar ya da en fazla 5 kez tekrarlayın)

Mavi ()

Şahin ()

Lale ()

Dikkat Ve Hesaplama

Dünya kelimesinin harflerini söyler misiniz? (Harfleri doğru sayması için yardım edebilirsiniz).
Sonra da harfleri tersinden tek tek söylemesini isteyin. (Bunun için 30 sn süre tanıyın, eğer yardımla dahi cevap veremiyorsa puan vermeyin).

Doğru cevap : AYNÜD () 5 PUAN

Bir harf eksik: AYND, AYÜD, ANÜD, AYNÜ () 4 PUAN

İki harf eksik : AYN, NÜD, AYD () 3 PUAN

Üç harf eksik veya yer değiştirmiş : AY, ÜD, ANYDÜ () 2 PUAN

Dört harf yer değiştirmiştir: AYNDÜ, YANDÜ () 1 PUAN

Bellek

Biraz önce ezberlemenizi istediğim üç kelimeyi tekrar eder misiniz? (sırası önemli olmaksızın her doğru cevap için puan verin, cevap için 10 sn süre tanıyın).

() MAVİ

() ŞAHİN

() LALE

Dil

A) Adlandırma

Size göstereceğim iki nesnenin ne olduğunu söyler misiniz?

(Burada iki nesne gösterilir, her bir doğru cevap 1 puan)

()

B) Tekrarlama

Size söyleyeceğim cümleyi benden sonra tekrar eder misiniz? "**O Gelmiş Olsaydı Bende**

Giderdim" (cevap için 10 sn süre tanıyın, tamamını doğru tekrarlarsa puan verin)

()

C) Okuma

Bu kağıttaki yazıyı okuyup, yazıda söyleneni yapar mısınız? ("**Gözlerinizi Kapatın**" yazılır). ()

D) Üç Aşamalı Komut

Hastaya sağ yada sol el tercihini sorun. El tercihi göre cümledeki sağ yada sol eli değiştirin, ör, hasta sağ elini kullanıyorsa "bu kağıdı sol elinize alın" şeklinde başlayın. Şimdi söyleyeceklerimi yapar mısınız? "**masanın üzerindeki kağıdı sağ/sol elinizle alın, tam ortadan ikiye katlayın ve ayağınızın yanına yere bırakın.**" (30 sn süre tanıyım, doğru uygulanan her komut için ilgili kutuyu işaretleyin)

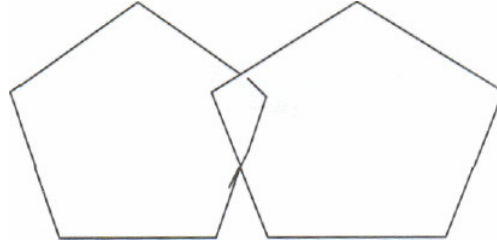
Kağıdı doğru eliyle alıyor () İkiye katlıyor () Yere bırakıyor ()

E) Yazma

Hastaya kalem ve boş bir kağıt verin. Bu kağıda herhangi bir cümle yazmasını isteyin. (30 sn süre tanıyım, cümle mantıklı ise puan verin) ()

Yapılandırma

Size göstereceğim şeklin aynısını çizermisiniz? (1 dk süre tanıyım, hastanın iki tane kesişen beşgenin



B) EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT-E)

Adı/soyadı:

Aktif kullanılan el:

Yaş:

Tarih:

Eğitim (yıl):

Toplam puan:

Cinsiyet:

Oryantasyon (toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz? ()

Hangi mevsimdeyiz? ()

Hangi aydayız? ()

Hangi gündeyiz? ()

Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı? ()

Hangi ülkede yaşıyoruz? ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? ()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir? ()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir? ()

Şu an binada kaçınıcı kattasınız? ()

Kayıt hafızası (toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim isimleri dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrar eder misiniz? (**Masa, Bayrak, Elbise**) (20 sn süre tanıyım, her doğru isim için 1 puan verilir) ()

Dikkat ve hesap yapma (toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin **pazar'** dan önce **cumartesi** gelir, ondan önce ne gelir devam eder misiniz? (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru cevap 1 puan) ()

Hatırlama (toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyler misiniz?

(**masa, bayrak, elbise**) (Her doğru isim için 1 puan verilir)

Masa ()

Bayrak ()

Elbise ()

Lisan (toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin ismi nedir? ()

(iki nesne gösterilir, 20 sn süre tanınır, her bir doğru cevap 1 puan)

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin? ()

"eğer ve fakat İstemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümleye 1 puan verilir) ()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim beni dikkatle dinleyin ve söylediklerimi yapın. **"masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"** (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir) ()

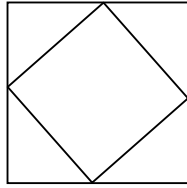
d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığının aynısını **yapın.(Gözlerinizi kapatın)** ()

(doğru işlem için 1 puan verilir)

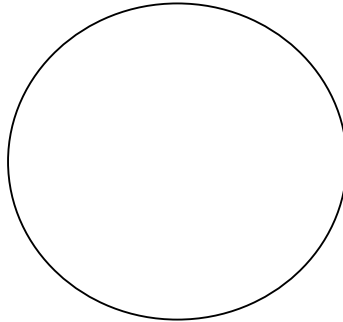
e) Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle 1 puan) ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizer misiniz?

(1 dk. Süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir) ()



SAAT ÇİZME



EK III: KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular sağlık sorunlarınızın günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilediğini Öğrenmek için sorulmuştur. Lütfen sorulan aşağıdaki şekilde yanıtlayınız.

0 = Hayır. Hiç

1 = Evet, bazen ya da biraz 2=Evet, her zaman yada oldukça

Lütfen her soru için sadece birini işaretleyiniz

Son bir ay boyunca;

1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızın herhangi birine engel oldu mu? 0 1 2
 - a. Ağır eşyaları kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler () () ()
 - b. Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükteki işler () () ()
 - c. Merdiven yada yokuş çıkmak () () ()
 - d. Eğilmek, doğrulmak () () ()
 - e. Uzun mesafe yürümek (1-2 km.) () () ()
 - f. Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek () () ()
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobileriniz gibi uğraşlarınızı azaltmak yada bırakmak zorunda kaldınız mı? () () ()
3. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu ?
4. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız ?gün
5. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz ?gün

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA BİLİŞSEL İŞLEV VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DÜZEYİ

Döndü (KABAK) ÇUHADAR

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Yöneticileri: Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Prof. Dr. Hamdi Tutkun

Mayıs-2005, 96 sayfa

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemektir. Bu çalışmada 1-15 Ekim 2004 tarihlerinde Gaziantep huzurevinde kalan 14 kadın ve 46 erkek yaşlı bireyle çalışılmıştır. Verilerin elde edilmesinde sosyo-demografik değişkenleri içeren görüşme formu, eğitimliler ve eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test, Kısa Yeti Yitimi Anketi kullanılmıştır.

Çalışmanın sonunda yaşlı bireylerin %43,3'ünde bilişsel bozukluk, %40,0'ında ise yeti yitimi saptanmıştır. Bilişsel işlev ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirdiğimizde, bilişsel işlev ile inkontinans görülme, telefonu kullanabilme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, yemek hazırlama, ev işleri yapma, para çekip çevirme ve ilaçlarını tanıma ve kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). Ayrıca bazı günlük yaşam aktiviteleri ile yaş ve cinsiyet arasında da ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Bilişsel İşlev, Günlük Yaşam Aktivitesi, Yeti Yitimi.

**THE LEVEL OF COGNITIVE FUNCTIONS AND ACTIVITIES OF DAILY LIFE IN
ELDERLY PEOPLE WHO LIVE IN REST HOME**

Döndü (KABAK) ÇUHADAR

M.S.Thesis

University Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

Master of Science Programme of Psychiatric Nursing

Supervisors: Asist. Prof. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Prof. Dr. Hamdi TUTKUN

May- 2005, 96 pages

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the level of cognitive functions and activities of daily life in elderly people who live in rest home. In this study we worked with 14 women and 46 men elderly people who live in Gaziantep Rest Home between 1-15 October 2004. To obtain data we used interviewing form that contains socio-demographic variable, standardized mini mental test for educated and not educated persons, brief disability questionnaire.

Frequency and Chi-square analysis were used in SPSS packet programme to analysing the data.

At the end of the study we found cognitive disorder %43,3 of them and disability %40,0 of elderly people. When we evaluated the cognitive functions and activities of daily life we found statistical meaningful association between cognitive functions and incontinence seen status, using telephone, food and dress shopping, preparing meal, doing housework, exchanging money and know and intake own medication($p<0,05$). Also we found association between some of the activities of daily living and gender and age.

Key Words: Elderly, Cognitive Functions, Activities of Daily Life, Disability.

TEŞEKKÜR

Araştırma konusunun belirlenmesi, hazırlanması ve yapılması aşamasında katkıda bulunan tez danışmanlarım Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ'a, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi TUTKUN'a, çalışmamın istatistik aşamasında yardımcı olan Sağlık Yüksekokulu Müdürü Prof. Dr. Servet ÖZGÜR'e, Nizip Devlet Hastanesi Nöroloji Uzmanı Dr. Zeliha ÖZTÜRK'e Gaziantep Huzurevi Müdürü İlyas SUCU'ya, sorularımı sabırla dinleyip, cevaplayan Gaziantep Huzurevi'nde yaşayan değerli yaşlılarımıza ve çalışmam süresince bana destek olan eşim Özdemir'e teşekkür ediyorum.

Döndü ÇUHADAR

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1: Yaşlıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 2: Yaşlılığa İlişkin Düşüncelerinin Ve Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 3: Yaşlıların Kurumda Kalmaya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4: Yaşlıların SMMT ve KYY Ölçeğinden Aldıkları Puanlar İle Saat Çizme Durumlarının Dağılımı.....	49
Tablo 5: Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) Yapabilme Durumlarının Dağılımı.....	49
Tablo 6: Yaş Gruplarına Göre Cinsiyetin Dağılımı.....	51
Tablo 7: Yaşlara Göre Bilişsel Bozukluk Durumu.....	52
Tablo 8: Cinsiyete Göre Bilişsel Bozukluk Durumu.....	52
Tablo 9: Eğitim Durumlarına Göre Bilişsel Bozukluk Durumu.....	53
Tablo10: Bilişsel Bozukluk Varlığına Göre Yeti Yitimi Durumu.....	53
Tablo 11: Yaşlara Göre Yeti Yitimi Durumu.....	53
Tablo 12: Cinsiyete Göre Yeti Yitimi Durumu.....	54
Tablo 13: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yeme-İçme Durumu.....	54
Tablo 14: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Giyinme- Soyunma Durumu.....	54
Tablo 15: Bilişsel bozukluk Durumuna Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu.....	55
Tablo 16: Bilişsel Bozukluk Varlığına Göre Yürüme Durumu.....	55
Tablo 17: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yatış-Kalkış Durumu.....	55
Tablo 18: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu.....	56
Tablo 19: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Banyo Yapabilme Durumu.....	56
Tablo 20: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre İnkontinans Durumu.....	56
Tablo 21: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Telefon Kullanma Durumu.....	57
Tablo 22: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Araba Veya Otobüsle Yolculuk yapabilme Durumu.....	57
Tablo 23: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Gıda ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu.....	57
Tablo 24: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yemek Hazırlama Durumu.....	58
Tablo 25: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu.....	58

Tablo 26: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre İlaçlarını Tanıma ve Kullanabilme Durumu.....	59
Tablo 27: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Para Çekip Çevirebilme Durumu.....	59
Tablo 28: Yaşlara Göre Yeme İçme Durumu.....	59
Tablo 29: Yaşlara Göre Giyinme-Soyunma Durumu	60
Tablo 30: Yaşlara Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu.....	60
Tablo 31: Yaşlara Göre Yürüme Durumu	60
Tablo 32: Yaşlara Göre Yatış-Kalkış Durumu.....	61
Tablo 33: Yaşlara Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu.....	61
Tablo 34: Yaşlara Göre Banyo Yapabilme Durumu.....	61
Tablo 35: Yaşlara Göre İnkontinans Durumu.....	62
Tablo 36: Yaşlara Göre Telefon Kullanma Durumu.....	62
Tablo 37: Yaşlara Göre araba veya Otobüsle Yolculuk Yapabilme Durumu	62
Tablo 38: Yaşlara Göre Gıda ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu.....	63
Tablo 39: Yaşlara Göre Yemek Hazırlama Durumu.....	63
Tablo 40: Yaşlara Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu.....	63
Tablo 41: Yaşlara göre Kullandığı İlaçlarını Tanıma ve Kullanabilme Durumu.....	64
Tablo 42: Yaşlara Göre Para Çekip Çevirebilme Durumu.....	64
Tablo 43: Cinsiyete Göre Yeme-İçme Durumu.....	64
Tablo 44: Cinsiyete Göre Giyinme Soyunma Durumu.....	65
Tablo 45: Cinsiyete Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu.....	65
Tablo 46: Cinsiyete Göre Yürüme Durumu.....	65
Tablo 47: Cinsiyete Göre Yatış-Kalkış Durumu.....	66
Tablo 48: Cinsiyete Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu.....	66
Tablo 49: Cinsiyete Göre Banyo Yapabilme Durumu	66
Tablo 50: Cinsiyete Göre İnkontinans Görülme Durumu.....	67
Tablo 51: Cinsiyete Göre Telefon Kullanabilme Durumu.....	67
Tablo 52: Cinsiyete Göre Araba Veya Otobüsle Yolculuk Yapabilme Durumu.....	67
Tablo 53: Cinsiyete Göre Gıda Ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu.....	68
Tablo 54: Cinsiyete Göre Yemek Hazırlama Durumu.....	68
Tablo 55: Cinsiyete Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu.....	68
Tablo 56: Cinsiyete Göre Kullandığı İlaçları Tanıma Ve Kullanabilme Durumu.....	69

KISALTMALAR LİSTESİ

AH	Alzheimer Hastalığı
ApoE	Apolipoprotein E
APP	Amiloid Prekürsör Protein)
BT-	Bilgisayarlı Tomografi
DM-	Diabetes Mellitus
DSM IV	Diagnostic And Statistical Manual Of Psychiatric Disorders –IV (Mental Bozukluklar Sayısal ve Tanımsal El Kitabı)
fMRG-	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyo Vasküler Hastalık
KYY	Kısa Yeti Yitimi
LCD-	Lewy Cisimciği Demansı
MMSE	Mini Mental State Examination
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MRS	Manyetik Rezonans Spektreskopi
NINCDS-ARDRA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği)
PET	Pozitron Emisyon Tomografi
SCT	Saat Çizme Testi
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SPECT	Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
WHO	World Health Organization

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA BİLİŞSEL İŞLEV VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE DÜZEYİ

Döndü (KABAK) ÇUHADAR

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Yöneticileri: Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Prof. Dr. Hamdi Tutkun

Mayıs-2005, 96 sayfa

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemektir. Bu çalışmada 1-15 Ekim 2004 tarihlerinde Gaziantep huzurevinde kalan 14 kadın ve 46 erkek yaşlı bireyle çalışılmıştır. Verilerin elde edilmesinde sosyo-demografik değişkenleri içeren görüşme formu, eğitimliler ve eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test, Kısa Yeti Yitimi Anketi kullanılmıştır.

Çalışmanın sonunda yaşlı bireylerin %43,3'ünde bilişsel bozukluk, %40,0'ında ise yeti yitimi saptanmıştır. Bilişsel işlev ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirdiğimizde, bilişsel işlev ile inkontinans görülme, telefonu kullanabilme, gıda ve giysi alışverişi yapabilme, yemek hazırlama, ev işleri yapma, para çekip çevirme ve ilaçlarını tanıma ve kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). Ayrıca bazı günlük yaşam aktiviteleri ile yaş ve cinsiyet arasında da ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Bilişsel İşlev, Günlük Yaşam Aktivitesi, Yeti Yitimi.

**THE LEVEL OF COGNITIVE FUNCTIONS AND ACTIVITIES OF DAILY LIFE IN
ELDERLY PEOPLE WHO LIVE IN REST HOME**

Döndü (KABAK) ÇUHADAR

M.S.Thesis

University Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

Master of Science Programme of Psychiatric Nursing

Supervisors: Asist. Prof. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Prof. Dr. Hamdi TUTKUN

May- 2005, 96 pages

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the level of cognitive functions and activities of daily life in elderly people who live in rest home. In this study we worked with 14 women and 46 men elderly people who live in Gaziantep Rest Home between 1-15 October 2004. To obtain data we used interviewing form that contains socio-demographic variable, standardized mini mental test for educated and not educated persons, brief disability questionnaire.

Frequency and Chi-square analysis were used in SPSS packet programme to analysing the data.

At the end of the study we found cognitive disorder %43,3 of them and disability %40,0 of elderly people. When we evaluated the cognitive functions and activities of daily life we found statistical meaningful association between cognitive functions and incontinence seen status, using telephone, food and dress shopping, preparing meal, doing housework, exchanging money and know and intake own medication($p<0,05$). Also we found association between some of the activities of daily living and gender and age.

Key Words: Elderly, Cognitive Functions, Activities of Daily Life, Disability.

TEŞEKKÜR

Araştırma konusunun belirlenmesi, hazırlanması ve yapılması aşamasında katkıda bulunan tez danışmanlarım Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ'a, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi TUTKUN'a, çalışmamın istatistik aşamasında yardımcı olan Sağlık Yüksekokulu Müdürü Prof. Dr. Servet ÖZGÜR'e, Nizip Devlet Hastanesi Nöroloji Uzmanı Dr. Zeliha ÖZTÜRK'e Gaziantep Huzurevi Müdürü İlyas SUCU'ya, sorularımı sabırla dinleyip, cevaplayan Gaziantep Huzurevi'nde yaşayan değerli yaşlılarımıza ve çalışmam süresince bana destek olan eşim Özdemir'e teşekkür ediyorum.

Döndü ÇUHADAR

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1: Yaşlıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 2: Yaşlılığa İlişkin Düşüncelerinin Ve Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 3: Yaşlıların Kurumda Kalmaya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4: Yaşlıların SMMT ve KYY Ölçeğinden Aldıkları Puanlar İle Saat Çizme Durumlarının Dağılımı.....	49
Tablo 5: Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) Yapabilme Durumlarının Dağılımı.....	49
Tablo 6: Yaş Gruplarına Göre Cinsiyetin Dağılımı.....	51
Tablo 7: Yaşlara Göre Bilişsel Bozukluk Durumu.....	52
Tablo 8: Cinsiyete Göre Bilişsel Bozukluk Durumu.....	52
Tablo 9: Eğitim Durumlarına Göre Bilişsel Bozukluk Durumu.....	53
Tablo10: Bilişsel Bozukluk Varlığına Göre Yeti Yitimi Durumu.....	53
Tablo 11: Yaşlara Göre Yeti Yitimi Durumu.....	53
Tablo 12: Cinsiyete Göre Yeti Yitimi Durumu.....	54
Tablo 13: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yeme-İçme Durumu.....	54
Tablo 14: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Giyinme- Soyunma Durumu.....	54
Tablo 15: Bilişsel bozukluk Durumuna Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu.....	55
Tablo 16: Bilişsel Bozukluk Varlığına Göre Yürüme Durumu.....	55
Tablo 17: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yatış-Kalkış Durumu.....	55
Tablo 18: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu.....	56
Tablo 19: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Banyo Yapabilme Durumu.....	56
Tablo 20: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre İnkontinans Durumu.....	56
Tablo 21: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Telefon Kullanma Durumu.....	57
Tablo 22: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Araba Veya Otobüsle Yolculuk yapabilme Durumu.....	57
Tablo 23: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Gıda ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu.....	57
Tablo 24: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Yemek Hazırlama Durumu.....	58
Tablo 25: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu.....	58

Tablo 26: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre İlaçlarını Tanıma ve Kullanabilme Durumu.....	59
Tablo 27: Bilişsel Bozukluk Durumuna Göre Para Çekip Çevirebilme Durumu.....	59
Tablo 28: Yaşlara Göre Yeme İçme Durumu.....	59
Tablo 29: Yaşlara Göre Giyinme-Soyunma Durumu	60
Tablo 30: Yaşlara Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu.....	60
Tablo 31: Yaşlara Göre Yürüme Durumu	60
Tablo 32: Yaşlara Göre Yatış-Kalkış Durumu.....	61
Tablo 33: Yaşlara Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu.....	61
Tablo 34: Yaşlara Göre Banyo Yapabilme Durumu.....	61
Tablo 35: Yaşlara Göre İnkontinans Durumu.....	62
Tablo 36: Yaşlara Göre Telefon Kullanma Durumu.....	62
Tablo 37: Yaşlara Göre araba veya Otobüsle Yolculuk Yapabilme Durumu	62
Tablo 38: Yaşlara Göre Gıda ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu.....	63
Tablo 39: Yaşlara Göre Yemek Hazırlama Durumu.....	63
Tablo 40: Yaşlara Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu.....	63
Tablo 41: Yaşlara göre Kullandığı İlaçlarını Tanıma ve Kullanabilme Durumu.....	64
Tablo 42: Yaşlara Göre Para Çekip Çevirebilme Durumu.....	64
Tablo 43: Cinsiyete Göre Yeme-İçme Durumu.....	64
Tablo 44: Cinsiyete Göre Giyinme Soyunma Durumu.....	65
Tablo 45: Cinsiyete Göre Tarama-Tıraş Olma Durumu.....	65
Tablo 46: Cinsiyete Göre Yürüme Durumu.....	65
Tablo 47: Cinsiyete Göre Yatış-Kalkış Durumu.....	66
Tablo 48: Cinsiyete Göre Tuvalet İhtiyacını Giderme Durumu.....	66
Tablo 49: Cinsiyete Göre Banyo Yapabilme Durumu	66
Tablo 50: Cinsiyete Göre İnkontinans Görülme Durumu.....	67
Tablo 51: Cinsiyete Göre Telefon Kullanabilme Durumu.....	67
Tablo 52: Cinsiyete Göre Araba Veya Otobüsle Yolculuk Yapabilme Durumu.....	67
Tablo 53: Cinsiyete Göre Gıda Ve Giysi Alışverişi Yapabilme Durumu.....	68
Tablo 54: Cinsiyete Göre Yemek Hazırlama Durumu.....	68
Tablo 55: Cinsiyete Göre Ev İşleri Yapabilme Durumu.....	68
Tablo 56: Cinsiyete Göre Kullandığı İlaçları Tanıma Ve Kullanabilme Durumu.....	69

KISALTMALAR LİSTESİ

AH	Alzheimer Hastalığı
ApoE	Apolipoprotein E
APP	Amiloid Prekürsör Protein)
BT-	Bilgisayarlı Tomografi
DM-	Diabetes Mellitus
DSM IV	Diagnostic And Statistical Manual Of Psychiatric Disorders –IV (Mental Bozukluklar Sayısal ve Tanımsal El Kitabı)
fMRG-	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyo Vasküler Hastalık
KYY	Kısa Yeti Yitimi
LCD-	Lewy Cisimciği Demansı
MMSE	Mini Mental State Examination
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MRS	Manyetik Rezonans Spektreskopi
NINCDS-ARDRA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği)
PET	Pozitron Emisyon Tomografi
SCT	Saat Çizme Testi
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SPECT	Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
WHO	World Health Organization

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerin karşılanmasına bağlıdır (1). Uyku insan yaşamında temel ve vazgeçilmez etkinliklerden biri olup yeme, nefes alma, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir (2). Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (3). Normal uyku düzeni her toplumda aynıdır. Günümüzde sağlıklı erişkin bireyler, günlerinin 1/3-1/4'ünü uykuda geçirirken (4) 70 yaşında bir birey yaşamının yaklaşık 23 yılını yatakta uyuyarak geçirmiştir (5).

Günümüzde uykunun değişik tanımları yapılmaktadır. Uyku; solunum, kardiyak işlev, kas tonusu, beden ısısı, hormon salgısı ve kan basıncında değişikliklerle birlikte; dış uyarılara yanıt eşiğinde büyük artışla belirli; birbirinden farklı özellikleri olan evreleri; bu evrelere giriş ve kalış süreleri ile düzenli bir ritmi olan yineleyici, kolaylıkla geri dönebilir bir durumdur (6). Bu tanımın yanı sıra uyku; uyanıklık durumunun farklı derecelerde değişmesi ile karakterize özgün bir dönemdir (7).

Uykunun, uyku periyodu süresi, toplam uyku süresi, uyku latensi, uyku düzeni gibi farklı yönleri bulunmaktadır. Bunlardan biri de uyku kalitesidir. Günümüzde uyku kalitesi klinik uygulamalarda ve uyku ile ilgili araştırmalarda üzerinde önemle durulan bir kavramdır. Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesinin tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesinin güç olduğu bildirilmektedir. Uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi, uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir (8,9).

Uyku kalitesi iki temel nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olmasıdır. Yapılan çalışmalar erişkin bireylerin %15-35'inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozuklukların olduğunu göstermektedir; ikincisi ise, kötü uyku kalitesinin bir çok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabileceğidir (8,9).

Epidemiolojik araştırmalar, uyku bozuklukları ve uyku ile ilgili yakınmaların yaygınlığını, bu bozukluk ve yakınmaların toplumsal bir sorun olarak değerlendirilmesini gerektirecek kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Ülkeler arasında uykusuzluğun yaygınlığı % 3,2 ile % 42 arasında değişmektedir (10).Öte

yandan, aşırı uyuma yakınması ve aşırı uyuma ile ilgili uyku bozukluklarının yaygınlığının çeşitli toplumlar arasında % 0,5 ve % 12 arasında değiştiği bildirilmektedir (11). Uyku yakınmalarının ya da uyku bozukluklarının yaygınlığındaki bu değişimi yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, tıbbi ve psikiyatrik bozuklukların varlığı, alkol, madde ve ilaç kullanımı ve yaşam streslerinin bulunması gibi değişkenler etkileyebilmektedir (12).

Türkiye'de toplumun büyük çoğunluğunun (% 75) 7-8 saat süreyle uyuma alışkanlığına sahip olduğu yapılan çalışmalardan bilinmektedir. Türk toplumunun sadece % 10' u 6 saatten az uykuyla hayatını sürdürmektedir (5).

Birey yaşlandıkça gece uykusuna daha az gereksinim duymasına rağmen, kompleks bir olgu olan yaşlılıkta organlarda yenilenmenin yavaşlaması, durması ve yıpranmanın başlaması ile fiziksel ve biyolojik değişimlerin ortaya çıkışını hızlandırması bakımından yaşlılarda uykusuzluk problemi önem taşımaktadır (13).

Dünya genelinde 60 yaş üzerindeki nüfusun 2025 yılında 1,2 milyara, 2050 yılında 2 milyara ulaşması beklenmektedir. Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı %4,3 iken, 2000 yılında bu oran %5,6'ya yükselmiştir (14). 1990-2020 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun %95, yaşlı nüfusun ise %240 artması beklenmektedir. 2050 yılında ise her beş kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olması tahmin edilmektedir (15). Bu veriler ,yaşlı nüfusun ülkemiz için de giderek sosyal bir sorun olacağını göstermektedir.

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte,son yıllarda çekirdek aile yapısına doğru bir değişim olması huzurevinde yaşayan bireylerin sayısında artışa neden olmuştur (16). Ülkemizde kurumda yaşayan yaşlıların oranının %3,6 olduğu bilinmektedir (15).

Yaşlılıkta ortaya çıkan uyku bozukluklarında en sık; uykuya dalmada güçlük, erken uyanma, uyanmada güçlük, uyuklama-"şekerleme" gereksinimi ve dinlenmiş hissedememenin olduğu 5 yakınma tanımlanmıştır. 60 yaş üzeri yaşlılarda yapılan çalışmalarda, % 20'sinin hiç yakınması olmadığı yada çok az yakınması olduğu, % 50'den çoğunun ise uyku bozukluğundan yakındığı saptanmıştır. Bunlara % 25-34 oranında fiziksel yetersizlik, reçetesiz ilaç kullanımı, depresif yakınmalar ve kötü bakım koşulları eklenmiştir. Uyku bozukluğundan yakınma oranı bakım yurtlarında kalanlar için % 65 düzeyine çıkmaktadır ve fonksiyonel iyilik hali dikkate değer şekilde yeterli iyi bir uyku hali ile ilişkili

bulunmuştur. Yine yapılan çalışmalarda sedatif hipnotik alanlar ile uyku yakınması olanlar arasında ilişki bulunamamış, ancak hipnotik ilaç alımıyla uyku kalitesi arasında ilişki bulunmuştur. Demans hastalarında, yaşlıların mizaç bozukluğunun premorbid devresinde, depresif mizaçlı yaşlılarda, bakımevlerinde kalan yaşlılarda uykusuzluğun daha sık olduğu saptanmıştır (17).

Türkiye'de farklı ölçeklerle yapılan yaşlı nüfusun uyku sorununa değinen çeşitli çalışmalar vardır. İzmir huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık durumlarının incelendiği bir araştırmada Rooper ve arkadaşları tarafından oluşturulan Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği temel alınarak geliştirilen Günlük Yaşam Aktivitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, uyku sorununu her zaman yaşayanlar % 6,3 , bazen problem yaşayanlar % 10,24 olarak tespit edilmiştir (18).

Elazığ yöresindeki yaşlıların Günlük Yaşam Alışkanlıklarına yönelik 65 yaş üstü yaşlıların kapsama alındığı bir çalışmada yaşlıların % 30,46'sının sık sık uyanmadan, % 33,33'ünün uykuya dalma güçlüğünden, % 18,97'sinin uyuyup dinlenememekten ve % 7,24'ününse uyuyamamaktan şikayet ettiği saptanmıştır (19).

Erzurum bakımevinde yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik sorunlarının araştırılması amacıyla, hazırlanan anket formu aracılığı ile yapılan çalışmanın sonucunda huzurevinde kalan yaşlıların uykusuzluk sorununun % 30 ile diğer sorunlar arasında 1. sırayı aldığı saptanmıştır (20).

Eskişehir Hacı Süleyman Çakır Huzurevi ile Maide Bolel Huzurevi ve Eskişehir Huzur Mahallesi'nde yapılan, Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştıkları sorunların ve baş etme yollarının değerlendirilmesine ilişkin 60 yaş üstü yaşlılarla, hazırlanan anket formu ile yapılan çalışmada; huzurevlerinde kalanların % 46'sı uykusuzluk çekmekte olduğu bulunmuştur (21).

Seyranbağları ve Ümitköy Huzurevi, Gölbaşı ilçesine bağlı Ahiboz, Beynam ve Gökçehöyük köylerinde yapılan, huzurevi ve evde yaşayan yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin karşılaştırılması ve uyku kaliteleri arasında farkın belirlenmesine ilişkin 60 yaş ve üzeri kişiden oluşan yaşlılarda anket yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada; Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Toplam puan ortalaması huzurevinde yaşayanlarda $6,25 \pm 4,24$ 'tür. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksine göre uyku kalitesi kötü çıkmıştır (22).

Uyku kalitesinin bozulması bireylerin duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilir. Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel ve bilişsel çökkünlük yaşanır (22). Bu bireylerde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı

duyarlılığın artması, konfüzyon, irritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi durumlar görülür (2,23). Ayrıca bu bireylerde yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilir (24).

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmayla,huzur evinde yaşayan yaşlılarımızın uyku kalitelerinin düzeyleri yönünden nerede oldukları,uyku kalitelerinin düzeyleri açısından kadın ve erkek yaşlıların farklılık gösterip göstermedikleri,hangi değişkenlere bağlı olarak yaşlı bireyin uyku kalitesinin değiştiği saptamak istenmiştir.

Bu çalışma ile Gaziantep huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitelerinin düzeylerinin belirlenmesi ve uyku kalitesini etkileyen etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılığa Genel Bakış

Yaşlılık, zaman faktörüne bağlı olarak bireyin değişen çevreye uyum sağlama gücüyle,organizmanın iç ve dış etmenleri arasında denge sağlama potansiyelinin azalmasıdır (25). Yaşlanma bireysel olmakla birlikte toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır (26).

Birleşmiş Milletlerin yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda ve ülkemizde yaşlılığın başlangıcı 60 yaş olarak temel alınmaktadır. Dünya Sağlık Teşkilatı yaşlılığı 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 yaş ve yukarısı ise ihtiyarlık olarak sınıflandırmıştır (25). Görüldüğü gibi 60 yaşın üzerindekiiler yaşlı sayılmaktadır. Ancak yaşlılık her bireyde aynı şekilde ortaya çıkmamakta, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal değişiklikler farklılık göstermektedir (27). Kalıtım, yaşam koşulları, hastalıklar, aile bağları ve kültürel özellikler, çevreyle ilişkiler, stresle baş etme yöntemleri ve savunma özellikleri bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını etkiler. Bu özellikler doğrultusunda her yaşlının kendine özgü olduğu söylenebilir (28).

Dünya genelinde 60 yaş üzerindeki nüfusun 2025 yılında 1,2 milyara, 2050 yılında 2 milyara ulaşması beklenmektedir. Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı %4,3 iken, 2000 yılında bu oran %5,6'ya yükselmiştir (14). 1990-2020 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun %95, yaşlı nüfusun ise %240 artması beklenmektedir. 2050 yılında ise her beş kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olması tahmin edilmektedir (15). Bu nedenle hızla artan yaşlı nüfusunun fiziksel ve mental sağlığını koruyucu önlemler alınmalı,yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik,psikolojik ve sosyal değişiklikler tanınarak yaşlının tedavi ve bakımı planlanmalıdır (29).

2.1.1.Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Değişiklikler

A-Yaşlılıkta Fizyolojik Değişmeler

Yaşlanma süreci içinde organizmada bazı değişiklikler olur. Yaşlılıkla birlikte, pek çok yetersizlikle karşı karşıya kalan bireyin, sistemleriyle ilgili ortaya çıkan değişimler şöyle sıralanabilir;

1. Kardiyovasküler Değişiklikler

- Miyokard esnekliği azalır,
- Kalp pompalama yeteneği %1 oranında azalır,
- Aritmiler oluşabilir,
- Kalp etrafındaki yağ dokusu artar,
- Arterioskleroza bağlı olarak periferik vasküler rezistans artar ve kan basıncı yükselir,
- Baroreseptörlerin hassasiyeti azalır,
- Beta reseptör aktivitesi azalır,
- Ven kapaklarında oluşan değişiklikler özellikle bacaklarda ödeme eğilimi artırır,
- Dolaşım yetersizliği gelişir.

2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

- Göğüs kafesinin esnekliği azalır. Buna bağlı olarak solunum kapasitesi ve vital kapasite azalır. Periferik perfüzyon azalır, dokulara yeterince oksijen gönderilemez,
- Alveolar membran kalınlaşması, membranın oksijen karbondioksit geçirgenliğini azaltır,
- Silia hareketleri yavaşlar,
- Öksürük refleksi azalır,
- Hipoksi ve hiperkapniye solunum cevabı azalır.

3. Genito-Üriner Sistem Değişiklikleri

- Genital sistemde atrofi ve mukozalarda kuruluk ve üreme sisteminin fonksiyonlarında gerilemeler ve seksüel aktivitede azalma görülebilir,
- Nefronların fonksiyonları % 60 oranında azalır,
- Böbreğe gelen kan akımı azalır,
- Böbreklerin idrar konsantrasyon ve dilüe etme yeteneği azalır,
- Renin-anjiyotensin-aldosteron aktivitesi azalır,
- Duyu reseptörlerinin zayıflaması nedeniyle mesanenin dolup dolmadığı yeterince hissedilemez ve mesane kaslarının zayıflamasına bağlı olarak da inkontinans gelişir.

4. **Metabolik ve Endokrin Değişiklikler**

- Vücut kütlesi azalır,kaslardaki yağ oranı artar,
- Bedenin enerji gereksinimi ve bazal metabolizma için enerji gereksinimi azalır,
- Seks hormonlarının azalması nedeniyle menopoz ve andropoz dönemi gelişir,
- Çeşitli uyarılar karşısında ADH salımı değişir,
- Glukoz toleransı azalır,yüklemede pankreasın cevabı gecikir.

5. **Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri**

- Dişlerde çürüme ve diş kayıpları görülür,
- Tat ve koku reseptörleri zayıflar,
- Tükürük ve sindirim enzimlerinin salınımı azalır,
- Kasların motor tonüsü ve fonksiyonu azalır,
- Sindirim ve emilim kapasitesi azalır,
- Karaciğer kan akımı azalır,
- Pankreasın cevabı yavaşlar.

6. **Hematopoetik Sistem Değişiklikleri**

- Kemik iliği fonksiyonu azalır bu nedenle eritrosit, lökosit yapımı ve kan volümü azalır,
- Lenfoid doku fonksiyonları azalır.

7. **İmmün Sistem Değişiklikleri**

- Antikor cevaplarında azalmaya bağlı alerjik reaksiyonlarda azalma olurken oto antikorlardaki artış sonucu otoimmün hastalıkların görülme sıklığı artar.

8. **Sinir Sistemi Değişiklikleri**

- Merkezi sinir sisteminde hücre kaybı olur,
- Kan dolaşımının zayıflaması,metabolik değişiklikler ve sinir hücresinin yenilenememesi nedeniyle merkezi sinir sisteminin uyarılabilme yeteneği azalır, reflekslere cevap verme süresi uzar,
- Periferik duyu reseptörleri zayıflar bu nedenle;sıcak, soğuk, ağrı, basınç duyusunu alan sinir uçlarında duyarlılık kaybı olur,
- Entelektüel kapasite azalır.

9. Duyularda Değişiklikler

- Sinir sistemi ve dolaşım sistemi değişikliklerine bağlı olarak duyu organlarında bazı değişiklikler olur,
- Lensin elastikiyeti azalır, uyumu gecikir,
- Kornea refleksi azalır,
- Görme keskinliği ve periferal görme azalır,
- Gözyaşı azalır, gözler kurur,
- Pupillanın uyumu gecikebilir,
- İrisin rengi solar,
- Simetrik duyma azalır.

10. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

- Kas kütlesi azalır,
- Kas gücü azalır,
- Kemiklerden mineral kaybı olur,
- Kalça diz eklemleri sinovial zarında değişiklikler gelişir,
- Skolyoz gelişebilir.

11. Deri Değişiklikleri

- Deri altı yağ dokusu özellikle kol ve bacaklarda azalır, karın ve kalçalarda artar,
- Cildin esnekliği kaybolur,
- Ter bezlerinin fonksiyonlarında azalma görülür,
- Pigmentasyon hücrelerinin kaybı ve saçlarda beyazlaşma olur.

B-Yaşlılıkta Mental ve Psikolojik Değişmeler

Yaş ilerledikçe bireylerde bağımlı olma, fiziksel yetersizlik, ekonomik sorunlarla karşılaşma, ailesi ve yakın çevresi tarafından dışlanma korkuları gelişir. Ölüm, ayrılık, hastalık gibi nedenlerle yaşlı için önemli olan bireylerin kaybı (eş, çocuk, arkadaş vb.),statü kaybı, kendine güvenin, inancın, sevginin kaybı,maddi kayıplar (mal, eşya),rol kaybı,iş kaybı,bağımsızlık kaybı,duygusal yoksunluk nedeniyle; anksiyete,korku,depresyon, oryantasyon bozukluğu,algılama kusurları,somatik yakınmalar,hafıza kaybı görülür (30).

C-Yaşlılıkta Toplumsal Değişmeler

Yaşlanma ile kişinin toplumsal yaşamında ve rollerinde de önemli değişiklikler olur. Yaşlılık bir kayıplar dönemi olarak kabul edilir. Emeklilik, kişinin toplum içindeki yeri ve saygınlığının kaybı olarak algılanabileceği gibi, buna ek olarak yeni bir uyum sağlanmasını da gerektirecektir. Eşlerin ve diğer yakınların kaybı, çocukların evden ayrılışı, bırakılacak miras stres yaratan konulardandır. Yaşlılar yine de ölüme daha hazırlıklı oldukları için bu kaybı beklenildiğinden daha az travmatik olarak yaşarlar. Ekonomik güçlükler ve bozulan fiziksel sağlıkları nedeniyle hareket yeteneklerini kaybedebilirler. Bununla birlikte barınma sorunları ortaya çıkabilir, geniş aileye dönüş söz konusu olabilir. Yaşlıların bağımlılığı kendileri kadar yakınları için de güçlük yaratan bir durumdur. Huzur evlerine bırakılan yaşlılar yakınlarında suçluluk duygusu yaşanmasına neden olabilir. Yaşlılıkla birlikte yaşamını dinsel inançlara göre düzenlemeye çalışan ve dinden destek alma da dönemin bir başka özelliğidir (31).

2.2.UYKUNUN TANIMI

Uyku; solunum, kardiyak işlev, kas tonusu, beden ısısı, hormon salgısı ve kan basıncında değişikliklerle birlikte; dış uyarılara yanıt eşiğinde büyük artışla belirli; birbirinden farklı özellikleri olan evreleri; bu evrelere giriş ve kalış süreleri ile düzenli bir ritmi olan yineleyici, kolaylıkla geri dönebilir bir durumdur (6).

2.2.1.UYKUNUN EVRELERİ

Uyku, insan ömrünün yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır (32). Uyku esnasında elektroensefalogram (EEG), elektrookülogram (EOG), elektromiyogram (EMG) ve elektrokardiyogram (EKG) kayıtları ile ayırt edilen birbirinden farklı uyku safhalarından oluşur(33).Normal uyku iki ana evreden oluşur: **REM** uykusu ve **NREM** uykusu.

NREM uykusu hızlı göz hareketlerinin olmadığı; psikolojik ve fiziksel aktivitenin azaldığı genel uyku kavramına uyar. NREM görsel olarak değerlendirilen EEG traselerinde 4 uyku aşamasına daha ayrılır (34).

Evre 1, tam uyanıklık ve uyku arasında bir geçiş evresidir (35). Olağan bir uyku sırasında evre 1, yarım dakika ile yaklaşık yedi dakika arasında sürer. Evre 1 sırasında mental süreçler değişmeye başlar, düşünceler kaymaya başlar, düşünme biçiminin gerçeğe yönelimi bozulur ve çoğu kez kısa rüyalar görülür. Yine de, çoğu insan evre 1 sırasında öznel olarak kendisini uyanık hisseder (34).Uyku periyodunun %4-5'inde meydana gelir (33).

Evre 2, uyku iğciklerinin(yarım saniye ile iki saniye arasında süren 12-14 Hz etkinliğindeki patlamalar) varlığı ve EEG'de K komplekslerinin (yavaş, keskin bir negatif EEG sapmasının ardından pozitif bir sapmanın olması) varlığı ile tanınır (34,35). Birey rahatlıkla uyandırılabilir (36). Tüm gece uykusunun % 45 ila 55'ini kapsar (33).

3.ve 4. Evre uyku aynı zamanda delta uykusu ya da yavaş dalga uykusu olarak adlandırılır ve delta dalgalarının varlığı ile tanımlanır (34). 3.evrede solunum düzenli,kalp atışları yavaş,kaslar gevşek ve vücut sıcaklığı düşüktür. 4.evre bireyin vücudunun fiziksel olarak dinlendiği ve fizyolojik olayların geliştiği derin uyku evresidir. Kalp atımı,solunum sayısı ve vücut ısısı azalmış,kaslar gevşemiş,metabolizma yavaşlamıştır. Bu evrede horlama,uykuda anlamsız konuşma,uyurgezerlik ve enürezis gibi durumlar görülebilir (8,36).

REM uykusunda EOG kayıtlarında hızlı göz hareketleri görülür. Bu evrede uyuyan bireyi uyandırmak oldukça güçtür. Nabız hızlı, kan basıncı yüksek ve düzensizdir. Vücut ısısı, metabolizma hızı ve mide salgısı artar. Solunum düzensizdir, bazen apneler görülebilir. Kas ve iskelet tonusu azalır (37,38). Erişkin erkeklerde ve bebeklerde penis ereksiyonu, kadınlarda vajinal akıntıda artış görülür. Büyük kaslarda paraliziyeye benzer hareketsizlik, vücutta şiddetli ve ani silkinmeler vardır. Bu evre tüm uykunun %20-25'ini kapsar. Renkli düşlerin %80'i REM uykusunda görülür. REM uykusunda beyin problem çözer, psikolojik etkenlerden kurtulur ve ruhsal olarak dinlenir (7,8,37).

2.2.2.Uyku Döngüleri

Erişkin bir insan uykuya daldıktan sonra NREM uykusunun dört evresini geçirir. Gece boyunca 90-100 dakikada bir REM evresi görülür ve bu durum bir gece içinde 4-6 kez yaşanır. İlk REM evresi 10 dakikadan kısadır, sonrakiler ise 15-40 dakika sürer. Uykunun ilk yarısında NREM uykusu, ikinci yansında ise REM uykusu daha fazladır. Birey yorgun ve uykusuz ise gecenin ilk yarısında NREM uykusu daha uzun olur. Eğer birey uykunun herhangi bir evresinde uyanırsa,tekrar uykunun başlangıcı olan NREM 1evreye döner (38,39).

2.2.3.UYKU VE SİRKADİYEN RİTM

24 saatlik olan gece-gündüz ya da uyku uyanıklılık dönemi sirkadiyen ritm olarak adlandırılır (4).Uykunun ritmi ve uyanık olma bir ya da daha fazla sayıda bulunan biyolojik saat, çevresel uyarılar, uykuyu getiren ya da uyandıran ;kişiye ait birçok uğraşlar tarafından yönetilir (34).

Günün hangi saati olduğu hakkında bir ipucu olmadığında (yani zeit-gebers ya da time-givers,zaman göstergeleri) insanlar kendileri uyku-uyanık olma döngülerini seçmeye meyillidirler. Ve bu zaman 25 saat civarındadır, örneğin eğer bir şahıs deneysel bir ortamda zaman kavramı ile ipuçlarının olmadığı bir anda kendi isteği ile uyuma izni verilirse, bu şahıs her gece 1 saat daha geç uyumaya meyilli olacaktır ve her sabah 1 saat daha geç uyanacaktır. Bu sebepten dolayı dinlenme ve aktive arasındaki döngüdeki kaymalar genellikle döngü zamanı uzadığında daha kolaylaşır. Döngüdeki zaman azaldıkça durum daha zorlaşır. Batıdan doğuya seyahat ederken; örneğin öğleden sonra vardiyasından gece vardiyasına dönüşüm olurken bu durum daha kolay gerçekleşir ancak öğleden sonra vardiyasından sabah vardiyasına girildiğinde bu durum daha zor olur (34).

Normal şartlar altında sirkadiyan dönüş; sosyal aktiviteler, yemekler ve özellikle de çevresel ışık gibi zeitgeberler tarafından 24 saate ayarlıdır. Retinaya ışık ulaşması hakkındaki bilgi anterior hipotalamusa suprakiazmatik çekirdek tarafından iletilir.Suprakiazmatik nukleus sirkadiyen ritmin yani uyuma-uyanık olma döngüsünde önemli bir role sahiptir (34).Olağan vücut ısısı yaklaşık 36.8°C'tır, ancak bu ortalamanın çevresinde düzenli birtakım dalgalanmalar olur. Uyku sırasında ısı düşer, sabah yükselir ve kişinin en fazla etkinlik gösterdiği bir sırada doruğa ulaşır. Endokrin salgılar ve metabolizma, sirkadiyen ritimler için verilebilecek diğer örneklerdir. Düzenli bir gece-gündüz düzeni olan genç erişkinlerde uyku, vücut ısısı, plazma kortizolü, somatotropin konsantrasyonları ve renal potasyum atılımı gün içinde değişkenlikler gösterir (35).

Sirkadiyen ritmin çevreyle senkronize olmasına ilaveten ışığa maruz kalmanın zamanı döngüde faz durumunu değiştirir. Gece saatlerindeki (18-21) parlak ışığın (1500 lux) gece 9 ile sabah 9 arasındaki karanlık uyku-uyanık olma ya da başka biyolojik döngüler fazında geçişe sebep olur (kişi o sırada geç yatarsa sabah da geç kalkar,yani biyolojik ritimde fazlar biraz kayar). Buna karşılık sabahın erken saatlerinde (5 ile 7 arasında) ışığa maruz kalmak ve gece karanlıkta kalma sonucunda döngünün faz geçişleri artar (yani kişi daha erken kalkar ve daha erken yatar). Bunlara ek olarak; gündüzleri olan aydınlık ışık sirkadiyan ritmin amplitüdünü arttırır ve böylece gece uykusu ile gündüz uyanıklık hali kontrol altında tutulmuş olur (34).

2.2.4.UYKUNUN FİZYOLOJİSİ

Uyanıklık, NREM uykusu ve REM uykusu özellikle EEG tarafından tanımlanıyorsa da her birinin kendisine özgü birtakım fizyolojik özellikler bütünü de vardır (35).

Genelde uyku birtakım fizyolojik değişkenleri etkileyebilmektedir. Havayolları refleksleri değişikliğe uğrar (35). Normal sağlıklı insanlarda uyku ile birlikte solunum işlevinde azalma olur.Uyku sırasında uyanıklıktan farklı olarak zararlı uyarılar öksürmeye değil, bir refleks apneye yol açabilir (6). Daha ciddi uyarılar genellikle uyanıklığa neden olur ve ardından havayolları temizlenir. Ancak kişi uyku yoksunluğuna (deprivasyonuna) uğratılmışsa ya da sedatize edilmişse, uyanıklığa neden olabilmesi için daha fazla stimülasyona gerek olur. Dolayısıyla çok yorgun düşmüş kişiler ya da MSS depresanları kullananlar tehlike altındadırlar demektir (35). Uykuya eşlik eden alveoler hipoventilasyon, süregen obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda oldukça önemlidir. NREM, özellikle delta uykusu sırasında solunum sayısı azalır, volüm artmış olmasına karşın düşük ventilasyon ortaya çıkar. REM uykusu sırasında soluk alma genellikle daha hızlı, yüzeysel ve düzensizdir. Ayrıca diyafragma aktivitesini sürdürse de, interkostal kaslar ile birçok üst solunum yolu kasları hipotonik durumdadır. Buna ek olarak oksijen ve karbondioksit uyarılmasına verilen yanıt da değişmiştir. Uyku sırasında azalan solunum işlevi akciğer sekresyonlarının atılması ile ilgili güçlüklerin doğmasına yol açar. Sağlıklı insanlar üzerinde bu etkiler az olurken, bu değişiklikler astma, süregen obstrüktif akciğer hastalığı, uyku apnesi veya başka bir solunum sistemi hastalığı olanlarda yaşamı tehdit edici olabilir (6).

Uyku sırasında kardiyak debi düşer. Kimi kardiyak aritmiler azalır ya da ortadan kalkar; kimi başka aritmiler, özellikle REM uykusunda prematür ventriküler kontraksiyonlar (PVC) artıyor gibi görünmektedir. Uyku sırasında düşen periferik kan basıncının tersine pulmoner arteriyel basınç hafifçe yükselir (35). NREM ve REM uykusu sırasında ortalama arteriyel kan basıncı ve kalp hızı sırasıyla yaklaşık % 10 ve % 6 düşer. NREM uykusu, özellikle delta uykusu 24 saat içinde en düşük metabolik durum, kalp atım hızı ve kan basıncı ile belirlidir. Kısa hipopne ve apneler içeren ve düzensiz solunumla belirli fazik REM uykusu sırasında kardiyak sistem de oldukça düzensizdir. Kalp atım hızı değişken hale gelir ve kan basıncı geçici olarak 40 mm Hg kadar artabilir. Özellikle REM uykusu sırasındaki büyük değişkenliğin

strok, miyokard infarktüsü, anjina ve disritmileri presipite ettiği öne sürülmüştür. Uyku sırasında ciddi EKG bulguları olan hastalar tanımlanmalı ve geceleri yüksek doz vazodilatör ve antiaritmik ilaçlar verilmelidir (6).

Uyku sırasında sindirim işlevlerinin nasıl değiştiği tam anlamıyla açıklığa kavuşmuş değildir. Olasılıkla, duodenal ülser hastalığı olanlar dışında asit salgısı azalıyor gibi görünmektedir. Yutma ve özefageal motilite de uyku sırasında azalır, böylece uyku sırasında gastroözefageal reflüsü olan hastalarda asit klerensi gecikir. Bu da özefajite ve infantlarda aspirasyon sorunlarına ve laringospazmlara neden olabilir (33).

Merkezi sinir sistemi: Uyku sırasında beyin kan akışındaki değişiklikler, beyin aktivitesinde buna uygun değişiklikleri düşündürmektedir. REM uykusu sırasında iskelet kaslarında vazokonstrüksiyon olsa da beyin kan akışının anlamlı ölçüde arttığı belirtilmektedir. Beyin ısısının da artması beyin metabolizmasının arttığını düşündürür. NREM uykusu sırasında beyin ısısı azalır. Bütün olarak NREM uykusu sırasında beyin kan akışının azaldığı belirtilmiştir (6).

Termoregülasyon: Şaşırtıcı olan REM uykusu sırasında termoregülasyonun olmamasıdır; hem terleme, hem de titreme olmaz ve vücut ısısı çevre ısısına gelir. Hipotalamusdaki termoregülasyon alanının, ne soğutulması, ne de ısıtılması REM uykusu sırasında ısıyı değiştirmez. İleri derecedeki ısı değişikliklerinde uyanılır ve yeniden termoregülasyon sağlanmaya başlanır (35).

REM evrelerinde kısmi ya da tam penil ereksiyon olur. Bu bulgu empotansın etiolojisinin değerlendirilmesinde oldukça anlamlıdır. Nokturnal penil tümesans (NPT) çalışmaları uyku EEG'si çalışmalarında önemli bir yer tutmaktadır. Eğer REM uykusu sırasında normal ereksiyon oluşursa psikojenik empotans söz konusudur, ancak ereksiyonlar zayıf veya yoksa organik empotanstan söz edilir (6,35).

Özet olarak, belirli fizyolojik sistemler hastanın uyanık, NREM uykusunda ya da REM uykusunda olmasından ileri derecede etkilenmektedir. Kimi hastalarda bu sistemler uyanıklık sırasında normal olarak çalışırken uyku sırasında bozulur. Sözgelimi, uyku apnesi olan hastalarda uyanıklık olunduğu sırada solunum normal olabilir ancak uyku sırasında ölümcül nitelik kazanabilir (6,35).

2.2.5.UYKUNUN NÖROLOJİK VE NÖROKİMYASAL TEMELLERİ

Uykunun oluşabilmesi için hem uyarılma sisteminin inhibisyonu hem de uyku oluşturan sistemlerin aktivasyonunun gerekli olduğuna inanılmaktadır. Uykunun başlaması için, önce uyarılma sistemindeki eksitasyonun pasif biçimde azaldığı, bundan sonra uyku sağlayıcı sistemin aktif bir biçimde baskın hale gelmeye başladığı belirtilmiştir. Böylece uykunun başlangıcında hem aktif, hem de pasif bileşenler yer alır ve uykusuzluk iki etiyojiye sahip olabilir; ya uyanıklık sisteminde aşırı bir aktivasyon söz konusudur, ya da uyku sağlayıcı sistemin gücü azdır (6).

NREM uykusu: Beyin, ortabeyin düzeyinde kesilirse hem altındaki beyin sapı, hem de üstündeki önbeyin uyanıklık-NREM uykusu döngülenmesi gösterir. Bu da NREM uykusu için tek bir merkezin olmadığını gösterir. Ancak, bazal önbeyin, medullada soliter traktusun çevresindeki alan ve olasılıkla dorsal rafe nükleusu gibi bölgeler uyumayı sağlıyor gibi görünmektedir. Benzer olarak, özellikle çıkan retiküler aktive edici sistem (ARAS) ve posterior hipotalamus olmak üzere uyanıklığı sağlayan bölgeler de var gibi görünmektedir (35). Monamin nörotransmitterler (serotonin, norepinefrin ve dopamin), gama aminobütirik asit, asetilkolin, histamin, peptidler ve uykuyu kolaylaştıran maddeler uyku-uyanıklık döngüsünü etkileyen başlıca nörokimyasal maddelerdir (6). Ayrıca, çoğu sirkadiyen ritim için optik kiazmanın üstündeki suprakiazmalik nükleusun "saat" görevi gördüğü, dolayısıyla uyku-uyanıklık döngüsü sağladığı bulunmuştur (35).

Buradan olmak üzere insomnianın iki etyolojisi olabilir: Uyanıklık sisteminde aşırı bir aktivite (aşırı uyarılma) ya da uyku sisteminin gücünde azalma (35).

REM uykusu: REM uykusuna yol açan sistemin yukarı ponsda olduğunun bulunmasıyla birlikte REM uykusu daha iyi bir biçimde anlaşılabilir bir hale gelmiştir (6).

İleri sürülen varsayımlara göre, REM-NREM döngüsünün denetiminde iki grup nöron (ya da sistem) işe karışmaktadır.

(1) **Aminerjik sistem** ("REM-off" hücreleri), dorsal rafe nükleuslarında (serotonerjik), lokus sereleusda (noradrenerjik) ve nükleus peribrakialis lateralside (noradrenerjik) yer almaktadır (6,35). Bu sistemdeki hücreler en yüksek deşarj oranlarını uyanıklık sırasında göstermekteyken, NREM uykusu sırasında giderek azalmakta ve erken REM uykusu sırasında en düşük düzeye gelmektedir (6). Bu sistem kendi inhibisyonu kendi yapıyor gibi görünmektedir (35).

(2) **Kolinerjik retiküler sistem** ("REM-on" hücreleri), öncelikle mezensefalik, meduller ve pontin jjanlosellüler tegmental alanlarda yer almaktadır. Hareket edilmediğinde bu hücrelerdeki birim aktivite "REM-off" aminerjik sistemin tersidir: Uyanıklık sırasında en düşük, NREM uykusu sırasında artma ve REM uykusunda en yüksek olmak üzere. Bu sistemdeki hücreler kolinoseptif, kolinerjik ve eksitatuvar gibi görünmektedir (35).

Bu varsayıma göre, bu iki birbirine karşı gelen sistem NREM ve REM değişikliklerini sağlamak üzere sürekli bir biçimde karşılıklı olarak çalışmaktadır (35).

2.2.6.UYKU REGÜLASYONU

Yaygın olan görüş tek bir temel uyku kontrol merkezi olmadığı yönündedir; fakat beyin sapında yerleşmiş, birbiri ile bağlantılı sistem veya merkezler birbirlerini uyarma ya da inhibe etmektedirler. Birçok çalışma uyku regülasyonunda serotoninin rolünü desteklemektedir. Dorsal raphe (DRN) çekirdeğindeki serotonin nöronları REM uykusunu ateşler ve laterodorsal tegmental ve pedunkülopontin tegmental çekirdeklerdeki (LDT-PPT) kolinerjik nöronları inhibe eder (34).Serotonerjik nöronlardan serotonin sentezi ve salınımı triptofan gibi aminoasit prekürsörlerinin bulunmasına bağlıdır (39). L-triptofanın hipnotik etkisi vardır (34).Yüksek miktarlarda L-triptofanın (1-15 g) gıdalarla alımı uyku latansını kısaltmakta ve gece uyanmalarını azaltmaktadır. Aksine triptofan eksikliği REM uykusunda harcanan zamanın azalması ile ilişkilidir (39).

Normal uyku paternlerinin kontrolünde lokus seruleustaki norepinefrin içeren nöronlar önemli rol oynarlar.Bu noradrenerjik nöronların ateşlenmesini arttıran ilaçlar ve manipülasyonlar REM uykusunda anlamlı bir azalma yaparlar (REM-off nöronlar) ve uyanıklığı arttırlar (39). Lokus seruleustaki LC nöronlar REM uykusunu ateşler, talamusun aracılığıyla kortikal EEG senkronizasyonunu inhibe ederler (34).

Beyin asetilkolini de, özellikle REM uykusu oluşturulmasında rol oynar (39). REM uykusunun başta gelen düzenleyicisidir.Salınım azalması durumunda REM latansı kısalır,REM yüzdesi artar ve REM dağılımı uykunun son dönemlerinde artacağına,başlangıcına ve ortasına doğru kayar (22).

Pineal bezden melatonin salgılanması parlak ışıkla inhibe olur, bundan dolayı gün boyunca en düşük melatonin konsantrasyonları görülür. Hipotalamustaki

suprakiazmatik nükleus sirkadiyen pacemaker'in anatomik alanıdır, melatonin salgılanmasını ve 24 saatlik uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesini sağlar (39).

Dopamin;amfetamin ve kokainin uyarıcı etkilerini düzenler ve antipsikotiklerin sedatif etkilerinden sorumludur (34). Beyin dopaminini arttıran ilaçlar uyanıklığı arttırmaktadır. Aksine dopamin blokörleri, örneğin pimozid ve fenotiyazinler uyku süresini arttırmayı sağlarlar (39).

2.2.7.Uyku Gereksinimi

İnsanların gereksinim duydukları uyku yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel ortam ve bireysel özelliklerine göre farklılık gösterir (8,40).

Doğum ile birlikte bebeğin tamamen karanlık bir ortamdan ışığa maruz kaldığı bir ortama geçmesi, beslenme ve sosyal ilişkiler gibi çevresel uyaranların varlığı bebeğin uyku-uyanıklık döngüsünü şekillendirici faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Miyadında doğan bir bebek 24 saatin 6 saatini uykuda geçirmekte, uykuları genellikle REM uykusu ile başlamakta ve toplam uyku süresinin yaklaşık %50'sini REM uykusu oluşturmaktadır (41).Yeni doğanın uyku periyodu 40 dakikadan oluşmaktadır (42). REM uykusu bebek büyüdükçe azalmakta, 3 aylık bebekte toplam uyku süresinin yaklaşık %40'ı, 3-12 ay arasında ise ortalama %30'una düşmektedir. Doğumdan sonra ilk 3 ayda bebeğin uyku ve beslenmesi 3 ile 4 saat aralıklı olarak gözlenirken, 3-6 ay arası bebekte sirkadiyen uyku paterni ortaya çıkmaya başlamaktadır. 6 aydan sonra gece uykularının daha uzun olduğu ve öğleden sonra uykularının yer aldığı bifazik uyku paterni görülmektedir. NREM-REM değişim süresi ise 3 aylıkken 45 dakika süre içinde olurken, bu süre bir yaşa doğru 60 dakikaya, 5-10 yaş arasında ise normal erişkinlerde görülen süreye 90 dakikaya ulaşmaktadır (41).

Bir yaşındaki bir çocuk, yaklaşık 11 saatini gece uykusu, 2-2,5 saatini de gün içerisinde bir ya da ikiye bölünmüş halde gündüz uykusu ile geçirmektedir. 2-3 yaş arasında sabah uykuları ortadan kalkarken, öğleden sonra uykuları 5 yaşına kadar devam etmektedir. Çocukluk çağı süresince REM uykusu ve toplam uyku süresi azalırken, derin yavaş uyku oranı artmaktadır. Sekiz yaş civarında sadece gece uykuları söz konusudur ve yaklaşık 10 saatlik, uyanıklık süresinin oldukça az olduğu gece uykuları gözlenmektedir. Pubertede toplam uyku süresi ortalama 9 saat kadardır ve uykunun yaklaşık %40'ı derin yavaş uykudan, %20-25'i REM uykusundan oluşmaktadır (41).

20 yaş civarında uyanıklık sayısının az, uyku etkinliğinin yüksek olduğu uykular devam ederken, bu durum yaş ile birlikte giderek düşmektedir. 35 yaşlarında derin yavaş uyku oranı, 20'li yaşlara göre azalma gösterirken, REM uykusunun toplam uyku süresine oranı %25 olarak sabit kalmaktadır. Bu yaşlarda uyku etkinliğinde giderek azalma, gece uykuya dalma süresinde uzama ve gece içi uyanıklık sayısında artış gözlenmektedir (41).

Yaşlılarda ise gece uykusunun süresi azalırken, gün içerisindeki uyuklamaların sayısı ve süresi artış göstermektedir. 24 saat süresince toplam uyku süresi genç erişkinlerin uyku süresi ile eşit süre gösterebilmektedir. Gece içerisindeki uyanıklık sayısının artması ile birlikte uyku etkinliği belirgin bir şekilde azalmaktadır. Derin yavaş uyku süresi %10' a kadar düşmekte, yaş ilerledikçe derin yavaş uykunun azalması da belirginleşmektedir. Bu yaşlarda delta dalgalarının amplitüdünde de gözlenen düşme, uykuyu düzenleyen merkezlerdeki dejenerasyonun bir yansıması olarak düşünülmektedir. Birinci dönem uykudaki artış %15'e kadar ulaşabilmektedir. Uyku iğlerinin sayısı azalmakta ve amplitüdüleri düşmekte, normal erişkinlerde 16 Hz olarak gözlenen uyku iğleri 12-14 Hz'e kadar azalmaktadır. Uyku paternindeki bu değişimler 60 ile 80 yaş arasında erkeklerde kadınlardan daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Sadece çok ileri yaşlara kadar her iki cinstede REM uykusunun toplam uyku süresine oranı %20 düzeyinde kalmaktadır. REM uykusunun oranı değişmezken, sirkadiyen ritmdeki değişimlerin sonucu olarak düşünülen REM latansında kısalma ve ilk REM epizodunun süresinde uzama gözlenmektedir. Işığa bağımlı olarak kontrol edilen melatonin seviyesinin yaşlılarda düşmesi ile uyku zamanının her on yıl için bir saat öne kaydığı, bu nedenle yaşlı kişilerde erken yatıp erken saatlerde uyanma probleminin sıklıkla karşımıza çıkan bir problem olduğu belirtilmektedir (41). Uyku ihtiyacı fiziksel çalışma, egzersiz, hastalık, hamilelik, genel ruhsal stres ve ruhsal aktivitede artış durumlarında da artar (31).

2.2.8.Uykunun İşlevi

Uykunun gerçek işlevinin ne olduğu hakkında değişik görüşler vardır. Kimine göre uyku, organizmanın tümüyle her türlü davranış ve tepkilerinin yavaşladığı, algı kapılarının kapandığı, organizmanın korunmaya alındığı, merkezi sinir sisteminin ve bedenin pasif bir dinlenmeye geçtiği bir durumdur, öbür yandan, uykuda beynin aktif olarak çalıştığı, nörofizyolojik bir toparlanma ve onarım yapıldığı, uyanırken öğrenilenleri ayıklama ve depolama, beyin korteksinde uyanıklık için etkin hazırlanma süreçlerinin olduğu da ileri sürülmektedir (38). İnsanlar uyku ve

dinlenme dönemlerinde fiziksel ve mental olarak rahatlık hissederler. Yapılan çalışmalar NREM uykusunun fiziksel, REM uykusunun ise mental iyilik sağladığını göstermektedir. Uykuda fiziksel olarak böbreklerden fosfat atılımı, büyüme ve adrenal hormonların salınımı, vitamin kullanımı, deri onarımı, epitel hücre çoğalması ve protein sentezi gerçekleşir. Özellikle bebeklerin büyümesi, yaraların kapanması, vücut içindeki onarımı NREM uykusu sırasında olur. Uyku sırasında bazal metabolizmanın yavaşlaması ile de vücudun enerjisi korunur (36,40,43).

Dolaşım sistemi uykuda daha iyi çalışır. Uyku sırasında biyolojik işlevlerin yavaşlaması ile kalp daha çok kanla dolar ve her vuruşta daha fazla kanı dolaşıma verir. Sağlıklı, erişkin bir kişinin kalp atımı dakikada 60-100'dür. Uyku sırasında kalp atımı dakikada 60 ya da daha da altına düşer. Kalp yavaşlayarak dinlenir ve kan, günlük yıpranmanın onarımı için gereken maddeleri dokulara taşır (36,42).

REM uykusu öğrenme ve bellek, ruhsal denge ve sosyal uyum için de önemlidir. Gün içindeki olaylar gözden geçirilir ve önemli bilgiler depolanır. Günlük problemler çözümlenir. Stres ve yeni bazı deneyimler yaşamak REM uykusuna olan gereksinimi artırır. Birey yeterli REM uykusu uyuyamazsa, gün içinde gergin ve anksiyeteli olur (8,38).

2.2.9.Uykuyu Etkileyen Etmenler

Birçok fizyolojik, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini ve süresini bozar. Bu etkenler aşağıdaki başlıklarla incelenebilir (4,36).

2.2.9.1.Hastalıklar

Genellikle ağrıya yol açan çeşitli tıbbi hastalıklar başta olmak üzere, astım, gastroözofageal reflü, duodenal ülser, anjina, konjestif kalp yetmezliği, üremi, allerjik rinit, nöbetler, hipertiroidi, diyabet, beslenme sorunları, ağırlı ereksiyon, post operatif ağrılar, fiziksel travmalar, insomniaya yol açabilirler. Hipersomniaya yol açan genel tıbbi durumlar arasında, hipotiridi, enfeksiyonlar, myotonik distrofi, karbondioksit narkozu, pickwickian sendromu, tümörler, serebrovasküler olaylar, hidrosefali, beyin enfeksiyonları, hipoglisemi, hiponatremi, karaciğer ve böbrek yetmezliği, fiziksel travmalar sayılabilir.

Ayrıca kaşıntılı durumlar, öksürüklü durumlar, hiatus benlisi, çizgili kas krampları, ortopedik tesbit, parkinson hastalığı, romatizmal durumlar, post menopozal ateş basması, ve gebelik de gece sıkı sık uykudan uyanmaya, uykuya dalma ve sürdürmede güçlüğü, toplam uyku süresinde azalmaya yol açarak uyku kalitesinde bozulmaya neden olur (6).

Uyku kalitesini bozan psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan depresyon, mani, psikoz, anksiyete, akut şizofreni, stres, demans ve Alzheimer gibi bozuklukları olan hastalarda genellikle uykuya dalma ve uyku süresinde ve yatakta geçen sürede azalma, aşırı uykulu olma ve sabah erken uyanma gibi uyku ile ilgili problemler görülür (4,36). Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, mani ve demans uyku kalitesinde şiddetli bozukluk oluşturan durumlardır (22).

2.2.9.2.Alkol ve Diğer Uyarıcılar

Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici etki yapar; özellikle uykuya dalmayı kolaylaştırır. Ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM 4 ve REM uykusunda azalmaya neden olur. Bu, kısmen tolerans oluşmasına ve gece alkol etkisi geçtikten sonra sabaha karşı kendini gösteren alkol yoksunluğuna ve kısmen de alkolün somatik etkilerine (mide bozulması, baş ağrısı gibi) bağlıdır. Bu somatik yakınmalar alkol sık alınsa da seyrek alınsa da görülür. Ayrıca alkol yine ister seyrek olarak alınsın ister kronik şekilde alınsın uykuda gelen solunum bozukluklarını artırmak suretiyle uykuyu bozabilir. Detoksifiye edilmiş alkoliklerde aylarca hatta yıllarca devam eden uyku bozukluğu olabilir. Bu nedenlerle bireyler, fiziksel ve ruhsal olarak yeterince dinlenemedikleri için ertesi gün sinirlilik, yorgunluk gibi durumlardan şikayet ederler (22).

Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı güçleştirerek, gece sık sık ve sabah erkenden uyanmaya neden olur (4,6,36).

2.2.9.3.İlaç Kullanımı

Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen bazı ilaçlar da yararlarından çok yeni problemlere neden olabilir. Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu etkiler. Sedatif kullanan bireylerde iş gücü performansında azalma ve uyuşukluk hissi görülür. Hipnotikler uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın kesilmesinden sonra uykusuzluğa (rebound insomnia) yol açabilir. Diüretikler, digoksin ve beta blokerler bireyin sık sık uyanmasına neden olabilir. Narkotik analjezikler, barbitürat ve stimulan ilaçlar REM uykusunu bozarak gece uyanmaya ve uyuşuk olmaya neden olurlar. Benzodiyazepin grubu ilaçlar kesildikten sonra " rebound insomnia" gelişebilir (6,36,44).

2.2.9.4.Yaşam Biçimi

Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Bireylerin çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise, değişen uyku programına uyum sağlaması zordur. Gece çalışan bireylerde bir iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olur. Yapılan çalışmalar gece çalışan bireylerin uyku öncesi ve sonrası performanslarının bozuk olduğunu göstermiştir. Regestein vardiya şeklinde çalışmanın bireylerin performansına ve uyku kalitesine olumsuz etki ettiğini, % 65 oranında kötü uyku kalitesine sahip olduklarını bulmuştur (24). Ayrıca gece geç saatlerde yapılan sosyal aktiviteler ve geceleri yemek yeme bireylerin uyku düzenini ve kalitesini etkiler (36).

2.2.9.5.Egzersiz ve Yorgunluk

Sürekli spor yapanlar daha iyi uyurlar. Fakat düzensiz yapılan egzersizler ise uykunun bozulmasına neden olur. Egzersiz yapanların iyi uyumaları zannedildiği gibi yorgunlukla ilgili değildir. Egzersiz sırasında bedende serotonin salgılanması ile derin dinlenme ve delta uykusunun düzenlenmesi sağlanır (45).

Sabah erken saatlerde ve yatmadan hemen önce yapılan egzersizler uykuya bir yarar sağlamaz (4). Uyku için en uygun egzersiz zamanı, öğleden sonra ve akşam üzeridir (45). Hafif bir yorgunluk uyumayı kolaylaştırırken, kötü ve stresli bir iş günü sonunda yaşanan aşırı yorgunluk uykuya dalmayı güçleştirir (36).

2.2.9.6.Çevre

Çevre bireylerin uykuya dalmasını ve uykuyu sürdürmesini etkileyen önemli etkenlerden biridir (36).

Gürültülü ortamlarda uyku yüzeyseldir, uyku süresi azalır. Bazı insanlar uyumak için sessiz bir ortamı tercih ederken bazıları ise, hafif bir müzik sesine gereksinim duyabilirler (37,45).

Oda sıcaklığı da uykuyu etkiler. Oda sıcaklığının 24°C' den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12 °C' den düşük olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uykunun kalitesini bozar (4,36,37).

Yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişi ile yatmak da uyku kalitesini etkileyen etkenlerdir. Bazı insanlar uyumak için karanlık ortamı tercih ederken, özellikle çocuklar loş ışıkta daha kolay uyuyabilirler (7,45).

2.2.9.7.Huzursuz Bacak (Restless Leg) Sendromu

Bacakları hareket ettirebilmek için yoğun bir biçimde zorlanmaya yol açan rahatsızlık verici duyular, disteziler, huzursuzluk ve kas seğirmeleri ile karakterizedir. Tipik olarak geceleyin uyumadan önce başlar, bacakları oynatmakla ya da yürümeyle geçici olarak geçer, ancak bacaklar hareketsiz kalınca yeniden ortaya çıkabilir. Bu duyular uykuya dalmayı geciktirebilir ya da kişiyi uykusundan uyandırabilir (6).

2.2.10.UYKU BOZUKLUKLARI

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabının dördüncü baskısı (DSM-IV) uyku bozukluklarını klinik tanısal kriterler ve olası biyolojilerine göre sınıflamaktadır. DSM-IV'te üç ana gruptaki uyku bozuklukları; birincil uyku bozuklukları, diğer bir mental bozukluğa bağlı uyku bozuklukları ve genel tıbbi duruma bağlı ve maddenin yol açtığı şeklindedir (39).

2.2.10.1.BİRİNCİL UYKU BOZUKLUKLARI

2.2.10.1.1.Dissomnialar

2.2.10.1.1.1.BİRİNCİL İNSOMNİA

Ana yakınma, uykuyu başlatma, uykuyu sürdürme ya da dinlendirici olmayan uyku yakınması ve en az bir ay sürmesi ile tanı konur (39,46). "Birincil" terimi insomnianın bilinen herhangi bir durumdan bağımsız olduğunu belirtir. Birincil insomnia sıklıkla uykuya dalma güçlüğü ve sık uyanmalar ile karakterizedir. Gece döneminde fizyolojik ve psikolojik uyarılmışlık ve uykuya negatif şartlanma sıklıkla bulunur. Genellikle birincil insomniası olan hastalar yeterli uyku uyuyabilmek ile meşguldürler. Birey ne kadar çok uyumak için çaba gösterirse o kadar frustrasyon ve gerginlik yaşar ve uykuya dalmak güçleşir (39).

2.2.10.1.1.2.BİRİNCİL HİPERSOMNİA

En az bir ay süre ile aşırı somnolans varsa ve herhangi bir nedene bağlı değilse birincil hipersomnia tanısı konur (39,47).

Bazı bireyler uzun uykucudurlar ve kısa uykucular gibi normal çeşitlilik gösterirler. Uykuları her ne kadar uzun olsa da yapı ve fizyoloji olarak normaldir. Uyku etkinliği ve uyku-uyanıklık düzeni normaldir. Bu patern, uyku kalitesinde, gündüz uykululuğunda veya uyanıklık duygu durumunda, motivasyonda ve performansta yakınma yoktur (39).

Uzun uyku yaşam boyu paterni olabilir ve ailesellik göstermektedir. Birçok birey uyku çeşitliliği gösterir ve yaşamlarının belirli dönemlerinde uzun uyku dönemleri gösterirler (39).

Bazı bireyler nesnel bulgular bulunmazken öznel olarak uykulu olma yakınmaları yaşarlar. Normalden daha fazla uykuya dalma eğilimindedirler. Aşırı somnolansın kesin nedenleri belirlenmelidir. DSM-IV'e göre, bozukluk eğer hasta en az üç günlük aşırı uyku periyodları ve en az iki yıldır yılın çeşitli dönemlerinde yakınma yaşıyorsa rekürren olarak kodlanır (39).

2.2.10.1.1.3.NARKOLEPSİ

Narkolepsi aşırı gündüz uykulu olma hali ve en az üç aydır devam eden günlük REM uykusunda anormal bulgular ile oluşur (39). Narkolepsi kontrol edilemeyen uyku atağı sonucu hastanın aniden örneğin yemek yerken, cinsel ilişki sırasında, araba kullanırken, uygun olmayan, utandırıcı hatta tehlikeli durumlarda uykuya dalması ile ilgili bir rahatsızlıktır. Uyku ataklarının 15-20 dakika gibi kısa sürelerde meydana gelmesi ve hastayı dinlendirdiği şeklinde tanımlanmasına rağmen bu doğru değildir (34).

En yaygın semptom uyku ataklarıdır (39,48). Hasta uykuya dalmasını engelleyemez (39).Uyku atakları her zaman dinlendirici olup hastalığın teşhisinde bu özellik önem kazanmaktadır (49).

Sıklıkla eşlik eden bir sorun katapleksidir. Ani kas tonüsü kaybı ile çene ve başta düşme, dizlerde zayıflık ve iskelet kaslarında paralizi ile ortaya çıkar (39).

Diğer semptomlar hipnagojik (uykuya dalarken) ve hipnopompik (uykudan uyanırken) halüsinasyonlardır: Uyku başlangıcında veya uyanırken ortaya çıkan işitsel veya görsel olabilen canlı algısal yaşantılardır.Hasta sıklıkla anlık bir korku içine girer ve bir-iki dakika içinde kendini toparlayarak gerçekte hiçbir şeyin olmadığını farkına varır (39).

Yaygın olmayan bir semptom da uyku felcidir.Sıklıkla sabah uyanırken ortaya çıkar; epizod sırasında hasta uyanık ve bilinçlidir fakat kaslarını oynatamaz (39).

2.2.10.1.1.4.SOLUNUMLA İLİŞKİLİ UYKU BOZUKLUĞU

Solunumla ilişkili uyku bozukluğu, uyku ile ilişkili solunum sorununun neden olduğu, aşırı uyku veya insomniaya giden uyku bozukluğu ile karakterizedir.Uyku sırasında oluşan solunum sorunları apneler, hipopneler ve oksijen desatürasyonlarıdır. Bu sorunlar değişmez bir şekilde hipersomniaya neden olur. Solunum sistemindeki iki bozukluk hipersomnia oluşturur, bunlar uyku apnesi ve

merkezi alveolar hipoventilasyondur. Her iki bozukluk ayrıca insomnia da oluşturabilir fakat hipersomnia daha yaygındır (39).

2.2.10.1.1.4.1.Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

Uyku apnesi; uyku sırasında nefes alıp vermenin kesilmesi olarak karakterize olan bir durumdur. Santral,obstrüktif ya da mixed tip olarak sınıflandırılır (34,46).

Sadece merkezi olan uyku apnesinde hem hava akımı hem de solunum çabası (karın ve göğüs) apneik epizodda durur ve uyanma ile başlar (39). Daha çok yaşlılarda kardiyak ve nörolojik durumların sonucu olarak,solunum regülasyonunun etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkar (33).

Sadece obstrüktif olan uyku apnesinde hava akımı durur fakat solunum çabası apneik dönemde artar, karın ve göğüs kaslarındaki obstrüksiyonu aşma tıkanmayı düşündürür. Bunda da uyanma ile epizod kesilir.

Karışık tipte ise hem obstrüktif hem de merkezi uyku apnesi öğeleri bulunur(39).

Tanı solunum bozulma indeksi (saatlik solunumsal olayları içerir ve apne-hipopne indeksi olarak da tanımlanır) ile konur. Saatte 10 kezden çok meydana geliyorsa uyku apnesi vardır anlamına gelir (34).

OSAS yaygın olarak fazla kilolu orta yaşlı erkeklerde,hipertansiyon ve kalp yetmezliği olanlarda daha sık görülmektedir (50).

Merkezi ve karışık apnelerde gece boyunca uykuya dalmada güçlük yaratmayan tekrarlayan uyanmalar, sabah oluşan baş ağrısı ve duyu durum değişiklikleri ile ilişkilidir (39).

2.2.10.1.1.4.2.Merkezi Alveolar Hipoventilasyon

Merkezi alveolar hipoventilasyon belirgin apneik epizodların bulunmadığı, solunumsal anormalliğin görüldüğü veya uyku sırasında çok bozulduğu ventilasyonun azalması ile belirlidir. Ventilasyondaki işlev bozukluğu yetersiz tidal volüm veya uyku sırasındaki yetersiz solunum hızı ile karakterizedir. Uyku sırasında ölüm görülebilir (39).Aşırı kilolularda görülür (33).

2.2.10.1.1.5.SİRKADİYEN RİTM UYKU BOZUKLUĞU

Sirkadiyen ritminin bozulması durumunda uyuma-uyanma paterninin zamanlamasında ve arzu edilen normal patern arasında ayarsızlık vardır. Bu hastalar ya insomnia ya da hipersomniadan şikayet ederler.DSM-IV'te dört tip sirkadiyen ritm uyku bozukluğu sıralanmıştır: (1) gecikmeli uyku evresi tipi, (2) jet lag tipi, (3) değişen mesai saatleri tipi ve (4) belirlenmemiş tip (39).

2.2.10.1.1.5.1.Gecikmeli Uyku Evresi Tipi

Gecikmeli uyku evresi tipinde sirkadiyen ritm uyku bozukluğu, uyku ve uyanma saatlerinde istenilen zamandan daha geç saatlere kayma ve günün aynı saatlerinde olması, uyku başladıktan sonra sürdürmede güçlüğü olmaması ve çaba ile alışıldık uyku fazına dönmede yetersizlik ile belirlidir. Bozukluk başlıca yakınma olarak istenilen alışıldık saatte uykuya dalamama şeklinde görülür ve uyku başlangıcı insomniaya benzer. Uykusuzluğa bağlı gün içinde uykulu olma durumu sıklıkla bulunur (39).

2.2.10.1.1.5.2.Jet Lag Tipi

Birden çok zaman dilimini geçerek seyahat edildiğinde ortaya çıkan,içinde bulunulan zamana göre günün uygunsuz saatlerinde uykulu ya da uyanık olma durumudur (32).

2.2.10.1.1.5.3.Değişen Mesai Saatleri Tipi

İnsomnia ve hipersomnia ya da her ikisinin varlığı en temel özelliklerinden biridir. Gastrointestinal bozukluk, kardiyoaskuler semptomlar, alkol alımının artması,aile ve sosyal hayatında meydana gelen engellemeler, düşük kültür ve üretkenlik ve yüksek oranda işe gidememe durumları ile karakterize olur (34). Özellikle vardiyalı çalışma tarifeleri, gece işçileri, uyku-uyanıklılık durumunu etkilemektedir.Bunlar uyku süresi açısından bozukluk içerisindedirler. Değişen mesai saatleri biyolojik saatle uyumsuzluk gösterirler (33).

2.2.10.1.1.5.4.Belirlenmemiş Tip

a-Öne kaymış uyku evresi sendromu: Öne kaymış uyku evresi sendromu uyku başlangıcı ve uyanma zamanlarının istenilenden öne kayması ve her gün aynı saatte görülmesi ile karakterizedir; uyku başladıktan sonra sürdürmede güçlük bulunmaz ve alışıldık uyku saatlerine dönmede yetersizlik vardır. Başlıca yakınma akşamleyin uyanık kalmada yetersizlik ve sabah istenilen alışıldık saate kadar uyumadır (39).

b-Dezorganize uyku-uyanıklık örüntüsü: Dezorganize uyku-uyanıklık paterni, düzensiz ve değişken uyuma ve uyanmalarla düzeni bozar. Bu durum gün içinde sık kestirmeler ve düzensiz ve aşırı yatak istirahati ile ilişkilidir. Gece uykusu uygun uzunlukta değildir ve insomnia şeklinde ortaya çıkabilir, diğer yandan 24 saatlik total uyku süresi hastanın yaşına göre normaldir (39).

2.2.10.1.1.6.BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN DİSSOMNİA

2.2.10.1.1.6.1.Noktürnal Miyoklonus

Noktürnal miyoklonus uyku sırasında belli bacak kaslarındaki ani ve çok stereotipik kasılmalar şeklinde oluşur. Hastalar bacaklarındaki kasılmaların farkında değildirler. Bu durum 65 yaşın üstündekilerde % 40 oranında görülmektedir (39). Yaşla birlikte artan bening bir bozukluktur (51).

Tekrarlayan bacak hareketleri başparmak ekstansiyonu ve bilek, diz ve kalça fleksiyonu ile her 20-60 saniyede bir ortaya çıkar. Sık uyanmalar, dinlendirici olmayan uyku ve gündüz uykulu olma hali başlıca semptomlardır (39).

2.2.10.1.1.6.2.Huzursuz Bacaklar Sendromu

Huzursuz bacaklar sendromunda birey oturduğunda ya da yattığında bacaklarında rahatsızlık hisseder. Dizesteziler nadiren ağrılı olurlar fakat uykuyu bozacak şekilde, karşı konulamaz bacak hareketleri oluşturur. Sendrom uykuyla sınırlı değildir fakat uykuya dalmayı güçleştirir (39).

2.2.10.1.1.6.3.Kleine-Levin Sendromu

Normal uyku ve uyarılmış uyanıklığın ortaya çıktığı tekrarlayan uzun uyku periyotlarıdır (39).

Hasta günün, 18-20 saatini uyuyarak geçirir ve uyandırmak zordur. Eğer uyandırılırsa saldırgan davranışlar gösterebilir. İştah artışı hemen her hastada dikkati çekerken, hiperseksüalite %25 hastada gözlenmektedir. Hastalarda parsiyel ya da global bir amnezi bulunabilir (52).

2.2.10.1.1.6.4.Menstruasyonla İlişkili Sendrom

Normal uyku paterninde küçük değişiklikler oluşur (51).Bazı kadınlar menstruel dönemleri öncesinde aralıklı hipersomnia, değişen davranışsal paternler ve oburca yeme davranışı yaşarlar (39). Hem ovulatuvar hem de anovulatuvar siklus sırasında aşırı gündüz uykusu görülebilir. Oral kontraseptiflerle ovulasyon inhibe edilerek normal uyku uyanıklık paterni oluşabilir (51).

2.2.10.1.1.6.5.Yetersiz Uyku

Uyanıklığı sağlayacak yeterli uykuyu elde etmede devamlı zorluk, gündüz uykulu olma hali ve uyanık kalmakta güçlük, yetersiz uyku olarak ciddi bir yakınma olmaktadır. Birey sıklıkla istemsizce kronik uyku yoksunluğundadır. Tanı genellikle uyku kayıtlarının da dahil olduğu öykü ile konur (39).

2.2.10.1.1.6.6.Uyku Sarhoşluğu

Uyku sarhoşluğu, uykudan uyanıklığa geçişte açık farkındalığın olmadığı, uzamış ve abartılı yaşanan anormal bir uyanmadır. Bu durum konfüzyona yol açar ve sıklıkla bireysel ve sosyal güçlüklerle, bazen de suç davranışına götürebilir. Tanı için temel olan uyku yoksunluğunun bulunmasıdır. Nadir bir durumdur ve ailesel eğilim olabilir. Tanıyı koymadan önce uyku apnesi, noktürnal miyoklonus, narkolepsi ve aşırı madde ve alkol kullanımının dışlanması gerekir (39).

2.2.10.1.2.PARASOMNİYALAR

2.2.10.1.2.1.Kabus Bozukluğu

Kabus bozukluğu, genellikle REM döneminde ve uykunun ikinci yarısında bir dış uyaran olmaksızın uyanmaya yol açan korkutucu rüyalar ile karakterizedir (53). Diğer rüyalar gibi kabuslar her zaman REM uykusunda oluşur. Genellikle gecenin ilerleyen uzun REM dönemlerinde görülür. Bazı bireyler yaşam boyu sık kabuslarla yaşarlar, diğerleri ise başlıca stres ve hastalık dönemleri sırasında kabus görürler. Erişkin popülasyonun % 50'si ara sıra görülen kabuslar bildirmektedir (39).

Çeşitli ilaçların yoksunluk dönemlerinde de kabuslar görülebilir. REM supresyonu yapan trisiklik ilaçlar, benzodiazepinler ve barbitüratlar gibi ilaçların kesilmesi, rebound REM uykusuna ve buna paralel olarak da kabuslarda artışa neden olmaktadır. REM supresyonu yapan ve kısa yarı ömürlü ilaçlar, rezerpin, beta blokerler, amfetamin, dopamin agonistleri ve tiyoridazin kabus oluşumuna yol açabilir (53).

2.2.10.1.2.2.Uykuda Korku Bozukluğu(Uyku Terörü)

Uyku terörü, uykunun ilk saatlerinde, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan, çılgınlık atma ve ağlamanın eşlik ettiği, yoğun korku ile birlikte otonomik ve davranışsal değişikliklerle karakterize bir bozukluktur. Epizodların çoğu uykunun ilk 90 dakikası içinde ortaya çıkar. Olaydan sonra genellikle amnezi vardır. Yetişkinlerde incubus, çocuklarda pavor nocturnus olarak da isimlendirilmektedir (54,55).

Alkol, sedatif kullanımı, uyku yoksunluğu, yorgunluk, ateş, SSS depresanları ve stres epizodların ortaya çıkma olasılığını artırır (54).

2.2.10.1.2.3.Uyurgezerlik Bozukluğu

Somnambulizm olarak bilinir (34).Uyurgezerlik, yavaş dalga uykusu sırasında, özellikle gecenin ilk 1/3'lük bölümünde yataktan kalkma ve gezinme gibi ani motor aktivite ile karakterize bir tablodur. Bu dönemde hastanın uyandırılması güçtür ve döneme ait amnezi vardır (35). Epizodlar yaklaşık on dakika sürer (46).Uykusuzluk, yorgunluk uyurgezerlik epizodlarının sıklığını artıran faktörlerdir. Lityum, trisiklik antidepressifler, MAOI'leri, metilfenidat, zolpidem, triazolam ve diğer sedatif hipnotikler uyurgezerlik epizodlarını ortaya çıkarabilir (53).

2.2.10.1.2.4.BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN PARASOMNİA

2.2.10.1.2.4.1.Uyku ile İlişkili Bruksizm

Bruksizm başlıca evre 2 uykusunda görülen dişlerde öğütme hareketinin olmasıdır. Uykudayken, sabah bir çene ağrısı yoksa genellikle fark edilmez; diğer yandan yatak partneri veya oda arkadaşları sesle uyanabilmektedir (39). Sigara içenlerde içmeyenlere oranla iki kat fazla görülür (53).

2.2.10.1.2.4.2.REM Uykusu Davranış Bozukluğu

Genellikle orta yaş ve yaşlı erkeklerde, gecenin son 1/3'lük kısmında, REM uykusunda atoninin geçici kaybı ile birlikte, yaralanma veya suç sayılan aktivitelerin oluşması ile karakterize bir bozukluktur (53). Hastalar genellikle etkili,şiddet içeren,korkutucu (hayvanlar ya da insanlar tarafından saldırıya uğramak gibi) tekrarlayan rüyalarla bağlantılı hareketli uyku davranışları yakınması ile hekime başvururlar (56).

2.2.10.1.2.4.3.Uykuda Konuşma

Uykuda konuşma çocuk ve ergenlerde yaygın olarak görülmektedir. Uyku laboratuvarında geniş olarak araştırılmış ve uykunun her evresinde görüldüğü bulunmuştur. Konuşma ayırt edilmesi güç, birkaç kelimeyi içerir. Uzun konuşma epizodları uyuyanın yaşamı ile ilgileriyle ilişkilidir fakat ne rüyalar ne de gizli gerçeklerin ortaya konması ile bir ilişki yoktur (39).

2.2.10.1.2.4.4.Uykuyla İlişkili Kafa Sıçramaları (Jactatio Capitis Nocturna)

Uykuyla ilişkili kafa sıçramaları, başlıca uykudan hemen önce veya uyku sırasında ortaya çıkan daha az olarak vücutla birlikte olan kafa sallanmasını içerir. Genellikle hemen uyku başlangıcında ortaya çıkar ve hafif uyku dönemine kadar sürer. Yaygın olmayarak uzar veya derin NREM döneminde görülür. Tedavi yaralanmayı önleyici tedbirler içerir (39).

2.2.10.1.2.4.5.Uyku Paralizi

Uyku başlangıcında (hipnagojik), uykudan gece ya da sabah uyanma sırasında (hipnopompik) ortaya çıkan, genellikle anksiyete ve ölüm korkusunun eşlik ettiği istemli hareketleri yapamama ile karakterize bir tablodur (53).

2.2.10.2.DİĞER MENTAL BOZUKLUKLARA BAĞLI UYKU BOZUKLUKLARI

2.2.10.2.1.Eksen I veya Eksen II Bozukluğu İle İlişkili İnsomnia

İnsomnia en az bir ay sürelidir ve burada sınıflandırılmış ve klinik olarak bilinen mental bozuklukların psikolojik ve davranışsal semptomları ile açıkça ilişkilidir. Bu kategori heterojen bir grup durumu içerir. Uyku sorunu her zaman olmasa da genelde uykuya dalmada güçlüktür ve listelenmiş çeşitli mental bozuklukların bir parçası olan anksiyete ile ilişkilidir. İnsomnia kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Anksiyetenin psikolojik etken olduğu belirlenebilen olgularda, anksiyetenin psikiyatrik tedavisi (örneğin; bireysel psikoterapi, grup psikoterapist veya aile terapisi) sıklıkla insomniayı azaltır (39).

2.2.10.2.2.Eksen I veya Eksen II Bozukluklarıyla İlişkili Hipersomnia

Hipersomnia en az bir ay sürelidir ve duygudurum bozukluklarını da içeren bir dizi mental bozukluk ile ilişkilidir. Aşırı gündüz uykululuğu birçok hafif depresif bozukluk ve bipolar I bozukluğunun deprese fazında karakteristik olarak bildirilmektedir. Bazen komplike olmayan yaşta birkaç hafta görülebilir. Kişilik bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, somatoform bozukluklar, disosiyatif füğ ve amnestik bozukluklar gibi diğer bazı mental bozukluklarda hipersomnia oluşturabilir. Birincil bozukluğun tedavisi hipersomniada düzelme yapacaktır (39).

2.2.10.3.DİĞER UYKU BOZUKLUKLARI

2.2.10.3.1.Genel Tıbbi Duruma Bağlı Uyku Bozukluğu

Herhangi bir tip uyku bozukluğu (örneğin, insomnia, hipersomnia, parasomnia veya kombinasyonları) genel tıbbi bir duruma bağlı olarak oluşabilir.

Diğer yandan ağrılı ve rahatsızlık veren (örneğin artrit, anjina) herhangi bir durum insomnia oluşturabilir. Bazı durumlarda ağrı ve rahatsızlık bulunmasa da insomnia ile ilişkili olabilir. Bunlar, neoplazmalar, vasküler lezyonlar, infeksiyonlar, dejeneratif ve travmatik durumları içerir. Diğer durumlardan özellikle endokrin ve metabolik hastalıklar sıklıkla bazı uyku bozuklukları yaratmaktadır (39).

2.2.10.3.2.Maddenin Yol Açtığı Uyku Bozukluğu

Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerle, madde entoksikasyonu, yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkan veya ilaç kullanımı ile etiyolojik olarak ilişkili ayrıca ilgilenmeyi gerektirecek ağır bir uyku bozukluğudur. Bu tür bozukluğa yol açan maddeler arasında alkol, amfetamin, kafein, kokain, opiyat, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitikler bulunur. Meydana gelen uyku bozukluğu insomnia, hipersomnia parasomnia ve karışık tiplerde olabilir (6).

2.3.YAŞLILIKTA UYKU

Uyku örüntüsü, "normal" yaşlanmayla birlikte değişikliğe uğrar. Yaş ilerledikçe nörolojik, psikiyatrik ve diğer sistemlere ait hastalıkların prevalansı ve buna bağlı olarak kullanılan ilaç miktarı da artmaktadır. Bu hastalıkların ve ilaçların, uyku örüntüsünde yaratacağı değişiklikleri de hesaba katmak gerekir. Üstelik sağlıklı görünen kişilerde bile henüz fark edilememiş ya da tanısı konmamış, bazen otopside ortaya çıkarılabilen nörolojik (sessiz serebral infarktlar, başlangıç evresindeki Parkinson, demans gibi nörodejeneratif hastalıklar vb.) veya diğer sistemik hastalıklar bulunabilir. Gözlenen uyku değişiklikleri bu hastalıkların subklinik belirtisi olabilir. Yaşlılarda uzun süreli çalışmaların güç ve sayılarının yetersiz olması yüzünden, bu olasılığın tamamen dışlanabilmesi güçtür. Ancak "sağlıklı" yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalar, yaşlı popülasyonda ortak "fizyolojik" uyku değişikliklerinin ortaya çıktığını göstermektedir (57).

2.3.1.Yaşlılarda uykunun özellikleri: Poligrafik uyku incelemeleri, yaşlıların uykusundaki yapısal değişiklikleri objektif olarak ortaya koymaktadır. Toplam uyku süresi ve uyku etkinliği azalır. Buna karşılık, uykunun tatmin edici olmamasına bağlı olarak, uyunamasa bile yatakta kalma süresi artar. Uyku, genç erişkinlerinkine oranla çok kırılgan ve yüzeyseldir; sık uyanıklıklarla bölünmüştür ve uyku fazı değişikliklerinin sayısı artmıştır. Sıcaklık değişiklikleri ve gürültü gibi çevresel etkilere karşı da daha hassastırlar. Gece içi uyanıklıkların süresi de uzundur. Alışlagelmiş ortalama 7.5 saatlik gece uykusu süresi, 5.5-6 saate iner. Ayrıca uykunun algılanmasında da bozukluk vardır; yani yaşlıların uyudukları süre hakkındaki subjektif tahminleri ile uyku laboratuvarında ortaya konan objektif uyku süresi arasında uyumsuzluk söz konusudur (57).

Gerek gece uykusunun kalitesiz ve yetersiz olması gerek sirkadiyen ritimdeki değişiklikler nedeniyle yaşlılar gün içinde sık sık uyuklarlar. Bu yüzden gece uykusu

azalmış da olsa, gün içi uyuklamalar hesaba katıldığında 24 saat içindeki toplam uyku süresi değişmez (57).

Polisomnografik incelemelerin ortaya koyduğu en çarpıcı elektrofizyolojik bulgu, derin uyku (NREM III. ve IV. dönem) miktarının azalması ve delta dalgalarının amplitüdlerinin düşmesidir. Derin uykunun toplam uyku süresi içindeki oranı 20'li yaşlarda %18 civarındayken, 60 yaşında %10'a kadar düşmekte, 75 yaşından sonra ise NREM IV. dönem tamamen kaybolabilmektedir. Cinsiyetler arasında karşılaştırma yapıldığında ise, 60-80 yaş arasında uykunun yapısındaki bozulma erkekler aleyhine belirgin fark göstermektedir: 60-70 yaş arasında gece içi uyanıklık sayısındaki artış ve derin uyku miktarındaki azalma erkeklerde daha belirgindir. Yine 60-80 yaş arasındaki kadınlarda derin uykunun toplam uyku süresi içindeki oranı ortalama %9 iken, erkeklerde bu oran %2'ye kadar düşebilmektedir. Delta dalgalarının amplitüdü ise çocukluk çağındakine göre %75 oranında küçülür. Bu durum, uykuyu düzenleyen yapıların dejenerasyonuna, serebral atrofi sonucu korteksteki nöronal senkronizasyonun azalmasına veya subaraknoid alanlardaki değişikliklere bağlı olabilir. Derin uykunun azalması ve sık uyanıklıklar sonucunda NREM I. dönemin miktarı göreceli olarak artar ve %15'e kadar ulaşabilir. Uyku iğciklerinin de sayısı azalır, şekilleri bozulur, amplitüdüleri küçülür. Delta dalgalarının amplitüdlerinin düşmesi ve uyku iğciklerinin yapısındaki değişiklikler, uyku dönemlerinin ayırt edilmesinde güçlükler yaratır (57).

REM/NREM siklik örüntüsünde genellikle belirgin bir değişiklik olmamakla birlikte bazı çalışmalar, REM/NREM siklus sayısında azalmaya ve REM latansında kısaltmaya (70-80 dk) işaret etmektedir. Bilindiği gibi normalde ilk REM periyodu daha kısa olup, sonrakiler gittikçe uzamakta ve REM uykusu gecenin ikinci yarısında yoğunlaşmakta iken; yaşlılarda REM latansındaki kısalmanın da etkisiyle ilk REM periyodu uzayabilir ve bu yüzden REM uykusu gecenin her iki yarısına da yaklaşık aynı oranda yayılabilir. REM yoğunluğunda ve toplam REM süresinde azalma bildirilmekle birlikte, REM uykusunun toplam uyku süresine oranı pek değişmemektedir. REM uykusunda göreceli olarak daha az değişikliğin gözlenmesi, REM uykusundan sorumlu pontomesensefalik retiküler çekirdeklerin filogenetik olarak daha eski ve yaşlanmaya (dejenerasyona) daha dayanıklı yapıda olmalarına bağlanmaktadır (57).

2.3.2.Sirkadiyen ritm değişiklikleri: Uyku-uyanıklık siklusu, yaşı ilerledikçe sirkadiyen ritmlerle bağlantısını giderek bozar. Aslında birçok başka biyolojik fonksiyon da yaşlanmayla birlikte krono-biyolojik osilasyonlarla olan ilişkisini kaybeder. Hatta bazılarına göre fizyolojideki zamansal dezorganizasyon, yaşlanmanın ta kendisidir (57).

Sirkadiyen ritm, insan vücudunda gerçekleşen siklik değişiklikleri tarifeden bir deyimdir. Bu siklik değişikliklere en iyi iki örnek uyku-uyanıklık siklusu ile vücut ısısı siklusudur. Büyük ölçüde intrensik mekanizmalarca belirlenmekle birlikte, "zeitgeber" diye bilinen ışık, sosyal aktiviteler, yemek-iş saatleri gibi dışarıdan gelen zaman bildirici etkenlerle de ilişkilidirler. Uyku-uyanıklık siklusunda özellikle ışığın (gece-gündüz ritminin) rolü büyüktür. Maruz kalınan ışığın gün içindeki zamanlaması, süresi ve parlaklığı uykunun da başlangıcının, süresinin ve uyanma zamanının belirlenmesine yardımcı olur (57).

Yaşlılarda uyku kalitesinde gözlenen bozulmaların çoğu, uykunun zamanlama ve yoğunluğundaki değişmeye bağlıdır (39). Yaşlılarda uykunun özelliklerini belirleyen sirkadiyen ritm değişiklikleri, esas olarak sosyal ve aile içi ilişkilerde ortaya çıkan değişmelerden kaynaklanmaktadır: Günlük rutin işlevlerin farklı hale gelmesi, emeklilik, yemek ve yatma zamanlarının değişmesi, yalnızlık, eşini kaybetme, sağlık gereksinimleri ve ilaç alma saatleri gibi etmenler ister istemez vücut ritmini bozar. Artan yaşla birlikte görme ve işitmenin azalması da başta ışık ve ses olmak üzere dış uyaranların algılanmasında eksiklik yaratır. Yaşlıların, inaktif yaşamın veya hastalıkların sonucu olarak dışarıya çıkma ve bu sayede yeterli gün ışığına maruz kalma olanakları sınırlıdır. Uyku ritminin düzenlenmesinde önemli yeri bulunan ve pineal bezden salgılanmasında ışığın önemli rol oynadığı melatonin'in de kan pik seviyesi yaşlılarda azalmıştır. Vücut ısısındaki siklik değişmelerin de uyku üzerine etkileri bilinmektedir. İleri yaşlarda termoregölasyon da bozulur. Pasif ısıtmaya karşı terleme reaksiyonu azalmıştır. Hipotermi ve hipertermiye duyarlılık vardır. Özellikle soğuğa karşı çok hassastırlar ve bu da gece uykusunun kalitesizliğine katkıda bulunur (57).

İlerleyen yaşla birlikte, genç yaşta görülen monofazik sirkadiyen ritm, polifazik ultradiyen ritme dönüşür. Bu durum, gece uykusunun yetersiz olmasının da katkısıyla gün içinde artan sayıda kısa süreli uyuklamaları beraberinde getirir. Hayvan deneyleri, bu değişikliğin suprakiazmatik nukleus ve beyin sapı hipnojenik nöronlardaki yapısal farklılaşmadan kaynaklanabileceğini göstermektedir (57).

Sirkadiyen ritm değişikliğinin en belirgin bulgularından biri de "erken uyku fazı sendromu"dur. Altmış yaşımdan itibaren uykunun başlangıç saati, her dekadda bir saat kadar geriye çekilmektedir. Böylece akşamın erken saatlerinde (saat 19.00-20.00 civarı) uykululuk artar, buna karşılık sabah çok erken (saat 04.00-05.00 civarı) uyanma eğilimi ortaya çıkar ve kişi uyandıktan sonra bir daha uykuya dalamaz. Sosyal yaşama uyum sağlayabilmek amacıyla erken saatlerde yatmak istemeyen kişiler, bu kez de gece hiç uyuyamama sorunuyla karşılaşılır (57). Az uyur ve gündüz de uyanma ihtiyacı olur (58).

2.3.3.Yaşlılarda sık görülen uyku hastalıkları

Yaşlıların %25-40'ı uyku bozukluğundan yakınır (59). 65 yaşımd üstündekilerin 45 yaşımd altındakilere göre altı kez daha fazla uyku problemi vardır (60).Genç ve orta yaş grubuna göre daha sıklıkla ortaya çıkar. Bunun nedenleri arasında, yaşa bağlı uykunun yapısında meydana gelen değişiklikler, bu yaş grubunda ortaya çıkan medikal, nörolojik veya psikiyatrik hastalıklar,kullanılan ilaçlar (61), sosyal ve çevresel etmenler sayılabilir (39). 24 saat boyunca uykuda geçen süreler toplandığında,bunun 40 yaşımd gençlerde ve 60 yaşımd büyüklerde hemen hemen aynı olduğu görülmüştür (yaklaşık 7,5 saat) (62). Bununla birlikte yaşlı popülasyona özgü veya bu yaş grubunda sıklığı artan uyku bozuklukları da vardır (61). Yaş ilerledikçe prevalansı artan bazı uyku hastalıkları, yaşlılıkta zaten varolan uyku sorunlarını daha belirgin ve karmaşık hale getirebilir (57). Burada yaşlı popülasyonda prevelansları ve komplikasyonları daha belirgin olarak artan primer uyku bozukluklarından,insomnia,obstruktif uyku apne sendromu, uykuda periyodik hareket bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu, ve özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan bir parasomni olan ve kimi zaman adli sorunlara neden olabilen REM uykusu davranış bozukluğundan bahsedilecektir (61).

2.3.3.1.Yaşlılarda Uykuyla İlgili Değişiklikler

Yaşlılarda en sık karşılaşılan uyku problemi insomnidir ve prevalansı yaşla birlikte artmaktadır (57,63). Postmenopozal kadınlar erkeklerden daha çok etkilenir (54). İnsomni; uykuya dalmada güçlük, sık uyanıklıklar nedeniyle uykunun sürdürülmesinde güçlük, erken uyanma ya da bunların kombinasyonu şeklinde olabilir. Sübjektif uyku yakınmalarını inceleyen çalışmalar, yaşlıların özellikle uyku kalitelerinin bozuk ve uyku miktarının tatmin edici olmadığını vurguladıklarını göstermektedir. Florida'da 1645 erişkin üzerinde yapılan çalışmada,%5 oranında uykuya dalma veya sürdürme güçlüğü bildirilmiş, bu yakınmanın kadınlarda ve yaş

ilerledikçe daha belirgin ifade edildiği belirlenmiştir. Ara sıra da olsa uyku ilacı kullanma oranı, yine kadınlarda daha belirgin olmak üzere %10 civarında bildirilmektedir. Başka bir çalışmada, 65 yaşın üzerindeki 9000'den fazla kişinin %28'i uykuya dalma, %42'si hem uykuya dalma hem de uykuyu sürdürme güçlüğü tanımlamıştır. İnsomni, yaşlanmanın fizyolojik süreçlerine, özellikle de sirkadiyen ritimdeki değişikliklere bağlı olabileceği gibi, sistemik hastalıklardan, yaşlılarda sık görülen uykuya ilişkili solunum bozuklukları veya uykuda periyodik bacak hareketleri gibi rahatsızlıklardan, ilaçlardan, alkol ve diğer madde kötüye kullanımlarından, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere psikiyatrik durumlardan ya da sosyal-davranışsal değişikliklerden de kaynaklanabilir (57).

Şüphesiz tedaviden önce, sağlıklı görünen yaşlıda bile uykuya ilgili yakınmalar dikkatle dinlenmeli, altta yatabilecek psikiyatrik, nörolojik, diğer sistemik ya da uykuya ilişkili hastalıklar ayrıntılı anamnez, muayene ve gerekirse ileri inceleme yöntemleriyle ekarte edilmeli, eğer varsa bu hastalıklara uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Hastanın önceden kullandığı ilaçların da uyku üzerine etkileri iyi değerlendirilmelidir. İnsomniye yol açabilen ilaçlar; solunum hastalıklarında kullanılan psödoefedrin, teofilin, beta-2 agonistleri, dekonjestanlar, kortikosteroidler; kardiyovasküler hastalıklarda verilen beta blokerler, metildopa, hidroklorotiazid, furosemid ve kinidin; antidepresanlar, özellikle bupropion, fluoksetin, paroksetin, sertralin ve venlafaksin; ayrıca simetidin, fenitoin gibi diğer bazı ajanlar örnek olarak verilebilir (57).

2.3.3.2.Obstrüktif Uyku-Apne Sendromu (OSAS)

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), uyku sırasında, en az 10 saniye süreli, üst solunum yollarında tekrarlayan obstrüksiyonlar yani apnelere ile karakterize bir hastalıktır. Apnelere, uyanıklık ve/veya uyanıklık reaksiyonları ve oksijen saturasyonunda uyanıklığa göre en az %4 düşme eşlik eder (61). Epidemiyolojik bir çalışmada, 65 yaşın üzerindeki kişilerin %24'ünde uyku sırasında saatte en az beş; % 11'inde ise en az 10 adet apne gözlenmektedir (64). Artan yaşla birlikte daha sık görülmektedir(57).OSAS prevalansı orta yaşlı erkeklerde %4, orta yaşlı kadınlarda %2 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte bu hastalığın prevalansı, yaşam ve sağlık koşullarına bağlı olarak 65 yaş ve üstünde %24-81'e dek artar (61). Orta yaşlarda, erkeklerde kadınlara oranla belirgin olarak fazla rastlanmasına karşılık, bu fark menopozdan sonra kapanır (57).

Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, hastalığa yatkınlığa neden olan bazı faktörler söz konusudur. Büyük ve sarkık yumuşak damak, uzun ve kalın uvula, kalın ve kısa boyun, retrognati, mikrognati bu faktörlerin başında gelmektedir. OSAS başka hastalıklarla da sıklıkla birliktelik gösterir. Değişik çalışmalarda, hem hipertansiyonu (HT) olan hastalarda OSAS'ın, OSAS'ı olan hastalarda da hipertansiyonun daha sık olduğu gösterilmiştir. Hipertansiyon dışında, kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, inme, obezite ve diabetes mellitus (DM) olanlarda OSAS sıklıkla bulunur (61,65). OSAS ve bu hastalıklar arasındaki neden sonuç ilişkisi halen tartışmalıdır (61).

OSAS genel olarak çok geç teşhis edilen bir hastalıktır. Teşhisin gecikmesinde, hastalığın gece uykuda gelişmesi kadar, belirtilerin kolaylıkla hafife alınabilecek türden olmaları da rol oynar. Belirtiler ancak hastalığın ileri derecede rahatsız edecek hale geldiğinde, hekime başvurulmakta ve bu aşamada belirtilerin yanlış yorumlanması nedeni ile hastalara teşhis hastalık başladıktan ortalama 8-10 sene sonra konulabilmektedir. Halbuki hastalığın tipik belirtileri muayene sırasında akla getirildiğinde, hastalar kolaylıkla tanınabilir (61).

Hastalığın belirtileri gece ve gündüz belirtileri olmak üzere iki şekilde değerlendirilir. Gece belirtileri içinde, horlama, eş tarafından gözlemlenen veya bazen hastayı uyandıran solunum duraklamaları, gece terlemesi, nokturi, gastroözofajial reflü, gündüz belirtileri içinde ise sabah ağız kuruluğu, sabah baş ağrısı, gündüz uykululuk ve/veya yorgunluk, unutkanlık, dikkatsizlik hatta depresyon, cinsel fonksiyonlarda bozulma ve progresif kilo alımı sayılabilir (61).

OSAS teşhisi polisomnografik tetkik (PSG) ile konulur. PSG ile uykuda solunum durmalarının sayısı, süresi, beraberinde ortaya çıkan oksijen azalmasının düzeyi, kalp filmindeki düzensizlikler ve uykunun bu olaylardan nasıl etkilendiği ortaya konur . Bu şekilde hastalığın şiddetinin belirlenmesi hastalığın tedavisini belirlemede yol göstericidir. Gece boyunca saatte 5 ile 15 kez solunum düzensizliği olan hastalar hafif düzeyde, 15 ile 30 arasında olanlar orta düzeyde, 30'un üzerinde solunum düzensizliği olan hastalar ise uykuda ileri düzeyde solunum problemi olarak değerlendirilir (61).

Obstrüktif uyku-apne sendromunun komplikasyonlarını iki grupta toplamak mümkündür:

a-Gündüz Uykululuğa Bağlı Komplikasyonlar: Hastaların bir kısmı gündüz uykulu olduklarını kabul etmese de yapılan araştırmalarda bütün hastalarda belli düzeylerde uykululuk hali ortaya konmuştur. Gündüz aşırı uykululuk öncelikle hastaların verimliliğinde azalmaya yol açmakta, zaman içinde hastalar bu durumu aşırı uyuyarak telafi etmeye çalışmakta, bu da sosyal düzenlerinde aksamaya, aile ve iş hayatında ilişkilerinin bozulmasına sebep olmaktadır. Bu hastaların ayrıca daha çok iş ve trafik kazası yaptığı birçok çalışma ile ispatlanmıştır (61).

b-OSAS'ın Kalp, Damar ve Endokrin Sistem Üzerine Etkileri:Gece boyunca ortaya çıkan hipoksi ve sempatik sistem hiperaktivasyonunun zaman içinde hipertansiyon, kalp yetmezliği, insülin rezistansı, DM ve inme için bağımsız olduğu artık kanıtlanmıştır (61). Kalp yetmezliği olanlarda OSAS prevalansı yüksektir. Obstrüktif apne sırasında kapalı hava yoluna karşı inspirasyon yapılması, intratorasik negatif basıncı artırır. Bu durumda sağ kalbe dönen venöz kan artar. Sağ ventriküler volüm artışı interventriküler septumun sağdan sola doğru yer değiştirmesine neden olur. Bu da sol ventrikülün yeterli dolmasına engel olur. Hipoksemi de oksijen ihtiyacı artmış miyokardın kontraktilesini bozarak yetmezliğe gidişi hızlandırır. Sonuç olarak OSAS'a bağlı hem sol hem sağ ventrikül hipertrofisi gelişir (66). Son yıllarda, inme ve uykuda solunum bozukluğu birlikteliğinde özellikle HT'nun önemli rol oynadığı ve uykuda solunum bozukluğunun, HT'a neden olarak inme riskini artırdığı vurgulanmaktadır (67). OSAS'lı olguların %30-50'inde sistemik HT vardır (68). HT gelişiminde OSAS'ın bağımsız bir risk faktörü olduğu ve OSAS'ın şiddeti ile HT gelişimi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişkinin varolduğu da gösterilmiştir . Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda, OSAS saptanan hastaların özellikle de ileri yaşta ise ve eşlik eden başka bir medikal hastalık var ise tedavi edilme gerekliliği kaçınılmazdır (61).

2.3.3.3.Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu (PLMS)

Uykuda periyodik hareket bozukluğu (PLMS), uyku sırasında periyodik olarak tekrarlayan oldukça stereotipik ayak, bacak ve/veya kol hareketler ile şekillenen bir hastalıktır. Hareketler tipik olarak ayak başparmağının dorsifleksiyonu ile birlikte çoğunlukla buna eşlik eden ayak bileğinin bazen de kalçanın parsiyel fleksiyonu şeklinindedir. Bu periyodik hareketler dakikalar ya da saatler süren epizodlar halinde ortaya çıkarlar. Hareket epizodları genellikle gecenin ilk yarısında belirgin olmakla birlikte tüm geceye de yayılmış olabilir. Sıklık ve süre bakımından en çok yüzeyel NREM'de belirgin olup, uyku derinleştikçe azalma veya kaybolma

eğilimindedir. Bununla birlikte REM uykusunda da devam edebilir. Hareketlere EEG'de uyanma reaksiyonları, davranışsal uyanıklıklar ve otonom değişiklikler eşlik eder (61).

Rastgele seçilen 65 yaş üstü bir grupta yapılan çalışmada, uykuda %45 oranında saatte en az beş, %34 oranında ise en az 10 bacak hareketi belirlenmiştir. Prevalans her iki cinsiyet için benzer değerler vermektedir (57,69).

PLMS uykuya dalma/sürdürmede zorluk ya da gündüz uykululuğa neden olabilir. İnsomni yakınması ile başvuran hastaların %18'inde, gündüz uykululuk yakınması ile başvuran hastaların ise %11 'inde primer tanı PLMS'dir.

PLMS diğer uyku bozuklukları, nörolojik veya medikal hastalıklara eşlik edebilir. Huzursuz bacak sendromu olan hastaların %80'inde PLMS de birlikte bulunur. Erişkinlerde renal yetmezlik, anemi, periferik nöropati, romatoid artrit ve fibromyaljiye, en fazla eşlik ettiği hastalıklardır (61).

2.3.3.4.Huzursuz Bacak Sendromu (RLS)

Huzursuz bacak sendromu (RLS) uyanıklıkta ve özellikle de istirahat sırasında ortaya çıkan bir hastalık olup, uykunun başlangıcının uzamasına ve/veya gece içi uyanıklıklar sırasında da ortaya çıkarak uykunun sürdürülmesinde zorluğa yol açar. RLS'li hastaların %94'ünde bu iki yakınma birlikte bulunmakla birlikte %84.7'sinde uykuya dalma zorluğu, %86'sında ise uykuyu sürdürme zorluğu mevcuttur. Kısmi ya da tam remisyon ve alevlenmelerle seyreder. Yaşlanma ile birlikte sıklığı artan bir hastalık olduğu bildirilmekle birlikte (61).

Prevelansı ile ilgili olarak yapılan birçok çalışma toplumda ortalama %10-15 sıklığında görüldüğüne işaret etmektedir, RLS, her iki cinsiyette de eşit oranda görülür. Bununla birlikte son yıllarda kadınlarda hafifçe daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (61).

RLS'nin tanısı tamamıyla klinik değerlendirmeye dayanır. Klinik değerlendirmede dört kriter önemlidir:

1. Genellikle dizestezinin eşlik ettiği foka l akatizi
 - Ekstremitelerde özellikle de bacaklarda karşı konulması mümkün olmayan hareket etme ihtiyacı,
 - Bacaklarda periyodik, ağrılı olmayan fakat rahatsız edici anormal duyum epizodları.

2. Motor huzursuzluk
 - Hareket etme ile rahatlayan veya tamamen ortadan kalkan aşırı hareketlilik durumu.
3. Semptomların istirahat halinde ortaya çıkması ve/veya artması.
4. Sirkadiyen pattern
 - Normal bir sirkadiyen ritm içinde semptomların akşam saatleri veya geceleri daha belirgin olması.

RLS tanısında bu dört kriterin de birlikte bulunması gereklidir (61).

2.3.3.5.REM Uykusu Davranış Bozukluğu (RBD)

İlk kez 1986'da, REM uykusu sırasında, kas tonusunda ve fazik göz küresi hareketlerinde artış ile birlikte, rüya içeriği ile uyumlu kompleks ve şiddet içeren davranışların dört hastada gösterilmesi ile tanınmıştır (61).

Gerçek insidans ve prevalansı bilinmemektedir.Şimdiye kadar yapılan vaka bildirimlerinde, hastaların %88'inin erkek olduğu görülmektedir (61).

RBD idiyopatik ve sekonder olmak üzere iki farklı şekilde ortaya çıkabilir. Nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığı bağlı olmadan ortaya çıkan formu idiyopatik RBD olarak adlandırılıp %42 oranında görülür. Sekonder forma eşlik eden nörolojik hastalıklar, parkinson hastalığı, multisistem atrofiler, demans, serebrovasküler hastalıklar, multipl skleroz ve beyin sapı tümörleridir. RBD- Parkinson hastalığı (PH) ilişkisi önemlidir zira RBD, PH'nin ilk belirtisi olabilir. RBD olan hastalarda yapılan postmortem çalışmalarda, özellikle beyin sapında alfa synüklein intrasellüler inluzyonları gösterilmiştir. Bu çalışmalar RBD'da PH'dakine benzer "lewy body" patolojisini ve striatal dopamin transportdisfonksiyonunu göstermekte ve RBD'ın bir synnükleopatyi yansıtan klinik bir tablo olduğunu vurgulamaktadır. Diğer bir deyişle RBD, PH'nin ya da sinükleopatilerin belki de haber verici bir klinik özelliğidir (61).

Hastalık klinik olarak basit ve kompleks olmak üzere iki farklı şekilde ortaya çıkabilir. Basit formunda vokalizasyon, çılgılık, seyirmeler, kompleks formunda ise aranma hareketleri, organize amaçlı vokalizasyon, defansif ve saldırgan hareketler görülür. RBD'da yemek yeme, seksüel aktivite, kusma, ve hapsirme olmaz. Tanı için, hikayenin PSG bulguları ile desteklenmesi gereklidir. Hikayede rüya içeriği ile uyumlu kompleks şiddet içeren, zarar verici hareketler vardır. Rüyalar sıklıkla hastanın bir düşmandan kaçtığı veya savaştığı şekilde gelişen tekrarlayan ve stereotipik özellik gösterir. Uyku sırasında yapılan bu hareketler sıklıkla tekrarlayan

kazalara, yaralanmalara, bazen kesik ve kırıklara neden olur. Bunları engelleyebilmek için hastaların çoğu yastık barikatlar veya yerde uyumak gibi önlemler alırlar. Uyku sırasındaki konuşmanın içeriği anlamlı olabileceği gibi anlamsız seslerden de oluşabilir. Hastalar bağırabilir, küfredebilir, gülebilir, zıplayabilir, yanlarındakini çimdikleyebilir veya etrafa tekme savurabilirler. Hastalar uykunun bölünmesinden daha çok kazalardan şikayetçidirler. Zaten hastalar uykudan spontan uyanmak yerine genelde rahatsızlıkları ve endişeleri nedeniyle partnerleri tarafından uyandırılırlar. Uyandırıldıkları zaman bilinçleri hızla açılır, gördükleri rüyaları hatırlarlar ve hızla normal davranışlarına dönerler. Polisomnografik bulguları ise REM uykusu sırasında submental EMG tonus artışı ve/veya submental ve/veya ekstremitelerdeki EMG'sinde aşırı fazık seğirme ve fazık göz küresi hareketlerinin artışıdır. Tanı için PSG sırasında RBD'nin klinik olarak ortaya çıkması şart değildir (61).

2.4.Kurumda Kalan Yaşlılarda Hemşirelik Yaklaşımı

Yaşamlarını kendi yaşındakilerle birlikte bakım yurtlarında, ailesinden uzakta sürdürmek zorunda kalan yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir (30). Hemşireler, toplum içinde yaşayan yaşlıların bakımında ve desteklerinin harekete geçirilmesinde en önde gelen ve etkili olabilecek sağlık çalışanlarıdır. Yaşlı bakım hemşireliği, yaşlının fiziksel bakımını yapabilmesine, yaşlının duygusal sorunları ile baş edebilmesine, kendi kendine yetebilmesine ve yetersizlikleriyle yaşayabilmesine, kendini değerli görmesine yardımcıdır (70).

Yaşlı sağlığına ilişkin hemşirenin fonksiyonları genel olarak aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir;

- Yaşlı bireye ve bu bireye bakım verenlerin eğitimini yapmak,
- Yaşlı bireye ve bu bireye bakım verenlere danışmanlık yapmak,
- Sağlığı korumak ve fiziksel değerlendirme yapmaya yönelik çalışmalar yapmak,
- Öz bakım ve kişisel hijyeni öğretmek,
- Kazaya neden olabilecek durumları değerlendirmek,
- Beslenme ve egzersiz konusunda eğitim yapmak,
- Bireyin kapasitesini artırmak,
- Temel hemşirelik gereksinimlerinde danışmanlık yapmaktır (30).

Kurumlarda kalan yaşlıların mutlu ve ruh sağlıklarının daha iyi olması için hemşirenin yapabileceği bazı uygulamalar ve gözlemler vardır, bunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir.

- Kurumda yaşayan yaşlılar uyku saatleri dışında elbiseli olmalı,
- Kurumda yaşayan yaşlılar uyku saatleri dışında yatak odasında kalmamalı,
- Kurumda yaşayan yaşlılar her gün yürüyebilmeli,
- Yaşlı önceden olduğu gibi hatırlanmalı ve düşünülmesi,
- Yaşlılar kendi aralarında yeterliliklerini ve deneyimlerini paylaşabilmeli,
- Olanaklar oranında aile ziyaretlerinin yapılması sağlanmalı,
- Ailenin suçluluk duygusunu ve ailenin suçlanmasını en aza indirme çabası gösterilmeli,
- Grup gezileri, alış-veriş turları düzenlenmeli,
- Bireysel özelliklere göre hafta sonu tatilleri ayrıcalıklı olarak düzenlenmeli,
- Yaşlının mahremiyeti korunmalı,
- Toplum ve bakım evleri arasındaki engel kaldırılmalıdır (30).

2.5.Uyku Problemi Olan Hastalara Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşirelik kuramcıları da uyku gereksinimine temel bakım problemleri arasında yer vermekte ve uyku ile ilgili problemler hemşirelik literatüründe bir hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır. Hemşirelik kuramcılarından Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimi ile ilgili işlevini "hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" olarak ifade etmiştir. Uyku gereksinimi Abraham Maslow'un temel insan gereksinimleri piramidinde fizyolojik gereksinimler arasında yer almaktadır. Roper, Logan ve Thirney de 12 günlük yaşam aktivitesi arasında uyku alışkanlığına yer vermiştir (1). Hemşirelik, uyku gereksinimlerini de içeren, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşirelerden, bakım verdikleri hastalarına bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeleri için, onları etkileyen her tür problemi tanımaları ve müdahale etmeleri istenmektedir (71). Hemşirelik uygulamalarının etkili olabilmesi, ayrıntılı bir değerlendirme yapılmasına bağlıdır. Hemşireler hastaların uyku ile ilgili olası problemlerinden haberdar olmalı, deneyimlerini ve bilgilerini etkin bir şekilde kullanarak uyku problemlerini değerlendirip ele almalıdırlar (4). Hemşireler hastaların uyku ile ilgili olarak

yaşadıkları problemleri, uykularını etkileyen hastalıkları, uyku yönünden çevrenin koşullarını belirleyebilmeli ve uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler. Hastaların uyku kalitesinin bilinmesi ve değerlendirilmesi, uyku problemine müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin konuya dikkatlerini çekme yönünden önemlidir. Aynı zamanda uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek problemlere müdahale ederek uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek problemleri önleyecektir (4,36,71).

Uyku problemlerine yönelik hemşirelik girişimlerinin yerine getirilmesindeki ilk basamak veri toplamadır. Hemşirelik uygulamalarında uykunun değerlendirilmesi için hemşire aşağıdaki alanlara yönelik veri toplamalıdır:

- Hastanın yaşı,
- Normal uyku düzeni,
- Uyuduğu ve gereksinim duyduğu uyku süresi, ne sıklıkla uyandığı, gündüz uyuklamalarının sıklığı ve süresi, yatma ve kalkma saati,
- Yatmadan öncesi alışkanlıklarının neler olduğu (televizyon izleme, radyo dinleme, yeme içme, kitap okuma, banyo yapma vb.),
- Tek ya da çift kişi ile mi yattığı,
- Yatmadan önceki ibadet alışkanlığı,
- Alışkın olduğu yatak odasının ışık, sıcaklık, havalandırma düzeni,
- Alıştığı yatağın cinsi,
- Alışkın olduğu yatak odasına göre diğer yerlerde uykuya dalabilme özelliği,
- Yatmadan önce aldığı, uyumayı kolaylaştıran süt vb. içeceklerin olup olmadığı ve neler olduğu,
- Yapılan egzersiz zamanı ve miktarı,
- Hastanın beslenme özellikleri,
- Yaşam biçimi,
- Yaşadığı stres ve çevresindeki gürültülerin varlığı,
- Kullandığı çay, kahve, kola, uyku ilacı ve diğer ilaçlar,
- Horlamanın olup olmadığı, varsa sıklığı,
- Hastanın şişman ya da zayıf oluşu,
- Hastanın yaşadığı ağrı, solunum sıkıntısı, kalp hastalığı gibi fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları,
- Uykuya dalmada ya da uyanma sırasında problem yaşayıp yaşamadığı (8,36).

Elde edilen veriler doğrultusunda uyku ile ilgili hemşirelik tanıları literatürde şu şekilde yer almaktadır (36).

- Uykuya dalmada güçlük,
- Uykuyu sürdürmede güçlük,
- Sık uyanma,
- Yetersiz uyku,
- Uyku-uyanıklık döngüsünün değişmesi,
- Gündüz aşırı uyuma,
- Uykuda dış gıcırdatma,
- Uyurgezerlik atakları,
- Kabus görme,
- Uykuda korkma,
- Uykuda yatağı ıslatma.

Bu doğrultuda bakımın hedefleri:

1. Sağlıklı bir uyku düzenini sağlamak,
2. Uyandıktan sonra bireyin rahatlamış ve enerji depolamış olmasını sağlamak,
3. Uykuyu geliştiren ya da bozan etkenlerin birey tarafından farkına varılmasını sağlamak,
4. Uykuyu bozan etkenlerin giderilmesi için bireyin kendi bakımının farkına varmasını sağlamak,
5. Bireyin uyku yoksunluğu belirtilerini daha az yaşamasını sağlamak olmalıdır.

Yukarıdaki hedefler doğrultusunda uyku problemine yönelik **hemşirelik uygulamaları** ise şu şekilde özetlenebilir: (8,36,72)

- Uyku hijyeninin ya da "uyarı kontrol tedavisinin ana ilkeleri hakkında bilgi vermek ve bunları uygulamalarına yardımcı olmak,
 1. Uyku gelmeden yatağa yatmamalıdır.
 2. Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalı, yatakta kitap okumak veya TV seyretmek gibi aktivitelerden kaçınılmalıdır.

3. Yattıktan sonra 20-30 dk içinde uykuya dalınamazsa yataktan kalkmalıdır. Bu, bir türlü uyuyamamanın yaratacağı gerginliği ve uykunun büsbütün kaçmasını engellemeye yöneliktir. Tekrar yatmak için yine uykunun gelmesi beklenmeli, yatıldığında kısa sürede uyumak yine mümkün olmazsa bu işlem başarı elde edilinceye kadar tekrarlanmalıdır.
4. Gece ne kadar az uyunmuş olursa olsun sabahları hep aynı saatte kalkmalı, yorgunluk bahane edilerek yatakta kalma süresi uzatılmamalıdır. Uyanık da olursa sabahları yatakta uzun süre kalmak, fiziksel aktiviteleri azalmış yaşlıların ertesi gece uykularının gelmesini engelleyen bir faktördür.
5. Çok yorgunluk hissedilse bile gündüz kestirmelerinden kesinlikle kaçınılmalıdır. Böylece uykunun geceye yoğunlaştırılması sağlanmaya çalışılır. Ancak istisnai durumlarda (uzun yolculuk vb.) akşam saatlerine yakın olmamak ve 20-30 dakikayı geçmemek kaydıyla bir kereliğine mahsus uyunabilir.
6. Gün içinde, yine akşam saatlerine yakın olmamak kaydıyla mümkün olabildiğince egzersiz veya yürüyüş yapılmalıdır.
7. Akşam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir.
8. Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde çay, kahve, sigara gibi uyarıcı maddelerden uzak durulmalıdır (57,73).

- Yatağı kuru ve temiz tutulmalı, yeterli vücut hijyeni sağlanmalı,
- Yatmadan önce masaj yapılmalı,
- Rahatsızlık yaratan tüpler ya da setler, gerekli değilse çıkarılmalı,
- Rahat edebileceği bir uyku pozisyonunda olması sağlanmalı,
- Yatmadan önce ağrı, solunum sıkıntısı gibi fiziksel problemleri giderilmeli,
- Hastanın gece rahat uyumasını sağlamak için mümkün olduğunca gününü aktif olarak geçirmesi sağlanmalı,
- Uykunun bölünmesine neden olan tuvalete gitmeyi önlemek için duruma göre yatmadan en az 3 saat önce sıvı kısıtlaması yapılmalı ve mesanenin boşaltılması sağlanmalı,
- Yatmadan önce ılık duş alması sağlanmalı,

- Yatmadan önce kitap okuma, televizyon izleme, radyo ya da hafif bir müzik dinleme, L-tryptophan içeren süt gibi içecekleri içme, ibadet etme alışkanlıklarını sürdürmesi sağlanmalı,
- Odasının havalandırılmış, normal sıcaklıkta, uygun ışıklandırılmış olması sağlanmalı,
- Yatağının ve yastığının rahat olması sağlanmalı,
- Personel mümkün olduğunca yaşlının odasında konuşmamalı, lastik tabanlı ayakkabılar giymeli,
- Uykuyu bozan trafik gürültüsü, kapı ve yatak gıcirtısı, telefon, radyo ve televizyon sesleri, açık kalan musluk sesleri gibi etkenler azaltılmalı,
- Yaşlının odası kapalı tutulmalı,
- Yaşlının odasındaki kişilere ve ziyaretçilere sınır konulmalı,
- Odasının penceresinin olmaması durumunda gece-gündüz döngüsünü sağlamak için gece lambası kullanılmalı,
- Yapılan tedavi, bakım ve yaşam bulgusu almak gibi uygulamalar mümkün olduğunca yaşlıların uyanık oldukları saatlerde yapılmalı,
- İlaç ye kullanılacak araç gereçler için yapılacak hazırlıklar yaşlı odasının dışında yapılmalı,
- Yaşlının uyku-uyanıklık döngüsünü bozan yaşamındaki değişimler belirlenmeli,
- Yaşlının zihninin uyku problemi ile meşgul olması önlenmeli,
- Yaşlının uyku problemi ile ilgili duygu ve düşünceleri paylaşılmalı,
- Yaşlının uykuyu etkileyen korku, öfke, anksiyete, suçluluk ve kaygı gibi duygularını ifade etmesi teşvik edilmeli,
- Yaşlının rahatlamasını sağlamak için gevşeme teknikleri öğretilmeli (8,36,72,73)
- Antihistaminik etkilerinden dolayı, reçetesiz olarak uyku hapları almaktan kaçınması için öğretim yapılması,
- Eğer birkaç gece için uyku hapları gerekiyorsa yarılanma ömrü kısa olan bir tip için doktora başvurması önerilir,
- Gerekiyorsa güvenlik önlemleri alınır(yeterli aydınlatma,karyola kenarlarının kaldırılması,yatakta uygun pozisyon verilmesi) (74).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1Araştırmama Tipi

Araştırma huzurevinde yaşayan yaşlıların uyku kalitelerinin düzeylerinin belirlenmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep ilinde yer alan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bağlı Gaziantep Huzurevi'nde yapılmıştır. Gaziantep Huzurevi 60 yaş ve üzeri korunmaya ve bakıma muhtaç yaşlılara hizmet vermek amacıyla 100 kapasiteli olarak oluşturulmuştur. Kurulda ayrıca yatağa bağımlı yaşlılara yönelik 20 kişilik sürekli bakım bölümü de bulunmaktadır. Kurulda sosyal hizmet uzmanı, psikolog, doktor, diyetisyen, hemşire ile diğer idari, teknik ve hizmetli personel görev yapmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1.Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini Gaziantep Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Huzurevi'nde kalan yaşlılar oluşturmaktadır.

3.3.2.Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada, kurumda kalan, 60 yaş ve üzerinde bulunan, iletişim kurulabilen, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadın ve erkek yaşlılar oluşturmaktadır. Veri toplama aşamasında kurumda 78 yaşlı bulunmaktaydı. Bunlardan 70 yaşlı bireyle görüşme yapılmıştır, 2 yaşlı birey görüşmeyi kabul etmediğinden, 2 yaşlı birey Türkçe bilmediğinden, 3 yaşlı birey belirtilen zaman diliminde izinli olduğundan ve 1 yaşlı bireyin ise işitme-konuşma sorunu olması nedeniyle araştırma kapsamına alınamamıştır.

3.3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri 1-15 Ekim 2004 tarihleri arasında Gaziantep Huzurevi'nde kalan yaşlılardan toplanmıştır.

- Sözü edilen tarihlerde, kurumda kalan yaşlılardan elde edilen verilere dayanan bulgular bu zaman dilimi ile sınırlıdır.
- Örneklemeye uygun ve ulaşılabilen yaşlılar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4.Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Görüşme Formu,Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği(PUKİ-Pittsburg Sleep Quality Index) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1.Verii Toplama Araçları

Görüşme Formu: Yaşlı bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu, yirmi üç sorudan oluşan görüşme formu (Ek 1), huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesinin değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği: PUKÖ 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. "Uykusu iyi olanlar" (good sleepers) ve "uykusu kötü olanlar" (poor sleepers) arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir.

Ölçek toplam 24 soru içerir, bu soruların 19'u kendini değerlendirme (self-rated) sorusudur. 5 tanesi ise bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Bu 5 soru yalnız klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Kendini değerlendirme sorularından 19. soru bir oda arkadaşının ya da eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlanılın saptanmasında dikkate alınmaz. Kendini değerlendirme soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik etkenleri içerir. Bunlar uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Puanlanan 18 madde 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilir.

PUKÖ'nin 7 bileşeni vardır. Bunlar öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) dur. Tek bir madde ile belirtilen bileşenler bileşen 1 (soru 6), bileşen 3 (soru 4) ve bileşen 6 (soru 7) dir. Bileşen 2 puanı soru 2 ve 5a; bileşen 4 puanı soru 1,3 ve 4; bileşen 5 puanı soru 5b-j ve bileşen 7 puanı soru 8 ve 9 puanlanılın toplamından elde edilmektedir.

Bu 7 bileşen puanının toplamı toplam ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığı ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak PUKÖ toplam puanının 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Farklı grupların puanları karşılaştırılarak yorumlanır. Ölçeğin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması ise yaklaşık 5 dakika sürer (9,12).

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulamaya geçmeden önce Gaziantep Huzurevi'nin bağlı bulunduğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmış, yaşlılarla görüşmenin yapılacağı tarih ve günler belirlenmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Görüşme Formu (Ek 1), Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (Ek 2) 1 Ekim-15 Ekim tarihleri arasında Gaziantep SHÇEK Huzurevi'ndeki yaşlı bireylere, görüşme yoluyla uygulanmıştır. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Pittsburg uyku kalitesi.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, kronik hastalık, kurumda kalma süresi, Kurumda kalma nedeni, yaşı algılama durumu, boş zamanlarını değerlendirme, sağlığın fiziksel hareketleri etkileme durumu, çocuk sahibi olma durumu, ilimizde yakını olup olmama durumu, sosyal uğraşılara katılma istekliliği ve kurumdan çıkarılma endişesidir.

Verilerin Değerlendirilmesi

PUKÖ ile ilgili puanlar araştırmacı tarafından elde hesaplandıktan sonra elde edilen tüm veriler veri kodlama kağıdına kodlanmış ve bilgisayarda değerlendirilmiştir.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS programı ile yüzdeler hesaplaması, Independent Samples t-testi, one way Anova yöntemleri kullanılarak yapılmıştır.

3.7. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2004 yılı içinde planlanmış, Eylül ayında araştırma önerisi hazırlanarak, çalışmanın yapılacağı kuruma sunulmuş ve gerekli izin alınmıştır. 1-15 Ekim tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan yaşlı guruba ilişkin sosyo-demografik özellikler,yaşlıları tanıtıcı bulgular ve yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1.Araştırma Örneklemine Alınan Yaşlı Bireylere İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan yaşlı gurubun sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1:Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellik		Sayı (N=70)	%
Cinsiyet	Kadın	17	24,3
	Erkek	53	75,7
Yaş	60-74	37	52,9
	75 ve üzeri	33	47,1
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	25	35,7
	Okur yazar	21	30
	İlkokul	17	24,3
	Ortaokul-Lise-Yüksekokul	7	10
Medeni Durum	Evli	17	24,3
	Bekar	5	7,1
	Dul(eşi ölmüş)	35	50
	Boşanmış	13	18,6
Gelir Durumu	Var	61	87,1
	Yok	9	12,9
Gelir Kaynağı(n=63)	Emekli maaşı	24	38,1
	Biriktirilmiş para,faiz,kira	1	1,6
	Çocuğum akrabam yardım ediyor	36	57,1
	65 yaş aylığı	2	3,2
Sosyal Güvence Durumu	Var	40	57,1
	Yok	30	42,9
Sosyal Güvenlik Kurumu (n=40)	Bağ-Kur	7	17,5
	SSK	16	40
	Yeşil Kart	8	20
	Emekli Sandığı	5	12,5
	Diğer	4	10

Yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğu (%75,7) erkek, %24,3’ü kadındır.Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %35,7’i okur yazar değil, %30’u okur yazar, %24,3’ü ilkokul ve %10’u ortaokul-lise-yüksekokul mezunudur. Yaşlıların %24,3’ü evli, %7,1’i bekar, %50’i dul, %18,6’sı boşanmıştır.Yaşlıların %87,1’inin gelirinin bulunduğu, %12,9’unun gelirinin bulunmadığı saptanmıştır. Yaşlıların

%38,1'i emekli maaşı ile, %1,6'sı biriktirilmiş para,faiz veya kira ile, %57,1'i çocuğunun veya akrabasının yardımı ile, %3,2'si ise 65 yaş aylığı ile gelirlerini sağlamaktadır. Yaşlı bireylerin %57,1'inin sosyal güvencesinin bulunduğu,%42,9'unun ise sosyal güvencesinin bulunmadığı belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin sosyal güvencesi olanlardan %17,5'i Bağ-Kur'a, %40'ı SSK'ya, %20'si Yeşil Kart,%12,5'i Emekli Sandığına bağlı oldukları saptanmıştır.

4.2.Yaşlıları Tanıtıcı Bilgiler

Bu bölümde araştırma kapsamındaki yaşlıların kurumda kalış süreleri, yaşlarını algılama durumları, kurumdaki uğraş durumları, sağlık durumları, kronik hastalık durumları ve ilaç kullanım durumları ile yakınları ve çocukları ile ilişkilerine yönelik özellikler verilmiştir.

Tablo 2: Yaşlıların Kurumda Kalış Süreleri, Nedenleri ve Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=70)	Yüzde
Kurumda Kalış Süresi		
1 yıldan az	11	15,7
1-3 yıl	32	45,7
4-6 yıl	16	22,9
7- 9 yıl	1	1,4
10 yıl ve üzeri	10	14,3
Kurumda Kalma Nedeni		
Kendi bakımını tek başına yapamama	10	14,3
Hiç kimsenin olmaması	26	37,1
Aile tarafından kabul edilmeme	30	42,9
Aileye yük olmak istememe	4	5,7
Kurumda Vakit Geçirme Durumu		
Sohbet ederek	10	14,3
Televizyon izleyerek	19	27,1
Dinlenerek	22	31,4
Gezerek	17	24,3
Sosyal uğraşı ve el işleri	2	2,9
TOPLAM	70	100

Yaşlıların huzurevinde kalış sürelerine göre dağılımına bakıldığında; yaşlıların %15,7'sinin 1 yıldan az süredir, %45,7'sinin 1-3 yıldır, %22,9'unun 4-6 yıl, %1,4'ünün 7-9 yıldır ve % 14,3'ünün ise 10 yıl ve daha fazla süredir kurumda kaldıkları belirlenmiştir. Yaşlıların %14,3'ü kendi bakımını tek başına yapamadığı için, %37,1'i hiç kimsesi olmadığı için, %42,9 'u ailesi tarafından kabul edilmediği için ve % 5,7 'si aileye yük olmak istemediği için kurumda kalmayı tercih etmişlerdir. Yaşlı bireylere kurumda vakitlerini nasıl geçirdikleri sorulduğunda, %14,3'ü sohbet ederek, %27,1si televizyon izleyerek, %31,4'i dinlenerek, %24,3'ü gezerek ve %2,9'u ise sosyal uğraşı ve el işleri yaparak vakitlerini geçirdiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 3:Yaşlıların Yaşlılığa İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı(n=70)	Yüzde
Yaşı Algılama		
Çok yaşlı	17	24,3
Yaşlı	34	48,6
Orta yaşlı	16	22,9
Genç	3	4,3
Yaşlılığa Bakış Açısı		
Kendimi yaşlı bulmuyorum	7	10
Kötü bir durum olarak	23	32,9
İşe yaramazlık olarak	23	32,9
Rahatsızlık olarak	17	24,3
TOPLAM	70	100,0

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yaşlarını algılama durumlarına bakıldığında; yaşlıların kendilerini % 24,3 oranında çok yaşlı, % 48,6 oranında yaşlı,% 22,9 oranında orta yaşlı ve% 4,3 oranında genç olarak algıladıkları belirlenmiştir. Yaşlılardan yaşlılığı değerlendirmeleri istendiğinde, %32,9'u yaşlılığı kötü bir durum olarak, % 32,9'ı işe yaramazlık olarak, % 24,3'ü rahatsız edici bir durum olarak değerlendirmişler ve yaşlıların %10'u kendisini yaşlı bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4: Yaşlıların Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=70)	Yüzde
Sağlığı Algılama		
İyi	20	28,6
Orta	33	47,1
Kötü	17	24,3
Sağlığın Fiziksel Hareketleri Etkileme Durumu		
Etkiliyor	25	35,7
Etkilemiyor	45	64,3
Kronik Hastalık		
Var	46	65,7
Yok	24	34,3
Kronik Hastalık Durumu		
En az 1 hastalığı olan	34	48,6
1 'den fazla hastalığa sahip	16	22,8
Hiç hastalığı olmayan	20	28,6
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	48	68,6
Hayır	22	31,4
TOPLAM	71	100,0

Yaşlıların sağlıklarını algılama durumlarına bakıldığında; genelde yaşlılar kendi sağlıklarını orta düzeyde (%47,1) değerlendirmişlerdir. Bunu %28,6 oranında iyi düzeyde, %24,3 oranında ise kötü düzeyde değerlendirenler izlemektedir. Sağlığın fiziksel hareketleri kısıtlama durumuna bakıldığında; yaşlı bireylerin %64,3'ü sağlıklarının fiziksel hareketlerini etkilemediğini, %35,7'si ise fiziksel hareketlerinin etkilendiğini belirtmişlerdir.

Yaşlıların kronik hastalık durumları incelendiğinde %65,7'sinin kronik hastalığının olduğu, %34,3'ünün ise kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Yaşlıların %48,6'sının en az bir, %22,8'inin ise birden daha fazla sayıda kronik hastalığı mevcuttur. Yaşlı bireylerin %68,6'sının hastalıklarına yönelik ilaç kullandıklarını, %31,4'ünün ise herhangi bir ilaç kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 5’de yaşlıların sosyal katılımlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 5:Yaşlıların Sosyal Katılımlarına Göre Dağılımları

Özellikler	Sayı	Yüzde
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=70)		
Var	51	72,9
Yok	19	27,1
Çocuk Sayısı (n=70)		
Hiç	19	27,1
1-4 tane	34	48,6
5- üzeri	17	24,2
Çocuklarıyla Görüşme Durumu (n=51)*		
Sık görüşüyorum	5	9,8
Seyrek görüşüyorum	24	47,1
Görüşmüyorum	22	43,1
İlimizde Yakını Olup Olmama Durumu (n=70)		
Var	39	55,7
Yok	31	44,3
Yakınlarıyla İlişkileri (n=39)**		
Sık görüşüyorum	15	38,4
Seyrek görüşüyorum	19	48,8
Görüşmüyorum	5	12,8
Sosyal Uğraşılara Katılma İstekliliği (n=70)		
İsteksiz	27	38,6
Bazen istekli	37	52,9
Her zaman istekli	6	8,6

* Bu soruyu sadece çocuk sahibi olan yaşlılar cevaplamıştır.

** Bu soruyu ilimizde yaşayan yakını bulunan yaşlılar cevaplamıştır.

Huzurevinde kalan yaşlıların %72,9'sının çocuğu vardır. Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayısına bakıldığında; %48,6'sı 1-4 ve %24,2'si 5 ve üzeri sayıda çocuğa sahiptir. Yaşlıların %27,1'inin ise hiç çocuğu bulunmamaktadır. Yaşlıların çocuklarıyla görüşme sıklığına bakıldığında; %9,8'i sık görüştüğünü, %47,1'i seyrek görüştüğünü belirtmişlerdir. %43,1 oranında ise yaşlıların çocuklarıyla ilişkisi bulunmamaktadır.

Yaşlıların %55,7'sinin Gaziantep'te yaşayan yakınları bulunmakta, %44,3'ünün ise bulunmamaktadır. İlimizde yakını bulunanların görüşme sıklığı incelendiğinde; %38,4'ü sık görüştüğünü, %48,8'i seyrek görüştüğünü ve %12,8'i görüşmediğini ifade etmiştir.

Yaşlıların sosyal uğraşılara katılma istekliliği incelendiğinde; yaşlıların % 38,6'sı isteksiz olduklarını, %52,9'u bazen istekli olduklarını ve %8,6'sı ise her zaman istekli olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6'da yaşlıların huzurevinden çıkarılma ya da ayrılma endişesi taşıma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6: Yaşlıların Kurumdan Çıkarılma Endişesine Göre Dağılımları

Özellikler	Sayı (n=70)	Yüzde
Kurumdan Çıkarılma Endişesi		
Var	2	2,9
Zaman zaman	11	15,7
Yok	57	81,4
TOPLAM	70	100

Yaşlıların çoğunluğu (%81,4) kurumdan çıkarılma endişesi taşımadıklarını, %15,7'si zaman zaman endişe yaşadıklarını ve %2,9'u ise kurumdan çıkarılma endişesi taşıdıklarını belirtmişlerdir.

4.3.Sosyo-Demografik Değişkenlerin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Örneklemin Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $9,90\pm 0,47$ olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Yaşlı Bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=70)	Yüzde
Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan		
0-4 Puan	6	8,6
5-21 Puan	64	91,4
TOPLAM	70	100,0

Yaşlı bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlara göre oranlar; 0-4 puan arası %8,6 (uyku kalitesi iyi) ve 5-21 puan arası %91,4 (uyku kalitesi kötü) olarak belirlenmiştir.

Tablo 8: Cinsiyete Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan					
Cinsiyet	Sayı	X±SE	SD	t	p
Kadın	17	8,88±0,94	3,90	-1,208	0,765
Erkek	53	10,22±0,55	4,01		

Huzurevindeki kadınların Pittsburg Uyku Kalitesi toplam puan ortalaması $X=8,88\pm 0,94$,erkeklerin Pittsburg Uyku Kalitesi toplam puan ortalaması $X=10,22\pm 0,55$ 'dir. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9: Yaş Gruplarına Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Yaş	Sayı	X±SE	SD	t	p
60-74	37	9,62±0,64	3,91	-0,613	0,351
75 ve üzeri	33	10,21±0,72	4,13		

60-74 yaş arası yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=9,62\pm 0,64$ iken 75 yaş ve üzeri yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=10,21\pm 0,72$ bulunmuştur. Yaşlıların yaş grupları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksi bakımdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 10: Medeni Duruma Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Medeni Durum	Sayı	X±SE	SD	F	p
Evli	17	9,17±1,12	4,65	0,341	0,796
Bekar	5	10,0±1,34	3,0		
Dul (eşi ölmüş)	35	10,34±0,70	4,16		
Boşanmış	13	9,61±0,86	3,12		

Huzurevindeki evli yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=9,17\pm 1,12$, bekar yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=10,0\pm 1,34$, dul yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=10,3\pm 0,70$, boşanmış yaşlıların Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=9,61\pm 0,86$ olarak bulunmuştur. Yaşlıların medeni durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11: Eğitim Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Eğitim Durumu	Sayı	X±SE	SD	F	p
Okur Yazar Değil	25	9,44±0,68	3,40	0,861	0,466
Okur Yazar	21	10,90±0,97	4,48		
İlkokul	17	9,05±1,09	4,50		
Ortaokul-Lise Yüksekokul	7	10,57±1,19	3,15		

Yaşlıların eğitim durumlarına göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamasına bakıldığında;okur yazar olmayan yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=9,44\pm 0,68$, okur yazar olanlarda $X=10,90\pm 0,97$, ilkokul mezunu olanlarda $X=9,05\pm 1,09$ ve ortaokul-lise-yüksekokul mezunu olanlarda $X=10,57\pm 1,19$ olarak bulunmuştur. Yaşlıların medeni durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12: Gelir Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Gelir Durumu	Sayı	X±SE	SD	t	p
Var	61	9,49±0,50	3,93	-2,288	0,552
Yok	9	12,66±1,16	3,50		

Yaşlıların gelir durumlarına göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamasına bakıldığında;geliri olan yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=9,49\pm 0,50$ ve geliri olmayanlarda $X=12,66\pm 1,16$ olarak bulunmuştur. Yaşlıların gelir durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Sosyal Güvence Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Sosyal Güvence	Sayı	X±SE	SD	t	p
Var	40	10,20±0,62	3,96	0,721	0,767
Yok	30	9,50±0,74	4,09		

Yaşlıların sosyal güvencesi ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda güvencesi olanların puan ortalaması $X=10,20\pm 0,62$, sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması $X=9,50\pm 0,74$ olduğunu görmekteyiz. Yaşlıların sosyal güvence varlığı ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14: Kurumda Kalış Süresine Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Kurumda Kalış Süresi	Sayı	X±SE	SD	F	p
1 Yıldan Az	11	9,45±1,40	4,65	0,509	0,603
1-3 Yıl	48	9,75±0,57	3,99		
4 Yıl ve Üzeri	11	11,0±1,06	3,52		

Yaşlıların kurumda kalma süreleri ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda huzur evinde 1 yıldan az kalanlarda puan ortalaması $X=9,45\pm 1,40$, 1-3 yıl süreyle kalanlarda $X=9,75\pm 0,57$, 4 yıl ve daha fazla yıl kalanlarda $X=11,0\pm 1,06$ olduğunu görmekteyiz, ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 15: Kurumda Kalma Nedenine Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Kurumda Kalma Nedeni	Sayı	X±SE	SD	F	p
Kendi bakımını tek başına yapamama	10	10,50±1,00	3,17	0,750	0,526
Hiç kimsenin olmaması	26	9,03±0,67	3,43		
Aile tarafından kabul edilmeme	30	10,23±0,88	4,82		
Aileye yük olmak istememe	4	11,50±0,86	1,73		

Yaşlıların kurumda kalma nedenlerine göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamasına bakıldığında; kendi bakımını tek başına yapamadığı için kurumda kalan yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=10,50\pm 1,00$, hiç kimsesi olmadığı için kurumda kalan yaşlılarda $X=9,03\pm 0,67$, ailesi tarafından kabul edilmediği için kurumda kalan yaşlılarda $X=10,23\pm 0,88$ ve aileye yük olmak istemediği için kurumda kalan yaşlılarda $X=11,50\pm 0,86$ olduğunu görmekteyiz; ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 16: Boş Zamanları Değerlendirmeye Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Boş Zamanları					
Değerlendirme	Sayı	X±SE	SD	F	p
Sohbet Etme\Sosyal Uğraşı ve El İşi	12	8,58±1,15	3,98	0,619	0,605
Televizyon İzleme	19	10,15±0,94	4,11		
Dinlenerek	22	10,50±0,87	4,11		
Gezme	17	9,76±0,94	3,88		

Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmeleri ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda sohbet ederek, sosyal uğraşı ve el işleri ile uğraşanlarda puan ortalaması $X=8,58\pm 1,15$, televizyon izleyerek boş vakitlerini

geçiren yaşlılarda puan ortalaması $X=10,15\pm0,94$, dinlenerek boş vakitlerini geçiren yaşlılarda puan ortalaması $X=10,50\pm0,87$ ve gezerek boş vakitlerini geçiren yaşlılarda puan ortalaması $X=9,76\pm0,94$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 17: Yaşı Algılamaya Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Yaşı Algılama	Sayı	X±SE	SD	F	p
Çok yaşlı	17	10,58±0,95	3,93	0,955	0,419
Yaşlı	37	10,20±0,66	3,90		
Orta yaşlı	16	8,43±1,10	4,41		
Genç	3	10,33±1,66	2,88		

Yaşlıların yaşlarını algılama durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda kendini çok yaşlı olarak algılayanlarda puan ortalaması $X=10,58\pm0,95$, kendini yaşlı olarak algılayanlarda puan ortalaması $X=10,20\pm0,66$, kendini orta yaşlı olarak algılayanlarda puan ortalaması $X=8,43\pm1,10$ ve kendini genç olarak algılayanlarda puan ortalaması $X=10,33\pm1,66$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 18: Sađlđın Fiziksel Hareketleri Etkileme Durumu Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımlı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Sađlđın Fiziksel Hareketleri Etkileme					
Durumu	Sayı	X±SE	SD	t	p
Etkiliyor	25	11,00±0,71	3,57	1,738	0,527
Etkilemiyor	45	9,28±0,61	4,13		

Yaşlıların sağlıklarının fiziksel hareketlerini etkileme durularına göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamasına bakıldığında;sağlıklarının fiziksel hareketlerini etkileyen yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması $X=11,00±0,71$ ve sağlıklarının fiziksel hareketlerini etkilemeyen yaşlılarda $X=9,28±0,61$ olarak bulunmuştur. Yaşlıların sađlđın fiziksel hareketleri etkileme duruları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19: Kronik Hastalık Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımlı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Kronik Hastalık	Sayı	X±SE	SD	t	p
Var	46	10,63±0,58	3,95	2,169	0,595
Yok	24	8,50±0,77	3,79		

Yaşlıların kronik hastalık durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda kronik hastalığı olan yaşlılarda puan ortalaması $X=10,63±0,58$ ve kronik hastalığı olmayan yaşlılarda puan ortalaması $X=8,50±0,77$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 20: İlaç Kullanma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
İlaç Kullanma Durumu	Sayı	X±SE	SD	t	p
Evet	48	10,45±0,56	3,88	1,749	0,992
Hayır	22	8,68±0,86	4,07		

Yaşlıların ilaç kullanma durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda ilaç kullanan yaşlılarda puan ortalaması $X=10,45\pm 0,56$ ve ilaç kullanmayan yaşlılarda puan ortalaması $X=8,68\pm 0,86$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 21: Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Sayı	X±SE	SD	t	p
Var	51	10,13±0,59	4,23	0,810	0,095
Yok	19	9,26±0,76	3,31		

Yaşlıların çocuk sahibi olma durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda çocuğu olan yaşlılarda puan ortalaması $X=10,13\pm 0,59$ ve çocuğu olmayan yaşlılarda puan ortalaması $X=9,26\pm 0,76$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 22: İlimizde Yakını Olup Olmama Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
İlimizde Yakını Olup Olmama Durumu	Sayı	X±SE	SD	t	p
Var	39	9,58±0,68	4,25	-0,725	0,404
Yok	31	10,29±0,66	3,69		

Yaşlıların ilimizde yakını olup olmama durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda yakını olan yaşlılarda puan ortalaması $X=9,58\pm 0,68$ ve yakını olmayan yaşlılarda puan ortalaması $X=10,29\pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 23: Sosyal Uğraşılara Katılma İstekliliğine Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Sosyal Uğraşılara Katılma İstekliliği	Sayı	X±SE	SD	F	p
İsteksiz	27	9,85±0,86	4,49	0,004	0,996
Bazen istekli	37	9,91±0,63	3,84		
Her zaman istekli	6	10,00±1,26	3,09		

Yaşlıların sosyal uğraşılara katılma istekliliği durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda isteksiz olan yaşlılarda puan ortalaması $X=9,85\pm 0,86$, bazen istekli olan yaşlılarda puan ortalaması $X=9,91\pm 0,63$ ve her zaman istekli olan yaşlılarda puan ortalaması $X=10,00\pm 1,26$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 24: Kurumdan Çıkarılma Endişesine Göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global (Toplam) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Pittsburg Uyku Kalitesi					
Global (Toplam) Puan					
Kurumdan Çıkarılma Endişesi	Sayı	X±SE	SD	F	p
Var	2	15,0±2,00	2,82	1,770	0,178
Zaman Zaman	11	9,36±1,68	5,57		
Yok	57	9,82±0,47	3,61		

Yaşlıların kurumdan çıkarılma endişesi taşıma durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamalarına baktığımızda kurumdan çıkarılma endişesi olanlarda puan ortalaması $X=15,0\pm 2,00$, zaman zaman endişe yaşayan yaşlılarda puan ortalaması $X=9,36\pm 1,68$, kurumdan çıkarılma endişesi yaşamayan yaşlılarda puan ortalaması $X=9,82\pm 0,47$ olarak bulunmuştur. Ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

5.1.SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada,huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı sosyo-demografik özellikleri ve uyku kalitesine ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır..

Yaşlı bireylerin yaş ortalaması $74,34 \pm 7,76$ olarak bulunmuştur.

Cinsiyet açısından huzurevi grubunda erkek yaşlı oranı (%75,7), kadın yaşlı oranından (%24,3) yüksek bulunmuştur. Bu bulgu;Ekici ve Ünal (1992) ile Bostancı ve Yılmaz (2004)'nın çalışmalarıdaki orana oldukça yakındır. Yaşlıların çoğunluğunun (%75,7) erkek olması, erkeğin bakımına ilişkin değerler ve sosyalleşme özelliklerimize bağlı olarak yakınlarını kaybeden ya da bekar yaşlı erkeklerin, yaşlandıklarında yalnız kalmak istememeleri nedeniyle kurum bakımını tercih ettiklerini göstermektedir (75,76,77) .

Yaşlıların öğrenim düzeylerine bakıldığında; %35,7'si okur yazar değil, %30'u okur yazar, %24,3'ü ilkokul ve %10'u ise ortaokul-lise-yüksekokul mezunudur. Yaşlıların yaklaşık dörtte biri okul bitirmemiş okur yazardır. Bu bulgu yaşlıların okuma yazmayı, yetişkinlik döneminde ve ileri yaşlarda aldıkları kurslar yardımıyla öğrendiklerini düşündürmektedir. Tüm yaşlılar içinde sadece 2 erkek yaşlı yüksekokul bitirmiştir. Okur yazar olmayanların oranını Bostancı ve Yılmaz (2004) %50,6 olarak bildirmişlerdir. Bu bulgu, genel olarak öğrenim düzeyi düşük bireylerin kurum yaşamını tercih ettiğini göstermektedir (76,77).

Huzurevinde iki çift (4 kişi) eş olarak kalmaktadır. Huzurevinde kalan yaşlıların % 7,1'i hiç evlenmemiş olanlar, %24,3'ü evli olanlar, %50'si eşi ölmüş olanlar ve %18,6'sı da eşinden boşanmış olduğu saptanmıştır. Gaziantep'te yapılan benzer bir çalışmada dul oranı %77,5 olarak bildirilmiştir (75). Bostancı ve Yılmaz'ın (2004) çalışmasında eşi ölen yaşlı dul oranı %69,1 olarak bildirilmiştir. Bu bulgular yalnız oluşun huzurevinde yaşama kararını etkilediğini düşündürmektedir (76).

Yaşlıların %87,1'inin gelirinin bulunduğu, %12,9'unun gelirinin bulunmadığı saptanmıştır. Yaşlı bireylerin gelir kaynağını ise %38,1'ini emekli maaşı, %1,6'sını biriktirilmiş para,faiz,kira oluştururken, %57,12'si çocuğunun veya akrabasının yardımı,%3,2'si 65 yaş aylığı oluşturmaktadır.

Yaşlıların %57,12 inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %42,9'unun ise sosyal güvencesinin bulunmadığı belirlenmiştir. Yaşlıların gelir durumları ve öğrenim

düzeyleri göz önüne alınırsa orta ve alt sosyo-ekonomik düzeyde oldukları söylenebilir (77).

Yaşlıların huzurevinde kalış sürelerine bakıldığında, yaşlıların %15,7'sinin 1 yıldan az süredir, %45,7'sinin 1-3 yıldır, %22,9'unun 4-6 yıl, %1,4'ünün 7-9 yıl, %14,3'ünün 10 ve daha uzun süredir kurumda kaldıkları tespit edilmiştir. Yaşlıların %84,3'ü 1 yıldan fazla süredir kurumda yaşamaktadır.

Yaşlıların %14,3'ü kendi bakımını tek başına yapamadığı için, %37,1'i hiç kimsesi olmadığı için, %42,9'u ailesi tarafından kabul edilmediği için ve 55,7'si aileye yük olmak istemedikleri için kurumda kalmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca dul olma, çocuk sahibi olmama ve sosyo-ekonomik desteğin olmaması durumları da kurumda kalmayı tercih etmede etkili olabilir. Bu bulgular doğrultusunda, kültürel değişmelerin yetişkin ve yaşlıların yaşamına yeni bir içerik getirdiği ve sosyal güvenlik kurumlarının kullanımının yaygınlaştığı ileri sürülebilir (78).

Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri, her yaş grubunda mutlu yaşamayı sağlayan programlardan biridir. Daha çok boş zamanı bulunan yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme faaliyetleri toplumların kültürel yapısı ve değer yargılarıyla yakından ilişkilidir (79). Kurumda kalan yaşlı bireylerin kurum içindeki aktivitelerine bakıldığında, %14,3'ü sohbet ederek, %27,1'i televizyon izleyerek, %31,4'ü dinlenerek, %24,3'ü gezerek ve %2,9'u sosyal uğraşı ve el işleri yaparak vakitlerini geçirdikleri belirlenmiştir. Yaşlıların günlük yaşam içerisinde pasif bir yaşam biçimi sürdürdükleri göze çarpmaktadır. Yaşlıların televizyon izliyor olmaları günlük yaşam olaylarına ilgi duyduklarını gösterebileceği gibi, sosyal ilgisizlik ve yalnızlığın bu şekilde giderilmeye çalışılmasının bir ifadesi de olabilir. Kurumda vaktini sohbet ederek geçiren yaşlı oranının düşük olması, sosyal iletişimde yetersizlik yaşandığını göstermektedir (77).

Huzurevinde kalan yaşlıların %24,3'ü kendilerini çok yaşlı, %48,6'sı yaşlı ve %22,9'u orta yaşlı olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Yaşlıların kendilerini kronolojik yaşlardan farklı algılamaları sağlık, medeni durum, emeklilik, sosyal katılım, meslek, eğitim gibi pek çok faktöre bağlı olabilir (77).

Kurumdaki bireylerden yaşlılığı değerlendirmeleri istendiğinde; %32,9'u yaşlılığı kötü bir durum olarak, %32,9'u işe yaramazlık olarak, %24,3'ü rahatsız edici bir durum olarak ifade etmişler ve yaşlıların % 10'u ise kendilerini yaşlı bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Yaşlıların kendi sağlık durumlarına bakış açıları incelendiğinde,%28,6'sı sağlıklarını iyi, %47,12'si orta ve %24,3'ü kötü olarak algıladıklarını belirtmişlerdir.

Yaşlı bireylerin % 64,3'ü sağlıklarının fiziksel hareketlerini etkilemediğini belirtmişlerdir.

Yaşlı bireylerin %65,7'sinin kronik hastalığı olduğu ve %34,3'ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalıklar yaş ilerledikçe artmaktadır.En az bir kronik hastalığı olan yaşlı oranı %48,6 'dır.Uran (2001) çalışmasında kronik hastalığı olan yaşlı oranını %72,5 olarak bildirmiştir.1992 yılında İzmir Gürçeşme Huzurevinde yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üzeri kişilerden oluşan araştırma grubunda %90,36'sının en az bir sağlık sorunu olduğu saptanmıştır.1990 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada yaşlılarda kronik hastalık görülme oranı %77,6 olarak saptanmıştır. Antalya'da yapılan bir çalışmada ise yaşlıların %36,2'sinde herhangi bir kronik hastalık bulunmazken %38 'inde bir adet ve %25,82inde iki veya daha fazla sayıda kronik hastalık bulunduğu tespit edilmiştir (22). Söz konusu araştırmalarda bulunan kronik hastalığı mevcut yaşlı oranı araştırmamızla uyumludur.

Yaşlı bireylerin %68,6'sı kronik hastalıklarına yönelik ilaç kullanmaktadır.Bu oranı Bostancı ve Yılmaz(2004)%68,9 olarak bildirmişlerdir (76).

Huzurevinde kalan yaşlıların %72,9'unun çocuğu bulunmakta,%27,1'inin ise çocuğu bulunmamaktadır. Yaşlıların sahip olduğu çocuk sayısına bakıldığında; yaşlı bireyin %48,6'sı 1-4 çocuğa, %24,2'si 5 ve üzeri sayıda çocuğa sahiptir ve yaşlıların %27,1'inin hiç çocuğu bulunmamaktadır. Bostancı ve Yılmaz (2004)'ın çalışmasında bu oranlar sırasıyla % 49,4,%13,6 ve %37'dir (76). Yaşlıların kurumda kalmayı tercih etme nedenleri ve çocuk sahibi olma durumları göz önünde bulundurulduğunda,hiç çocuğu olmayan ve ailesi tarafından kabul edilmeyen yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamı seçtikleri düşünülebilir (77).

Yaşlı bireylerin çocukları ile görüşme sıklığına bakıldığında; yaşlıların %43,1'i çocukları ile görüşmediğini, %47,1'i ise seyrek görüştiklerini ifade etmiştir. Yaşlı bireylerin % 44,3'ünün Gaziantep'te bir yakını bulunmamaktadır. Yaşlıların yakınları ile ilişkileri incelendiğinde;%48,8'i seyrek görüştüğünü, %12,8 'i ise hiç görüşmediğini belirtmişlerdir. Yaşlı bireylerin huzurevini seçmesinde aile yapısının ve sosyal destek sisteminin etkili olduğunu düşündürmektedir (77).

Yaşlı bireyin huzurevindeki sosyal etkinliklere katılma istekliliği incelendiğinde;yaşlıların %38,6'sı isteksiz, %52,9'u bazen istekli ve %8,6'sı her

zaman istekli olduklarını belirtmişlerdir.İsteklilik oranının düşük bulunmasının,bu huzurevindeki sosyal etkinliklerin yetersiz olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (77).

Yaşlıların huzurevinden çıkarılma endişesi taşıma durumlarına bakıldığında,yaşlıların %81,4'ü böyle bir endişe taşımadıklarını belirtmişlerdir.Bu kurumdaki yaşlıların endişelerinin olmaması,gelecek kaygısı taşımadıklarının göstergesi olabilir (77).

5.2.BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ve UYKU KALİTESİ

Yaşlı bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlara göre oranlar; 0-4 puan arası %8,6 (uyku kalitesi iyi) ve 5-21 puan arası %91,4 (uyku kalitesi kötü) olarak belirlenmiştir.

Örneklemin uyku kalitesi ölçeği global puan ortalaması $9,90\pm 0,47$ olarak bulunmuştur.

Uran,2001 yılında Ankara Huzurevinde yaşayan yaşlıların Pittsburg Uyku kalitesi İndeksinin toplam puanının ortalamasını $6,25\pm 4,04$ olarak bildirmiştir (22).

Eskişehir Hacı Süleyman Çakır Huzurevi ile Maide Bolel Huzurevi ve Eskişehir Huzur mahallesinde yapılan,Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştıkları sorunların ve baş etme yollarının değerlendirilmesine ilişkin 60 yaş üstü yaşlılarda,hazırlanan anket formu ile yapılan çalışmada; huzurevinde kalanların %46'sının uykusuzluk çektiği saptanmıştır (19).

Erkeklerin uyku kalitesi kadınlara göre daha kötüdür ancak cinsiyete göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Cinsiyet uyku kalitesi üzerinde etkili bulunmamıştır. Cinsiyetin uyku kalitesi üzerinde etkili olmamasına benzer olan bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Ocakcı (1981) ve Kara (1996)'nın çalışmalarında uyku kalitesinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamışlardır (81,82). Ertekin (1998) ve Uran (2001) çalışmalarında uyku kalitesini kadınlarda erkeklere göre daha düşük bulmuşlardır. Literatürde ise bütün olarak uyku etkinliğinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla azalma gösterdiği belirtilmektedir (6).

Yaşlıların yaş gruplarına göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Yaş gruplarının uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Yaş gruplarının uyku kalitesi üzerinde etkili olmaması sonucuna benzer olan çalışmalar bulunmaktadır (Kara 1996) (82). Ertekin (1998) çalışmasında yaş gruplarının uyku kalitesi etkili

olmadığını saptamıştır (23). Bu sonuçlar, çalışma bulgusuyla paralellik göstermektedir. Literatürde bunun aksini gösteren verilere rastlanmaktadır. Uykunun yaşa göre farklılık gösterdiği, yaş ilerledikçe yaşlı bireyin gece uyanıklık süresinde artış olduğu ve uyku kalitesinde azalmaların meydana geldiği belirtilmektedir (10,17). Uran (2001) huzurevi ve evde yaşayan yaşlılarda yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan 60-74 yaş arasındaki yaşlılarda uyku kalitesini daha kötü bulmuştur (22). Busse ve ark. (1991) 80 yaşın üzerindeki yaşlı bireyler ile 20-30 yaş arasındaki genç bireylerde PUKÖ kullanarak yaptıkları bir çalışmada literatürde belirtildiği gibi yaşlı bireylerin uyku kalitesini genç bireylere göre daha kötü olarak bulunmuştur (9).

Yaşlıların medeni durumlarına göre Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin medeni durumlarının uyku kalitelerini etkilemediği görülmüştür. Ertekin (1998) çalışmasında, medeni durumun uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığını saptamıştır (23). Bu sonuç, çalışma bulgusuyla uyum göstermektedir. Uran (2001) çalışmasında, evli olup huzurevinde yaşayan yaşlıların uyku kalitesinin daha kötü olduğunu belirlemiştir (22).

Yaşlıların eğitim durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitim düzeyinin uykuyu etkilemediğini gösteren ve çalışmamızla elde edilen sonuç ile benzer olan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Ocakcı 1981, Kara 1996, Ertekin 1998) (23,81,82).

Geliri olmayanların uyku kalitesi daha kötüdür ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaşlı bireylerin gelir durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Gelir durumunun uyku kalitesi düzeyini etkilemediği görülmüştür. Çalışmamızda, bir gelire sahip olmayan yaşlı oranı düşüktür. Gelirin varlığı bireye güç vermekte (77) ve kaygıyı azaltmaktadır. Bu durum uyku kalitesinin kötü çıkmasını engellemiş olabilir.

Yaşlıların sosyal güvence durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Bu duruma huzurevinde kalan sosyal güvencesi olmayan yaşlıların, ekonomik ve sağlık konusunda duydukları gereksinimlerin kamudan ayrılan ödeneklerle karşılanması neden olabilir (77).

Yaşlıların kurumda kalış süreleri ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Bu bulgu aile çevresinden ayrılan, bazı alışkanlıklardan vazgeçen ve tanımadığı insanlarla yaşamı paylaşan yaşlıların bu duruma uyum sağladıklarını göstermektedir (77).

Yaşlıların kurumda kalma nedenleri ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Bunun nedeni, yaşlıların kuruma neden geldikleri değil, buradaki yaşam şekliyle ilgilenmelerinden, kurum yaşamına uyum sağlamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Yaşlıların kurum içinde boş zamanlarını değerlendirme durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Uyku kalitesi boş zamanlarını dinlenerek geçiren yaşlılarda daha kötü bulunmuş; ancak sonuç istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Huzurevinde yaşlılar için boş zamanlarını değerlendirebilecek planlı uğraşı ve egzersiz programları bulunmadığından, yaşlıların çoğunluğu dinlenmeyi tercih etmektedirler. Bu nedenle yaşlılarımızın daha aktif yaşam sürebilmeleri, boş zamanlarını değerlendirebilmeleri için, düzenli fiziksel aktivitelere ve uğraşı faaliyetlerine gereksinim duyduğu düşünülmektedir (77).

Kendini çok yaşlı olarak algılayan yaşlılarda uyku kalitesi daha kötüdür; ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaşlı bireylerin yaşlarını algılama durumları ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalaması arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin kendilerini çok yaşlı, yaşlı ya da orta yaşlı hissetmeleri uyku kalitesi düzeylerini etkilememektedir.

Yaşlı bireylerin sağlıklarının fiziksel hareketlerini etkileme durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olanların uyku kalitesi daha kötüdür; ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaşlıların kronik hastalığa sahip olma durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puanı arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalığın olup olmasının uyku kalitesi etkili olmadığı görülmektedir. Oysa literatürde, kronik hastalık özelliklerinin (kalp hastalığı, diabetes mellitus, solunum sistemi hastalıkları gibi) uyku kalitesinin kötü olmasına neden olduğu belirtilmektedir (80). Uran (2001)

çalışmasında,kronik hastalığı olup huzurevinde yaşayan yaşlıların uyku kalitesinin daha kötü olduğunu bulmuştur (22).

Yaşlı bireylerin ilaç kullanma durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). İlaç kullanan yaşlıların uyku kalitesi daha kötüdür ancak; istatistiksel olarak anlamlı değildir. Uran (2001) çalışmasında,ilaç kullanıp huzurevinde yaşayan yaşlıların uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu saptamıştır (22). Literatürde bazı ilaçların kullanılmasının uyku kalitesini bozduğu belirtilmektedir (17,44).

Yaşlıların çocuk sahibi olma durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puanı arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Çocuğu olan yaşlıların uyku kalitesi daha kötüdür ancak; istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaşlıların çocuk sahibi olmaları ya da olmamaları uyku kalitelerini etkilememektedir.

Yaşlıların ilimizde yakını olup olmama durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puanı arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin çevrelerinde yakınlarının bulunup bulunmama durumu uyku kalitesini etkileyen bir faktör değildir.

Yaşlıların sosyal uğraşılara katılma istekliliği ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puanı arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Gaziantep Huzurevi'inde sosyal ve kültürel etkinliklere yeterli önemin verilmemesi ve bu alana yönelik faaliyetlerin düzenli olarak yapılmaması (77) da bu sonucu etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir.

Yaşlıların kurumdan çıkarılma kaygısı yaşama durumu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Global puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Huzurevinde yaşayan yaşlılar kuruma kabul edildikten sonra mevzuat gereği çıkarılmalarının zor olduğu yaşlılar tarafından bilindiğinden yaşlıların bu konuda kaygı taşımadıkları düşünülebilir (77).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Gaziantep Huzurevi'nde yaşayan yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin düzeylerinin belirlenmesi ve uyku kalitesini etkileyen etkenlerin belirlenmesi amacıyla planlanan bu araştırmada bulguların incelenmesiyle aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan 70 yaşlının %75,7'si erkek, %24,3'ü ise kadın yaşlı oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerin % 35,7'si okur yazar olmadığı, %50'sinin dul ve % 18,6'sının boşanmış olduğu, %87,1'inin gelirinin bulunduğu, %67,1'i çocuğunun veya akrabasının yardımı ile gelirlerini sağladığı ve %57,1'inin sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %45,7'sinin 1-3 yıldır kurumda kaldığı, %42,9'unun ailesi tarafından kabul edilmediği için kurumda kalmayı tercih ettiği saptanmıştır.

Yaşlı bireylere kurumda vakitlerini nasıl geçirdikleri sorulduğunda, % 14,3'ü sohbet ederek, %77,1'i televizyon izleyerek, %31,4'ü dinlenerek, %24,3'ü gezerek ve %2,9'u ise sosyal uğraşı veya elişi yaparak vakitlerini geçirdiklerini belirtmişlerdir. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin %48,6'sı kendini yaşlı algıladığı ve %32,9'unun ise yaşlılığı kötü bir durum olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Genelde yaşlılar kendi sağlıklarını orta düzeyde (%47,1) değerlendirmişler, sağlık durumlarının fiziksel hareketlerini etkilemediğini (%64,3) belirtmişlerdir. Yaşlıların %65,7'sinin kronik hastalığının olduğu ve %68,6'sının ise ilaç kullandığı saptanmıştır.

Kurumda kalan yaşlıların %72,9'unun çocuğu vardır. Yaşlıların %48,6'sı 1-4 çocuğa sahiptir. Yaşlıların %47,1'i çocuklarıyla seyrek görüştüğünü, %43,1'i ise görüşmediğini belirtmişlerdir. %55,7'sinin Gaziantep'te yaşayan yakınları bulunmaktadır ve %38,4'ünün yakınlarıyla sık görüştüğü, %48,8'inin ise seyrek görüştüğü saptanmıştır. Yaşlıların sosyal uğraşılara katılma istekliliği incelendiğinde; %38,6'sı isteksiz olduklarını, %52,9'u bazen istekli olduklarını ve kurumdan çıkarılma endişesi taşımadıklarını (%81,4) belirtmişlerdir.

Örneklemin Pittsburg Uyku Kalitesi Global Puan ortalaması $9,90 \pm 0,47$ olarak bulunmuştur.

Yaşlıların değişkenlere göre uyku kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet,yaş grupları,medeni durum,eğitim durumu,gelir durumu,sosyal güvence durumu,kurumda kalış süresi,kurumda kalma nedeni,boş zamanların değerlendirilmesi,yaşı algılama durumu,sağlığın fiziksel hareketleri etkileme durumu,kronik hastalık durumu,ilaç kullanma durumu,çocuk sahibi olma

durumu,Gaziantep'te yakını olup olmama durumu,sosyal uğraşılara katılma istekliliği ve kurumdan çıkarılma endişesi taşıma durumunun uyku kalitesini etkilemediği istatistiksel olarak saptanmıştır.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Huzurevlerinde yaşlılara sunulan hizmet kalitesinin arttırılması,
- Evde bakım projesinin geliştirilmesi ve huzurevlerinin yerini alması,
- 2022 sayılı yasa ile 65 yaşını dolduran yaşlılara verilen aylıklık aylığının yeterli düzeye getirilmesi,
- Sağlık,boş zamanı değerlendirme,ulaşım ve iletişim gibi konularda yaşlılara yarar sağlayıcı sosyal hizmet programlarının hazırlanması,
- Yaşlılığın olumsuz etkilerinin önlenmesi,bedensel sağlığın korunması için düzenli sağlık kontrollerinin yapılması,
- Yaşlı bakım hizmeti vermesi beklenen sağlık personelinin yaşlı sağlığı ve bakımına bilgi,duyarlılık ve motivasyonunun arttırılması,
- Yaşlıların olabildiğince kendi ortamlarında yaşayabilmelerinin sağlanması,
- Yaşlıların uyku kalitesinin bozulmasını önlemek için özellikle,geç saatlerde aktivite ve kafein alımı,sigara ve alkol kullanımının kontrolünün sağlanması,
- Hemşirelerin yaşlıların uyku ile ilgili problemlerine ve uykuyu etkileyen etkenlere karşı daha duyarlı olması, zamanında ve uygun girişimlerde bulunması,
- Uyku kalitesini bozan ısı,ışık,gürültü ve ilaç kullanımı gibi durumların belirlenmesi ve bunlara yönelik hemşirelik müdahaleleri konusunda ileri araştırmalar yapılması,
- Hemşirelere ve huzurevi çalışanlarına yönelik,yaşlıların uykuya dalma,uykunun bölünmesi,uyku süresi,uyku kalitesi ve uyku problemleri ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

7.KAYNAKLAR

- 1- BİRİL, L.,AKDEMİR, N.,BEDÜK, T.:İç Hastalıkları Hemşireliği.Vehbi Koç Vakfı Yayınları,VI.Baskı,Ankara,1997
- 2- ÇAĞLAYAN, Ş.:Günlük Yaşamda Uygunun Önemi ve Uyku Bozukluklarında Hemşirenin Uygulayabileceği Önlemler.Türk Hemşireler Dergisi,4(34):13-16,1984
- 3- JANSEN, D.P.,HERR, K.A.:Sleeplessness.Nursing Clinics of North America,28(2):385-405,June 1993
- 4- WEBSTER, RA,THOMPSON, DR.:Sleep in Hospital.Journal of Advanced Nursing,11:447-457,1986
- 5- KAYNAK, H.:Uyku Uyumak mı Uyanamamak mı?.Ad Kitapçılık,1.Baskı,İstanbul,1998
- 6- YÜKSELEN, N.:Ruhsal Hastalıklar.Çizgi Tıp Yayınevi,2.Baskı,Ankara,2001
- 7- AYDIN, H.:Uykuda Uyanan Hayallerimiz Rüyalardır.Bilim ve Teknik,Mayıs 27 (318) 22-28,1994
- 8- FLYNN, J-B. M.:Nursing:From Concept to Practice.Apprentice-Hall Publishing and Communications Company,London,1984; 491-502
- 9- BUYSSE, DJ. ve ark.: Quantification of Subjective Sleep Quality in Healthy Elderly Men and Women Using The Pittsburg Sleep Quality Index.Sleep,14(4):331-324,1991
- 10- JANSON, C.,GİSLASON, T.,DE BACKER, W. ve ark.:Prevalence of Sleep Disturbances Among Young Adults in Three European Countries.Sleep,18:589-597,1995
- 11- ROTH, T.,ROEHRS, T.A.,ROSENTHAL, L.:Sleep Disorders.Review of Psychiatry,Vol 13,Oldham JM.,Riba MB.(Ed),Washington DC,American Psychiatric Press,1994;707-708
- 12- AĞARGÜN, MY. ve ark.:Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliliği.Türk Psikiyatri Dergisi,7(2):107-115,1996
- 13- OAKES, S.A. ve ark.:Patient-Related Predictors of Rehabilitation Us efor Community-Dwelling Older Americans.Journal of American Geriatrics Society,40(4):336-341,1992
- 14- FADİLOĞLU, Ç.:Yaşlılıkta Psikososyal Sorunlar.Ege Üniv. H.Y.O. Dergisi,42(2):63-73,1992

- 15- AKIN, B.,SEVİL, Ü.,KARATAŞ, N.:Gerontoloji Hemşireliği Eğitim Programı.I.Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı,Antalya,60-62,2000
- 16- DURGUN, B.:Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler.Geriatri,2:115-120, 1997
- 17- GÖKA, E.,CEYLAN, M. E.:Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri,Alkol Kullanım Bozuklukları,Yaşlılık Psikiyatrisi.Demans,2.Cilt,1.Baskı,İstanbul,1998
- 18- FADİLOĞLU, Ç.,ESEN, A.,KARAOKOVAN, A.,AKYOL, A.,ŞENTÜRK, N.:Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sağlık Durumlarının İncelenmesi.Araştırma Raporu,Ege Üniversitesi,İzmir,1992
- 19- METE, S.,GÖKDOĞAN, F.:Elazığ Yöresinde Yaşlıların Günlük Yaşam Alışkanlıkları.Araştırma Raporu,Fırat Üniversitesi,Elazığ,1992
- 20- BİNGÖL, M.:Erzurum Bakımında Yaşayan Yaşlıların Sosyal ve Psikolojik Sorunlarının Araştırılması.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doktora Tezi,Erzurum,1992
- 21- KÖŞKEROĞLU, N.,AKSOY, F.,ÖZKAYA, G.:Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlıların Karşılaştıkları Güçlükler ve Baş Etme Yollarının Değerlendirilmesi.Araştırma Raporu,Anadolu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu,Eskişehir,1992
- 22- URAL, G.:Kırsal Kesimde Evde ve Huzurevinde Kalan 60 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi İle Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması.Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,Ankara,2001
- 23- ERTEKİN, Ş.:Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi,Sivas,1998
- 24- AĞARGÜN, MY. ve ark.:Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Özel Uyku Kalitesi.Van Tıp Dergisi, 3(1):16-18, Ocak,1996
- 25- ERASLAN, A.,İNANERİ, F.,ÇUBUKÇUOĞLU, H. ve ark.:Bir Sosyal Hizmet Alanı Olarak Yaşlılık ve Sosyal Hizmetler.2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi.Ankara,Sosyal Hizmet Uzmanı Derneği Genel Merkezi Yayınları,231-235,1995

- 26- SERTBAŞ, G.,BAHAR, A.:Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşlılığa İlişkin Görüşleri ve Uyumlarının Değerlendirilmesi.Hemşirelik Forumu Dergisi,6(5):33-39,Eylül-Ekim,2003
- 27- GÜRHAN, N.,HİSAR, F.,ÖZHAN ELBAŞ, N.:Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Huzurevi ve Yaşlılığa İlişkin Görüşleri.Hemşirelik Forumu,6(2):7-10,2003
- 28- TOPRAK, İ.,SOYDAL, T.,BAL, E. ve ark.:Yaşlı Sağlığı.TC Sağlık Bakanlığı,Ankara,2002
- 29- EKİCİ, B.,ÖZDEMİR, S.:Yaşlı Bireyin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi.Hemşirelik Forumu,6(4):27-36, Temmuz-Ağustos,2003
- 30- KUTSAL, YG.,ÇAKMAKCI, M.,ÜNSAL, S.: Geriatri 1.Hekimler Yayın Birliği,1997
- 31- SAYIL, I.:Ruh Sağlığı ve Hastalıkları,Ankara,2000
- 32- ÖZGEN, F.: Uyku ve Uyku Bozuklukları.Psikiyatri Dünyası,5(2):41-47,2001
- 33- İLKAY, E.,SAMUK, F.,TOSUN, M.,SAVRUN, M. Eds.:Cerrahpaşa Psikiyatri,İstanbul Üniversitesi,İstanbul,2002
- 34- CLARK, C.P.,MOORE,P.J.,SEİFRİTZ, E.,GİLLİN, ve ark.:Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi,ÖZGEN,A. (Çev. Edi.),Güneş Kitapevi,2003;430-452
- 35- KÖROĞLU, E.:PsikoNozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri.Hekimler Yayın Birliği,Ankara,2004
- 36- POTTER, PA.,PERRY, AG.:Fundamentals of Nursing. Philadelphia,Mosby Year Book, Third Edition,1993;1144-1171
- 37- DORACIAK, Y.:Aspects of Sleep.Nursing Times,December 19/26,86 (51):38-40,1990
- 38- ÖZTÜRK, M.O.:Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.Nobel Tıp Kitapevi, 8.Baskı,Ankara,2001
- 39- KAPLAN, H.I.,SADOCK, B.:Klinik Psikiyatri.ABAY,E. (Çev. Edi.),Nobel tıp Kitapevi,2004
- 40- ZİYALAR,A.:Psikiyatrik Seminoloji.Çevik Matbaacılık,2,Baskı,Ankara,1999
- 41- PELİN, Z.,GÖZÜKIRMIZI, E.:Uygunun Otogenetik Özellikleri.Türkiye Klinikleri Psikiyatri,2(2):67-68, Temmuz,2001
- 42- IŞIK, E.:Organik Psikiyatri.Tayf Matbaası,Ankara,1999

- 43- GÖKDOĞAN, F.:Normal Uyku,Doğal Uyku veya Tedaviye Bağlı Uyku Problemlerine İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi.II. Ulusal Hemşirelik Bildirileri,Ege Üniversitesi Basımevi,İzmir,242-251,1990
- 44- AĞARGÜN, M.Y.,KARA, H.:İlaç Tedavisinin Uyku ve Uyanıklık Üzerine Etkileri.Van Tıp Dergisi,Nisan 1 (2):57-60,1994
- 45- BALTAŞ, A.,BALTAŞ, Z.:Stres ve Başa Çıkma Yolları.Remzi Kitapevi,5.Baskı,İstanbul,2000
- 46- ANDREASEN, NC.,BLACK, DW.:Introductory Textbook of Psychiatry.American Psychiatric Publishing,Third Edition,Washington,DC London,England,2001
- 47- FAUMAN MA.:Study Guide to DSM –IV. American Psychiatric Press,2004
- 48- STOUDEMIRE, A.:Clinical Psychiatry for Medical Students.Lippincott Williams&Wilkins,Third Edition,Philadelphia,1998
- 49- KAYNAK, H.,KAYNAK, D.:Narkolepsi-Katalepsi Sendromu.Türkiye Klinikleri Psikiyatri,2(2):111, Temmuz,2001
- 50- GABBARD, GO.:Treatments of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Publishing,Third Edition,Washington,DC London,England,2001
- 51- ÇAKMAK, D.,SAATÇIOĞLU, Ö.:Yüksek Lisans İçin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.İstanbul Ticaret Üniversitesi,2003
- 52- CEYHUN, E.,ÖZGEN, F.,AYDIN, H.:Kleine Levin Sendromu.Türkiye Klinikleri Psikiyatri,2(2):116, Temmuz,2001
- 53- ÖZGEN, F.,KARADAĞ, H.,CEYHUN, E.:Parasomnialar.Türkiye Klinikleri Psikiyatri,2(2):118-123, Temmuz,2001
- 54- American Psychiatric Association:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.4rd ed.(DSM IV),APA,Washington DC, 551-607,1994
- 55- THORPY, MJ.:Disorders of Aroual,Handbook of Sleep Disorders'da.Marcel Dekker Inc.,New York,1990
- 56- ÖZTURA, İ.:REM Uyku Davranış Bozukluğu ve Demans.Demans Dergisi,2(4) :111-113,2002
- 57- ATAY, T.:Yaşlılıkta Uyku. Türkiye Klinikleri Psikiyatri,2(2):91-96, Temmuz 2001
- 58- CULEBRAS, A.:Sleep in Old Age.In:Culebras A(ed).Clinical Handbook of Sleep Disorders.Butterworth-Heinemann,Newton,USA,1996

- 59- YARDIMCI, E.:İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük yaşam aktiviteleri ile İlişkisi.İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi,İstanbul,1995
- 60- SUNA, D.:Yaşlılarda Uyku Bozuklukları.Klinik Gelişim.İstanbul Tabip Odası 6 (11):2777-2780,1993
- 61- KAYNAK, D.:Yaşlılarda Uyku Bozuklukları.Aktüel Tıp Dergisi,9(2-3)30-34,2004
- 62- ÖRNEK, T.,BAYRAKTAR, E.,ÖZMEN, E.:Geriatrik Psikiyatri.Özgün Psikiyatrik Bozukluklar Dizisi:I. Saray Tıp Kitapevi,1.Baskı,İzmir,1992
- 63- MONTGOMERY, P.,DENNIS, J.:A Systematic Review of Non-Pharmacological Therapies for Sleep Problems in Later Life.Sleep Medicine Reviews,8(1):47-62,2004
- 64- ANCOLİ-ISRAEL, S,KRİPKE, DF,KLAUBER, MR,et al.:Sleep Disordered Breathing in Community-Dwelling Elderly.Sleep,14:486-95,1991
- 65- PEPPARD, P.E.,YOUNG, T.,PALTA, M.,SKATRUD, J.:Prospective Study of the Association Between Sleep-Disordered Breathing and Hypertension.N Engl J Med.,342:1378-1384,2000
- 66- ANCOLİ-ISRAEL, S.,DU-HAMEL, ER,STEPNOWSKY, C. Et al.The Relationship Between Congestive Heart Failure,Sleep Apne and Mortality in Older Men.Chest,124:1400-5,2003
- 67- YÜKSEL, N.:Psikofarmakoloji.Çizgi Tıp Yayınevi,2.Baskı,Ankara,2003
- 68- KÖKTÜRK, O.:Obstüktif Uyku Apne Sendromu Sonuçları.Tüberküloz ve Toraks,48(3):273-89,2000
- 69- ANCOLİ-ISRAEL, S,KRİPKE, DF,KLAUBER, MR,et al.:Periodic Limb Movements in Sleep in Community-Dwelling Elderly,Sleep14:496-500,1991
- 70- KOCATAŞ, S.,GÜLER, G.,GÜLER, N.,:60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Depresyon Yaygınlığı.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi,7(1):11-18,2004
- 71- SOUTHWELL, MT,WİSTOW, G.:Sleep in Hospitals at Night:are Patients' Needs Being Met?.Journal of Advanced Nursing,21:1101-1109,1995
- 72- TUCKER, SM.,CANOBBİO, MM.,PAQUETTE, EV.:Patient Care Standards Collaborative Practice Planning Guides,6th Edition,1996

- 73- WILLIAMS, JR.:Gerontologic Nurse Practitioner Care Guidelines:Sleep Management in Elderly Patients, Geriatric Nursing,25(5):310-312,2004
- 74- CARPENITO, L.J.:Hemşirelik Tanıları El Kitabı.Erdemir, F. (Çev. Edi.),Nobel Tıp Kitapevi,7.Baskı,1999
- 75- EKİCİ, H.,ÜNAL, S.:Akyol Sağlık Ocağına Bağlı Evinde Kalan Yaşlılarla Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Psikolojik Semptom Taraması Ve Yaşam Doyumu.Sağlıklı Yaşama Sempozyum Kitabı,26-27, Ankara,Kasım,1992
- 76- BOSTANCI, M.,YILMAZ, B.:Denizli Huzurevi Sürekli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezindeki Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlık Sorunları.<http://www.dicle.edu.tr/halks/yedi%208.htm>,05.012.2004
- 77- BAHAR, A.:Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Aksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi.Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,Gaziantep,2005
- 78- KOCA,H.:Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı,İstanbul,1998
- 79- KEREM, M.,MERİÇ, A.,KIRDI, N.,CAVLAK, U.:Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi.Geriatri,4(3):106-112,2001
- 80- FADİLOĞLU, Ç.,TOKEM, Y.:Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü.Türk Geriatri Dergisi,7(4):241,2004
- 81- OCAKCI, A. :Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastahanesinde Yatan Hasta Bireylerin Uykularını Etkileyen Olumlu ve Olumsuz Etkenlerin İncelenmesi.Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi,Ankara,Hacettepe Üniversitesi,1981
- 82- KARA, M.:Hastanede Yatan Hastaların Uyku ile ilgili Sorunları ve Hemşirelerin Bu soruna İlişkin Tutumları. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi,Erzurum,Atatürk Üniversitesi,1996

8.EKLER
EK1.

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN PİTTSBURG UYKU
KALİTESİ İNDEKSİ İLE UYKU KALİTESİ DÜZEYLERİ

1)Cinsiyetiniz?

- a)Kadın
- b)Erkek

2)Kaç yaşındasınız?

3)Medeni durumunuz nedir?

- a)Evli
- b)Bekar
- c)Dul(eşi ölmüş)
- d)Boşanmış

4)Eğitim durumunuz nedir?

- a)Okur yazar değil
- b)Okur yazar
- c)İlkokul
- d)Ortaokul
- e)Lise
- f)Yüksekokul-Fakülte

5)Gelir durumunuz nedir?

- a)Gelirim var
- b)Gelirim yok

6) Geliriniz var ise gelir kaynağınız nedir?

- a)Emekli maaşı
- b>Biriktirilmiş para,faiz,kira
- c)Çocuğum-akrabam yardım ediyor
- d)65 yaş aylığı
- e)Diğer

7)Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

- a)Evet
- b)Hayır

8) Sosyal Güvenlik Kurumunuz Hangisidir?

- a) Bağ-Kur
- b) SSK
- c) Yeşil Kart
- d) Emekli Sandığı
- e) Diğer

9) Kurumda kalma süreniz ne kadardır?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-3 yıl
- c) 4-6 yıl
- d) 7 ve üzeri

10) Kurumda kalma nedeniniz nedir?

- a) Kendi bakımımı tek başıma yapamadığım için
- b) Hiç kimsem olmadığı için
- c) Ailem tarafından kabul edilmediğim için
- d) Aileme yük olmak istemediğim için

11) Kendi yaşınızı nasıl algılıyorsunuz?

- a) Çok yaşlı
- b) Yaşlı
- c) Orta yaşlı

12) Yaşlılığı nasıl bir durum olarak değerlendiriyorsunuz?

- a) Kendimi yaşlı bulmuyorum
- b) Kötü bir durum olarak
- c) İşe yaramazlık olarak
- d) Rahatsızlık olarak

13) Bulduğunuz kurumda vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz?

- a) Kurum içinde sohbet ederek
- b) TV izleyerek
- c) Dinlenerek
- d) Gezerek
- e) Sosyal uğraşı ve el işleriyle

14)Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)İyi
- b)Orta
- c)Kötü

15)Sağlığınız fiziksel hareketlerinizi kısıtlıyor mu?

- a)Evet
- b)Hayır

16)Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- a) Yok
- b) En az bir tane
- c) Birden fazla

17)Sürekli olarak kullandığınız ilaç var mı?

- a)Evet
- b)Hayır

18)Kaç çocuğunuz var?.....

19)Çocuğunuz var ise görüşme sıklığınız nedir?

- a)Sık görüşüyorum
- b)Seyrek görüşüyorum
- c)Görüşmüyorum

20) İlimizde yaşayan herhangi bir yakınınız var mı?

- a)Evet
- b)Hayır

21) Cevabınız evet ise yakınlarınızla görüşme sıklığınız nedir?

- a)Sık görüşüyorum
- b)Seyrek görüşüyorum
- c)Görüşmüyorum

22)Kurumdaki sosyal etkinliklere katılma istekliliğiniz nedir?

- a)İsteksiz
- b)Bazen istekli
- c)Her zaman istekli

23)Huzurevinden ayrılma ya da çıkarılma endişeniz var mı?

- a)Var
- b)Zaman zaman
- c)Yok

EK 2.

PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Tarih:

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad alışkanlıklarınızla ilgilidir.Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1.Gecen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİ

2.Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak)aldı?

.....DAKİKA

3.Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ?

GENEL KALKIŞ SAATİ.....

4.Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ.....SAAT

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz.Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5.Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(d)Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(e)Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(f)Aşırı derecede üşüdünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(g)Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(h)Kötü rüyalar gördünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(i)Ağrı duydunuz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(j)Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

6.Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi.....

Oldukça iyi.....

Oldukça kötü.....

Çok kötü.....

7.Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

8.Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

9.Geçen ay ,bu durum işlerinizi yeteri kadar istikle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı....

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu....

Bir dereceye kadar problem oluşturdu.....

Çok büyük bir problem oluşturdu.....

10.Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok.....

Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var.....

Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil.....

Partner aynı yatakta.....

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun....

(a)Gürültülü horlama

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(b)Uykuda İken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar geçen ay

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

geçen ay haftada haftada bir haftada üç
boyunca hiç_ birden az_ veya iki kez_ veya daha fazla_

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç_	birden az _	veya iki kez _	veya daha fazla_

(e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç_	birden az_	veya iki kez_	veya daha fazla_

ÖZGEÇMİŞ

21.01.1981 tarihinde Gaziantep'te doğdu. 1992 yılında Münire Kemal İlkokulunu, 1995'te Naciye Mehmet Gençten İlköğretim Okulunu, 1999'da Gaziantep Lisesi'ni bitirdi. 1999 yılında kazandığı Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü 2003 yılında üçüncülükle bitirdi.2004 yılında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Servisinde çalışmaya başladı.Halen Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Servisinde çalışmaktadır.