

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**GENEL CERRAHİ SERVİSLERİNDE YATAN 60
YAŞ ÜZERİ HASTALARIN BİLİŞSEL
FONKSİYONLARININ, UYKU VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

GİZEM KARAKUŞ

İSTANBUL, 2019

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GENEL CERRAHİ SERVİSLERİNDE YATAN 60
YAŞ ÜZERİ HASTALARIN BİLİŞSEL
FONKSİYONLARININ, UYKU VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

GİZEM KARAKUŞ

Tez Danışmanı: DOÇ. DR. DİLEK AYGİN

İSTANBUL, 2019

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Genel Cerrahi Servislerinde Yatan 60 Yaş Üzeri Hastaların Bilişsel Fonksiyonlarının, Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
Öğrencinin Adı Soyadı: Gizem KARAKUŞ
Tez Savunma Tarihi: 24.05.2019

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.


Doç. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN
Enstitü Müdürü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek AYGİN

Üye
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Hayat YALIN

İmzalar




ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca her alanda beni destekleyen, bilgi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan kıymetli hocam Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a hem akademik alanda hem de kişisel gelişimimde bana yön gösteren kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Dilek Aygin' e

Tez çalışmama katkısı olan Koç Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisi ekibine, yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan çalışma arkadaşlarıma, hep yanımda olan dostlarıma, tez çalışmam da bana destek olan değer verdiğim Gökhan Karakuş, Burcu Medine Kaplan, Aycan Saylam ve Merve Turan'a

Eğitim hayatım boyunca bana güvenen anneannem Nebahat Karakuş, abim Recep Karakuş, annem Sebahat Karakuş ve babam Osman Karakuş'a

En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul Mayıs, 2019

Gizem KARAKUŞ

ÖZET

GENEL CERRAHİ SERVİSLERİNDE YATAN 60 YAŞ ÜZERİ HASTALARIN BİLİŞSEL FONKSİYONLARININ, UYKU VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

GİZEM KARAKUŞ

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. DİLEK AYGİN

Mayıs 2019, 59 sayfa

Amaç: Bu çalışma, altmış yaş üzeri cerrahi girişim geçiren hastaların bilişsel fonksiyonlarının, uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Eylül 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında kurum izni ve etik kurul onayı aldıktan sonra 140 hasta ile tamamlandı. Bu çalışmada veriler; 'Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği', 'SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği' ve 'Pittsburgh Uyku Kalitesi Değerlendirme Ölçeği' ve tanıtıcı özellikler formu kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerin (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra, kategorik veriler karşılaştırılmasında *t* testi, ANOVA, korelasyon analizlerinden faydalanıldı.

Bulgular: Hastaların yüzde 59'u erkek, yüzde 32'si "61-65" yaş aralığında ve yüzde 69'u evliydi. Çocuk sahibi (yüzde 91) ve kronik bir hastalığı (yüzde 86,4) olan hastaların yarısından fazlasının (yüzde 66) eşiyle ya da çocuklarıyla yaşadığı, ortaöğretim mezunu (yüzde 61) olduğu, çalışmadığı (yüzde 63) ve sigara içmediği (yüzde 68,6) belirlendi. Yüzde 42,1'i kanser tanısıyla tedavi gören hastaların yüzde 88,6'sına genel anestezi uygulandı, ameliyat süresi ortalama $3,98 \pm 2,293$ saattir ve yarısının ameliyattan sonra sorun yaşadığı görüldü. Çoğu hasta ailesinde demans öyküsü (yüzde 80) ve kendisinde iştme problemi olmadığını (yüzde 72,9), konsantrasyon sorunu yaşamadığını (yüzde 82,9), depresyon öyküsünün (yüzde 75,7) olmadığını ve gece uyku probleminin olduğunu (yüzde 62,9) ifade etti. Kadınların, emekli ve ev hanımı bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça uyku kalitesinin de arttığı görüldü ($p < 0,05$). Günlük aktivitelerde sorun yaşamayan bireylerin, erkeklerin, bekarların ve çocuğu olanların bilişsel fonksiyonları arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edildi ($p < 0,05$). Ameliyat sonrası sorun yaşayan bireylerin, ailede demans öyküsü olanların ve bilişsel fonksiyon bozukluğu yaşayanların kötü yaşam kalitesine sahip olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Sonuç: Altmış yaş ve üzeri cerrahi girişim geçiren bekar olan ve yalnız (veya bakıcı/yardımcı) yaşayan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu, demografik

özelliğlerin bilişsel durum ve uyku kalitesi açısından farklı olmadığı, genel olarak bilişsel fonksiyon arttıkça yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde arttığı tespit edildi.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı Hasta, Cerrahi, Bilişsel Fonksiyon, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi



ABSTRACT

EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTIONS, SLEEP AND LIFE QUALITY OF 60 YEARS OLD PATIENTS IN GENERAL SURGICAL SERVICES

GİZEM KARAKUŞ

Nursing Master's Degree Program

Thesis Supervisor: Doç. Dr. DİLEK AYGİN

May 2019, 59 pages

Aim: This study was planned to evaluate the cognitive functions, sleep and quality of life of the patients over 60 years old.

Materials and methods: The study was completed with 140 patients after obtaining the permission of the institution and the approval of the ethics committee between September 2018 and May 2019. The scales used in this research; data questionnaire, 'Montreal Cognitive Assessment Scale', SF-36 Quality of Life Assessment Scale 'and Pittsburgh Sleep Quality Assessment Scale' and collected using an identifier form. In the evaluation of the data; In addition to descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation), *t* test, ANOVA, correlation analysis were used to compare categorical data.

Findings: 59 percent of the patients were male, 32 percent were in the 61-65 "age group and 69 percent were married. It was determined that more than half of the patients who have children (percent 91) and have chronic diseases (percent 86,4) live with their wives (percent 66) or children, that they graduated from secondary school (percent 61), that they did not work (percent 63) and that they did not smoke (percent 68,6). General anesthesia was performed in 88.6 percent of the patients who were treated with (percent 42) cancer. The mean operation time was 3.98 ± 2.282 hours and half of the patients had problems after the operation. Most patients had a history of dementia (80 percent) and no hearing problems (72,9 percent). The patients were not experiencing concentration problems (82,9 percent), no history of depression (75,7 percent) and night sleep problems (62,9 percent). It was observed that the quality of sleep increased as the cognitive function of women, retired and housewives increased ($p < 0,05$). It has been determined that the quality of life increases as the cognitive function of the individuals, men, singles and children who carry out daily activities increases ($p < 0,05$). It was determined that individuals who had problems after surgery, those with a family history of dementia and those with cognitive dysfunction had poor quality of life ($p < 0,05$).

As a result: It was determined that the quality of life of the patients who were single (or carer / helper) who underwent surgical intervention aged sixty and over were better and it was determined that demographic characteristics were not different in terms of

cognitive status and sleep quality, and the quality of life increased significantly as cognitive function increased in general.

Key words: Elderly Patient, Surgical, Cognitive Function, Life Quality, Sleep Quality.



İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	xi
KISALTMALAR.....	xv
SEMBOLLER.....	x
1.GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR TARAMASI.....	4
2.1. BİLİŞSEL FONKSİYON.....	4
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırılması.....	4
2.1.2. Yaşlılarda Bilişsel Fonksiyonların Değişimini Etkileyen Faktörler.....	4
2.1.3. Cerrahi Girişimden Sonra Bilişsel Fonksiyon.....	7
2.1.4. Bilişsel Fonksiyon Değişimi Sonrası Uyku Kalitesi.....	9
2.1.5. Bilişsel Fonksiyon Değişimi Sonrası Yaşam Kalitesi.....	9
2.2. UYKU KALİTESİ.....	10
2.2.1. Tanımı ve Evreleri.....	10
2.2.2. Uyku Kalitesi Etkileyen Faktörler.....	11
2.2.3. Cerrahi Girişimden Sonra Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	14
2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	16
2.3.1. Tanımı.....	16
2.3.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Biyolojik, Fizyolojik ve Psikolojik Faktörler.....	16
2.3.3. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Çevresel Faktörler.....	17
2.3.4. Cerrahi Girişimden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler....	18
2.3.5. Bilinç Bozukluğu Olan ve Uyku Kalitesi Bozulan Yaşlı Hastalarda Yaşam Kalitesi.....	20

3. VERİ VE YÖNTEM	22
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	22
3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	22
3.3. ARAŞTIRMANIN ZAMANI VE YERİ.....	22
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	22
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
3.5.1. Tamtıcı Özellikler Soru Formu	23
3.5.2. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği.....	24
3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği.....	24
3.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	24
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	25
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNÜ.....	25
3.8. VERİLERİN ANALİZİ.....	25
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	27
4.2. HASTALARIN ALIŞKANLIKLARINA, KRONİK HASTALIKLARINA, MEVCUT TANISINA VE ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR	37
4.3. HASTALARIN AMELİYATA ÖZGÜ VE BİLİŞSEL DURUMUNA, ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ.....	59
6.1. SONUÇLAR.....	59
6.2. ÖNERİLER.....	59
KAYNAKÇA	60
EKLER	
EK A.1: İstanbul Koç Üniversitesi Etik Kurul İzni	75
EK A.2: Veri Toplama Formu.....	76

EK A.3:	Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği.....	78
EK A.4:	Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği Kullanımı İçin İzin Talebi.....	80
EK A.5:	Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği.....	82
EK A.6:	SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	83
EK A.7:	SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanımı İçin İzin Talebi.....	85
EK A.8:	Ölçeklerin Kullanımı İçin İzin Talebi.....	86
EK A.9:	Bilgilendirme ve Onam formu.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....		88

TABLULAR

Tablo 2.1: Kognitif bozuklukların sınıflandırılması.....	5
Tablo 2.2: Demanslı hastada kognitif bozuklukların derecesine göre etkileri.....	7
Tablo 2.3: İlaçlar ve uyku üzerine etkileri.....	14
Tablo 4.1: Sosyodemografik özelliklerin dağılımı (N=140).....	28
Tablo 4.2: Demografik özellikler ile Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MBDÖ) puanlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.3: Demografik özellikler ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) puanlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.4: Demografik özellikler ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.5: Demografik özelliklere göre PUKÖ Uyku Kalitesi – MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi.....	32
Tablo 4.6: Demografik özelliklere göre SF36 Yaşam Kalitesi – MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi.....	34
Tablo 4.7: Demografik özelliklere göre bağımlı değişken PUKÖ Uyku Kalitesi regresyon analizi.....	36
Tablo 4.8: Demografik özelliklere göre bağımlı değişken SF36 Yaşam Kalitesi regresyon analizi.....	37
Tablo 4.9: Yaşlı hastaların alışkanlıklarının ve hastalık durumunun dağılımı.....	38
Tablo 4.10: Alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre MBDÖ Bilişsel Durum hipotez testleri.....	39

Tablo 4.11: Alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre PUKÖ Uyku Kalitesi hipotez testleri.....	39
Tablo 4.12: Alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre SF36 Yaşam Kalitesi hipotez testleri.....	40
Tablo 4.13: Alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre PUKÖ Uyku Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi.....	41
Tablo 4.14: Alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre SF36 Yaşam Kalitesinin ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi.....	42
Tablo 4.15: Alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre PUKÖ Uyku Kalitesi regresyon analizi.....	43
Tablo 4.16: Alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre SF36 Yaşam Kalitesi regresyon analizi.....	43
Tablo 4.17: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin frekans analizi.....	44
Tablo 4.18: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin PUKÖ Uyku Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi.....	47
Tablo 4.19: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin SF36 Yaşam Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi.....	48
Tablo 4.20: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin PUKÖ Uyku Kalitesi regresyon analizi.....	50
Tablo 4.21: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin SF36 Yaşam Kalitesi regresyon analizi.....	51

KISALTMALAR

DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	:	Elektroensefalogram
EMG	:	Elektromiyogram
EOG	:	Elektrookülogram
GYA	:	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HT	:	Hipertansiyon
KBY	:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KRC YTZ	:	Karaciğer Yetersizliği
MoCA-MBDÖ	:	Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği
NIV	:	Noninvasive Ventilasyon
ORT	:	Ortalama
OUAS	:	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PaCO ₂	:	Arteryal Kanda Karbondioksit Yüzdesi
PaO ₂ /FiO ₂	:	Arteryal Kanda Oksijenin Yüzdesi
pH:	:	Hidrojen Gücü (Power of Hydrogen)
POCD:	:	Bilişsel Disfonksiyon
PSG:	:	Polisomnografi
PUKÖ:	:	Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği
RDB:	:	Uyku Davranış Bozuklukları
REM:	:	Rapid Eye Movement
SS:	:	Standart Sapma

SEMBOLLER

Artı eksi işareti	:	\pm
Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer	:	t
Büyük işareti	:	$>$
Desibel	:	dB
Hedef kitledeki birey sayısı	:	N
İncelenen olayın görülüş sıklığı	:	p
Küçük işareti	:	$<$
Milimetre civa	:	mmHg
Örnekleme alınacak örnek sayısı	:	n
Regresyon analizi	:	R^2
Varyans analizi	:	F
Yüzde	:	%

1. GİRİŞ

Yaşlılık, bireyin biyolojik, fizyolojik ve psikolojik açıdan değişikliğe uğradığı, öz bakım gereksinimlerini sınırlı bir şekilde karşılamaya başladığı bir süreç olup, zamanla yaşlı birey bu gereksinimlerini hiç karşılayamaz duruma gelmektedir (Demir Akça ve diğ. 2014). Algıda yavaşlama, dikkatsizlik, yavaş düşünme, aktivite azalması, moleküler heterojenite, hücresel işlev kayıpları gibi birçok faktörle ilişkili olarak ya da farklı sağlık problemleri nedeniyle yaşlıların cerrahi girişim geçirme olasılığı artmaktadır (Bulduk 2014, Akçay ve diğ. 2012; s. 7).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşlılık süreci “*çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması*” olarak tanımlanır ve birey bu dönemde pek çok aktivitede zorlanır ve/veya yapamaz hale gelir (<https://eyh.aile.gov.tr> Erişim tarihi: 12.03.2019). Dünyada 65 yaş ve üzeri nüfus, 2010 yılında 524 milyon (yüzde 8) olup, 2050 yılında 1,5 milyar (yüzde 16) olması beklenmektedir (<https://www.who.int> Erişim tarihi: 12.03.2019). Türkiye’de ise 2012’de 5,7 milyon (yüzde 7,5) olan yaşlı nüfusun 2023’te 8,6 milyon (yüzde 10,2), 2050’de ise 19,5 milyon (yüzde 20,8) olacağı tahmin edilmektedir (Çam ve diğ. 2018). Yaşlı popülasyonun cerrahi girişim geçirme sayısı da doğru orantılı olarak artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin karşılaşılabilecek problemleri erken fark etmesi ve gerekli önlemleri alması hastaların memnuniyetini ve yaşam kalitelerini arttıracaktır.

Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda ameliyat sonrasında; anemi, enfeksiyon, düşme, konjestif kalp yetmezliği, aspirasyon, tromboembolizm, idrar yapım zorlukları ve böbrek fonksiyon bozukluğu, bulantı-kusma, disfaji, ileus, deliryum (Lagoo-Deenadayalan et al. 2011) ve bilişsel disfonksiyon (Çelik ve diğ. 2015) gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Giderek artan yaşın, erkeklere göre kadınların, kentsel bölgeye nazaran kırsal bölgede yaşayanların eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha düşük düzeyde eğitim alanların daha fazla bilişsel disfonksiyon yaşadığı, dolayısıyla yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin bilişsel fonksiyonlar üzerinde etkisi olduğu çalışmalarda belirtilmektedir (Şahin ve diğ. 2018, Tang et al.

2016, Kotekar et al. 2014, Onat 2013, Kavlak 2012). Anestezik ilaçların bilişsel fonksiyon üzerine herhangi bir etkisinin olmadığını öne süren bir çalışmanın (Ologunde and Ma 2011) tersine anestezinin bilişsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğunu kanıtlayan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Fathy et al. 2019, Qin et al. 2019, Tzimas et al. 2018, Lu et al. 2018, Mohanty et al. 2016, Çelik ve diğ. 2015, Rundshagen 2014, Atay ve diğ. 2012, Baran Baysalman ve diğ. 2011, Bryson and Wyand 2006, Fong et al. 2006).

Ameliyat sonrası gelişen bilişsel disfonksiyonun derecesini anlamak için ameliyat öncesi hasta hakkında ayrıntılı bilgi edinmek gerekmektedir (Krenk et al. 2014). Ancak son yapılan çalışma sonuçlarına göre yaşlılarda ameliyat sonrası gelişen bilişsel disfonksiyonun nasıl ölçüldüğü, ne kadar sürdüğü hakkında belirsizlikler hala devam etmektedir (Berger et al. 2015, Zarghi et al. 2011, Funder et al. 2010, İlçe ve diğ. 2010).

Ülkemizden bir çalışma örneği Onat (2013) tarafından yapılmış olup, bilişsel disfonksiyon gelişen yaşlı hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği ileri sürülmüştür (Onat 2013). Yaşlılarda yaşam kalitesinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum (Ercan Şahin ve Emiroğlu 2014), fiziksel aktivite, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme (Ünver Koçak ve Özkan 2010), din, medeni hal (Karmakar et al. 2018) ve uyku (Özvurmaz ve diğ. 2018) ile ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre ileri yaşın, kadın olmanın, düşük eğitim seviyesinin ve ekonomik şartların, fiziksel kısıtlılığı olanların ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyenlerin, çok katı dini kuralları olanların, bekârların ve düzenli uykusu olmayanların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu söylenebilmektedir (Karmakar et al. 2018, Özvurmaz ve diğ. 2018, Ercan Şahin ve Emiroğlu 2014, Ünver Koçak ve Özkan 2010).

Erickson ve arkadaşları (2010) fiziksel aktivitenin beyin fonksiyonları üzerine olumlu etki ettiğini ve bilişsel disfonksiyonu azalttığını belirtmişlerdir (Erickson et al. 2010). Ameliyat sonrası hastanın uyku sorunu yaşamasındaki problemlerin başında pozisyon kısıtlılığı, havasız ortam, hastanın üstündeki materyaller (dren, tüp), alışıksız ortam, odadaki tıbbi cihazların çıkardığı sesler (Özkaya ve diğ. 2013) ve ağrı (Klemann et al. 2015) gelmektedir. Klemann ve ark. (2015) çalışmalarında uyku kalitesi

iyileştirilen hastaların ameliyat sonrası gelişen bulantı ve kusmalarının azaldığı, yaşam kalitelerinin arttığı gösterilmiştir (Klemann et al. 2015).

Ameliyat öncesi hekim ve hemşirelerin, hastalarını bir bütün olarak algılamaları fiziksel ve bilişsel yönden çok iyi tanımları önemlidir. Çünkü ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların, bilişsel disfonksiyonun ve buna eşlik eden uyku sorunun ne düzeyde olduğunun anlaşılabilmesi, tıbbi tedavisinin ve bakımının planlanması açısından gereklidir (Mayir ve diğ. 2010, Savaş ve Ayçiçek 2010, Yılmaz ve diğ. 2008, İşkesen ve diğ. 2007). Bütüncül bakım yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükselterek, hastanede kalış süresini azaltır ve yaşlı hasta gelişebilecek komplikasyonlardan korunmuş olur (Demir Akça ve diğ. 2014).

Genel olarak literatür tarandığında bu konuda yeterli çalışmanın yapılmadığı görüldü. 60 yaş üzeri yaş grubunun bilişsel fonksiyonlarının, uyku ve yaşam kalitesinin cerrahi ile ilişkisi incelendiğinde de kesin sonuçlara ulaşılamaması bizi bu araştırmayı yapmaya yöneltti. Bu bağlamda çalışma, cerrahi girişim geçiren 60 yaş üstü bireylerin bilişsel fonksiyonlarının değişimi, bu değişimin uyku ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğini belirlemek amacı ile planlandı.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgilerin, farklı cerrahi girişim geçiren hasta gruplarıyla yapılacak gelecek çalışmalara ışık tutması hedeflenmektedir. Giriş ve amaç bölümünü takiben genel bilgiler bölümünde tez başlığında yer alan ifadeler açıklanacaktır. Gereç ve yöntem bölümünde çalışmanın türü, kullanılan araçlar, hangi istatistiklerin kullanıldığı ve etik yönüne değinilecektir. Bulgular bölümünde verilerin tablolar halinde açıklamaları yapılarak tartışma bölümünde de bulguları destekleyen ve desteklemeyen çalışma sonuçları ile tartışılacaktır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. BİLİŞSEL FONKSİYON

2.1.1. Tanım ve Sınıflandırması

Kognisyon (bilgi); “öğrenme-bellek, sözel yetenek, algı, dikkat ve soyut düşünme” (Deiner and Silverstein 2009), bilinç durumu; “kişinin uyanıklık ve farkındalık düzeyi” olarak tanımlanır. Bilinç düzeyi ise; “kişinin bilinçlilik durumundan bilinçsizlik (koma) durumuna yani kendisinin ve çevresinin farkında olmaması durumuna kadar değişiklik göstermesi”dir (Zarghi et al. 2012, <http://www.klinikgelisim.org.tr> Erişim tarihi: 09.03.2019, Stevens and Bhardwaj 2006, Berger 2004, ss. 43-64). Bilişsel fonksiyonun değerlendirilmesinde; konuşma şekli, hafıza, bilinç, dikkat, oryantasyon, algı bozuklukları, planlama, karar verme, hesaplama gibi ölçütler kullanılmaktadır (Zarghi et al. 2012).

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin hazırladığı Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM V; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) sınıflamasına göre kognitif bozukluklar dört gruba ayrılmaktadır (Tablo 2.1.).

2.1.2. Yaşlılarda Bilişsel Fonksiyonların Değişimini Etkileyen Faktörler

Yaşlılıkta zamana bağlı olarak hücre, doku, organ ve sistemlerin işlevleri giderek azalır (Olgun 2017, s. 687). Beyin yapısı da, ergenlikten yaşlılığa kadar olan bu süreçte yaşam boyu etkilenmektedir (Akyel ve diğ. 2018, ss. 134-9). Sinir ileti hızında düşme, deri reseptör duyarlılığında ve reaksiyon zamanında azalma meydana gelmektedir (Berker 2006). Yaşlanmayla bilinç fonksiyonlarının değişmesi ise bireyin bağımsız durumdan bağımlı duruma geçmesine yol açmaktadır (İlhan ve diğ. 2006). Kognitif bozukluklar, yaşlılarda ciddi derecede fiziksel yetersizliklere neden olur ve yaşam aktiviteleri ile sosyal ilişkileri olumsuz etkilenir. Yaşlanmayla beraber yeni bilgi öğrenme süreci uzar, dikkat bozukluğu ve hafıza kaybı görülebilir. Sözlü anlatım, dilbilgisi gibi konuşma becerileri bozulmazken; kelime bulma, adlandırma gibi beceriler bozulur. Üç boyutlu yapılandırma, şekil kopyalama gibi görsel işlevde azalma meydana gelir (<http://e-kutuphane.teb.org.tr> Erişim tarihi: 10.12.2018).

Tablo 2.1: Kognitif bozuklukların sınıflandırılması

Demans	Demans, kronik ve davranışsal bozuklukları içeren, kronik beyin hastalıkları ve ensefalopati sonucu nörodejeneratif değişiklikler durumudur. Demansa bağlı hastada bilişsel ve davranışsal sorunlar görülür. Hafıza bozukluğu ve bunun yanı sıra afazi, agnozi, apraksi gibi birden fazla kognitif alanda bozukluk olarak görülür. Bireyin günlük yaşam aktivitelerinde yaptığı planlama, sıralama, organize etmekte yaşadığı problemler davranışsal sorun olarak görülür (Yavuz ve Arıoğul 2008). Demansın çeşitli tipleri vardır. Alzheimer tipi demanslı bireylerde apati, ajitasyon, irritabilite, depresyon görülürken, frontotemporal demansta saldırganlık, antisosyal davranışlar görülür (Küçükgüçlü ve diğ. 2011).
Deliryum	Deliryum, bilişsel işlevlerin kısa sürede bozulması, dikkat, davranış ve oryantasyonda bozulma, düzensiz uyku-uyanıklık döngüsü, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ile karakterize geçici mental bozukluktur. Herhangi fiziksel veya fizyopatolojik nedenden dolayı olabilir. Dikkat dağınıklığı, demans ile açıklanamayan algı bozukluğu (bellek, dil bozukluğu), kısa sürede gelişmesi ve dalgalanmalar göstermesi, hastanın öyküsü, laboratuvar bulgularından elde edilen bilgiler ile teşhis konulur (Demir Korkmaz ve Eti Aslan 2016, ss. 243-253).
Amnestik Bozukluklar	Diğer kognitif bozukluklar olmadan bellek bozukluğunun olması ile belirlidir. Genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine veya bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç veya toksinle karşılaşma) süregiden etkilerine bağlı bir bellek bozukluğudur (http://tpdegitim.psikiyatri.org.tr Erişim tarihi: 09.03.2019, Güleç 2015)
Diğer kognitif Bozukluk	Deliryum, demans, amnestik bozukluklarda herhangi birinin tanı ölçütlerini karşılamayan, genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkisine bağlı olduğu sanılan kognitif işlev bozukluğuyla giden bozukluklar içindir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları (Güleç 2015), yaygın gelişimsel bozukluklar (otizm spektrum bozukluğu) karşımıza çıkar (Tortamış Özkaya 2013).

Kaynak: (<http://tpdegitim.psikiyatri.org.tr> Erişim tarihi: 09.03.2019, Demir Korkmaz ve Eti Aslan 2016, ss. 243-253, Güleç 2015, Tortamış Özkaya 2013, Küçükgüçlü ve diğ. 2011, Yavuz ve Arıoğul 2008).

Bilinç fonksiyonlarındaki değişiklerin nedenleri arasında; kafa travması (Yağcı ve Kıvrak 2017), inme (Kandemir ve diğ. 2009), aşırı doz ilaç kullanımı, alkol intoksikasyonu, hepatik ve renal yetmezlik, diyabetik ketoasidoz ve beyin tümörleri sayılmaktadır (Öztekin ve diğ. 2017, s. 652). Beyin tümörleri, tümör içi hemoraji, tümör cerrahisi, beyin omurilik sıvısının tıkanıklık sonucu artması gibi olaylar kafa içi basıncın artmasına (KİBA) neden olur (Şimşek ve Dicle 2013). Bu patolojik olaylar sonucunda nöronlar, nörotransmitterler ve implus iletide bozulmalar ortaya çıkar. Beyin vücut arasındaki iletiler hasara uğrar ve hasara uğrayan beyin işlevleri bilişsel bozukluğun oluşmasına neden olur (Öztekin ve diğ. 2017, s. 652). Dolayısıyla demanslı hastada kognitif bozukluklar üç bölümde ele alınır ve dereceli olarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte olup derecelendirme hastanın hafıza, oryantasyon, problem çözme, sosyal ilişkiler, hobiler ve günlük bakım aktivitelerine göre yapılmaktadır (Tablo 2.2.) (Can ve diğ. 2009, Yavuz 2007).

Demans ve demans tipleri için risk faktörleri bilişsel fonksiyon bozukluğunun nedenlerindedir. Demansın gelişiminde etkili faktörler arasında; ileri yaş, kadın olmak, ailede demans öyküsü, apolipoprotein E-4 genotipi, down sendromu, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik durum, nörotoksinlere maruz kalmak (alüminyum, demir, bakır, kurşun gibi), sigara ve alkol kullanımı, östrojen eksikliği, menopoza, enflamasyon, oksidatif hasar, beslenme yetersizlikleri, ferritin ve vitamin B₁₂ eksikliği, hipotiroidizm, parkinson hastalığı, miyokard infarktüsü sayılmaktadır (<http://www.akadgeriatri.org> Erişim tarihi: 14.03.2019, Koç Okudur ve diğ. 2018, De La Torre 2012, Amuk ve diğ. 2009, Yavuz ve Arıoğul 2008, Karaman 2006).

Tablo 2.2: Demanslı hastada kognitif bozuklukların derecesine göre etkileri

Hafif Demans	Kısa süre önceki olayları hatırlamada güçlük çeker. Özgeçmişini hatırlayamaz. Matematiksel işlemlerde konsantrasyon bozukluğu olur. Karmaşık görevleri yerine getiremez. Zaman ve yer oryantasyonunda kişilerin yüzlerini tanıyamadaki bilinen yerlere seyahat etmede sıkıntı olmaz. Kişisel bakımda yönlendirilmeye ihtiyaç duyar.
Orta Demans	Yıllardır bildiği adresleri, telefon numaralarını hatırlayamaz. Yakın aile bireylerinin isimlerini unuturlar (kendi isimlerini, eşlerini ve çocuklarının isimlerini bilirler). Zaman ve yer oryantasyonunda bozulma vardır. Son dönem yaşanan deneyimlerini unutabilirler. Eğitilmiş bir kişi seri olarak yapılan çıkarma işlemlerinde güçlük çeker. Yemek yerken ve tuvalete giderken başkasına ihtiyaç duymazlar (ancak giyinirken uygun elbise seçmede güçlük çekebilirler). Şiddetli evreye geçmeye yakın idrar kontinansı yaşarlar. Eşlerini yabancı biri sanma, hayali figürler, aynadaki görüntülerle konuşma, obsesif semptomlar, anksiyete, ajitasyon, şiddet içeren davranışlar sergilerler.
Şiddetli Demans	Hastalarda tüm sözel yetenek kaybedilir (sözcükler var, fakat konuşma çok kısıtlı). Daha sonra konuşma tamamen kaybolur ve anlamsız sesler kalır. Beslenme, giyinme, yürüme gibi temel psikomotor beceriler kaybedilir.

Kaynak: (Küçükgüçlü ve diğ. 2011, Yavuz ve Arıoğul 2008, Yavuz 2007)

2.1.3. Cerrahi Girişimden Sonra Bilişsel Fonksiyon

Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların, ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar genç yaş gruptaki hastalarla benzer olmakla birlikte yaşlıların bilişsel fonksiyonlarında değişiklikler, cerrahi morbitide ve mortalite görülme oranı genç gruba göre daha fazladır (Demir Akça ve diğ. 2014, Mayir ve diğ. 2010). Ameliyat sonrası gelişen bilişsel disfonksiyonlar, nedenleri kesin olmamakla birlikte şu şekilde sıralanabilir;

- a. Ameliyatta uygulanan genel anestezi,
- b. Ameliyat sonrası uygulanan analjezikler,
- c. Hareketsizlik sonucu gelişen mikro embolilerin beyin fonksiyonlarını bozması,
- d. Ameliyat öncesi yaşanan bilişsel fonksiyon bozuklukları,

- e. Uyku eksikliği,
- f. Dehidratasyon,
- g. Hipoksi,
- h. Hiperkapni,
- i. Hipotansiyon,
- j. Hiperglisemi
- k. Elektrolit dengesizliği,
- l. Depresyon,
- m. Antikolinerjik ilaç tedavisi ve
- n. Alkol bağımlılığı (Çelik ve diğ. 2015).

Yaşlanmayla organ fonksiyonlarında oluşan azalma vücutta birbiriyle bağlantılı olaylar oluşturur. Kalp hızı yavaşlar, kardiyak outputta azalma meydana gelir, dokulara daha az oksijen gider, vücutta hipoksi ve hiperkapni oluşur (Aygin 2017, s. 183-208). Dolayısıyla ameliyat sonrası yaşla birlikte kardiyovasküler hastalıkların artış göstermesine paralel olarak miyokard enfarktüsü, pulmoner ödem ve kardiyak aritmiler başlıca komplikasyonlardır (Sullivan 2011). Bazal metabolizma hızında yavaşlama, adrenal hormon üretiminde azalma ve insülin üretiminde azalma sonucunda da hiperglisemi meydana gelir. Böbrek ve mesane boyutunda azalma, sodyum emiliminde azalma ile dehidratasyon oluşur. Bozulan kan akımı beyin hücrelerinin kaybına neden olur ve sonuç olarak bilişsel fonksiyon bozukluğu riski artar (Aygin 2017, s. 183-208, Kınay 2013).

Organ fonksiyonlarında azalma olduğu için cerrahi girişim sonrasında yaşlı hastalarda bilinç bozukluğu komplikasyonlarından biri olan deliryum gelişme olasılığı daha yüksektir. Deliryumun risk faktörleri; hipoperfüzyon, hormon düzeyindeki değişiklikler, enflamatuar tepkiler, lokal ve genel anestezi, hastanın ameliyat öncesinde hipotansif seyretmesi, hemoglobin düzeyinin düşük olmasıdır. Hasta ve yakınlarının anamnezinin ayrıntılı bir şekilde alınması bilişsel bozukluğun derecesinin belirlenmesinde büyük önem taşır. Çünkü bilişsel bozukluğu olan hastalarda inkar etme görülebilir. Bu yüzden hastanın yanı sıra hasta yakınlarından da bilgi alınması gereklidir (<http://www.noroloji.org.tr> Erişim tarihi: 27.11.2018).

Ameliyat sonrası oluşan ağrıyı kontrol altına almak son derece önemlidir. Ağrı cerrahi kesi ile başlar, yara iyileşme süresince azalır ve kaybolur. Yara iyileşme sürecinde olan ağrı cerrahi girişimin derecesi, bölgesi, süresi, anestezi türü, hastanın tedavi ve kişinin ağrıya karşı duyarlılığı önemlidir. Yaşlılara ilaç uygularken ilaç dozu iyi ayarlanmalı, hastanın bilinç durumu değerlendirilmelidir. Çünkü azalan kardiyak output ilaçların emilim süresini uzatır (Acar ve diğ. 2016, Özer ve diğ. 2014). Yaşlı hastaların ağrı yönetiminde farmakolojik ya da farmakolojik olmayan yöntemler kullanılır. Farmakolojik olarak şiddetli ağrılarda narkotik analjezikler (opioid) etkili olmakla birlikte, solunum depresyonu, bilişsel disfonksiyon ve bulantı ve konstipasyon gibi yan etkileri olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Bahat Öztürk ve Karan 2008). Yaşlılarda ağrı kontrolü için verilen benzodiyazepinler (lozepam), narkotikler (meperidin) deliryum gelişme riskini arttırabilir. Bu nedenle ağrıyı azaltmada ilk seçenek nonopioid olan parasetamol olmalıdır. (Aygin 2017, s. 183-208). Yaşlıların ağrı tedavisinde amaç ağrının tamamen ortadan kaldırılması değil, yaşam kalitesinin en üst düzeye getirilmesidir (Bahat Öztürk ve Karan 2008).

2.1.4. Bilişsel Fonksiyon Değişimi Sonrası Uyku Kalitesi

Ameliyat sonrası bilişsel fonksiyon bozukluğu, yaşlılarda sık görülen bir komplikasyondur. Uyku eksikliğinden ortaya çıkan bilişsel bozukluğu incelendiğinde deliryum tablosu karşımıza çıkar (Kamdar et al. 2013). Cerrahi sonrası ağrı kontrolü uyku düzenine katkı sağlar. Yaşlılarda görülen ağrının, anksiyete, uyku bozukluğu, dikkat eksikliği, düşme, kötü beslenme gibi yaşam kalitesini düşürücü etkisi vardır (Eti Aslan ve Karadağ Arlı 2017, s. 127). Sonuç olarak, hastanın uyku kalitesi ve yaşam kalitesi bozulur (Kamdar et al. 2013). Bu durumu düzeltebilmek için ameliyat sonrası hastaların uyku kalitesine önem veren bir bakım planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır (Özkaya ve diğ. 2013).

2.1.5. Bilişsel Fonksiyon Değişimi Sonrası Yaşam Kalitesi

Yaşlanan nüfusun yaşam kalitesini yükseltmek için günlük yaşam aktiviteleri içinde bağımsızlıklarını azaltan risk faktörleri bilinmelidir ve önlemler alınarak fonksiyon kayıpları azaltılmalıdır (Onat 2013). Bağımsız yaşam aktiviteleri; bireyin beslenme, giyinme, banyo yapma, yürüme, merdiven inip çıkma gibi başkalarına muhtaç olmadan

ihtiyaçlarını giderebilmesidir. Bilişsel fonksiyon bağımsızlık seviyesi anlama, ifade etme, sosyal etkileşim, hafıza, problem çözme olarak değerlendirilebilir (Huri ve Kayıhan 2014). Dolayısıyla birey günlük yaşam aktivitelerini (GYA) ne kadar bağımsız yaparsa o derece yaşam kalitesi artar. Mesleki performans, mali işlerde bağımsızlık, hobiler, ev işleri ve kendine bakım ise günlük yaşam aktiviteleridir. Yaşlanmayla beraber bireyin performansında düşme meydana gelir. Organlarda görülen fonksiyon kayıpları, beslenme, iletişim ve toplumsal yaşam biçimlerinde değişmeler, görme-ışık kayıpları, sosyal aktivitelerin azalması, depresyon, düşme riski, kardiyopulmoner, ortopedik sağlık problemlerinin yanında demans, alzheimer, deliryum gibi bilişsel fonksiyon bozukluğuna sebep hastalıklar eklenince birey GYA yerine getiremez duruma gelir ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir (Şahin ve diğ. 2018).

Sonuç olarak, hastada bilişsel bozukluk görülmesi, uyku düzensizliği, hareketsizlik ve dehidratasyon deliryuma neden olur. Deliryuma giren hasta ise, uyarılara aşırı duyarlıdır, huzursuzluk ve ajitasyon görülebilir. Bunun sonucunda yaralanma, kırıklar, üriner ve solunum yolu enfeksiyonu, vasküler olaylar gibi cerrahi komplikasyonlar gelişebilir ve hastanın yaşam kalitesi düşer (Demir Korkmaz ve Eti Aslan 2016, ss. 243-253).

2.2. UYKU KALİTESİ

2.2.1. Tanımı ve evreleri

Uyku, kişinin biyolojik ve çevresel faktörlerinden etkilenen, insan hayatının sağlık ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen, periyodik ve fizyolojik bir süreç olan bilinçsizlik durumudur (Pisani et al. 2014). Bir başka ifadeyle uyku, duyuşsal uyarıların azalması sonucu organizmanın çeşitli uyarımlarla geçici bir süre iletişiminin kesilmesidir (Aydın ve Yetkin 2008, ss. 281-30). Uyku ihtiyacı kişiye ve yaşa göre değişkenlik gösterir. Örneğin 0-3 aylık bebek günde 14-17 saat uyurken, 65 yaş ve üstü bireyler günde ortalama 7-8 saat uyumaktadır (<https://www.guncelpsikoloji.net> Erişim tarihi: 17.11.2018).

Uygunun evreleri vardır ve bu evreleri polisomnografide (PSG) sıralayabilmek için EEG (Elektroensefalogram), EOG (Elektrookülogram) ve submental EMG (Elektromiyogram) dalga boyları ölçümleri kullanır. Amerikan Uyku Akademisi *uyku evrelerini*; “Non-REM ve REM (Rapid Eye Movement=hızlı göz hareketleri) uykusu diye ikiye ayırmış ve Non-REM uykusu da kendi içerisinde üç evre” olarak belirlemiştir (<https://www.psychiatry.org> Erişim tarihi: 18.03.2019). Uyku, REM ve Non-REM arasında gece boyunca sirkülasyon halinde olur. Uyku-uyanıklık periyodunu, canlıların biyolojik saatini kuran güçlü bir antioksidan melatonin hormonu belirler. Bu hormon, bağışıklık sistemini kuvvetlendirip, kişinin hayatta kalmasını sağlar (Franck et al. 2011). Melatonin hormonunun sedatif, anksiyolitik, analjezik ve antienflamatuar etkisi de bulunmaktadır (Can ve diğ. 2018). Melatonin hormonu gece 23.00-06.00 arasında ışığın olmadığı saatler arasında salgılanır (Gülser ve diğ. 2012). Bu esnada kalp kontraktilitesi, kan basıncı ve norepinefrin düzeyinde azalma olur (Durgan et al. 2005). Yaşlanma ile birlikte melatonin salınımının azalması, beyin dokusunun oksidatif hasara uğrama olasılığını artırır (Eker ve Karakaya 2018).

Evre-3'te Evre-2'den daha az uyku iççikleri görülür ve rüya görme olasılığı diğer Non-REM evrelerine göre en yüksek seviyededir. Kişi gördüğü rüyaları hatırlamaz, kalp ritmi, kan basıncı çok düşüktür. Bu evrede vücutta büyüme hormonu salınır ve protein sentezinde rol alır (Taylor et al. 2007). Böylelikle vücut kendini onarıma alır, yaraların iyileşmesi gerçekleşir (Yalın ve Kürtüncü 2014; s. 231). Dolayısıyla yaşlılarda uyku kalitesinin azalması yara iyileşmesini de geciktirir (Potter and Perry 2009, ss. 1028-1085).

2.2.2. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesini etkileyen birçok faktör vardır. İlerleyen yaş ile birlikte bireylerde kardiyovasküler hastalıklar (Wu et al. 2012), solunum fonksiyon bozuklukları, anksiyete, depresyon, psikiyatrik hastalıklar (Örsal ve diğ. 2019), kronik ağrı, obezite, menopozal semptomlar (Taşdemir and Oğuzhan 2016), diyabet (Güneş ve diğ. 2009), hipertansiyon (Demir ve diğ. 2011) gibi tıbbi durumlar daha sık görülmektedir. Tüm bunlar da uyku problemlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Uyku ve solunum sisteminin yakın ilişkisi bulunmaktadır. Non-REM uyku evresinde solunum hızı yavaşlar, REM evresinde normal seviyeye ulaşır. Solunum sistemi rahatsızlığı olan kişiler bu durumdan daha fazla etkilenir (Campo et al. 2010). Kardiyov-

pulmoner sorunlar nedeniyle hastanın ventilasyonu zorlaştığı için kanda yeterli düzeyde oksijen olmaz, çoğunlukla hipoksemik tablo ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$) görülür ve uyku kalitesi olumsuz etkilenir (Mazaki et al. 2016, Campo et al. 2010). Hiperkapnik solunum yetersizliği ($\text{PaCO}_2 >45$ mmHg, $\text{pH} <7.35$) olan hastalarda uyku değerlendirmesi yapıldığında ciddi uyku bozuklukları görülmüştür. Hiperkapnik solunum yetersizliğinde noninvasive ventilasyon (NIV) tedavisi uygulanmakta ve bu amaçla takılan maske rahatsızlık vererek uyku kalitesini bozmaktadır. Diğer yandan hastanın yüzüne takılan bu maske ile uyku apnesi tedavi edilmekte ve uyku bozukluğunun giderilmesi sağlanmaktadır (Campo et al. 2010).

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS-Obstructive Sleep Apnea Syndrome), üst solunum yollarının kısmi veya tam daralması sonucu kan oksijen saturasyonunda azalma ile karakterize bir sendromdur. OUAS'li hastaların en belirgin semptomları horlama ve kişinin gündüz uykulu gezmeye halidir. Solunum yollarının daralmasının nedenleri arasında mekanik etkenler, obezite, boyun çevresi, cinsiyet ve farenksin kollabe olmasıdır. Farinks kollapsının nedeni bilinmemekle beraber hem farenksin anatomik yapısı hem de uyku halinde farinks dilatatör kas aktivitesindeki azalma görülmesi olduğu düşünülmektedir. Obezitenin derecesi arttıkça göğüs duvarı kompliansı etkilenir ve akciğer hacmi düşer, boyun çevresindeki artış ile hava yolu direnci de artar (Afşar ve diğ. 2018). Bu durumda solunum güçleşir ve uyku kalitesi olumsuz etkilenir (Zammit et al. 2010).

Kardiyomegali (sol/sağ ventrikül hipertrofisi ve disfonksiyonu), kalp yetersizliği, sistemik pulmoner hipertansiyon, miyokardiyal iskemi ve aritmiler gibi kardiyovasküler hastalıkları olan hastalarda uyku esnasında yaşanan apnelere sonucu sempatik sinir sisteminin uyarılması ve buna bağlı periferik vazokonstriksiyon gelişmesi bireyi daha kötü etkilemekte ve uykusu bozulmaktadır (<https://www.tkd.org.tr> Erişim tarihi: 17.11.2018, Javaheri et al. 2017).

Ayrıca üriner inkontinansı, hipertansiyonu ve diyabeti olan bireyler sık tuvalete kalktıkları için uykuları bölünür, tekrar uyku evrelerine geçiş süreci başlar ve uyku kalitesi düşer (Mazaki et al. 2016). Tıbbi durumların yanında çevresel faktörler ve

psikolojik faktörler de uyku kalitesinde etkindir. Aşırı gürültü ve aydınlatma, stres, anksiyete sonucu uyku bozukluğu ortaya çıkar (Freitas et al. 2018, Mazaki et al. 2016). Uyku bozukluklarının sonucunda aile ve sosyal ilişkilerde bozulma, iş yerinde performans düşüklüğü, dikkat dağınıklığı ortaya çıkar ve yaşam kalitesi düşer (Freitas et al. 2018).

Düşük uyku kalitesi ile ortaya çıkan davranışlar ve hastalıkların dışında diğer sorunlardan biri uykuda, uyku dönemiyle eşzamanlı, davranışsal ve fizyolojik alanlardaki değişimleri ve bozulmaları ifade eden parasomniyalardır (DSM-V, 2013). Parasomniya Non-REM ve REM evrede farklı şekillerde görülebilir. Non-REM evresinde uyurgezerlik yaparken, REM evrede kabuslar, REM Uykusu Davranış Bozuklukları (RDB) yapar. RDB, yaşlılarda ve erkeklerde daha sık görülür. RDB’de normal kas atonisi oluşurken vücut rüyalara eşlik eden motor aktiviteyi çalıştırır. Uykuda el kol hareketleri, bağırma, küfür etme, yumruk atma, tekmeler görülür. Yaşlılarda görülen RDB kişinin kendisini ve çevresindekileri yaralama olasılığını artırır ve yaşam kalitesi olumsuz etkiler (Aliustaoğlu et al. 2012).

Endoskopik işlemde kullanılan propofol ve sufentanil sedatif analjeziklerin hastanın uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyip etkilemediği araştırıldığında, sedatif ilaç verilen grupta uyku problemleri olduğu bildirilmiştir (Lei et al. 2017). Sedatif analjeziklerin aksine opioid analjeziklerin ise uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Little 2012). Tablo 2.3.’te uyku üzerinde ilaçların etkileri kısaca ele alınmıştır.

Tablo 2.3: İlaçlar ve uyku üzerine etkileri

İlaçlar	Uyku Üzerine Etkileri
<i>Hipnotikler</i>	Uyku süresinde geçici artış (1 hafta), halsizlik, konfüzyon, erişkinlerde uyku apnesini kötüleştirme
<i>Diüretikler</i>	Noktüri sık nedeniyle sık uyanma
<i>Antidepresanlar ve psikostimulanlar</i>	REM uykusunu baskılama Toplam uyku süresini değiştirme
<i>Beta adrenarjik blokerler</i>	Kabuslar ve uykusuzluk oluşturma
<i>Benzodiazepinler</i>	REM uykusunda değişiklik, uyku süresini arttırma, gündüz uyuklama
<i>Narkotikler</i>	REM uykusunu baskılama, gündüz uykuklamasında artış
<i>Antikonvülsanlar</i>	REM uyku süresini azaltma, gündüz uyuklaması oluşturma

Kaynak: Potter, P.A. & Perry, A.G., 2009. Sleep. *Fundamentals of Nursing*. Canada: Elsevier, pp. 1028-1050.

Anksiyete, korku, üzüntü, stres, heyecan, ölüm karşısında tutulan yas kişinin uyumasını engelleyen emosyonel durumlardır (Potter et al. 2009). Kişi bu duygu durum karşısında uyku bozukluğu yaşar. Bu durum karşında kişiyi gevşetmek için terapötik tekniklere başvurulabilir (Yalın ve Kürtüncü 2014; s. 236). Uyku bozukluğu, immün sistemdeki lökosit ve lenfosit sayımlarında değişikliğe yol açarak bireyin enfeksiyon kapma riskinin artmasına neden olur (Trompeo et al. 2011).

2.2.3. Cerrahi Girişimden Sonra Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Ameliyat sonrası hastalarda ağrı, bulantı, hareket kısıtlılığı, stres, endişeye bağlı uyku bozuklukları gibi problemler sık görülür. Bu faktörler hastanın tedaviye yanıtını olumsuz etkiler, yaşam kalitesini düşürür. Hastanın ameliyat öncesi etyolojisini bilmek ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonları kontrol altına almak hastanın hem uyku kalitesini hem de yaşam kalitesini arttırır (Ozan ve Ataseven 2018). Özellikle kalp cerrahisi, major abdominal cerrahi, laparoskopik işlemler, sedatif analjezikler, cerrahi insizyon, torasik dren varlığı, immobilizasyon hastanın uyku problemi yaşamasına neden olur (Nerbass et al. 2010).

Geriatric hastaları ameliyat sonrası dönemde bir süre cerrahi yoğun bakımda takip edilirler. Sağlık durumlarının iyiye gitmesi ile cerrahi servise transfer edilirler. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların vital bulgu ölçümleri, terapötik müdahaleler, mekanik ventilasyon, bakım aktiviteleri ile uyku bütünlüğü bölünür ve uyku kalitesi bozulur (Friese et al. 2007). Yoğun bakım ünitelerinde hastaların uyku kalitelerini değerlendiren Reishtein ve ark. (2005), uyku bozukluğu nedenlerini; gürültü, bakımla ilgili müdahaleler, anksiyete, personel konuşmaları, monitör sesleri, ışık, zararlı kokular, ilaçların yan etkileri olarak sıralamıştır (Richardson et al. 2007).

Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerdeki gürültü seviyesinin gündüz 35 dB, gece 30 dB geçmemesi gerektiğini belirtmektedir (Kol ve diğ. 2015). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'inde (Resmi Gazete: 20.07.2011– 28000) “*Yoğun bakım servisleri izolasyon odaları dahil, gürültü ve akustiği engelleyecek, arka plan gürültüyü en aza indirecek şekilde yapılandırılır.*” ve “*Arka plandaki devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB'i, en fazla olarak da 70 dB'i geçmemesi sağlanır.*” ifadeleri yer almaktadır (<http://www.ttb.org.tr> Erişim tarihi: 07.03.2019). Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, hastalara kulak tıkacı ve göz maskeleri kullanıldığında başarılı bir şekilde uyku kalitesinin arttığı belirtilmiştir (Richardson et al. 2007).

Sonuç olarak, cerrahi girişim öncesi hastalardan iyi bir anamnez almak, hastayı tanımak, ameliyat öncesi uyku problemi yaşayıp yaşamadığını bilmek, kalp veya solunum sistemi hastalığı olup olmadığını sorgulamak, hastanın günlük ilaç alımını varsa hangi tür ilaçları kullandığını bilmek ameliyat sonrası gelişebilecek uyku problemlerinin erken çözümlenmesinde, hemşirelik bakımının planlanmasında, terapötik bir ortam yaratılarak çevresel olumsuz etkilerin en aza indirilmesinde etkilidir. Bütüncül bakım yaklaşımı hastanın hayatını kolaylaştırır ve uyku kalitesini artırır.

2.3. YAŞAM KALİTESİ

2.3.1. Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlığın tanımı; *“hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam iyilik halinin olması ve sürdürülmesi”*dir (http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap Erişim tarihi: 25.12.2018). Yaşam kalitesi; *“bireyin fiziksel sağlığını, psikolojik sağlığını, sosyal ilişkilerini, bağımsızlık düzeyini ve yaşama bakış açısını kapsayan memnuniyet düzeyi”*ni ifade eder (Demir 2015). Bireyin yaşam kalitesini kültürel değerleri, yaşam amacı, beklentileri ve ilgi alanları belirler (Kankaya ve Karadakovan 2017). Yaşam kalitesini etkileyen faktörler; fiziksel yetersizlikler, kronik hastalıklar, ağrı, bilişsel bozukluklar, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sosyal izolasyon, yaşamdan alınan doyum ve çalışma durumudur (Özerdoğan ve diğ. 2018).

2.3.2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Biyolojik, Fizyolojik ve Psikolojik Faktörler

Altmış yaş üstü bireylerde, yaşlanmayla beraber fizyolojik değişimler olmaktadır. Bedensel işlevlerde azalma, psikolojik ve sosyo-ekonomik değişimler sonucunda yaratıcı yetenekleri azalmakta, dikkat bozukluğu ve algıda yavaşlama olmaktadır (Çam ve diğ. 2018, Bulduk 2014). Tüm bu değişimler neticesinde yaşlı bireylerde kronik hastalıklar artar ve hastanelere daha sık başvururlar. Kronik hastalıklar, vücuttaki fonksiyonların bozulmasına, buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olur. Bireyin bağımsızlık düzeyi azalır ve yaşam kalitesi düşer (Özbek Yazıcı ve Kalaycı 2015).

Yaşlı bireylerde sıklıkla karşılaşılan morbiditeye ve mortalite neden olan hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz, serebrovasküler hastalıklar, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (Şimşek ve diğ. 2018). Yaşın ilerlemesiyle kas tonusunda, kas kütlelerinde azalma meydana gelmesi ve motor koordinasyonun bozulması, kemiklerde incelme, esneklikte azalma ile yürüyüş ve denge bozulurarak düşme riski artar. Deride su kaybı sonucu kuruluk artmasıyla subkutan dokuda incelme meydana gelir, deri altı yağ tabakasında azalma, cilt elastikiyetinde azalma ile basınç yarası riski artar ve iyileşme gecikir. Yaşlılarda duyuşsal olarak koku alma körelir. Kulakta yüksek

sesli frekanslı seslerin işitilmesinde azalma olur. Gözyaşı azalır, gözler kurur, kornea refleksi ve görme keskinliği azalır. Solunum sistemi açısından akciğer kompliyansı düşer, ventilasyon bozulur, diffüzyon azalır, silia hareketleri yavaşlar, öksürük refleksi azalır, solunum kasları zayıflar. Kardiyovasküler açıdan kalp hızı, miyokard esnekliği, kalbin pompalama yeteneği, baroreseptörlerin hassasiyeti azalır. Arteriyel elastikiyeti azalır, ateroskleroz ve periferik vasküler rezistans artışı sonucu sistolik ve diyastolik kan basıncı progresif olarak artar. Kronik hastalık olarak yaşlı bireylerde hipertansiyon tablosu oluşur. Endokrin ve metabolizma açısından pankreastan insülin salınması azalır, insülin direnci artar. Bazal metabolizma hızında yavaşlama olup kilo alma olasılığı artar. Gastrointestinal sistemde ince bağırsak mukozası villuslarda atrofi sonucu demir, kalsiyum, yağ ve karbonhidrat emilimi azalır, konstipasyon oluşur. Mide boşalmasında gecikme iştah azalmasına neden olur. Öğürme refleksi (gag refleksi) ve alt özofagus sfinkter gevşemesinde azalma ile aspirasyon riskinde artma olur. Nörolojik açıdan yaşlanmayla birlikte beyin kan akımında azalma ve beyin hücrelerinin kaybı ile kısa süreli hafıza kaybı olur. Vücut sıcaklığı düzenlenme mekanizmasında bozulma olmasıyla yaşlıların vücudu hipotermik ya da hipertermik olur. Genitoüriner açıdan renal kan akımında azalma, sodyum emiliminde azalma, böbrek ve mesane boyutunda azalma sonucu inkontinans, noktüri, dehidratasyon riski artar (Aygin 2017, ss. 183-186, Olgun 2017, ss. 690-694, Pehlivan ve Karadakovan 2013, Aydoğan ve diğ. 2011).

Fiziksel sorunlar yanında yaşlılarda psikolojik sorunlara da rastlanmaktadır. Eş kaybı, şiddete maruz kalma, bakımevine gönderilme düşüncesi, emeklilik ile üreticilik rolünün bırakılması, ölüm korkusu yaşlılarda duygu durum değişikliklerine neden olmaktadır. Bireylerde içe kapanma, algılama, problem çözme ve uyum sağlama becerileri azalır ve sonuç olarak kişinin kendine olan özgüveni azalır (Arslantaş ve Ergin 2011).

2.3.3. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Çevresel Faktörler

İlerleyen yaşla birlikte bireylerin yaşam kalitesi değişir. Biyolojik fonksiyonların değişmesi, fiziksel kapasitede azalma ve psikolojik bozukluklar kişinin bağımlılık düzeyini artırmaktadır. Bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde çevresel faktörlerin de rolü vardır. Bunlar;

- i. Ev ve aile ile ilgili konular,

- ii. Hayattan alınan doyum,
- iii. Sağlık düzeyi,
- iv. Sosyodemografik özellikler,
- v. Kültürel ve ekonomik koşullar,
- vi. Engellilik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gibi özellikler yeni yaşam koşullarına uyum sağlamayı etkilemektedir (Tarsuslu Şimşek ve diğ. 2010).

Sonuçta yaşlıların yaşam kalitesini arttırmak için hedef, bireyin fiziksel bakımını kendi kendisine yapabilmesine, duygusal sorunları ile baş edebilmesine ve kendini değerli görmesine yardımcı olmaktır (Ercan Şahin ve Emiroğlu 2014).

2.3.4. Cerrahi Girişimden Sonra Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Cerrahi sonrası bakımın temel amacı; yaşlı hastaların cerrahi girişim sonrası, etkili ve yeterli bakım görmesini sağlamak, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonları en aza indirmektedir. Cerrahi girişim sonrası morbiditeyi azaltmak, iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla yapılan tüm girişimler sonucunda hastanede kalış süresi kısalmış ve yaşam kalitesini artar (Uğurlu ve diğ. 2017).

Ameliyat sonrası yaşlı hastasının bakımında izlenmesi gereken faktörler;

a. Hipotansiyon	f. Ameliyat sonrası deliryum
b. Hipoksi	g. Ağrı
c. Hipotermi	h. Malnütrisyon
d. Sıvı-elektrolit dengesinde anormallik	i. Yara enfeksiyonudur
e. Bilişsel işlev bozukluğu	j. (Aygin ve diğ. 2012)

Ameliyat sonrası dönemde yaşlıların sıvı kaybını tolere etmesi daha zordur. Hipovolemi sonucu hipotansiyon oluşur. Hipotansiyon zayıf perfüzyona neden olur, böylece hipoksi oluşur. Hipoksi, sıvı elektrolit ve asit baz dengesizlikleri kalpte aritmiye neden olur. Yaşlanmayla kardiyovasküler sistemde değişiklikler olur. Kalp kapakçıkları ve aort kalınlaşır, kalp hızı yavaşlar ve kalp yetmezliği oluşur. Kalp yetmezliği olan hastada sıvı yüklemesinden kaçınılmalıdır. Cerrahi girişim sonrası katekolamin (epinefrin,

norepinefrin, dopamin) salınımı artmaktadır. Bununla beraber kalp hızında, kan basıncında, serbest yağ asit miktarında artış olur ve miyokardın oksijen gereksinimi artar. Tüm bu katabolik süreç yaşam kalitesini kötü etkiler (Aygin ve diğ. 2012). Dolayısıyla hastanın cerrahi girişim sonrası yaşam kalitesini arttırmak için;

- a. Kalbin iş yükünü azaltmak için beta bloker kullanan hastanın ilaçları ameliyat sürecinde kesilmemelidir (Ersoy ve diğ. 2013).
- b. Hipotermik hasta ısıtılmalıdır. (Demirarslan 2017).
- c. Hipovolemik hastada sıvı replamanı yapılmalıdır. (Navarro et al. 2015).
- d. Yaşlı hastada tromboemboli riskini önlemek için antikoagülan tedavi, kanama takibi, erken mobilizasyon, derin solunum, öksürük egzersizleri, tromboemboli çorabının kullanımı, konusunda hasta yakınlarına eğitim verilmelidir (<https://kosuyolueah.saglik.gov.tr> Erişim tarihi: 19.03.2019, Demir Korkmaz ve Çullu 2015, Perme and Chandrashekar 2009, Akın ve Horasan 2008, Altıntaş ve diğ. 2008, Şendir 2008, Clini and Ambrosino 2005).
- e. Yaşlı hastada pozisyon değişimi yavaş olmalıdır. Ani bir harekette hastada periferik vazodilatasyona bağlı kalbe dönen kan akımında ve serebral kan akımında azalmaya bağlı hastada baş dönmesi ve senkop gelişme riski fazladır (Aygin 2017, ss. 187-190).
- f. Cerrahi girişim sonrası hastalar anestezi ilaçları, steroid ve antikolinerjikler gibi anesteziye yardımcı ilaçlar, hastanın yaşı, enfeksiyon varlığı, var olan kognitif bozukluklar ve ameliyatın yeri ve büyüklüğü gibi birçok faktörlerden dolayı bilişsel fonksiyon kaybı yaşamaktadır. Böyle gelişen bilişsel bozukluklara deliryum tablosu eşlik eder. Hastada oryantasyon bozukluğu, dikkat ve hafıza kaybı görülür. Bu bozukluk uzun süreli ve kalıcı olabilir. Sonuç olarak hastanın yaşam kalitesi bozulur (Gülapoğlu ve diğ. 2013, Deren ve diğ. 2010).
- g. Cerrahi girişim sonrası ağrı, hasta için kaçınılmaz bir durumdur. Ağrı yönetiminin etkili yapılmaması sonucu hastada psikolojik, fiyolojik ve sosyal yönden bozulmalar görülür. Yara yerinde geç iyileşme, miyokard iskemisi, derin ven trombozu, yetersiz solunuma bağlı ateletazi, pulmoner fonksiyon bozuklukları, anksiyete, sempatik aktivite sonucu glikoz dengesinde bozulma, taburculukta gecikme olur ve tüm bunlar düşük yaşam kalitesine yol açmaktadır (Ay ve Alpar 2010, Mei et al. 2010). Ağrı ile gelen uykusuzluk, aşırı yorgunluk,

başaramama korkusu, sosyal iletişimin ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bozulması, ağrıya toleransın azalması ile hastada anksiyete ve depresyon görülür (Karayurt ve diğ. 2014).

Malnütrisyon, tüketilen besin öğeleri ile değişen metabolizma ihtiyaçlarının karşılanması arasındaki dengesizliği ifade eder. Beslenme düzeyi ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki vardır. Vücudun protein ve enerji ihtiyacı olmasına karşın cerrahi girişim sonrası hastalarda iştahsızlık nedeniyle yetersiz beslenme görülür (<http://guncel.tgv.org.tr> Erişim tarihi: 30.01.2019). Yaşlılarda görülen malnütrisyon sonucunda kas kütlelerinde kayıp, kas güçsüzlüğü, kemik kütlelerinde azalma, kemik kırıkları, basınç yaraları, ameliyat sonrası iyileşmede gecikme, ödem anemi, yara iyileşmesinde gecikme, immün fonksiyonda ve bilişsel fonksiyonda azalma gibi birçok olumsuzluklar ortaya çıkmaktadır (Saka 2012).

Cerrahi girişim sonrası hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerden biri yara yeri enfeksiyonlarıdır. Yara yeri enfeksiyonu gelişmesini etkileyen faktörler; ileri yaş, hastada kronik beslenme bozukluğunun olması, kan tetkik sonuçlarında total lenfosit sayısının azaldığı (1500 ve altı), albümin düzeyinde azalma (3.4 ve altı) ve 10 kg'dan fazla akut kilo kaybı olması, morbid obezite, diyabetik ketoasidoz, romatoid artrit, kronik steroid kullanımı, hastanın geçmişinde daha önce olmuş yara yeri enfeksiyonu olması ve serebral palsi varlığıdır (Enercan ve diğ. 2011).

2.3.5. Bilinç Bozukluğu Olan ve Uyku Kalitesi Bozulan Yaşlı Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşlı popülasyonun giderek artması, cerrahi geçiren bu yaş grubu bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesinin önemli olduğunu göstermekte ve sağlık alanındaki hedefler sıralamasında birinci sıraya yerleştirmektedir (Atasavun Uysal ve diğ. 2018). Yaşam kalitesi, birçok değişkene bağlı karmaşık bir kavramdır. Yaşam kalitesi için günlük performansın en önemli belirleyicisi ise hayatımızın üçte birinin kapsayan uykudur (Barone and Krieger 2015). Yaşlanmayla birlikte uyku kalitesinde azalma, depresyon ve bilişsel işlev bozuklukları görülmektedir. Cerrahi girişim geçiren yaşlı bireylerde uzun süre yatmaya bağlı kas spazmlarının oluşması, cerrahi insizyona ve drenlere bağlı ağrı

gelişmesi ve bunun sonucunda hastanın yüksek anksiyete seviyesine ulaşması hastanın uyku kalitesini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Aksu ve Erdoğan 2017).

Cerrahi girişim sonrası yaşlı bireylerde ortaya çıkan bir diğer komplikasyon bilişsel işlev bozukluğudur. Tıbbi teknolojideki gelişmeler, anestezi bakımındaki ilerlemeler, yeni cerrahi teknikler olmasına rağmen bilişsel işlev bozukluklarının nedeni tam bilinmemektedir. Merkezi sinir sistemindeki değişiklikler, bilişsel işlev bozukluğundan deliryuma kadar ilerleyebilmektedir. Bu sendrom ameliyattan sonra uzun bir süre devam edebilmektedir (Kotekar et al. 2014). Bu durum bireyi sosyoekonomik açıdan olumsuz etkilemesinin yanında, GYA'ni karşılamak için başkalarına duyulan gereksinimin artmasına ve toplumsal yaşam alanlarının kısıtlanmasına neden olur. Dolayısıyla, yaşamdan alınan doyum azalır ve yaşam kalitesi bozulur (Özkan Tuncay ve Kars Fertelli 2018).

Sonuç olarak, yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesi için, yaşlıların ruh sağlığının korunması, mental durumlarındaki bozulmanın belirlenmesi (İnel Manav ve diğ. 2018), uykusuzluğun önlenmesi gerekmektedir.

3. VERİ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, Koç Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servislerinde yatan 60 yaş üzeri hastaların bilişsel fonksiyonlarının, uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla niceliksel yöntemlerden olan betimsel tanımlayıcı araştırma yöntemi ile yapıldı.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- i.** 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren hastaların bilişsel fonksiyonları nasıldır?
- ii.** 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren hastaların uyku sorunu var mıdır?
- iii.** 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren hastaların yaşam kaliteleri nasıldır?
- iv.** Bilişsel fonksiyon değişimi ile uyku ve yaşam kalitesi nasıl etkilenir?
- v.** Yaşlılarda cerrahi girişim sonrası bilişsel fonksiyon, uyku ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. ARAŞTIRMANIN ZAMANI VE YERİ

Bu araştırma kurum izni ve Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 10.09.2018 tarihinde onay alındıktan sonra (Etik Kurul Onay Numarası: 2018. 211. IRB3. 149), Koç Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servislerinde yatan 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren hastalar ile hasta odasında yüz yüze görüşülerek yapıldı. Çalışma, Eylül 2018 ile Mart 2019 tarihleri arasında 140 hasta ile yürütüldü.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Eylül 2018 - Mart 2019 tarihleri arasındaki altı aylık sürede 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren yaklaşık 1320 hasta araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırma kriterlerine uyan, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 140 hasta ise örnekleme oluşturdu. Hastaların sözlü/yazılı onayları alındıktan sonra veriler toplandı.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- a. 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren,
- b. Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- c. İletişim engeli olmayan,
- d. Ağır psikiyatrik tanı almamış olan hastalar çalışmaya dâhil edildi.

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;

- a. Kemoterapi ve radyoterapi tedavisi gören hastalar,
- b. Non-koopere hastalar (bilinçsiz),
- c. 60 yaş altı hastalar,
- d. Ağır psikiyatrik tanısı olanlar,
- e. İletişim engeli olan hastalar çalışmaya dâhil edilmedi.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veriler; tanıtıcı özelliklere ilişkin soruları içeren anket formuna ek olarak, hastanın bilişsel fonksiyonunu, yaşam kalitesini ve uyku kalitesini ölçen üç farklı ölçek ile toplandı. Bu lekler; bilişsel fonksiyonunu değerlendirmek için Montreal Bilişsel Değerlendirme leği, yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği ve uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi Değerlendirme leği'dir.

3.5.1. Tanıtıcı zellikler Soru Formu

Bu araştırmada kullanılan 31 soruluk tanıtıcı özellikler formunda; hastanın demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ocuk sayısı), kronik hastalıkları ve sürekli kullanılan ilaçları, daha önce geçirilen cerrahi girişim türü, mevcut tanısı ve tanıya ilişkin yapılan cerrahi müdahale, şimdiki operasyonda kullanılan anestezi türü, ameliyatın süresi, görme, işitme ve konsantrasyon sorununun olup olmadığı, uyku problemi varlığı gibi sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği

Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA), hastaların bilişsel bozukluk seviyesini değerlendirmek amacıyla Nasreddine ve arkadaşları tarafından 2005 yılında tarama testi olarak geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Selekler ve arkadaşları 2010 yılında yapılmıştır (Selekler ve diğ. 2010, Nasreddine et al. 2005). MoCA uygulaması yaklaşık 10 dakika sürer, 21 puan ve üstünde alınan puan alması ise “normal” olarak değerlendirilir. MoCA Ölçeği’nden alınabilecek en yüksek puan 30’dur (www.psikiyatri.org.tr/MoCA Erişim tarihi 08.03.2019). Ölçeğin alt boyutlarına göre puanlaması; “görsel yapılandırma becerileri testi - beş puan”, “adlandırma testi - üç puan”, “dikkat testi - altı puan”, “lisan testi - üç puan”, “soyut düşünme testi - iki puan”, “gecikmeli hatırlatma testi - beş puan” ve “yönelim testi - altı puan”dır (Selekler ve diğ. 2010).

3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ), bir aylık zaman aralığındaki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunu değerlendiren bir ölçektir. 1989’da Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (Buysse et al. 1989) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yücel Ağargün, Kara ve Anlar tarafından 1996 yılında yapılmıştır (Yücel Ağargün ve diğ. 1996). PUKÖ’de bireyin uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku düzeni, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu incelenir. Ölçekte, her bir madde 0-3 puan arasında değerlendirilip toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Toplam puanın beşin altında olması iyi uyku kalitesini belirtirken; beşin üstünde olması kötü uyku kalitesini ifade etmektedir (Aysan 2014).

3.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesinde kullanılmak üzere ilk olarak 1987 yılında Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (Koçyiğit ve diğ. 1999). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nde sağlık sorunlarına yönelik fiziksel aktivitelerdeki sınırlamalarını, fiziksel sağlık sorunlarına yönelik rol faaliyetlerinde sınırlamalarını, ağrısını, emosyonel durumunu, mental sağlığını ve genel sağlık algısını değerlendiren

sekiz alt başlıklı skala şeklinde 36 soru içermekte (Ware and Sherbourne 1992) ve ölçekteki toplam puan 0-100 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken düşük puanlar sağlıkta bozulmayı işaret etmektedir (www.akadgeriatri.org Erişim tarihi: 08.03.2019, Vural ve diğ. 2010).

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmanın verileri Eylül 2018- Mart 2019 tarihleri arasında gerekli kurum izni ve etik kurul izni alındıktan sonra toplandı. Genel cerrahi servisinde yatan 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren hastaların bilişsel fonksiyonlarını, uyku ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla; tanıtıcı özellikler soru formu, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalitesi Değerlendirme Ölçeği yaklaşık olarak 20-30 dk süren yüz yüze görüşme tekniğiyle dolduruldu.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNÜ

Araştırmada yer alan Koç Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servislerinde yatan hastalara öncelikle araştırmanın amacı açıklandı ve sözlü/yazılı onayları alındı. Araştırma, zarar vermeme/yarar sağlama, özerklik, mahremiyete saygı gibi evrensel etik ilkeler dikkate alınarak yürütüldü ve yaşlı bireylere elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı güvencesi verildi.

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma, niceliksel yaklaşıma dayalı olup yüz kırk hasta ile yapılan görüşmeden elde edilen veriler; araştırmacı tarafından görüşme süresi boyunca hastalarla yüz yüze konuşulup amaca uygun bir şekilde değerlendirildi. İstatistiksel analizler için SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında *t* testi, ANOVA, korelasyon analizlerinden faydalanıldı. Sonuçlar yüzde 95 güven seviyesinde, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmada yaşlı bireylerle ameliyat sonrası taburcu edilene kadar olan sürede sadece bir kez görüşme yapılması, tekrarlayan ölçümlerle karşılaştırma yapılamaması çalışmanın sınırlılığı olarak görülmüştür.

Çalışma sonuçlarının bu konuda yeterli örnekleme sahip, iyi kurgulanmış, tekrarlı ölçümlerin yapıldığı çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.



4. BULGULAR

Altmış yaş üstü cerrahi girişim geçiren hastaların bilişsel fonksiyonlarının, uyku ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen veriler üç bölümde ele alındı ve tablolar şeklinde sunuldu.

- a. Hastaların demografik özellikleri ve ölçeklerle ilişkisine ilişkin bulgular
- b. Hastaların alışkanlıklarına, kronik hastalıklarına, mevcut tanısına ve ölçeklerle ilişkisine ilişkin bulgular
- c. Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna, ölçeklerle ilişkisine ilişkin bulgular

4.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi gibi sosyodemografik özelliklere yer verildi.

Altmış yaş ve üzeri hastaların yüzde 59'u ($n=82$) erkek, yüzde 32'si ($n=45$) "61-65" yaş aralığında, yüzde 69'u ($n=96$) evli, yüzde 91'i ($n=127$) çocuk sahibi ve yüzde 89'u ($n=124$) da iki ve üzeri çocuğa sahipti. Hastaların yüzde 66'sının ($n=92$) eşiyle ya da çocuklarıyla yaşadığı, yüzde 61'inin ($n=86$) orta öğretim mezunu olduğu, yüzde 63'ünün ($n=88$) emekli ya da ev hanımı olup çalışmadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Sosyodemografik özelliklerin dağılımı (N=140)

		<i>N</i>	Yüzde (%)*
Cinsiyet	Kadın	58	41
	Erkek	82	59
Yaş ORT±SS:	60	22	16
	61 – 65	45	32
	66 – 70	27	19
	71 – 75	29	21
	76+	17	12
Medeni durum	Evli	96	69
	Bekâr	44	31
Çocuk sahipliği	Evet	127	91
	Hayır	13	9
Çocuk sayısı	0-1	16	11
	2-3	63	45
	4 ve üzeri	61	44
Kiminle yaşıyorsunuz	Yalnız	15	11
	Eşimle/çocuklarımla	92	66
	Bakıcım/yardımcım	33	24
Eğitim düzeyi	İlköğretim	21	15
	Orta öğretim	86	61
	Ön lisans-Lisans	33	24
Çalışma durumu	Evet	52	37
	Hayır	88	63
Meslek türü	İşletmeci	25	18
	Özel-kamu sektör çalışan	27	19
	Emekli-ev hanımı	88	63

*140 kişi içindeki yüzde verilmiştir.

Tablo 4.2: Demografik özellikler ile Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MBDÖ) puanlarının karşılaştırılması

		Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği			
		Ortalama	SS	test değeri	<i>p</i> değeri ^a
Cinsiyet*	Kadın	23,29	4,96	1,46	0,15
	Erkek	22,07	4,83		
Yaş⁺	60	22,82	4,88	0,78	0,54
	61 – 65	23,36	4,30		
	66 – 70	21,37	5,74		
	71 – 75	22,69	5,77		
	76+	21,94	3,21		
Medeni durum*	Evli	22,04	5,33	1,93	0,06
	Bekâr	23,75	3,60		
Çocuk sahipliği*	Evet	22,66	5,05	0,62	0,53
	Hayır	21,77	3,11		
Çocuk sayısı⁺	0-1	21,75	3,25	0,11	0,90
	2-3	24,25	4,50		
	4 ve üzeri	22,28	4,72		
Kiminle yaşıyorsunuz⁺	Yalnız	23,00	2,95	0,46	0,63
	Eşimle/çocuklarımla	22,29	5,44		
	Bakıcım/yardımcım	23,18	3,97		
Eğitim düzeyi⁺	İlköğretim	22,14	5,45	0,10	0,90
	Orta öğretim	22,63	5,07		
	Ön lisans-Lisans	22,73	4,18		
Çalışma durumu*	Evet	23,25	4,20	1,25	0,21
	Hayır	22,18	5,26		
Meslek türü⁺	İşletmeci	22,72	4,16	1,06	0,35
	Özel-kamu sektör çalışan	23,74	4,26		
	Emekli-ev hanımı	22,18	5,26		

**t* testi; ⁺Anova analizi, ^a*p*>0,05; anlamlı fark yoktur.

Uygulanan *t* testi ve ANOVA testi sonuçlarına göre; Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği puanı ile demografik özellikler karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Yani, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuğa sahip olup olmama, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve meslek türüne göre bilişsel durumun farklı olmadığı bulundu (*p*>0,05; Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Demografik özellikler ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) puanlarının karşılaştırılması

		PUKÖ-Uyku kalitesi			
		Ortalama	SS	Test değeri	<i>p</i> değeri ^a
Cinsiyet*	Kadın	10,00	3,25	-0,13	0,90
	Erkek	10,07	3,53		
Yaş⁺	60	10,09	3,21	0,85	0,50
	61 – 65	9,67	3,42		
	66 – 70	10,96	2,88		
	71 – 75	9,52	3,60		
	76+	10,41	4,06		
Medeni durum*	Evli	10,11	3,46	0,37	0,71
	Bekâr	9,89	3,31		
Çocuk sahipliği*	Evet	10,08	3,48	0,39	0,70
	Hayır	9,69	2,69		
Çocuk sayısı⁺	0-1	9,42	2,61	3,02	0,05
	2-3	9,25	2,63		
	4 ve üzeri	9,79	3,12		
Kiminle yaşıyorsunuz⁺	Yalnız	9,27	2,31	0,56	0,57
	Eşimle/çocuklarımla	10,23	3,35		
	Bakıcım/yardımcım	9,88	3,97		
Eğitim düzeyi⁺	İlköğretim	10,19	3,06	0,35	0,70
	Orta öğretim	10,17	3,50		
	Ön lisans-Lisans	9,61	3,44		
Çalışma durumu*	Evet	10,12	3,34	0,19	0,85
	Hayır	10,00	3,46		
Meslek türü⁺	İşletmeci	10,16	3,52	0,02	0,98
	Özel-kamu sektör çalışan	10,07	3,23		
	Emekli-ev hanımı	10,00	3,46		

* *t* testi; ⁺Anova analizi

^a*p*>0,05; anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, 60 yaş üzeri hastaların PUKÖ puanına göre uyku kalitelerinin; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuğa sahip olup olmama, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve meslek türü açısından herhangi bir

şekilde etkilenmediği, yani demografik özelliklerle PUKÖ puanı arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p>0,05$; Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Demografik özellikler ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
		Ortalama	SS	Test değeri	p değeri ^a
Cinsiyet*	Kadın	93,07	8,10	0,26	0,79
	Erkek	92,74	6,60		
Yaş⁺	60	92,73	5,69	1,47	0,21
	61 – 65	91,40	7,80		
	66 – 70	92,33	6,32		
	71 – 75	95,45	7,23		
	76 ve üzeri	93,47	8,32		
Medeni durum*	Evli	91,68	6,89	2,98	0,00^a
	Bekâr	95,50	7,35		
Çocuk sahipliği*	Evet	92,88	7,24	0,17	0,99
	Hayır	92,85	7,43		
Çocuk sayısı⁺	0-1	93,00	7,73	0,34	0,71
	2-3	94,50	5,45		
	4 ve üzeri	91,76	7,81		
Kiminle yaşıyorsunuz⁺	Yalnız	97,60	7,51	5,51	0,01^a
	Eşimle/çocuklarımla	91,62	6,94		
	Bakıcım/yardımcım	94,24	6,98		
Eğitim düzeyi⁺	İlköğretim	95,33	8,88	1,45	0,24
	Orta öğretim	92,51	7,11		
	Ön lisans-Lisans	92,27	6,24		
Çalışma durumu*	Evet	92,04	6,86	1,06	0,29
	Hayır	93,38	7,44		
Meslek türü⁺	İşletmeci	92,72	7,04	0,77	0,47
	Özel-kamu sektör çalışan	91,41	6,75		
	Emekli-ev hanımı	93,38	7,44		

* t testi; ⁺Anova analizi, ^a $p<0,05$; anlamlı fark vardır.

Yaşam kalitesi ölçeği toplam puanına göre medeni durum ve kiminle yaşıyorsunuz değişkeninin analiz sonucu istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi. Medeni durumun yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu yapılan t testi ile analiz edildi ve buna göre bekâr bireylerin yaşam kalitesi evli olanlara kıyasla daha yüksek bulundu ($p<0,05$; Tablo 4.4). ANOVA testi uygulandığında, “kiminle yaşıyorsunuz?” değişkeninin yaşam kalitesi

üzerinde etkili olduğu saptandı. Yani yalnız veya bakıcı/yardımcı ile yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$; Tablo 4.4).

Altmış yaş üzeri hastaların cinsiyet, yaş, çocuğa sahip olup olmama, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve meslek türü ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Demografik özelliklere göre PUKÖ Uyku Kalitesi-MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi

		PUKÖ Uyku Kalitesi- MBDÖ Bilişsel Durum	
		Korelasyon Katsayısı	<i>p</i> değeri
Cinsiyet	Kadın	-0,31	0,02
	Erkek	-0,03	0,81
Yaş	60	0,16	0,47
	61 – 65	-0,04	0,78
	66 – 70	-0,17	0,39
	71 – 75	-0,27	0,16
	76+	-0,32	0,21
Medeni durum	Evli	-0,11	0,30
	Bekar	-0,24	0,12
Çocuk sahipliği	Evet	-0,15	0,09
	Hayır	0,07	0,82
Çocuk sayısı	0-1	-0,05	0,85
	2-3	-0,19	0,14
	4 ve üzeri	-0,10	0,44
Kiminle yaşıyorsunuz	Yalnız	-0,06	0,82
	Eşimle/çocuklarımla	-0,10	0,36
	Bakıcım/yardımcım	-0,28	0,11
Eğitim düzeyi	İlköğretim	-0,06	0,80
	Orta öğretim	-0,13	0,22
	Ön lisans-Lisans	-0,21	0,24

Tablo 4.5: Demografik özelliklere göre PUKÖ uyku kalitesi-MBDÖ bilişsel durum korelasyon analizi-*devamı*

Çalışma durumu	Evet	0,10	0,46
	Hayır	-0,25	0,02
Meslek türü	İşletmeci	0,30	0,15
	Özel-kamu sektör çalışan	-0,08	0,68
	Emekli-ev hanımı	-0,25	0,02
Toplam		-0,138	0,104

Demografik özelliklere göre PUKÖ Uyku Kalitesi, MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi sonuçlarına göre; yaş, medeni durum, çocuğa sahip olup olmama, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyine göre aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.5). Kadınlarda PUKÖ Uyku Kalitesi ile MBDÖ Bilişsel Durum arasında ters ve anlamlı bir ilişki bulundu ve bilişsel fonksiyon arttıkça, PUKÖ puanının azaldığı yani uyku kalitesinin arttığı tespit edildi ($p<0,05$; Tablo 4.5). Çalışmayan bireylerde PUKÖ puanı ile bilişsel fonksiyon arasında yüzde 25'lik bir ilişki bulunmuş olup, aralarında ters bir ilişki olduğu görüldü. Bilişsel fonksiyon arttıkça çalışmayan bireylerin PUKÖ puanlarının azaldığı, uyku kalitesinin arttığı belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.5). Emekli ve ev hanımı bireylerin PUKÖ puanı ile bilişsel fonksiyon arasında anlamlı, ters yönlü yüzde 25'lik bir ilişki saptandı. Emekli ve ev hanımı bireylerin bilişsel fonksiyonları arttıkça PUKÖ puanlarının azaldığı ve uyku kalitesinin arttığı tespit edildi ($p<0,05$; Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Demografik özelliklere göre SF36 Yaşam Kalitesi - MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi

		SF36 Yaşam Kalitesi - MBDÖ Bilişsel Durum	
		Korelasyon Katsayısı	<i>p</i> değeri ^a
Cinsiyet	Kadın	0,12	0,38
	Erkek	0,24	0,03
Yaş	60	-0,03	0,88
	61 – 65	0,03	0,86
	66 – 70	0,38	0,05
	71 – 75	0,34	0,07
	76+	0,34	0,18
Medeni durum	Evli	0,09	0,39
	Bekâr	0,34	0,02
Çocuk sahipliği	Evet	0,19	0,04
	Hayır	0,12	0,69
Çocuk sayısı	0-1	0,28	0,29
	2-3	0,17	0,19
	4 ve üzeri	0,19	0,15
Kiminle yaşıyorsunuz	Yalnız	-0,06	0,85
	Eşimle/çocuklarımla	0,11	0,30
	Bakıcım/yardımcım	0,50	0,00
Eğitim düzeyi	İlköğretim	0,14	0,54
	Orta öğretim	0,24	0,03
	Ön lisans-Lisans	0,05	0,80
Çalışma durumu	Evet	-0,07	0,64
	Hayır	0,30	0,00
Meslek türü	İşletmeci	0,17	0,41
	Özel-kamu sektör çalışan	-0,27	0,17
	Emekli-ev hanımı	0,30	0,00
Toplam		0,181	0,033

^a $p < 0,05$; anlamlı fark vardır.

Demografik özelliklerle karşılaştırmalı olarak SF36 Yaşam Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum puanları arasında ilişki olup olmadığı korelasyon analizi yapılarak değerlendirildi ve Tablo 4.6’te gösterildi. Bu analize göre erkekler için yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyon arasında yüzde 24’lük doğrusal bir ilişki bulundu. Erkek hastaların bilişsel fonksiyonlarının yaşam kalitesi üzerinde daha etkili olduğu görüldü ($p < 0,05$;

Tablo 4.6). Yani erkeklerde bilişsel fonksiyon arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlendi. Ancak kadınlarda böyle bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$; Tablo 4.6).

Tablo 4.6 incelendiğinde; medeni duruma göre bekârların evlilere göre bilişsel fonksiyonları, yaşam kalitesini anlamlı bir şekilde etkilemekte olup aralarında doğru yönlü yüzde 34'lük bir ilişki mevcuttur. Bekâr hastaların bilişsel fonksiyonları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı saptandı ($p<0,05$; Tablo 4.6).

Çocuk sahibi olma durumunun da bilişsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olmuştur. Çocuk sahibi olan bireyler, çocuk sahibi olmayan bireylere göre aralarında yüzde 19'lük bir ilişki vardı. Çocuğu olanların bilişsel fonksiyonları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı görüldü ($p<0,05$; Tablo 4.6).

Yaşlı bireylerin bakıcı veya yardımcı ile yaşayanların bilişsel fonksiyonu ve yaşam kalitesi arasında yüzde 50'lik bir ilişki olduğu, bakıcı veya yardımcı ile yaşayan bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.6).

Eğitim durumunun yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyon arasında yüzde 24'lük bir ilişki bulundu. Orta öğretim mezunlarının diğer eğitim düzeylerine kıyasla bilişsel fonksiyonu arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görüldü ($p<0,05$; Tablo 4.6).

Çalışma durumu incelendiğinde bilişsel fonksiyon ve yaşam kalitesi arasında yüzde 30'lük bir ilişki tespit edildi. Çalışmayan bireylerin, çalışan bireylere kıyasla bilişsel fonksiyonu arttıkça, paralel olarak yaşam kalitesinin de arttığı belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.6).

Meslek türü bağlamında ise emekli ve ev hanımı bireylerin yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyonları arasında yüzde 30'lük anlamlı bir ilişki olduğu görülmekte olup, diğer meslek gruplarına göre bilişsel fonksiyonları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı saptandı ($p<0,05$; Tablo 4.6). Genel olarak bakıldığında ise yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyon arasında anlamlı, doğru yönlü yüzde 18'lik bir ilişki, bilişsel fonksiyonun

artması ile yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Demografik özelliklere göre bağımlı değişken PUKÖ Uyku Kalitesi regresyon analizi

F: 1,261; p: 0,26; R ² : %9,4	Standart Katsayı	t testi	p değeri	%95 Güven düzeyi	
				Alt bant	Üst bant
Sabit terim	8,82	2,18	0,03	0,81	16,83
Cinsiyet	-0,07	-0,71	0,48	-1,53	0,72
Yaş	-0,07	-0,51	0,61	-0,83	0,49
Medeni durum	0,00	0,00	1,00	-1,51	1,50
Çocuk sahipliği	0,20	1,62	0,11	-0,45	4,47
Çocuk sayısı	0,34	2,88	0,00	0,48	2,60
Kiminle yaşıyorsunuz	0,02	0,21	0,83	-0,97	1,20
Eğitim düzeyi	-0,09	-0,86	0,39	-1,39	0,55
Çalışma durumu	-0,04	-0,18	0,86	-3,21	2,69
Meslek türü	-0,11	-0,49	0,63	-2,09	1,26
MBDÖ Bilişsel durum	-0,09	-0,94	0,35	-0,17	0,06

* Bağımlı değişken = PUKÖ Uyku Kalitesi

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, PUKÖ puanının bağımlı değişken olduğu, bilişsel fonksiyon ve demografik özelliklerin bağımsız değişken olduğu regresyon modelinde çocuk sayısı durumu anlamlı bulundu. Çocuk sayısı arttıkça PUKÖ puanının arttığı, yani uyku kalitelerinin azaldığı saptandı ($p < 0,05$; Tablo 4.7). Çocuk sayısı dışında demografik özelliklerin ve bilişsel fonksiyonun PUKÖ puanı üzerinde model istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Modelin F testi olasılık değeri 0,05’den büyük bulundu (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Demografik özelliklere göre bağımlı değişken SF36 Yaşam Kalitesi regresyon analizi

F: 2,028; p: 0,035; R²: %13,8	Standart Katsayı	t testi	p değeri	%95 Güven düzeyi	
				Alt bant	Üst bant
Sabit terim	94,12	10,66	0,00	76,65	111,58
Cinsiyet	-0,04	-0,47	0,64	-3,04	1,86
Yaş	0,04	0,28	0,78	-1,25	1,66
Medeni durum	0,25	2,26	0,03	0,46	7,02
Çocuk sahipliği	-0,15	-1,29	0,20	-8,92	1,87
Çocuk sayısı	-0,04	-0,39	0,69	-2,76	1,85
Kiminle yaşıyorsunuz	-0,17	-1,67	0,10	-4,38	0,36
Eğitim düzeyi	-0,08	-0,87	0,38	-3,05	1,18
Çalışma durumu	0,16	0,70	0,49	-4,20	8,79
Meslek türü	-0,17	-0,79	0,43	-5,17	2,22
MBDÖ Bilişsel skor	0,19	2,18	0,03	0,03	0,52

* **Bağımlı değişken = SF36 Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesinin bağımlı değişken olduğu bilişsel fonksiyon ve demografik özelliklerin bağımsız değişken olduğu regresyon modeline göre; bekar olan bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edildi ($p < 0,05$; Tablo 4.8). Medeni durum değişkeni t testi olasılık değeri 0,05'den küçük olup, katsayısı 0,25'dir. Bilişsel fonksiyonun t testi olasılık değeri 0,05'den küçük olup katsayısı 0,19'dur. Modelin F testi olasılık değeri 0,05'den küçük çıktığı için model genel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 4.8). Modelin R² değeri yüzde 13,8 çıkması bağımsız değişken olan bilişsel fonksiyon ve medeni durumun, yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu gösterdi (Tablo 4.8).

4.2. HASTALARIN ALIŞKANLIKLARINA, KRONİK HASTALIKLARINA, MEVCUT TANISINA VE ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde hastaların alışkanlıklarına, kronik hastalıklarına, sürekli kullanılan ilaçlara ve mevcut tanısına yer verildi.

Tablo 4.9: Yaşlı hastaların alışkanlıklarının ve hastalık durumunun dağılımı

		<i>n</i>	Yüzde (%) [*]
Sigara	Evet	44	31,40
	Hayır	96	68,60
Sigara içenler** (günde kaç tane)	1-6 tane günde	35	79,50
	7-12 tane günde	7	15,90
Alkol	Evet	14	10,00
	Hayır	126	90,00
Alkol kullananlar*** (haftada kaç kez)	1	1	6,70
	2	9	60,00
	3	4	26,70
	4	1	6,70
Kronik hastalık varlığı	Evet	121	86,40
	Hayır	19	13,60
Sürekli ilaç kullanma	Evet	115	82,10
	Hayır	25	17,90
Mevcut tanı (gruplanmış)	Kalp-damar hastalığı	21	15,00
	Kanser	59	42,10
	Sindirim ve renal sistem hastalıkları	36	25,70
	Ortopedik ameliyatlara	24	17,10

*140 kişi içindeki yüzde verilmiştir.

**Sigara içen 42 kişi içindeki yüzde verilmiştir.

***Alkol kullanan 15 kişi içindeki yüzde verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı hastaların bireysel alışkanlıkları, özgeçmiş ve mevcut tanısı değerlendirildiğinde; hastaların yüzde 68,6'sının ($n=96$) sigara içmediği, sigara içenlerin yüzde 79,5'inin ($n=35$) günde 1-6 tane içtiği, yüzde 90'ının ($n=126$) alkol kullanmadığı, alkol kullananların yüzde 60'ının ($n=9$) hafta da iki kere içtiği, yüzde 86,4'ünün ($n=121$) kronik hastalığının olduğu [bunların yüzde 66,9'u ($n=81$) diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı ve aritmi-*tabloda gösterilmedi*], yüzde 82,1'inin ($n=115$) sürekli ilaç kullandığı, yüzde 42,1'inin ($n=59$) mevcut tanısının kanser olduğu belirlendi (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre MBDÖ Bilişsel Durum hipotez testleri

		MBDÖ Bilişsel Durum			
		Ortalama	SS	test değeri	p değeri
Sigara*	Evet	22,5	4,49	0,13	0,9
	Hayır	22,61	5,11		
Alkol*	Evet	21,5	4,88	0,87	0,39
	Hayır	22,7	4,91		
Kronik hastalık*	Evet	23	4,77	2,62	0,01
	Hayır	19,89	5,03		
Sürekli kullanılan ilaç*	Evet	22,98	4,76	2,12	0,04
	Hayır	20,72	5,22		
Mevcut tanı grup ⁺	Kalp-damar hastalığı	22,71	5	0,54	0,66
	Kanser	22,08	5,28		
	Sindirim ve renal sistem hastalıkları	22,64	5,05		
	Ortopedik ameliyatlar	23,58	3,55		

*t testi; ⁺Anova analizi

Tablo 4.10. incelendiğinde; kronik hastalık türü ve sürekli kullanılan ilaç durumu ile MBDÖ bilişsel fonksiyon arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Kronik hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullanan bireylerin MBDÖ puanları daha yüksek bulundu. Yani bilişsel durumlarının daha iyi/normal sınırlarda olduğu belirlendi ($p < 0,05$; Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre PUKÖ Uyku Kalitesi hipotez testleri

		PUKÖ Uyku Kalitesi			
		Ortalama	SS	test değeri	p değeri
Sigara*	Evet	10,23	3,26	0,43	0,67
	Hayır	9,96	3,49		
Alkol*	Evet	9,93	3	0,13	0,9
	Hayır	10,06	3,46		
Kronik hastalık*	Evet	9,92	3,48	1,1	0,27
	Hayır	10,84	2,89		
Sürekli kullanılan ilaç*	Evet	10,03	3,51	0,12	0,9
	Hayır	10,12	2,95		
Mevcut tanı grup ⁺	Kalp-damar hastalığı	11,1	3,36	1,42	0,24
	Kanser	10,27	3,55		
	Sindirim ve renal sistem hastalıkları	9,58	3,17		
	Ortopedik ameliyatlar	9,25	3,34		

*t testi; ⁺Anova analizi

Hastalıklara ve alışkanlıklara göre PUKÖ puanı incelendiğinde yapılan *t* testi ve ANOVA analizi sonucuna göre anlamlı bir sonuç tespit edilmedi ($p>0,05$; Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre SF36 Yaşam Kalitesi hipotez testleri

		SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
		Ortalama	SS	test değeri	<i>p</i> değeri
Sigara*	Evet	91,82	6,91	1,18	0,24
	Hayır	93,36	7,36		
Alkol*	Evet	91	6,74	1,02	0,31
	Hayır	93,09	7,28		
Kronik hastalık*	Evet	92,8	7,39	0,32	0,75
	Hayır	93,37	6,34		
Sürekli kullanılan ilaç*	Evet	92,75	7,03	0,46	0,65
	Hayır	93,48	8,24		
Mevcut tanı grup ⁺	Kalp-damar hastalığı	92,1	6,03	0,56	0,64
	Kanser	92,59	7,02		
	Sindirim ve renal sistem hastalıkları	94,19	7,33		
	Ortopedik ameliyatlar	92,29	8,64		

**t* testi; ⁺Anova analizi

Yaşlı bireylerin alışkanlıkları, özgeçmişi ve mevcut tanısına göre yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiği *t* testi ve ANOVA analizleri ile incelendiğinde; sürekli kullanılan ilaç, mevcut tanı, sigara ve alkol kullanımı değişkenlerinin SF36 yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin/ilişkisinin olmadığı tespit edildi ($p>0,05$; Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre PUKÖ Uyku Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi

		PUKÖ Uyku Kalitesi – MBDÖ Bilişsel Durum	
		Korelasyon Katsayısı	<i>p</i> değeri
Sigara	Evet	-0,05	0,77
	Hayır	-0,17	0,09
Alkol	Evet	-0,18	0,54
	Hayır	-0,14	0,13
Kronik hastalık	Evet	-0,1	0,29
	Hayır	-0,31	0,2
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	-0,09	0,35
	Hayır	-0,40	0,05
Mevcut Tanı	Kalp-damar hastalığı	-0,01	0,98
	Kanser	-0,07	0,6
	Sindirim ve renal sistem hastalıkları	-0,22	0,2
	Ortopedik ameliyatlar	-0,35	0,09

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi; alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre PUKÖ Uyku Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Fonksiyon korelasyon analizi yapıldığında, ilaç kullanmayan bireylerin, bilişsel fonksiyon ile PUKÖ puanı arasında ters yönlü yüzde 40'luk kuvvetli bir ilişki bulundu. Buna göre, ilaç içmeyen bireylerin bilişsel fonksiyon puanları arttıkça PUKÖ puanlarının azaldığı, yani uyku kalitesinin arttığı belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre SF36 Yaşam Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi

		SF36 Yaşam Kalitesi – MBDÖ Bilişsel Durum	
		Korelasyon Katsayısı	<i>p</i> değeri
Sigara	Evet	0	1
	Hayır	0,25	0,02
Alkol	Evet	0,08	0,79
	Hayır	0,19	0,04
Kronik hastalık	Evet	0,16	0,08
	Hayır	0,44	0,06
Sürekli kullanılan ilaç	Evet	0,17	0,06
	Hayır	0,25	0,02
Mevcut Tanı	Kalp-damar hastalığı	0,07	0,78
	Kanser	0,25	0,05
	Sindirim ve renal sistem hastalıkları	0,17	0,31
	Ortopedik ameliyatlar	0,12	0,57

Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre SF36 Yaşam Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Fonksiyon korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.14’da verildi. Yapılan analiz sonucunda, sigara kullanım durumu, yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Buna göre, sigara kullanmayan bireylerin bilişsel fonksiyon ile yaşam kalitesi arasında doğru yönlü yüzde 25’lik bir ilişki olup, sigara içmeyen bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edildi ($p<0,05$; Tablo 4.14).

Alkol kullanım durumu, yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu Tablo 4.14’da görülmektedir. Buna göre alkol kullanmayan bireylerin bilişsel fonksiyonu ile yaşam kalitesi arasında doğru yönlü yüzde 19’luk bir ilişki bulundu ve alkol kullanmayan bireylerin bilişsel fonksiyon puanı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da paralel olarak arttığı tespit edildi ($p<0,05$; Tablo 4.14).

Sürekli ilaç kullanma durumu, yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyonu arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Buna göre ilaç kullanmayan bireylerin bilişsel fonksiyonu ile yaşam kalitesi arasında doğru yönlü yüzde 25’lik bir ilişki olduğu, ilaç kullanmayan bireylerin bilişsel fonksiyon puanı arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.14).

Tablo 4.15: Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre PUKÖ Uyku Kalitesi regresyon analizi

F: 1,340; p: 0,245; R ² : %6,6	Standart Katsayı	t testi	p değeri	%95 Güven düzeyi	
				Alt bant	Üst bant
Sabit terim	15,84	5,02	0,00	9,59	22,09
Sigara	0,01	0,13	0,90	-1,40	1,59
Alkol	-0,03	-0,35	0,73	-3,02	2,12
Kronik hastalık	-0,05	-0,52	0,60	-1,12	0,66
Sürekli kullanılan ilaç	-0,12	-1,26	0,21	-4,92	1,09
Mevcut tanı	-0,18	-1,97	0,05	-1,31	0,00
MBDÖ Bilişsel durum	-0,08	-0,83	0,41	-0,19	0,08

* Bağımlı değişken = PUKÖ Uyku Kalitesi

Tablo 4.15 incelendiğinde; PUKÖ puanının bağımlı değişken olduğu, bilişsel fonksiyon, kronik hastalık ve alışkanlıkların bağımsız değişken olduğu regresyon modeline göre, F testi sonuçlarına bakıldığında olasılık değeri 0,05'den büyük çıkmış olup model istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$; Tablo 4.15).

Tablo 4.16 Alışkanlıklarına ve hastalık durumuna göre SF36 Yaşam Kalitesi regresyon analizi

F: 1,301; p: 0,263; R ² : %6,5	Standart Katsayı	t testi	p değeri	%95 Güven düzeyi	
				Alt bant	Üst bant
Sabit terim	79,21	11,75	0,00	65,85	92,57
Sigara	0,10	1,03	0,30	-1,55	4,91
Alkol	0,08	0,80	0,43	-3,29	7,73
Kronik hastalık	-0,12	-1,21	0,23	-3,13	0,75
Sürekli kullanılan ilaç	0,04	0,42	0,67	-5,06	7,80
Mevcut tanı	0,05	0,56	0,58	-1,01	1,81
MBDÖ Bilişsel durum	0,16	1,77	0,08	-0,03	0,53

* Bağımlı değişken = SF36 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin bağımlı değişken olduğu, bilişsel fonksiyon, kronik hastalık durumu ve alışkanlıkların bağımsız değişken olduğu regresyon modeli, F testi sonuçlarına

bakıldığında, olasılık değeri 0,05'den büyük çıkmış olup modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.16).

4.3. HASTALARIN AMELİYATA ÖZGÜ VE BİLİŞSEL DURUMUNA, ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde; ameliyat süresi, anestezi tipi, ameliyatın kaçınıcı günü olduğu, geçmiş operasyonları, ameliyat sonrası yaşanan problemler, günlük aktivitelerini yerine getirme durumu, işitme-görme problemleri, ailede demans öyküsü olup olmadığı, kendini algılama durumu, konsantrasyon sorununun olup olmadığı, depresyon öyküsü ve uyku problemi gibi sorunlar ele alındı. Bu değişkenler bilişsel durum, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ölçekleri ile karşılaştırıldı ve değerlendirme sonuçları tablolar halinde gösterildi.

Tablo 4.17: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin frekans analizi

		<i>n</i>	Yüzde (%)
Ameliyat süresi (saat) ORT±SS: 3,98 ± 2,293	1	24	17,10
	2	25	17,90
	3	10	7,10
	4	25	17,90
	5	19	13,60
	6	18	12,90
	7	8	5,70
	8	8	5,70
	9	2	1,40
	12	1	0,70
Anestezi tipi	Genel anestezi	124	88,60
	Lokal anestezi	16	11,40
Ameliyatın kaçınıcı günü ORT±SS: 4,66 ± 8,809	0	6	4,30
	1	23	16,40
	2	24	17,10
	3	22	15,70
	4	22	15,70

**Tablo 4.17: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin frekans analizi-
devamı**

	5	17	12,1
	6	9	6,4
	7	3	2,1
	8	6	4,3
	9	2	1,4
	14	1	0,7
	18	1	0,7
	19	1	0,7
	20	1	0,7
	35	1	0,7
	96	1	0,7
Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu	Evet	115	82,1
	Hayır	25	17,9
Ameliyat sonrası sorun yaşayıp yaşamadığı	Evet	70	50
	Hayır	70	50
Günlük aktivitelerini yerine getirebilme durumu	Evet	50	35,7
	Hayır	23	16,4
	Kısmen	67	47,9
İşitme problemi	Evet	38	27,1
	Hayır	102	72,9
İşitme cihazı	Evet	25	17,9
	Hayır	115	82,1
Görme problemi	Evet	124	88,6
	Hayır	16	11,4
Gözlük	Evet	125	89,3
	Hayır	15	10,7
Ailede demans öyküsü olup olmadığı	Evet	28	20
	Hayır	112	80
Ailede kimin demans olduğu	Anne-baba	15	53,6
	Kardeş	2	7,1
	Birinci derece akraba	11	39,3
Hafıza güçlendirici oyun oynayıp oynamadığı	Evet	40	28,6
	Hayır	100	71,4
Kendisini nasıl tarif ettiği	Sinirli	17	12,1
	Enerjik	28	20
	Mutsuz	20	14,3
	Mutlu	75	53,6
Konsantrasyon sorunu yaşayıp yaşamadığı	Evet	24	17,1
	Hayır	116	82,9

**Tablo 4.17: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin frekans analizi-
devamı**

Depresyon öyküsünün olup olmadığı	Evet	34	24,3
	Hayır	106	75,7
Uyku saati (günde) ORT±SS: 6,47 ± 1,349	3	2	1,4
	4	7	5
	5	24	17,1
	6	40	28,6
	7	32	22,9
	8	28	20
	9	6	4,3
	10	1	7
	Gece uyku problemi olup olmadığı	Evet	88
Hayır		52	37,1
Hastane gece uykusu (Sayısal analog skala) ORT±SS: 4,94 ± 1,610	1	0	0
	2	4	2,9
	3	23	16,4
	4	36	25,7
	5	29	20,7
	6	25	17,9
	7	13	9,3
	8	7	5
	9	2	1,4
	10	1	7

Tablo 4.17’de hastaların ameliyat sonrası durumuna ilişkin frekans analizi yer almaktadır. Ameliyat süresi ortalama $3,98 \pm 2,293$ saat olup ameliyatların bir saat (yüzde 17,10, $n=24$), iki saat (yüzde 17,9, $n=25$) ve dört saat (yüzde 17,9, $n=25$)’unun sürdüğü, yüzde 88,6’sının ($n=124$) genel anestezi ile ameliyat edildiği belirlendi.

Ameliyatın ortalama $4,66 \pm 8,809$ gününde değerlendirilen hastaların yüzde 17,1’i ($n=24$) ameliyatın 2. gününde idi ve yüzde 82,1’i ($n=115$) daha önce geçirilmiş ameliyat öyküsü vardı. yüzde 50’sinin ($n=70$) ameliyattan sonra sorun yaşadığı, yüzde 47,9’unun ($n=67$) kısmen günlük aktivitelerini yerine getirdiği, yüzde 72,9’unun ($n=102$) işitme probleminin olmadığı, yüzde 82,1’inin ($n=115$) işitme cihazını kullanmadığı, yüzde 88,6’sının ($n=124$) görme probleminin olduğunu, yüzde 89,3’ünün ($n=125$) gözlük kullandığı tespit edildi (Tablo 4.17).

Hastaların çoğunun (yüzde 80; $n=112$) ailesinde demans öyküsünün olmadığı, ailede demans öyküsü olanların da yüzde 53,6'sının ($n=15$) anne ya da baba olduğu ifade edildi. Yaşlı bireylerin yüzde 71,4'ü ($n=100$) hafıza güçlendirici oyun oynamadığını belirtti. Yüzde 53,6'sı ($n=75$) kendini mutlu tarif ederken, yüzde 82,9'u ($n=116$) konsantrasyon sorunun ve yüzde 75,7'si de ($n=106$) depresyon öyküsünün olmadığını ifade etti (Tablo 4.17).

Tüm hastaların günde ortalama $6,47 \pm 1,349$ saat uyuduğu (yüzde 28,6'sı günde altı saat uyuyor), yüzde 62,9'unun ($n=88$) hastanede gece uyku problemi yaşadığı, hastaların gece uykularına ortalama $4,94 \pm 1,610$ puan verdiği (yüzde 25,7'si gece uykusuna dört puan verdi) belirlendi (Tablo 4.17).

Tablo 4.18: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin PUKÖ Uyku Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi

		PUKÖ Uyku Kalitesi- MBDÖ Bilişsel Durum	
		Korelasyon Katsayısı	<i>p</i> değeri
Anestezi	Genel anestezi	-0,13	0,14
	Lokal anestezi	-0,15	0,58
Cerrahi girişim	Evet	-0,15	0,12
	Hayır	-0,14	0,5
Ameliyat Sonrası sorun	Evet	-0,14	0,24
	Hayır	-0,13	0,28
Günlük aktivite	Evet	0,1	0,94
	Hayır	-0,21	0,33
	Kısmen	-0,22	0,07
İşitme problemi	Evet	-0,26	0,11
	Hayır	-0,09	0,4
İşitme cihazı	Evet	-0,13	0,55
	Hayır	-0,14	0,14
Görme problemi	Evet	-0,18	0,05
	Hayır	0,39	0,14
Gözlük	Evet	-0,18	0,05
	Hayır	0,39	0,15
Ailede demans öyküsü	Evet	-0,36	0,06
	Hayır	-0,09	0,36
Gece uyku problemi	Evet	-0,18	0,1
	Hayır	-0,1	0,5
Depresyon öyküsü	Evet	-0,14	0,43
	Hayır	-0,11	0,28
Konsantrasyon sorunu	Evet	-0,03	0,89
	Hayır	-0,16	0,1

Tablo 4.18'ye göre PUKÖ puanı ile bilişsel fonksiyon korelasyon analizi incelendiğinde; görme problemi olan ve gözlük kullanan bireylerin bilişsel fonksiyon ile PUKÖ puanı arasında ters yönlü yüzde 18'lik bir ilişki saptanmış olup, bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça PUKÖ puanının azaldığı, uyku kalitesinin arttığı tespit edildi ($p<0,05$; Tablo; 4.18).

Tablo 4.19: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin SF36 Yaşam Kalitesi ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi

		SF36 Yaşam Kalitesi-MBDÖ Bilişsel Durum	
		Korelasyon Katsayısı	p değeri
Anestezi	Genel anestezi	0,16	0,08
	Lokal anestezi	0,35	0,19
Cerrahi girişim	Evet	0,18	0,06
	Hayır	0,24	0,24
Ameliyat Sonrası sorun	Evet	0,27	0,02
	Hayır	0,11	0,37
Günlük aktivite	Evet	0,03	0,86
	Hayır	0,42	0,05
	Kısmen	0,27	0,03
İşitme problemi	Evet	0,45	0,01
	Hayır	0,09	0,39
İşitme cihazı	Evet	0,37	0,07
	Hayır	0,15	0,11
Görme problemi	Evet	0,18	0,05
	Hayır	0,31	0,24
Gözlük	Evet	0,17	0,06
	Hayır	0,43	0,11
Ailede demans öyküsü	Evet	0,24	0,22
	Hayır	0,16	0,09
Gece uyku problemi	Evet	0,19	0,08
	Hayır	0,20	0,16
Depresyon öyküsü	Evet	0,28	0,11
	Hayır	0,19	0,06
Konsantrasyon sorunu	Evet	0,32	0,13
	Hayır	0,16	0,09

Hastaların ameliyat sonrası durumuna ilişkin SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MBDÖ Bilişsel Durum korelasyon analizi Tablo 4.19’te görülmektedir. Ameliyat sonrası sorun yaşayan bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı, aralarında yüzde 27’lik bir pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$; Tablo; 4.19).

Günlük aktivite yapabilme değişkenine göre, günlük aktivitelerini yerine getirmede sorun yaşamayan veya kısmen sorun yaşayan bireyler için bilişsel fonksiyon puanı ile yaşam kalitesi arasında doğru yönlü yüzde 42’lik ve yüzde 27’lik bir ilişki bulundu. Bu ilişki ile günlük aktivitelerde sorun yaşamayan veya kısmen sorun yaşayan bireylerin bilişsel fonksiyonları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı tespit edildi ($p<0,05$; Tablo; 4.19).

Tablo 4.19’e göre işitme sorunu olan bireylerde yaşam kalitesi ile bilişsel fonksiyon arasında yüzde 45’lik doğru yönlü ilişki olup, işitme sorunu olan bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptandı ($p<0,05$; Tablo; 4.19).

Tablo 4.20: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin PUKÖ Uyku Kalitesi regresyon analizi

F: 0,848; p: 0,609; R ² : %8	Standart Katsayı	t testi	p değeri	%95 Güven düzeyi	
				Alt bant	Üst bant
Sabit terim	13,50	3,88	0,00	6,61	20,40
Anestezi	-0,08	-0,86	0,39	-2,81	1,11
Cerrahi girişim	-0,07	-0,73	0,47	-2,17	1,00
Ameliyat Sonrası sorun	0,05	0,53	0,60	-0,96	1,67
Günlük aktivite	-0,03	-0,30	0,77	-0,83	0,61
İşitme problemi	0,13	1,03	0,31	-0,94	2,97
İşitme cihazı	-0,14	-1,08	0,28	-3,48	1,02
Görme problemi	0,19	0,56	0,57	-5,13	9,21
Gözlük	-0,30	-0,89	0,38	-10,77	4,11
Ailede demans öyküsü	0,07	0,82	0,41	-0,89	2,16
Gece uyku problemi	-0,08	-0,86	0,39	-1,84	0,72
Depresyon öyküsü	0,16	1,65	0,10	-0,25	2,74
Konsantrasyon sorunu	-0,03	-0,32	0,75	-1,99	1,43
MBDÖ Bilişsel durum	-0,15	-1,61	0,11	-0,23	0,02

* **Bağımlı değişken = PUKÖ uyku kalitesi**

Hastaların ameliyat sonrası ve bilişsel durumuna ilişkin PUKÖ Uyku Kalitesi regresyon analizi Tablo 4.20’te gösterildi. Regresyon modeli F testi sonuçlarına bakıldığında ise olasılık değeri 0,05’den büyük çıktığı için modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı kabul edildi ($p > 0,05$; Tablo 4.20).

Tablo 4.21: Hastaların ameliyata özgü ve bilişsel durumuna ilişkin SF36 Yaşam Kalitesi regresyon analizi

F: 2,505; p: 0,004; R ² : %20,5	Standart Katsayı	t testi	p değeri	%95 Güven düzeyi	
				Alt bant	Üst bant
Sabit terim	74,44	10,83	0,00	60,84	88,04
Anestezi	0,07	0,86	0,39	-2,19	5,56
Cerrahi girişim	-0,01	-0,13	0,89	-3,34	2,92
Ameliyat sonrası sorun	0,21	2,28	0,02	0,40	5,60
Günlük aktivite	0,03	0,31	0,75	-1,20	1,66
İşitme problemi	-0,10	-0,80	0,43	-5,41	2,31
İşitme cihazı	-0,15	-1,25	0,21	-7,23	1,64
Görme problemi	0,09	0,28	0,78	-12,12	16,18
Gözlük	-0,03	-0,10	0,92	-15,42	13,95
Ailede demans öyküsü	0,24	2,87	0,00	1,35	7,39
Gece uyku problemi	0,05	0,62	0,53	-1,73	3,33
Depresyon öyküsü	0,11	1,29	0,20	-1,03	4,86
Konsantrasyon sorunu	-0,04	-0,47	0,64	-4,17	2,57
MBDÖ Bilişsel durum	0,22	2,60	0,01	0,08	0,57

* Bağımlı değişken = SF36 yaşam kalitesi

Tablo 4.21 incelendiğinde, uygulanan regresyon modeli sonuçlarına göre; ameliyat sonrası sorun, aile de demans öyküsü ve bilişsel fonksiyon değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı çıkmış olup yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu tespit edildi (Tablo 4.21).

Ameliyat sonrası sorun yaşamayan hastaların yaşayanlara göre, aile de demans öyküsü olmayan hastaların olanlara göre yaşam kalitesinin yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$; Tablo 4.21). Tablo 4.21'e göre; bilişsel fonksiyon arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edildi. Model genel olarak anlamlı olup, R² değeri yüzde 20,5, F testi olasılık değerinin 0,05'den düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$; Tablo 4.21).

5. TARTIŞMA

İnsan yaşı ilerledikçe biyolojik, fizyolojik ve psikolojik yönden değişikliğe uğramakta ve öz bakım gereksinimlerini karşılamakta güçlük yaşamaya başlamaktadır (Demir Akça ve diğ. 2014). Algısı yavaşlayan, dikkat-düşünce hızı zayıflayan bireyin aktivitesi de beraberinde azalmakta ve tüm sistemlerde meydana gelen fonksiyon kayıplarıyla ilişkili olarak gelişen sağlık problemleri nedeniyle yaşlı bireyin cerrahi girişim geçirme olasılığı da artmaktadır (Bulduk 2014, Akçay ve diğ. 2012).

Ameliyat öncesi sağlık bakım profesyonellerinin, hastalarını bütüncül olarak ele almaları, fiziksel ve bilişsel yönden çok iyi tanımaları; ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların, bilişsel işlev bozukluğunun, tüm bunlara eşlik eden uyku sorunun ne düzeyde olduğunun anlaşılabilmesi, tıbbi tedavisinin ve bakımının planlanması açısından gerekmektedir (Mayir ve diğ. 2010, Savaş ve Ayçiçek 2010, Yılmaz ve diğ. 2008, İşkesen ve diğ. 2007). Etkin ve profesyonel bakım yaklaşımı ile yaşlı bireyin yaşam kalitesi yükselecek, hastanede kalış süresi azalacak ve gelişebilecek komplikasyonlar önlenebilecektir (Demir Akça ve diğ. 2014).

Yaşam süresi giderek uzayan toplumumuzda 60 yaş üzeri cerrahi girişim geçiren hastaların bilişsel fonksiyonlarının, uyku ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Buradan yola çıkarak yapılan bu çalışmanın çarpıcı olan verileri ülkemizde ve yurtdışında yapılmış olan bilimsel çalışma sonuçları ile tartışıldı.

Yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin, bilişsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu (Demir Akça ve diğ. 2014), bilişsel fonksiyon bozukluğu yaşayan hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Bilgi ve diğ. 2013). Bu çalışmada, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve meslek türünün bilişsel fonksiyon üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görüldü. Yani istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma bulgularımızı destekleyen bir çalışma, ameliyat sonrası yaşlılarda bilişsel disfonksiyonu inceleyen Kotekar ve ark. (2014) tarafından yapılmış ve kadınların

erkeklere göre ameliyat sonrası bilişsel fonksiyon bozukluğu açısından önemli risk altında olduklarını öne sürmüşlerdir. İleri yaş ve düşük eğitim seviyesinin bilişsel disfonksiyona eğilimi artırdığı/katkıda bulunduğu belirlenmelerine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını ilave etmişlerdir (Kotekar et al. 2014).

Yaşlı (65 yaş ve üzeri) bireylerin bilişsel işlevleri, yaşam aktiviteleri, depresyon ve anksiyete düzeylerini araştıran Demir Akça ve ark. (2014) giderek artan yaşın, kadınların (erkeklere göre), kırsal bölgede yaşayanların (kentsel bölgede yaşayanlara göre), düşük düzeyde eğitimi olanların (yüksek düzey eğitimi olanlara göre), yalnız ya da akrabası ile yaşayanların (eşiyle yaşayanlara göre) ve düzenli geliri olmayanların daha fazla bilişsel disfonksiyon yaşadığı belirlenmiştir (Demir Akça ve diğ. 2014). Literatür sonucunun çalışma bulgularımızla paralellik göstermemesini sosyoekonomik düzeyi, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı yüksek olan grupla çalışılmış olmasıyla ilişkilendirebiliriz.

Bu çalışmada, demografik özelliklerin yaşam kalitesi toplam puan üzerindeki etkisi incelendiğinde; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve meslek türünün yaşam kalitesi toplam puanını etkilemediği ($p>0,05$), sadece medeni durum ve kiminle yaşadığının yaşam kalitesini etkilediği ($p<0,05$) saptandı. Buna göre, bekâr olanların, yalnız veya bakıcı/yardımcı ile yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ($p<0,05$), evli olanların ve eşi/çocukları ile beraber yaşayanların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Yaşlı bireylerin sigara-alkol kullanma durumunun, mevcut tanıya ek olarak kronik hastalık varlığının, sürekli kullandığı ilaçlarının olmasının ve mevcut tanılarına göre yaşam kalitesi puanlarının değişiklik göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Bu bulguları destekleyen literatür örnekleri olduğu gibi desteklemeyenler de bulunmaktadır.

Çalışma bulgularımızla paralellik gösteren çalışma, Onat (2013) tarafından yapılmış ve yaşlı bireylerde bilişsel fonksiyonlardaki değişimin yaşam kalitesine etkisi araştırılmıştır. İleri yaşın, evli olmayanların, düşük eğitim düzeyinin, kötü bilişsel düzeyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği ($p<0,05$), cinsiyetin, meslek türünün

ve sigara kullanımının yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (Onat 2013).

Çalışmamızda sigara kullanmayan bireylerin bilişsel fonksiyonu ile yaşam kalitesi arasında doğru yönlü yüzde 25'lik bir ilişki bulunmuş olup, sigara içmeyen bireylerde bilişsel fonksiyon arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edildi ($p<0,05$). Benzer şekilde alkol kullanmayan bireylerde de bilişsel fonksiyon ve yaşam kalitesi arasında yüzde 19'luk pozitif yönlü bir ilişki bulundu ve alkol içmeyenlerde bilişsel fonksiyon arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptandı ($p<0,05$).

Bireyin yaşının ilerlemesi ile fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler azalmaktadır. Başarır ve Çınar Pakyüz (2015), kronik hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirdiklerinde, sigara ve alkol kullanan hastaların fiziksel aktivite puanlarının, sigara-alkol kullanmayan hastalara göre daha düşük olduğunu ($p<0,05$) bildirmişlerdir. Sonuç olarak, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin bozulduğunu, alkol ve sigara kullanmayan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Başarır ve Çınar Pakyüz 2015). Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı desteklemektedir.

Iadecola ve Gottesman (2019), ileri yaşın ve hipertansiyon hastalığının serebrovasküler yapıyı ve işlevini değiştirdiği için bilişsel disfonksiyona neden olduğunu öne sürmüşlerdir (Iadecola and Gottesman 2019). Benzer şekilde iki farklı çalışma sonuçları da ileri yaşın, kadın cinsiyetin (Huri ve Kayıhan 2014, Çelik ve diğ. 2015), genel anestezi alan hastaların (Çelik ve diğ. 2015) ve düşük eğitim seviyesinin bilişsel fonksiyon bozukluğunu anlamlı şekilde arttırdığını göstermektedir (Huri ve Kayıhan 2014).

Santos ve ark. (2019) birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol tüketimi ile ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediklerinde; kadın olmanın yaşam kalitesini azalttığını ($p<0,05$), 39 yaşın üzerinde olmanın ise fiziksel-sosyal ilişkiler alanlarındaki puanları düşürdüğünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Evli olanların, giderine göre geliri çok az olanların psikolojik ve

çevresel alanlarda yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu, alkol bağımlılığı olanların da yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği (aralarında negatif ilişki var) belirtilmiştir (Santos et al 2019).

İran'da total kalça artroplastisi olan hastaların yaşam kalitesini araştıran Bahardoust ve ark. (2019); yaş, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulamadıklarını belirtmişlerdir ($p>0,05$). Ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlarla yaşam kalitesi arasında ters ilişki olduğunu, yani komplikasyon oranı arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini, kadınların erkeklere göre yaşam kalitesi puanlarının düşük seyrettiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca komorbidite sayısı arttıkça hastaların yaşam kalitesinin de kötüleştiği ilave edilmiştir (Bahardoust et al. 2019).

Brezilya'da aile sağlığı merkezlerinde tedavi edilen diyabetli kişilerin yaşam kalitesini değerlendiren Moreschi ve ark. (2018) yaş ilerledikçe kişilerin yaşam kalitesinin düştüğünü, ancak diyabetli kişilerin cinsiyeti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmadığını ve diyabetli olmayanların yaşam kalitesinin anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır (Moreschi et al. 2018).

Literatür sonuçlarının tersine çalışmamızda, kronik hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullananların bilişsel fonksiyonlarının kronik hastalığı olmayıp sürekli ilaç kullanmayanlara göre daha iyi olduğu tespit edildi. Bu durumu kronik hastalığının farkında olan yaşlı bireylerin ilaçlarını düzenli bir şekilde almaları ve hastalıklarının belirtilerini kontrol altında tutmaları ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda hastaların bilişsel fonksiyon skoru genel ve lokal anestezi türüne göre bilişsel skorları benzerdi/değişmedi ve aralarında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı. Literatür incelendiğinde anestezi türünün ameliyat sonrası bilişsel fonksiyon üzerindeki etkisinin net olmadığı görülmektedir. Bizim bulgumuzu destekleyen çalışma örneklerinden biri Tzimas ve ark. (2018) tarafından yapılmış olup 65 yaş üzeri kalça kırığı operasyonu geçiren yaşlı hastalarda seçilen anestezi modalitesinin, ameliyat sonrası gelişen bilişsel işlev bozukluğu üzerinde etkisinin olup olmadığı incelenmiştir.

Genel anestezi verilen grup ve spinal anestezi verilen grup sosyodemografik özellikler, komorbiditeler ve ameliyat öncesi veriler benzermiş. Sonuç olarak, kalça kırığı ameliyatı geçiren yaşlı hastalarda anestezi modalitesi seçiminin, ameliyat sonrası bilişsel fonksiyonu etkilemediği belirtilmiştir (Tzimas et al. 2018). Lu ve ark. (2018) da anestezi derinliği ile bilişsel disfonksiyon arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (Lu et al. 2018). Silbert ve ark. (2014) hasta özellikleri ile tıbbi öyküsü benzer olan genel ve spinal anestezi uygulanan hastaların ameliyat sonrası bilişsel fonksiyonlarının da benzer olduğunu, belirgin bir fark olmadığını belirtmişlerdir (Silbert et al 2014).

Lokal anestezinin genel anesteziye göre bilişsel fonksiyon açısından daha avantajlı olduğunu belirten Çelik ve ark. (2015) çalışmasında, hastaların yüzde 91,6'sının ameliyat öncesi bilişsel fonksiyonları normal iken, ameliyat sonrası 1. günde yüzde 47,2'sinin, 3. günde yüzde 33,4'ünün bilişsel fonksiyonunda anlamlı bozulma olduğunu, fakat lokal anestezi uygulanan hastaların bilişsel fonksiyonun normal sınırlar içinde kaldığını saptamışlardır (Çelik ve diğ. 2015).

Anestezi için kullanılan ajanların bilişsel fonksiyona etkisini değerlendiren çalışma örneklerine bakıldığında; Zhang ve ark. (2019) cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda fentanil ve sufentanil'e karşı ameliyat sonrası gelişen bilişsel disfonksiyon (POCD) riskini incelediklerinde, ameliyat öncesine göre her iki grubun Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA) puanlarının ameliyat sonrası dönemde anlamlı derecede azaldığını, Sufentanil grubunun POCD insidansının ise fentanil grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir ($p<0,05$) (Zhang et al. 2019). Fathy ve ark. (2019) lidokain ve bupivakain ile lokal anestezinin bilişsel işlev üzerindeki etkisini ameliyat öncesi ve ameliyattan bir hafta sonra değerlendirdiklerinde hem lidokainin hem de bupivakainin nörotoksik yan etkileri olduğunu, sözel hafıza, dikkat ve yürütücü işlevlerde ameliyat sonrası bilişsel bozulmaya neden olduğunu bulmuşlardır. Sonuçta da bilişsel disfonksiyonun kötü yaşam kalitesine neden olduğu saptanmıştır (Fathy et al. 2019). Akciğer kanserinin radikal cerrahi işleminde uygulanan sevofluran ve propofolün bilişsel işlev üzerindeki etkilerini inceleyen Qin ve ark. (2019), ameliyat sonunda ve ameliyattan 24 saat sonra sevofluran grubunun bilişsel işlev puanlarının, propofol grubundan daha yüksek olduğunu, sevofluran grubunda ameliyat sonrası bilişsel

disfonksiyon riskinin daha düşük olduğunu ancak her iki anestezi tipinin de ameliyat sonrası bilişsel bozukluk yapabileceğini vurgulamışlardır (Qin et al. 2019).

Çalışmamızda regresyon analizi yapıldığında, yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, meslek gibi sosyodemografik özelliklerin, kronik hastalığı olma durumunun, sigara-alkol kullanmanın, daha önce ameliyat olma durumunun, ameliyat türünün, anestezi tipinin, ameliyat sonrası bilişsel fonksiyonun uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı tespit edildi. Bizim sonucumuza benzer şekilde Teker ve Lüleci (2018) yaş, eğitim düzeyi, meslek ve medeni durum ile uyku kalitesi istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmadıklarını belirtmişlerdir (Teker ve Lüleci 2018). Atalay (2011) da cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (Atalay 2011). Aksu ve Erdoğan (2017) çalışmalarında ameliyat sonrası dönemde ağrıya bağlı uyku kalitesinin anlamlı düzeyde olumsuz olarak etkilendiği, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ameliyat türü, daha önce ameliyat olma, ameliyat öncesi tanı değişkenleri ile PUKİ puanları karşılaştırdığında ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Aksu ve Erdoğan 2017).

Engeda ve ark. (2013) tanı konmamış diyabet ve pre-diyabet prevalansı ile uyku süresi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediklerinde; uyku süresinin glisemik duruma göre değiştiğini ($p<0,002$), ancak uyku kalitesi ve glisemik durum arasında anlamlı sonuç bulamadıklarını ifade etmişlerdir ($p=0.40$) (Engeda et al. 2013). Bizim çalışmamızı destekleyen bu sonucun aksine uyku kalitesinin diyabete bağlı etkilendiğini gösteren çalışma örneği de bulunmaktadır. Lee ve ark. (2016) Tip 2 diyabet riski ile uyku süresi veya uyku kalitesi ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmişler ve Tip 2 diyabet riski daha yüksek olan kişilerin uyku kalitelerinin kötü olduğu tespit edilmiştir (Lee et al. 2016).

Hipertansiyon tanısı almış erkek ve kadınların düşük uyku kalitesine sahip olduğunu (Sherwood et al. 2019), hipertansiyon tanısı olan erkeklere göre kadınlarda uyku kalitesi arasında ters ve anlamlı ilişki bulduklarını (Bruno et al. 2013) belirten çalışmaların yanı sıra hipertansif hastalarda kan basıncı düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki

olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Demir ve diğ. 2011, Bansil et al. 2011).

Ergin ve ark. (2018) sağlık eğitimi alan üniversite öğrencilerinden sigara içenlerin daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu, ancak alkol kullanımı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını bildirmişlerdir (Ergin ve diğ. 2018). Uysal ve ark. (2018) da benzer şekilde sigara içenlerin, içmeyenlere göre daha yorgun hissettiğini, uykudan boğulma hissi ile uyandığını, uykuda aşırı terleme şikayetlerinin olduğunu ve sigara içenlerin kötü uyku kalitesine sahip olduğunu tespit etmişlerdir (Uysal ve diğ. 2018). Bu iki çalışmada sigara içenlerde uyku kalitesinin etkilendiği sonucu çalışma bulgularımızı desteklememekte, sadece alkol kullanma-uyku kalitesi ilişkisi benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularımızla paralellik göstermeyen literatür örnekleri de bulunmaktadır. Örneğin uyku kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çalışma yapan Suvanchot (2019), aile ilişkisi, fiziksel aktivite, gece boyunca ağrı/ateş ve zihinsel sağlık problemleri ile uyku kalitesi arasında ters ve anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir (Suvanchot 2019). Ceyhan ve ark. (2018) üriner inkontinansın uyku kalitesi üzerindeki etkisini araştırdıklarında, yaşlıların uyku kalitesi ile cinsiyet ve eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamışlardır. Buna göre kadınların ve eğitim düzeyi düşük olanların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu, yaşlıların inkontinans sıklığı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü, fakat PUKİ ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir (Ceyhan ve diğ. 2018). Moradi ve ark. (2014) da ileri yaşın, kadın cinsiyetin, diüretik kullanımının uyku kalitesini etkilediğini ifade etmişlerdir (Moradi et al. 2014). Yine diyabetli hastaların (Güneş ve diğ. 2009), kadınların (Örsal ve diğ. 2019) kötü uyku kalitesine sahip olduğu çalışma sonuçlarında yer almaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu çalışmanın sonucunda yaşlılarda sosyodemografik özelliklerin, cerrahi girişim sırasında uygulanan genel ve lokal anestezi türünün, kronik hastalıkların, sigara ve alkol kullanımının bilişsel fonksiyonu etkilemediği gözlemlendi. Emekli, ev hanımı, çalışmayan, sürekli ilaç kullanmayan bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça uyku kalitesinin arttığı ve böylelikle yaşam kalitesinin de arttığı tespit edildi. Erkeklerin ve bekar olanların, bakıcı ve yardımcı ile yaşayanların, sigara ve alkol kullanmayan bireylerin, ameliyat sonrası sorun yaşamayan, günlük aktivitelerini yerine getiren bireylerin bilişsel fonksiyonu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

6.2. ÖNERİLER

Cerrahi geçiren yaşlı bireylerin bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmanın erken farkedilebilmesi için hasta iyi gözlemlenmeli, gerekli önlemler alınmalı, uyku kalitesini bozan durumların önlenmesi veya en aza indirilmesi sağlanmalı, hastanın yaşam kalitesini en yüksek seviyeye ulaştıracak bir bakım planı oluşturulması, uygun ölçekler kullanılması önerilmektedir. Sağlık profesyonelleri iletişim becerilerini geliştirmeli, hasta ve ailesiyle iyi bir iletişim kurmalı hem hastanın hem de ailesinin kendilerini ifade etmelerine olanak sağlamalıdır. Bu konuda farklı hasta gruplarıyla kültüremize uygun veri toplama araçları kullanılarak prospektif çalışmalar yapılması ve literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akyel, B., Kayış, H. & Yüncü, Z., 2018. Ergenlikte beyin gelişimi, risk alma ve bağımlılığa yatkınlık. *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*, ss. 134-9, Bildik, T. (Ed.). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Aygin, D., 2017. Yaşlı cerrahisinde bakım. *Cerrahi Bakım*. 2. Baskı, ss. 183-208, Eti Aslan, F. (Ed.). Ankara: Reaksiyon Matbaacılık.
- Akçay, Ş., Aslan, D., Aydos, T.R., Aki, Ö., Kutsal, Y., Gülekon, A., Hıznel, K., Kunt, M.M., Kutsal A., Oğuz, D., Gökkaya, N.K., & Sungur, İ.C., 2012. Geriatrik sendromlar. *Birinci basamak için temel geriatri*. Ankara: Algı tanıtım, s. 7.
- Aydın, H. & Yetkin, S., 2008. Uyku: Yapısı ve işlevi. *Kognitif Nörobilimler*, ss. 281-30, Karataş, S. (Ed.). İstanbul: Nobel Kitabevleri.
- Berger, J.R., 2004. *Clinical approach to stupor and coma*, pp. 43-64, Bradley, W.G., Daroff, R.B., Fenichel, G.M., and Jankovic, J., (Eds.). Philadelphia: Butterworth & Heinemann.
- Demir Korkmaz, F. & Eti Aslan F., 2016. Deliryum. *Yoğun Bakım; Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*, ss. 243-253, Eti Aslan, F. & Olgun, N., (Eds.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Eti Aslan, F. & Karadağ Arlı, Ş., 2017. Ağrı değerlendirilmesi ve klinik karar verme. *Sağlığın Değerlendirilmesi*, ss. 127, Eti Aslan, F. (Ed.). Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Olgun, N., 2017. Yaşlı değerlendirilmesi ve klinik karar verme. *Sağlığın Değerlendirilmesi*, ss. 687-694, Eti Aslan, F. (Ed.). Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Öztekin, S.D., Ak, E.S. ve Öztürk, D., 2017. Sinir sistemi cerrahisinde bakım. *Cerrahi Bakım*. 2. Baskı, s. 652, Eti Aslan, F. (Ed.). Ankara: Reaksiyon Matbaacılık.
- Potter, P.A. & Perry, A.G., 2009. Sleep. *Fundamentals of Nursing*. Canada: Elsevier, pp. 1028-1050.
- Yalın, H. & Kürtüncü, M., 2014. Uyku ve dinlenmenin değerlendirilmesi ve klinik karar verme. *Sağlığın Değerlendirilmesi*, ss. 231-236, Eti Aslan, F. (Ed.). Ankara: Özyurt Matbaacılık.

Sürelî Yayınlar

- Afşar, G.Ç., Saraç, S., Babalık, A., & Çalışır, H.C., 2018. Apne-hipopne indeksi ile akciğer volümleri ve hava yolu rezistansı arasındaki ilişkinin tanımlanması. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. **5**, ss. 6-11.
- Atasavun Uysal, S., Demircioğlu, A., Şahin, Ü., Karabulut, E., Kocaman, A.A., Karapınar, M., & Kırdı, N., 2018. Yaşlı bireylerde toplumsal katılım anketi'nin türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Turk J Physiother Rehabil*. **29** (3), ss. 66-72.
- Aksu, N.T. ve Erdoğan, A., 2017. Akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. **4**, ss. 35-42.
- Acar, K., Acar, H., Demir, F., & Eti Aslan, F., 2016. Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*. (2), ss. 85-91.
- Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., & Günay İsmailoğlu, E., 2014. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. **7** (3), ss. 193-198.
- Aliustaoğlu, F.S., Yüksel, G., Saygılı, S., & Oral, G., 2012. Bir olgu sunumu eşliğinde REM uykusu davranış bozukluğuna bağlı suç işleme ve suçun adli psikiyatrik olarak değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. **25**, ss.78-83.
- Atay, İ.M., Aslan, A., Atay, T., & Burç, H., 2012. Genel ve spinal anestezi uygulanan yaşlı kalça kırığı olgularında deliryum yaygınlığı, risk faktörleri ve bilişsel fonksiyonlar. *Turkish Journal of Geriatrics*. **15** (3), ss: 273-278.
- Aygin, D., Eti Aslan, F., & Cengiz, H., 2012. Yaşlı cerrahi hastasında ameliyat sonrası erken dönem. *Akademik Geriatri Dergisi*. ss. 1-6.
- Atalay, H., 2011. Comorbidity of insomnia detected by the pittsburgh sleep quality index with anxiety, depression and personality disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 48 (1), pp. 54-59.
- Arslantaş, H. ve Ergin, F., 2011. 50-65 yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*. **14** (2), ss. 135-144.
- Aydoğan, Ü., Onar, T., & Nerkiz, P., 2011. Yaşlılarda görülen fizyolojik değişiklikler. *GeroFam*. **2** (3), ss. 1-12.
- Ay, F. ve Alpar, S.E., 2010. Approaches taken by nurses in treating postoperative pain. *Agri*. **22** (1), pp. 21-9.

- Amuk, T., Kalkan Oğuzhanoğlu, N., Oğuzhanoğlu, A., Sözeri Varma, G., & Karadağ, F., 2009. Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etkenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Anadolu Psikiyatri Derg.* **10**, ss. 301-30.
- Akın, S. ve Horasan, E., 2008. Venöz tromboembolizm ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* **5**, ss. 7-11.
- Altıntaş, F., Gürbüz, H., Erdemli, B., Atilla, B., Ustaoglu, R.G., Ozic, U., Savk, O., Bayram, H., Memik, R., Akgün, I., Göğüs, A., Pestilci, F., Konal, A., Argün, M., Öztürk, İ., Dabak, N., Bilgen, Ö.F., Serin, E., Önder, Ç., Şimşek, A., Tozun, R., & Kınık, H., 2008. Venous thromboembolism prophylaxis in major orthopaedic surgery: A multicenter, prospective, observational study. *Acta Orthop Traumatol Turc.* **42**, pp. 322-327.
- Bahardoust, M., Hajjalizade, M., Amiri, R., Mousazadeh, F., & Pisoudeh, K., 2019. Evaluation of health-related quality of life after total hip arthroplasty: a case-control study in the Iranian population. *BMC Musculoskelet Disord.* **20** (1), p. 46.
- Barone, D.A. and Krieger, A.C., 2015. The function of sleep. *AIMS Neuroscience.* **2** (2), pp. 71-90.
- Başarır, S. ve Çınar Pakyüz, S., 2015. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* **10** (1), ss. 19-31.
- Berger, M., Nadler, J., Browndyke, J., Posunammy, V., Cohen, H.J., Whitson, H.E., & Mathew, J.P., 2015. Postoperative cognitive dysfunction: minding the gaps in our knowledge of A common postoperative complication in the elderly. *Anesthesiol Clin.* **33** (3), pp. 517-550.
- Bulduk, E.Ö., 2014. Yaşlılık ve toplumsal değişim. *The Journal of Turkish Social Research.* **182** (182), ss. 53-60.
- Bilgi, E., Özdemir, H.H., & Bulut, S., 2013. Multipl sklerozlu hastalarda depresyon ve kognitif fonksiyon bozukluğu sıklığının belirlenmesi. *Türk Nöroloji Dergisi.* **19**, ss. 11-14.
- Bruno, R.M., Palagini, L., Gemignani, A., Virdis, A., Di Giulio, A., Ghiadoni, L., Riemann, D., & Taddei, S., 2013. Poor sleep quality and resistant hypertension. *Sleep Medicine.* **14** (11), pp. 1157-1163.
- Bansil, P., Kuklina, E.V., Merritt, R.K., & Yoon, P.W., 2011. Associations between sleep disorders, sleep duration, quality of sleep, and hypertension: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005 to 2008. *J Clin Hypertens.* **13**, pp. 739-43.
- Baran Baysalman, H., Oğuz, G., Şavlı, S., Açıkgöz, G., Aksakal, F.N., & Ünver, S., 2011. Total intravenöz ve desfluran anestezilerinin erken derlenme ve kognitif fonksiyonlara etkileri. *Türk Anest Rean Der Dergisi.* **39** (1), ss. 25-32.

- Bahat Öztürk, G. ve Karan, M.A., 2008. Yaşlıda ağrıya yaklaşım. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi*. ss. 1-15.
- Berker E., 2006. Yaşlı özürüllüğünün boyutları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* **56**, ss. A3-A5.
- Bryson, G.L. and Wyand, A., 2006. Evidence-based clinical update: General anesthesia and the risk of delirium and postoperative cognitive dysfunction. *Can J Anaesth.* **53**, pp. 669-77.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J., 1989. The pittsburg sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, **28** (2), pp. 193-213.
- Can, M., Ulugöl, H., Güneş, I., Aksu, U., Tosun, M., Karduz, G., Vardar, G., & Toraman, F., 2018. Premedikasyonda kullanılan alprazolam ve melatoninin oksidatif stres, glikokaliks bütünlüğü ve kognitif fonksiyon üzerindeki etkileri. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* **46**, ss. 233-7.
- Ceyhan, Ö., Görüş, S., & Zincir, H., 2018. Yaşlı bireylerde uykuyu etkileyen önemli bir problem: inkontinans. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* **27**, ss. 29-35.
- Campo, F.R., Drouot, X., Thille, A.W., Galia, F., Cabello, B., Ortho, M.P., & Brochard, L., 2010. Poor sleep quality is associated with late noninvasive ventilation failure in patients with acute hypercapnic respiratory failure. *Crit Care Med.* **38** (2), pp. 477-485.
- Can, H., İrkeç, C., & Karakaş, S., 2009. Demans şiddeti derecelendirme ölçeğine bağımlıdır: kısa durum muayene testi ile Reisberg Global Bozulma Ölçeğinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri.* **12**, pp. 5-20.
- Clini, E. and Ambrosino N., 2005. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. *Respiratory Medicine.* **99**, pp. 1096-1104.
- Çam, C., Atay, E., & Işıklı, B., 2018. Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi.* **3** (2), ss. 50-67.
- Çelik, S., Kavacık, D., Nair, A., Şeker, N., & Demirel, L., 2015. Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda bilişsel fonksiyon bozukluğunun değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi.* **11**, ss. 66-73.
- Demirarslan, E., 2017. Ameliyat sonrası hipotermi kontrolü. *Kastamonu Sağlık Akademisi.* **2** (1), ss. 52-70.
- Demir R., 2015. Toraks cerrahisi sonrası yaşam kalitesi. *Toraks Cerrahisi Bülteni.* **6**, ss. 83-90.
- Demir Korkmaz, F. ve Çullu, M., 2015. Venöz tromboembolizm ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* **31** (1), ss. 62-82.
- Demir Akça, A.S., Saraçlı, Ö., Emre, U., Atasoy, N., Güdül, S., Özen Barut, B., Şenormancı, Ö., Büyükuysal, M.Ç., Atik, L., & Atasoy, H.T., 2014. Hastanede

yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 51, ss. 267-274.

- De La Torre, J.C., 2012. Cardiovascular risk factors promote brain hypoperfusion leading to cognitive decline and dementia. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2012 (367516), p. 15.
- Demir, K., Kaya, Z., Kayrak, M., Bacaksız, A., & Duman, Ç., 2011. Orta yaş hipertansif bireylerde kan basıncı kontrolü ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin analizi. *Selçuk Üniv Tıp Derg*. 27 (2), ss. 83-87.
- Deren, S., Ün, C., Temur, İ., Örnek, D., Şen, İ., Yılmaz, A., & Özçiftçi, S., 2010. Postoperatif erken dönemdeki deliryuma yaklaşım. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 38 (5), ss. 388-394.
- Deiner, S. and Silverstein, J. H., 2009. Postoperative delirium and cognitive dysfunction. *BJA*. 103, pp. 141-6.
- Durgan, D.J., Hotze, M.A., & Tomlin, T.M., 2005. The intrinsic circadian clock within the cardiomyocyte. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 289 (4), pp. 1530-1541.
- Eker, M.E. ve Karakaya, S., 2018. Akdeniz diyeti, melatonin ve sağlık. *Türk Tarım Gıda Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 6 (9), ss. 1258-1266.
- Ergin, A., Aydemir Acar, G., & Bekar, T., 2018. Sağlıkla ilgili eğitim veren fakültelerdeki öğrencilerin uyku kalitesinin belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 11 (3), ss. 347-354.
- Ercan Şahin, N. ve Emiroğlu, O.N., 2014. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, ss. 57-66.
- Engeda, J., Mezuk, B., Ratliff, S., & Ning, Y., 2013. Association between duration and quality of sleep and the risk of pre-diabetes: evidence from NHANES. *Diabet Med*. 30 (6), pp. 676-80.
- Ersoy, A., Yılmaz Çakırgöz, M., & Türkmen, Ü.A., 2013. Geriatrik anestezi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 29 (2), ss. 106-109.
- Enercan, M., Öztürk, Ç., Karaca, S., & Hamzaoğlu, A., 2011. Omurga enfeksiyonları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği*. 10 (3), ss. 245-257.
- Erickson, K.I., Raji, C.A., Lopez, O.L., & Becker, J.T., 2010. Physical activity predicts gray matter volume in late adulthood: the Cardiovascular Health Study. *Neurology*. 75, ss. 1415-1422.
- Fathy, W., Hussein, M., & Khalil, H., 2019. Effect of local anesthesia (with lidocaine vs bupivacaine) on cognitive function in patients undergoing elective cataract surgery. *Local Reg Anesth*. 12, pp. 1-6.
- Freitas, J.P., Silvestri, M.P.I., Fernandes, C.E., & Oliveira, E., 2018. Evaluation of quality of sleep in women with stress urinary incontinence before and after surgical correction. *Einstein (São Paulo)*. 16 (2), pp. 1-5.

- Franck, L., Tourtier, J.P., Libert, N., Grasser, L., & Auroy, Y., 2011. How did you sleep in the ICU?. *Critical Care*. **15** (408), pp. 408.
- Funder, K.S., Steinmetz, J., & Rasmussen, L.S., 2010. Ameliyat sonrası bilişsel işlev bozukluğu araştırmasının metodolojik sorunları. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*. **14**, pp. 119-122.
- Friese, R.S., Diaz-Arrastia, R., McBride, D., Frankel, H., & Gentilello, L.M., 2007. Quantity and quality of sleep in the Surgical Intensive Care Unit: Are our patients sleeping?. *J Trauma*. **63**, pp. 1210–1214.
- Fong, H.K., Sands, L.P., & Leung, J.M., 2006. The role of postoperative analgesia in delirium and cognitive decline in elderly patients: A systematic review. *Anesth Analg*. **102**, pp:1255–66.
- Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoğlu A., 2015. DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. **7** (4), ss. 448-460.
- Gülapoğlu, H., Ünver, S., Muslu, S., Balaman, F., & Özgök, A., 2013. Genel anestezi ve spinal anestezi sonrası postoperatif kognitif fonksiyonların karşılaştırılması. *Turkiye Klinikleri J Anest*. **11** (2), ss. 61-6.
- Gülser, N., Öztürk, L., Top, M.Ş., Asil, T., Balcı, K., & Çelik, Y., 2012. Vardiyalı çalışanlarda huzursuz bacaklar sendromu ve subjektif uyku kalitesi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. **49**, ss. 281-285.
- Güneş, Z., Körükcü, Ö., & Özdemir, G., 2009. Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **12** (2), ss. 10-17.
- Huri, M. ve Kayıhan, H., 2014. Geriatrik bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesi ile kognitif fonksiyon değişkenleri arasındaki ilişkisinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. **2** (1), ss. 1-10.
- Iadecola, C. and Gottesman, R.F., 2019. Neurovascular and cognitive dysfunction in hypertension. *Circulation Research*. **124**, pp. 1025-1044.
- İnel Manav, A., Bozdoğan Yeşilot, S., Yeşil Demirci, P., & Öztunç, G., 2018. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. **9** (3), ss. 153-160.
- İlçe, A., Totur, B., & Özbayır, T., 2010. . Beyin tümörlü hastaların uluslararası NANDA hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: bakım önerileri. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*. **27** (2), ss. 178-184.
- İşkesen, İ., Yıldırım, F., & Şirin, H., 2007. Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypass'ın nörokognitif fonksiyonlara etkisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg*. **15** (4), ss. 275-280.
- İlhan, M.N., Maral, I., Kitapçı, M., Aslan, S., Çakır, N., & Bumin, M.A., 2006. Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. *Klinik Psikiyatri*. **9**, ss. 177-184.

- Javaheri, S., Barbe, F., Campos-Rodriguez, F., Dempsey, J.A., Khayat, R., & Javaheri, S., 2017. Sleep apnea: types, mechanisms, and clinical cardiovascular consequences. *J Am Coll Cardiol.* **69** (7), pp. 841-58.
- Karmakar, N., Datta, A., Nag, K., & Tripura, K., 2018. Quality of life among geriatric population: a cross-sectional study in a rural area of sepahijala district, Tripura. *Indian J Public Health.* **62**, pp. 95-9.
- Koç Okudur, S., Dokuzlar, Ö., Soysal, P., & Işık, A.T., 2018. Demans ve komorbid hastalıklarla ilişkisi. *Geriatrik Bilimler Dergisi.* **1** (2), ss. 32-39.
- Kankaya, H. ve Karadakovan, A., 2017. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* **6** (4), ss. 21-29.
- Kol, E., İlaslan, E., & İnce, S., 2015. Yoğun bakım ünitelerinde gürültü kaynakları ve gürültü düzeyleri. *J Turk Soc Intens Care.* **13**, ss. 122-8.
- Klemann, N., Hansen, M.V., & Gögenur, İ., 2015. Factors affecting post-operative sleep in patients undergoing colorectal surgery – a systematic review. *Dan Med J.* **62** (4), ss. 1-6.
- Karayurt, Ö., Gürbüz, H., Bilik, Ö., Vural, F., Fırat, F., & Sarıgöl Ordin, Y., 2014. Kronik ağrılı hastaların tens uygulaması öncesi ve sonrası yaşam kalitesi, ağrı ve hemşirelerden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* **7** (1), ss. 26-32.
- Kotekar, N., Kuruvilla, C.S., & Murthy, V., 2014. Postoperative cognitive dysfunction in the elderly: a prospective clinical study. *Indian J Anaesth.* **58** (3), pp. 263–268.
- Krenk, L., Kehlet, H., Hansen, T.B., Solgaard, S., Soballe, K., & Rasmussen, L.S., 2014. Cognitive dysfunction after fast-track hip and knee replacement. *Anesth Analog.* **118**, pp. 1034-40.
- Kamdar, B.B., King, L.M., Collop, N.A., Sakamuri, S., Colantuoni, E., Neufeld, K.J., Bienvenu, O.J., Rowden, A.M., Touradji, P., Brower, R.G., & Needham, D.M., 2013. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med . March.* **41** (3), pp. 800–809.
- Kınay, D., 2013. Epilepsi ve yaşlılık. *Okmeydanı Tıp Dergisi.* **29**, ss. 60-69.
- Kavlak, Y., 2012. Huzurevinde kalan bireylerin demografik özelliklerinin günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *Akad Geriatri.* **4**, ss. 97-103.
- Küçüküçlü, Ö., Akpınar, B., & Buckwalter, K.C., 2011. Demansı olan bireyde davranışsal problemleri azaltmada kanıta dayalı bir model: azalmış stres eşiği modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* **4** (1), ss. 41-47.

- Kandemir, M., Örnek, İ., & Kırbaş, D., 2009. İnfraentöriyal inmelerde kognitif etkilenme. *Turk Norol Derg.* **15**, ss. 166-173.
- Karaman, Y., 2006. Alzheimer hastalığı, vasküler demans ve hafif kognitif etkilenmede plazma homosistein, vitamin B12 ve folat seviyeleri. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*. **23** (3), ss. 175-184.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Kısa Memiş, A., 1999. Kısa Form36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. **12**, ss. 102-6.
- Lu, X., Jin, X., Yang, S., & Xia, Y., 2018. The correlation of the depth of anesthesia and postoperative cognitive impairment: a meta-analysis based on randomized controlled trials. *Journal of Clinical Anesthesia*. **45**, pp. 55-59.
- Lei, M., Zhang, P., Liu, Y., Fu, F., Ye, L., & Zhu, T., 2017. Propofol and sufentanil may affect the patients' sleep quality independently of the surgical stress response: a prospective nonrandomized controlled trial in 1033 patients' undergone diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. *Lei et al. BMC Anesthesiology*. **17**, pp. 53.
- Lee, J.A., Sunwoo, S., Kim, Y.S., Yu, B.Y., Park, H.K., Jeon, T.H., & Yoo, B.W., 2016. The effect of sleep quality on the development of type 2 diabetes in primary care patients. *J Korean Med Sci*. **31** (2), pp. 240-6.
- Little, A., Ethier, C., Ayas, N., Thanachayanont, T., Jiang, D., & Metha, S., 2012. A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. *Minerva Anestesiologica*. **78** (4), pp. 406-414.
- Lagoo-Deenadayalan, S.A., Newell, M.A., & Pofahl, W.E., 2011. Common perioperative complications in older patients. *Principles and Practice of Geriatric Surgery*. pp. 361-376.
- Moreschi, C., Rempel, C., Siqueira, D.F., Backes, D.S., Pissaia, L.F., & Grave, M.T.Q., 2018. Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes. *Rev Bras Enferm*. **71** (6), pp. 2899-2906.
- Mazaki, T., Kasai, T., Yokoi, H., Kuramitsu, S., Yamaji, K., Morinaga, T., Masuda, H., Shirai, S., & Ando, K., 2016. Impact of sleep-disordered breathing on long-term outcomes in patients with acute coronary syndrome who have undergone primary percutaneous coronary intervention. *J Am Heart Assoc*. pp. 1-10.
- Mohanty, S., Rosenthal, R., Russell, M.M., Neuman, M.D., Ko, C.Y., & Esnaola, N.F., 2016. Optimal perioperative management of the geriatric patient: a best practices guideline from the american college of surgeons NSQIP and the american geriatrics society. *J Am Coll Surg*. **222** (5), pp. 930-47.

- Moradi, M., Mehrdad, N., Nikpour, S., Haghani, H., Aalaa, M., Sanjari, M., & Sharifi, F., 2014. Sleep quality and associated factors among patients with chronic heart failure in Iran. *Med J Islam Repud Iran*. **28**, pp. 1-7.
- Mayir, B., Altinel, Ö., Özerhan, İ.H., Ersöz, N., Harlak, A., Kılbaş, Z., Çolak, T., & Erdoğan, O., 2010. Yaşlı hastalarda cerrahi sonrası mortaliteye etki eden faktörler. *Anatol J Clin Investig*. **4** (1), ss. 32-35.
- Mei, W., Seeling, M., Franck, M., Radtke, F., Brantner, B., & Wernecke, K.D., 2010. Independent risk factors for postoperative pain in need of intervention early after awakening from general anaesthesia. *Eur J Pain*. **14** (2), pp. 149.
- Nasreddine, Z.S., Philips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., & Chertkow, H., 2005. The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. **53** (4), pp. 695-9.
- Navarro, L.H., Bloomstone, J.A., Auler Jo, J., Cannesson, M., Rocca, G.D., Gan, T.J., Kinsky, M., Magder, S., Miller, T.E., Mythen, M., Reuter, D.A., Pinsky, M.R., Kramer, G.C., & Perel, A., 2015. Perioperative fluid therapy: a statement from the international fluid optimization group. *Perioperative Medicine*. **4** (3), pp. 1-20.
- Nerbass, F.B., Feltrim, M.I.Z., Souza, S.A., Ykeda, D.S., & Lorenzi-Filho, G., 2010. Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery. *Clinics*, **65** (11), pp. 1105-1110.
- Ozan, Z.T. ve Ataseven, H., 2018. Uyku bozuklukları ve gastrointestinal sistem. *Bozok Tıp Dergisi*, **8**, ss. 26-33.
- Onat, Ş.Ş., 2013. Yaşlı bireylerde sosyodemografik özellikler ve kognitif fonksiyonların yaşam kalitesine etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*. **19**, ss. 69-73.
- Ologunde, R. and Ma, D., 2011. Do inhalational anesthetics cause cognitive dysfunction? *Acta Anaesthesiol Taiwan*. **49** (4), pp. 149-53.
- Örsal, Ö., Kök Eren, H., & Duru, P., 2019. Psikiyatri hastalarının uyku kalitesini etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. **10** (1), ss. 55-64.
- Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S., & Bakar, C., 2018. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turk J Public Health*. **16** (2), ss. 90-105.
- Özkan Tuncay, F. ve Kars Fertelli, T., 2018. Yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam doyumu ile ilişkisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. **32** (3), ss. 183-190.
- Özvurmaz, S., Asgarpour, H., & Güneş, Z., 2018. Yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki: kesitsel bir çalışma. *Medical Sciences (NWSAMS)*. **13** (3), ss. 72-79.

- Özbek Yazıcı, S. ve Kalaycı, I., 2015. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*. **3** (3), ss. 385-390.
- Özer, F., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç., 2014. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*. **26** (2), ss. 57-64.
- Özkaya, B.Ö., Yüce, Z., Gönenç, M., Gül, A., & Alış, H., 2013. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanede yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*. **9**, ss. 121-125.
- Pisani, M.A., Friese, R.S., Gehlbach, B.K., Schwab, R.J., Weinhouse, G.L., & Jones, S.F., 2014. Sleep in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. **191**, pp. 731-738.
- Pehlivan, S. ve Karadakovan, A., 2013. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **2** (3), ss. 385-395.
- Perme, C. and Chandrashekar R., 2009. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. *Am J Crit Care*. **18**, pp. 212-221.
- Rundshagen, I., 2014. Postoperative cognitive dysfunction. *Dtsch Arztebl Int*. **111** (8), pp. 119-125.
- Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C., 2007. Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep?. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*. **12** (6), pp. 278-286.
- Santos, M.V.F.D., Campos, M.R., & Fortes, S.L.C.L., 2019. Relationship of alcohol consumption and mental disorders common with the quality of life of patients in primary health care. *Cien Saude Colet*. **24** (3), pp. 1051-1063.
- Selekler, K., Cangöz, B., & Uluç, S., 2010. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)'nin hafif bilişsel bozukluk ve alzheimer hastalarının ayırt edebilme gücünün incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. **13** (3), ss. 166-171.
- Suvanchot, K.S. and Pensuksan, W.C., 2019. Factors affecting sleep among Thai people with dementia attending an outpatient psychiatric department. *Dementia*. **0** (0), pp. 1-13.
- Sherwood, A., Hill, L.K., Blumenthal, J.A., & Hinderliter, A.L., 2019. The effects of ambulatory blood pressure monitoring on sleep quality in men and women with hypertension: dipper vs. Nondipper and race differences. *American Journal of Hypertension*. **32** (1), pp. 54-60.
- Silbert, B.S., Evered, L.A., & Scott D.A., 2014. Incidence of postoperative cognitive dysfunction after general or spinal anaesthesia for extracorporeal shock wave lithotripsy. *British Journal of Anaesthesia*. **113** (5), pp. 784-91.
- Saka, B., 2012. Yaşlı hastalarda malnütrisyon. *Klinik Gelişim*. **25** (1), ss. 82-9.

- Sullivan, J., 2011. Caring for older adults after surgery. *Nursing*. **41** (4), pp. 48-51.
- Savaş, S. ve Akçiçek, F., 2010. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*. **49** (3), ss. 19-30.
- Selekler, K., Cangöz, B., & Uluç, S., 2010. Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği (MOBİD)'nin hafif bilişsel bozukluk ve alzheimer hastalarını ayırt edebilme gücünün incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. **13** (3), ss. 166-171.
- Stevens, R.D. and Bhardwaj, A., 2006. Approach to the comatose patient. *Critical Care Medicine*. **34**, pp. 31-41.
- Şahin, Ü.K., Demircioğlu, A., & Kırdı, N., 2018. Kentsel ve kırsal bölgede yaşayan geriatrik bireylerin duyuşsal, kognitif, motor fonksiyonları ve sosyal işlevselliklerinin incelenmesi. *Turk J Physiother Rehabil*. **29** (2), ss. 24-30.
- Şimşek, N., Öztürk Küçük, G., & Yüceler Kaçmaz, H., 2018. Yaşlılık ve yalnızlık. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. **11** (58), ss. 496-499.
- Şimşek, A.B. ve Dicle, A., 2013. Primer beyin tümörü: klinik özellik, tedavi ve bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. **6** (2), ss. 102-113.
- Şendir, M., 2008. Antikoagülan tedavi uygulanan nöroşirurji hastalarında bakım. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **16**, ss. 129- 135.
- Teker, A.G. and Lüleci, N.E., 2018. Sleep quality and anxiety level in employees. *North Clin İstanb*. **5** (1), pp. 31-36.
- Tzimas, P., Samara, E., Petrou, A., Korompilias, A., Chalkias, A., & Papadopoulos, G., 2018. The influence of anesthetic techniques on postoperative cognitive function in elderly patients undergoing hip fracture surgery: general vs spinal anesthesia. *Injury*. **49** (12), pp. 2221-2226.
- Tang, H.D., Zhou, Y., Gao, X., Liang, L., Hou, M.M., Qiao, Y., 2016. Prevalence and risk factor of cognitive impairment were different between urban and rural population: a community-based study. *J Alzheimers Dis*. **49** (4), pp. 917-25.
- Taşdemir, S. and Oğuzhan O.S., 2016. The factors influencing sleep quality. *Ann Indian Acad Neurol*. **19** (3), p. 422.
- Tortamış Özkaya, B., 2013. Yaygın gelişimsel bozukluklardan otizm spektrum bozukluğuna geçiş: DSM-5'te karşımıza çıkacak değişiklikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. **5** (2), ss. 127-139.
- Trompeo, A.C., Vidi, Y., Locane, M.D., Braghiroli, A., Mascia, L., Bosma, K., & Ranieri, V.M., 2011. Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents. *Minerva Anesthesiol*. **77**, pp. 604-12.
- Tarsuslu Şimşek, T., Öztürk, A., Tütün Yümin, E., Sertel, M., & Yümin, M., 2010. Aile ortamı ve huzurevinde yaşayan kronik hastalığa sahip yaşlıların sağlıkla ilgili

yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. **3** (1), ss. 14-22.

- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P., & Lynn, P., 2007. Fundamentals of nursing. *The arts and Science of Nursing Care*. pp. 585-316.
- Uysal, H., Yıldız Ayvaz, M., Oruçoğlu, H.B., & Say, E., 2018. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. **5**, ss. 31-9.
- Uğurlu, A.K., Kula Şahin, S., Seçginli, S., & Eti Aslan, F., 2017. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, **9** (4), ss. 280-8.
- Ünver Koçak, F. ve Özkan, F., 2010. Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Sports Sci*. **2** (1), ss. 46-54.
- Vural, Ö., Eler, S., & Atalay Güzel, N., 2010. Masa başında çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. **8** (2), ss. 69-75.
- Yağcı, İ. ve Kıvrak, Y., 2017. Travmatik beyin yaralanmasına bağlı nörobilişsel bozukluk ve depresyon: bir olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **18** (1), ss. 19-22.
- Yavuz, B.B. ve Arıoğul S., 2008. Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi*. ss. 1-8.
- Yılmaz, E., Kutlu, A.K., & Çeçen, D., 2008. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. *Yeni Tıp Dergisi*. **25**, ss. 149-156.
- Yavuz, B.B., 2007. Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi*. **14** (1), ss. 5-17.
- Yücel Ağargün, M., Kara, H., & Anlar, Ö., 1996. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **7** (2), ss. 107-115.
- Zhang, J., Chen, L., Sun, Y., & He, W., 2019. Comparative effects of fentanyl versus sufentanil on cerebral oxygen saturation and postoperative cognitive function in elderly patients undergoing open surgery. *Aging Clinical and Experimental Research*. pp. 1-10.
- Zarghi, A., Zali, A., Tehranidost, M., Zarindast, M.R., Ashrafi, F., & Khodadadi, M., 2012. Comparative assessment of neuro-cognitive impairments among patients with brain tumor and healthy adults. *Turkish Neurosurgery*. **22** (3), pp. 309-316.

- Zammit, C., Liddicoat, H., Moonsie, I., & Makker, H., 2010. Obesity and respiratory diseases. *Int J Gen Med.* **3**, pp. 335–343.
- Wu, C.Y., Su, T.P., Fang, C.L., & Chang, M.Y., 2012. Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *Journal of the Chinese Medical Association.* **75** (2), pp. 75-80.
- Ware, J.E. and Sherbourne, D.C., 1992. The MOS 36 Item Short form Health Survey (SF 36). *Medical Care*, **30**, pp. 473-83.
- Qin, Y., Ni, J., Kang, L., Zhong, Z., Wang, L., & Yin, S., 2019. Sevoflurane effect on cognitive function and the expression of oxidative stress response proteins in elderly patients undergoing radical surgery for lung cancer. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan.* **29** (1), pp. 12-15.

Diğer Yayınlar

- Amnestik bozukluklar.* 2019. <http://tpdegitim.psikiyatri.org.tr> [erişim tarihi 09, 03,2019].
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition, 2013, <https://www.psychiatry.org/patients-families/sleep-disorders/what-are-sleep-disorders> [erişim tarihi 18 Mart 2019].
- Cangöz, B., 2009, Yaşlılıkta bilişsel ve fonksiyonel değişim [online], H.Ü. Edebiyat Fakültesi, http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/19.pdf. [erişim tarihi 10 Aralık 2018].
- Ergün, A., Ercan Toptaner, N., Bıçakçı, T., Baran, S., Akkaya, G., Ekim, N., Özkan, P., Cesur, E., & Şakiroğlu, R., 2011, Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi (SF-36) üzerine üriner inkontinansın etkisi [online], Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2011-03/html/2011-3-3-159-167.htm. [erişim tarihi 08 Mart 2019].
- Fişek, N., 1982, Sağlık hizmetleri ve işçi sağlığı ailelerinin sağlık sorunları [online], Türk İş Yayınları, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html. [erişim tarihi 25 Aralık 2018].
- Gürvit, İ., 2017, Kognitif bozuklukların ayırıcı tanısına algoritmik yaklaşım [online], İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, <http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/KOGN%C4%B0T%C4%B0F%20rehber.pdf>. [erişim tarihi 27 Kasım 2018].
- Kürtüncü, M. ve Aydın, Ş., [tarih yok], Geçici bilinç kaybı : ayırıcı tanı ve klinik yaklaşım [online], Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/4.pdf. [erişim tarihi 09 Mart 2019].
- Montreal bilişsel değerlendirme. [tarih yok]. www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/22102018143357MoCAInstructionsTurkish.pdf [erişim tarihi 08, 03, 2019].
- Sarı, İ., 2013, Uyku bozuklukları ve kalp yetmezliği [online], Türk Kardiyoloji Derneği, <https://www.tkd.org.tr/KYBulteni/?makale=203>. [erişim tarihi 17 Aralık 2018].

- Selçuk, H., 2012, Malnütrisyon ve önemi [online], Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, <http://guncel.tgv.org.tr/journal/41/pdf/100071.pdf> .[erişim tarihi 30 Ocak 2018].
- Taş, S., 2018, Açık kalp ameliyatı sonrası yaşam [online], T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://kosuyolueah.saglik.gov.tr/TR,290697/acik-kalp-ameliyati-sonrasi-yasam.html>. [erişim tarihi 19 Mart 2019].
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı, 2012, <https://eyh.aile.gov.tr/turkiye-de-yasli-larin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı-uygulama-programı> [erişim tarihi 12 Mart 2019].
- Türk Tabipleri Birliği, Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ, 2011, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1057:yatakli-salik-tesslernde-youn-bakim-hzmetlernn-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebl&catid=3:tebligengelge&Itemid=35 [erişim tarihi 07 Mart 2019].
- Uyku ve uykunun evreleri*. 2018. <https://www.guncelpsikoloji.net/fizyolojik-psikoloji/uyku-ve-uykunun-evreleri-h6608.html> [erişim tarihi 17, 11, 18].
- Zuhur, S.S., Karadağ, B., Erdiñler, D.S., & Altuntaş, Y., 2011, Türkiye’deki yaşlılarda metabolik sendromun kognitif bozuklukla ilişkisi [online], Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2011-02/html/2011-3-2-076-087.html. [erişim tarihi 14 Mart 2019].
- World Health Organization, US National Institute on Aging, Global Health and Aging, 2011, https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf [erişim tarihi 12 Mart 2019], s. 2.

ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı** : Gizem KARAKUŞ
- Sürekli Adresi** : Sümer mah. Prof Dr Turan Güneş Cad. The İstanbul
Veliefendi Sitesi B1-17 Zeytinburnu/ İstanbul
- Doğum Yeri ve Yılı** : Kdz. Ereğli/ 1993
- Yabancı Dili** : İngilizce
- Lise** : Atatürk Anadolu Lisesi/ 2007
- Lisans** : Sakarya Üniversitesi/2011
- Yüksek Lisans** : Bahçeşehir Üniversitesi/2017
- Enstitü Adı** : Sağlık Bilimleri
- Program Adı** : Hemşirelik Tezli
- Çalışma Hayatı** : Acıbadem Maslak Hastanesi/ 2015
Koç Üniversitesi Hastanesi/ 2017