



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
HASTALARDA İNSOMNİA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. ÖZGE BALIKÇI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

DOKTOR ÖĞRETİM ÜYESİ ÖZLEM KARAARSLAN CENGİZ

MERSİN-2022



T.C.

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DAHİLİYE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
HASTALARDA İNSOMNİA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. ÖZGE BALIKÇI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

DOKTOR ÖĞRETİM ÜYESİ ÖZLEM KARAARSLAN CENGİZ

MERSİN-2022

TEŞEKKÜR

Tıp ve uzmanlık eğitimimde, tez hazırlık sürecimde benden deneyimlerini esirgemeyen tez danışmanım sayın Doktor Öğretim Üyesi Özlem Karaarslan Cengiz' e ve tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve yardımlarını esirgemeyen, şu an uzman olarak görev yapan kıdemlilerime ve birlikte çok şey paylaşıp çalıştığımız asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, mesleki konumuma erişmemde en büyük katkıya sahip olan değerli aileme teşekkür ederim.

Dr. Özge BALIKÇI

İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
ABSTRACT	7
1.GİRİŞ.....	9
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1 Yaşlanma ve Yaşlı Nüfus.....	11
2.2 Geriatrik Sendromlar.....	12
2.3 Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme.....	16
2.4. Uyku	18
2.5 Uyku Bozuklukları	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1 Hasta seçimi.....	33
3.2 Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Anketler ve Ölçekler	33
3.3 İstatistiksel Değerlendirme.....	44
3.4 Etik Onay	45
4. BULGULAR	46
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR.....	68
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	81
TABLolar DİZİNİ	83

ÖZET

Dahiliye Polikliniğine Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastalarda İnsomnia Sıklığı ve İlişkili Faktörler

Uyku bozuklukları, yaşlı popülasyonda oldukça sık görülen ciddi bir sağlık sorunudur. Uyku bozuklukları kişinin yaşam kalitesini bozması, mevcut hastalıkların ve geriatrik sendromların şiddetini artırması ve kendisi de geriatrik sendromlara yol açabilmesi sebebiyle oldukça önemlidir. Yaşlılarda görülen uyku bozukluklarının büyük çoğunluğunu insomnia oluşturmaktadır. Çalışmamızın amacı iç hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda insomnia görülme oranını ve insomnia ile ilişkili durumları belirlemektir.

Çalışmamıza 15.04.2021- 15.02.2022 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dışlama kriteri olmayan 65 yaş ve üzeri 150 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalara yüzyüze görüşme tekniği ile anket ve ölçekler uygulanmıştır. İnsomnia tanısı koymak ve insomnia şiddetini değerlendirmek için Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği (ISI), gündüz uykululuk halini değerlendirmek için EPWORTH Gündüz Uykululuk Ölçeği (ESS) kullanılmıştır. Katılımcılar insomniası olanlar ve insomniası olmayanlar şeklinde gruplanarak demografik özellikler, klinik veriler ve geriatrik sendromlar açısından karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya alınan 150 hastanın yaş ortalaması $72,4 \pm 8,4$ olup katılımcıların 80' i (%53,3) kadın, 70' i (%46,7) erkektir. Katılımcıların 102' sinde (%68) insomnia tespit edilmiştir. Kadın hastalarda insomniasının daha sık olduğu görülmüştür ($p=0,049$; $p<0,05$). ISI ortalaması $12,5 \pm 8,0$ olup 48 (48/102, %47) hastada hafif şiddette 28 (28/102, %27,5) hastada orta şiddette ve 26 (26/102, %25,5) hastada şiddetli insomnia olduğu görülmüştür. ESS ortalaması $7,0 \pm 5,0$ olarak kaydedilmiştir. 33 hasta (33/150, %22,0) bu ölçekten >10 puan almıştır. İnsomniası olan hastaların ortalama kronik hastalık sayısı $3,3 \pm 1,6$ ve kullandıkları ortalama ilaç sayısı $5,7 \pm 2,8$ iken insomniası olmayan hastaların ortalama kronik hastalık sayısı $2,5 \pm 1,5$ ve kullandıkları ortalama ilaç sayısı $4,3 \pm 3,1$ bulunmuştur (sırası ile $p=0,003$, $p=0,008$). İnsomniası olan hastalarda

konjestif kalp yetmezliği ve kronik böbrek hastalığı insomniası olmayanlardan daha sık görölmektedir (sırası ile $p=0,043$, $p=0,035$). İnsomniası olan hasta grubunda düşme, kronik ağrı, inkontinans, malnütrisyon, depresyon varlığı insomniası olmayan hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırası ile $p=0,038$, $p<0,001$, $p=0,020$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Çalışmamızda yaşlılarda en sık görölen uyku bozukluğunun insomnia olduğu ve insomnia ile geriatrik sendromlar arasında yakın ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Geriatrik sendromlar ile insomnia arasındaki ilişkinin çift yönlü olarak değerlendirilmelidir. Geriatrik sendromların önlenmesi veya erken tanı ve tedavisi ile insomnia görölme oranlarını azaltmak mümkün olabilir. Diğer yandan insomnianın önlenmesi veya etkin tedavisi ile başka geriatrik sendromların ortaya çıkmasının önüne geçilebilir.

Anahtar kelimeler: insomnia, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, EPWORTH Gündüz Uykululuk Ölçeği, yaşlı, geriatrik sendrom

ABSTRACT

Frequency of Insomnia and Related Factors in Patients Aged 65 and Over Applying to the Internal Medicine Clinic

Sleep disorders are serious health problem, which is quite common in the elderly population. Sleep disorders are very important because they impair the quality of life of the person, increase the severity of existing diseases and geriatric syndromes, and can cause geriatric syndromes in itself. Insomnia accounts for the majority of sleep disorders in the elderly. The aim of our study is to determine the ratio of insomnia and insomnia-related conditions in outpatients aged 65 and over who applied to internal medicine outpatient clinics.

Our study included 150 patients aged 65 and over, who applied to Mersin University Hospital Internal Medicine outpatient clinics between 15.04.2021 and 15.02.2022, accepted to participate in the study and had no exclusion criteria. Questionnaires and scales were applied to the patients participating in the study by face-to-face interview technique. The Insomnia Severity Scale (ISI) was used to diagnose insomnia and assess insomnia severity, and the EPWORTH Daytime Sleepiness Scale (ESS) was used to assess daytime sleepiness. Participant are divided into two categories whether have insomnia or don't and compared with clinical data , geriatric syndromes and demograpic attributes.

The mean age of the 150 patients included in the study was $72,4 \pm 8,4$ years, and 80 (53,3%) of the participants were female and 70 (46,7%) were male. Insomnia was detected in 102 (68%) of the participants. It was observed that insomnia was more common in female patients ($p=0,049$; $p<0,05$). The mean ISI was $12,5 \pm 8,0$; it was observed that 48 (48/102, 47%) patients had mild insomnia, 28 (28/102, 27,5%) moderate insomnia and 26 (26/102, 25,5%) severe insomnia. The mean ESS was recorded as $7,0 \pm 5,0$. 33 patients (33/150, 22,0%) scored >10 on this scale. The mean number of chronic diseases in patients with insomnia is 3.3 ± 1.6 and the mean number of drugs they use is 5.7 ± 2.8 , while the mean number of chronic diseases in patients without insomnia is 2.5 ± 1.5 and the mean number of drugs they use is 4.3 ± 3.1 (respectively, $p=0.003$, $p=0.008$). Congestive heart failure and chronic kidney

disease are more common in patients with insomnia than in patients without insomnia (respectively $p=0,043$, $p=0,035$). The presence of falling, chronic pain, incontinence, malnutrition and depression in the patient group with insomnia was found to be significantly higher than the patient group without insomnia (respectively $p=0.038$, $p<0.001$, $p=0.020$, $p<0.001$, $p<0.001$).

In our study, it was shown that the most common sleep disorder in the elderly is insomnia and there is a close relationship between insomnia and geriatric syndromes. The relationship between geriatric syndromes and insomnia should be evaluated bilaterally. It may be possible to reduce the incidence of insomnia with the prevention or early diagnosis and treatment of geriatric syndromes. On the other hand, prevention or effective treatment of insomnia can prevent the emergence of other geriatric syndromes.

Keywords: insomnia, Insomnia Severity Index, EPWORTH Daytime Sleepiness Scale, elderly, geriatric syndrome

1.GİRİŞ

Yaşlanma, organizmada hücre, doku, organ ve sistem düzeyinde zamanın ilerlemesiyle meydana gelen, geri dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümünü kapsar¹. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalmasını 'yaşlılık' olarak tanımlarken, 65 yaş ve üzerindeki bireyleri de 'yaşlı' olarak kabul etmektedir².

Doğum oranlarının azalması, yaşam koşullarının düzelmesi, sağlık hizmetlerinin iyileşmesi gibi sebeplerle dünya nüfusunun yaş ortalaması ve yaşlı nüfus oranları giderek artmaktadır. Yaşlı nüfus artışı gelişmiş ülkelerde daha çok olsa da bu artış tüm ülkelerde hissedilmektedir. 2050 yılı itibariyle dünyadaki yaşlı nüfus oranının %20' den fazla olması beklenmektedir³. Ülkemizde de yaşlı nüfus 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişiye ulaşmıştır⁴.

Yaşlanma süreci pek çok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Uyku bozuklukları, yaşlı popülasyonda oldukça sık görülen önemli bir sağlık sorunudur. Uyku, gözlerin kapandığı, postural kasların gevşediği, periyodik geçici bilinç kaybı ile giden fizyolojik bir süreçtir. Sağlıklı uyku, fiziksel ve ruhsal sağlığın devamı için gereklidir. Uyku bozukluğu, DSM-5'e göre en az üç ay boyunca sürmesi ve haftada en az 3 kez uyku kalitesi ve/veya miktarı ile ilgili tatminsizlik, uykuyu başlatmada veya sürdürmede güçlük, çok erken uyanma, günlük aktiviteleri yapmakta olumsuz etkilenme olarak tanımlanır. ICD-10 'a göre haftada en az 3 kez olan uykusuzluk şikâyetinin bir ay boyunca sürmesi tanı için yeterlidir⁵.

Uyku bozukluğuna sebep olabilecek ya da uyku bozukluğu ile ilişkili olabilecek pekçok faktör vardır. Yaşlılarda bu faktörlerin başında kullanılan ilaçlar, mevcut hastalıklar, yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, noktüri, ağrı, fiziksel ve bilişsel kısıtlılıklar gelmektedir⁶. Çalışılan popülasyonun özelliklerine göre uyku bozukluklarının prevalansı oldukça geniş bir aralıkta değişmektedir^{7,8}.

Klinik pratikte hastaların muayenesi sırasında sıklıkla diğer medikal problemlere odaklanılmakta ve uyku bozukluklarına yeteri kadar önem verilmemektedir. Uyku bozuklukları kişinin yaşam kalitesini bozmasının yanı

sıra sebep olduğu geriatrik sendromlar nedeniyle de oldukça önemlidir. Uyku bozuklukları, halsizlik- yorgunluk, kronik ağrı, konsantrasyon glğ şikayetlerinde ve kaza-düşme riskinde artış ile ilişkilidir. Depresyon, malnütrisyon, sarkopeni ve polifarmasi gibi geriatrik sendromlara ye yol açabilir. Mevcut kronik hastalıkların ve geriatrik sendromların şiddetini artırabilir⁹. Pek çok uyku bozukluğunun prevalansı yaşıla birlikte artsa da yaşıllarda görülen uyku bozukluklarının büyük çoğunluğunu insomnia (uykusuzluk) oluşturmaktadır¹⁰. Çalışmamız, Mersin Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda insomnia görülme oranını ve insomnia ile ilişkili durumları belirlemek amacıyla dizayn edilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yaşlanma ve Yaşlı Nüfus

Yaşlılık doğum ile başlayan, ölüme kadar devam eden, çocukluk- gençlik ve yetişkinlik gibi yaşamın doğal bir sürecidir ¹¹. DSÖ 'yaşlılığı', çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamıştır. DSÖ 65 yaş ve üzerindeki bireyleri de yaşlı olarak kabul etmektedir^{1,2}.

Yaşlanmanın kronolojik (doğum tarihine göre), biyolojik (anatomik ve fizyolojik değişikliklerle), ekonomik, sosyal (yaşlının hayattaki rolü), psikolojik olmak üzere farklı boyutları vardır¹². Kronolojik yaşlanma; doğumdan itibaren, yıllara bağlı olan, insanın içinde bulunduğu zamana kadar geçen süre olarak tanımlanmıştır. Biyolojik yaşlanma, yaşın ilerlemesine bağlı olarak gerçekleşen fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişimlerdir. Bedenin canlılığını yitirdiği, temel işlevlerini yerine getirme kapasitesini kaybettiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik yaşlanma; yaşlanma ile birlikte özellikle emekliliğin etkisiyle azalan gelir düzeyinin bireyin yaşam şeklinde ve koşullarında meydana getirdiği değişiklikler olarak tanımlanır. Sosyal yaşlanma; yaşlanma ile birlikte sergiledikleri sosyal rollerine, konumlarına ve alışkanlıklarına göre tanımlanmaktadır. Psikolojik yaşlanma; bireyin fiziksel kayıpları ile beraber meydana gelen zihinsel yetenek ve işlevlerindeki azalma ile birlikte, davranışsal uyum yeteneğinde yaşa bağlı ortaya çıkan değişimleri ifade etmektedir.

Bilim ve teknolojideki gelişmeler, yaşam koşullarındaki iyileşmeler, yeni tedavi yöntemlerinin bulunması dolayısıyla birçok sağlık sorununun çözüme kavuşturulmasıyla çok sayıda birey ileri yaşlara kadar yaşama şansına kavuşmuştur. Aynı zamanda doğum oranları da geçtiğimiz dekatlar boyunca giderek azalmıştır. Böylelikle dünya genelinde yaşlı nüfusun sayısı ve oranı artmaya başlamıştır. 2030 yılında dünyada 1,4 milyar yaşlı olacağı ve bunun da tüm nüfusun %12' sini oluşturacağı tahmin edilmektedir¹³. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de 2015 yılında yaşlı bireylerin sayısı 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olmuştur⁴. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir. 2020 yılında yaşlı nüfusun %44,2' sini erkekler, 55,8' ini kadınlar oluşturmuştur.

2.2 Geriatrik Sendromlar

Literatürde geriatrik sendromun ortak kabul gören ve uzlaşmış bir tanımı bulunmamaktadır. Bununla birlikte, yaşlı bireylerde tipik olmayan semptomlarla kendini gösteren, mevcut klinik bulguların tek bir hastalık ile tam olarak açıklanamadığı durumları tanımlamak için 'geriatrik sendrom' terimi kullanılmaktadır. Başka bir deyişle geriatrik sendrom, yaşlı bireylerde tek bir hastalık başlığı altında tanımlanamayan, multifaktöriyel etiyojijye sahip, birbiriyle etkileşim içinde olan bir dizi semptomu ifade etmektedir¹⁴.

Sendrom kelimesi ilk olarak 1941 yılında Galen' in eserlerinin İngilizce çevirileriyle ortaya çıkmıştır¹⁵. Kökeni Yunanca' da birlikte anlamına gelen 'syn' ve koşmak anlamına gelen 'dromos' kelimelerine dayanmaktadır. Klinik olarak sendrom, özel bir anomaliye bağılı veya herhangi bir hastalık sürecinde hastalığın resmini oluşturan bulgu ve semptomlar bütünü olarak tanımlanmaktadır¹⁶. Oluşmasında bir etkenden ziyade birden fazla farklı etiyojij ve/veya patogenezin rol oynaması ve birçok bulgu yerine tek bir klinik sonuç olarak kendini göstermesinden dolayı geriatrik sendrom terimi geleneksel sendrom teriminden farklıdır¹⁷. Bu konuda ki ilk çalışma 1995 yılında Tinetti ve arkadaşları tarafından yapılan, sık görülen geriatrik sendromlardan düşme, inkontinans ve fonksiyonel bağımlılıkta risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalardır¹⁸. Araştırmalara göre geriatrik sendromlarda ne kadar çok sayıda risk faktörü varsa o kadar yüksek oranda klinik tablo ortaya çıkmaktadır¹⁹. Geriatri pratiğinde en sık görülen geriatrik sendromlar²⁰;

- Malnütrisyon
- Sarkopeni
- Kırılganlık (Frajilite)
- Polifarmasi
- Demans
- Deliryum
- Depresyon
- Bası yarası
- İnkontinans
- Düşme

- Uyku bozuklukları
- Ağrı

Vücudun ihtiyacı olan kalori, protein, vitamin ve mineral alımında yetersizlik nedeniyle dokuların gereksinimi olan makro veya mikro besin öğelerinden yoksun kalması ve sonuç olarak yapısal eksiklikler ve organlarda fonksiyon bozukluğu görülmesi durumu malnütrisyon olarak tanımlanır²¹. Yaşlılarda mevcut hastalıklar, kullanılan ilaçlar, yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, psikolojik ve sosyal nedenler beslenme bozukluğuna yol açabilir. Malnütrisyon prevalansı yaşlılarda oldukça yüksek olup toplumda %15- 20, hospitalize yaşlılarda %60, bakım evinde kalan hastalarda ise %85' lere kadar çıkabilmektedir²². Malnütrisyon pek çok diğer geriatrik sendromun gelişimine de zemin hazırlar. Morbidite ve mortalite artışı için bağımsız bir risk faktörüdür.

Sarkopeni, kas kuvveti ve kas kitlesinde azalma, sonuç olarak kas fonksiyonlarında bozulma ile karakterize, progresif ve jeneralize bir kas hastalığıdır²³. Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine ciddi etkileri vardır. Avrupa Yaşlılarda Sarkopeni Çalışma Grubu 2 (EWGSOP2) sarkopeni taraması için klinik sorgulama ve/veya SARC-F anketi veya İshii sarkopeni tarama testinin kullanılmasını önermektedir²⁴.

Kırılganlık (Frajilite), yaşlanmayla birlikte fizyolojik rezervde azalma ve stres faktörlerine karşı duyarlılık artışı olarak tanımlanan bir geriatrik sendromdur²⁵. Yeti kaybı, düşme, fiziksel engellilik, hospitalizasyon, morbidite ve mortalite artışı ile direkt ilişkilidir²⁶. Kırılgan yaşlıların tespiti geriatri pratiğinde oldukça üzerinde durulan bir konudur. Çünkü kırılganlık; klinik ve subklinik hastalıklardan bağımsız olarak yeti yitimine neden olmaktadır.

Polifarmasi, yaşlılarda en sık görülen geriatrik sendromların başında gelir. Polifarmasinin ortak kabul gören bir tanımı yoktur. Literatürde kullanılan ilaç sayısına göre tanımlamalara sık karşılaşılmakla birlikte polifarmasiyi tanımlayan ilaç sayısı üzerinde de görüş birliği yoktur. Sıklıkla dört veya beş ilaç ve fazlasının aynı anda kullanılması olarak tanımlanır²⁷. Diğer yandan polifarmasiyi klinik endikasyondan daha fazla ilaç kullanımı veya en az bir gereksiz ilaç kullanımı olarak tanımlayan otörler de vardır. Polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımı, ilaç yan etkilerinde artışa neden olur. Tedaviye uyumu

azaltır. İlaç- ilaç veya ilaç- hastalık etkileşimine yol açarak hastanın mevcut durumunu kötüleştirebilir. Hastaneye yatışların artmasına yol açar. Pek çok geriatrik sendromla da yakından ilişkilidir²⁸.

Demans açık bir bilinç düzeyinde, başta bellek olmak üzere zihinsel ve sosyal yeteneklerin, kişinin günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek derecede yıkılması şeklinde tanımlanabilir²⁹. 65 yaş ve üzerinde demans sıklığı % 5-10 arasında olup her 5 yılda bir bu oran yaklaşık iki katına çıkmaktadır³⁰. Demans yaşlılarda disabilitenin en önemli nedenlerinden biridir. Başta bellek bozulurken zaman içinde dikkat, lisan, görsel-alansal beceriler, algılama, problem çözme gibi fonksiyonlar da bozulur. Tabloya kişilik değişiklikleri, delüzyon, halüsinasyonlar, duygulanım bozuklukları gibi psikiyatrik semptomlar da eklenebilir. Demans hastalığı geri dönüşsüz olup ilerleyici bir süreç göstermektedir. Demans tipinden bağımsız olarak hastalığın ileri evresinde hemen tüm klinik özellikler benzer olup hasta temel günlük yaşam aktivitelerini dahi yerine getiremez duruma gelmektedir.

Deliryum; dikkat ve oryantasyonda dalgalanmalarla karakterize; bellek, dil, algı veya bilinç bozukluğu gibi bilişsel eksikliklerin eşlik edebildiği akut başlangıçlı bir geriatrik sendromdur³¹. %30- 40 oranında önlenabilir. Postoperatif dönemde ve yoğun bakım ünitelerinde prevalansı en yüksek düzeye ulaşır³². Deliryum; bası yaraları, düşme, sarkopeni gibi geriatrik sendromların ve hastane enfeksiyonları, aspirasyon pnömonisi gibi hastalıkların görülme sıklığını artırır. Hospitalizasyon süresini uzatır. Fonksiyonel kapasiteyi azaltır. Sonrasında kalıcı kognitif bozukluk da gelişebilir. Bireyin bakım evine yerleştirilme ihtimalini artırır.

Depresyon, yaşlılarda düşük yaşam kalitesinin önemli nedenlerinden birisidir. Yaşlı nüfusun ortalama %10-15'ini etkiler³³. Görülme oranı huzurevleri ve bakımevlerindeki sıklığı %25'e kadar çıkabilir. Fiziksel hastalıklarla yakından ilişkilidir³⁴. Sağlık hizmetinin yanlış yönlendirilmesine ve gereksiz harcamalara yol açabilir. Yaşlılarda majör depresyon ölçütlerini doldurmayan, eşik altı (minör) depresyon olarak adlandırılan belirtiler de oldukça sıktır. Durgunlaşma, ilgi ve istek kaybı, halsizlik, bitkinlik, işe yaramazlık hissi, iştahsızlık, uyku bozukluğu, unutkanlıkla kendini gösterebilir. Bu durumlar kişi- ailesi ya da sağlık çalışanları

tarafından yaşlanmanın doğal bir sonucu gibi görülebileceği için yaşlıda depresyon belirtileri gözden kaçabilir.

Ağrı yaşlıların en yaygın şikâyetlerinden biridir. Çalışılan popülasyona göre prevalansı %25-90 arasında değişmektedir³⁵. Yaşlılarda en sık karşımıza çıkan bel- boyun ağrıları, büyük eklem ağrıları ve nöropatik ağrıdır. Ağrılar kas, kemik, eklem, damarsal, nörojenik, viseral kaynaklı olabilir³⁶. Tedavi edilmeyen ağrı yaşlıda depresyon, malnütrisyon, mobilizasyon kısıtlılıkları, sosyal izolasyon, sarkopeni, uyku bozukluğu, çoklu ilaç kullanımı, düşme gibi pek çok diğer geriatrik sendroma yol açabilmektedir.

Deri veya deri altı dokularda, sıklıkla kemik çıkıntıların üzerinde basınç ve/veya basınçla birlikte olan makaslama (yırılma)- sürtünme ile oluşan lokalize doku hasarı 'bası yarası' olarak tanımlanmaktadır³⁷. Bası yaralarının yaklaşık %70' i geriatrik hastalarda meydana gelmektedir. En sık hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde yatan, uzun süreli bakımevlerinde ve evde izlenen immobil hastalarda görülmektedir³⁸. Gerekli ve uygun tedbirler alındığı takdirde önlenabilir.

Miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanmıştır³⁹. Üriner inkontinans sıklığı yaşla beraber artmaktadır. Üriner inkontinansı olan yaşlılarda yaşam kalitesi bozulmaktadır. İnkontinans sosyal izolasyona, düşme riskinde artış, depresyon gibi durumlara yol açabilmekte, kendisi olmasa bile yarattığı sonuçlar önemli morbidite ve mortalite sebebi olmaktadır⁴⁰. Yaşlı hastalar çeşitli sebeplerle bu şikâyetlerini dile getirmeyebilirler. Geriatrik hastaların değerlendirilmesinde hasta özel olarak belirtmese bile inkontinans mutlaka sorgulanmalıdır.

Düşme, kişinin bilinç kaybı olmaksızın, istemsiz bulunduğu düzeyin aşağısına inmesi ile sonuçlanan beklenmedik olay olarak tanımlanmaktadır⁴¹. Hem düşme sıklığı hem de düşme sonrası gelişen komplikasyon oranları yaşlı popülasyonunda yüksek oranlardadır. DSÖ verilerine göre her yıl 65 yaşındaki insanların yaklaşık %28-35 oranında düşme görülmekte ve düşmelerin %40' ı ise mortalite ile sonlanabilmektedir⁴². Düşme nedeniyle yaralanmalar, kırıklar, kanamalar, hospitalizasyon ihtiyacı, yeti kaybı, korku ve güvensizlik, bakımevine sevk edilme riski ve ölüm gibi ciddi sonuçlar ile karşılaşmaktadır⁴³.

Uyku bozuklukları, yaşlı popülasyonda oldukça sık görülmekte ve sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte bazı fizyolojik uyku değişiklikleri meydana gelmekte ve uyku alışkanlıkları değişebilmektedir⁴⁴. Ek olarak yaşla birlikte kronik hastalıkların ve kullanılan ilaçların sayısının artması da uyku bozukluklarının sıklığının artmasında önemli bir role sahiptir. Uyku bozuklukları kişinin yaşam kalitesini bozmasının yanı sıra sebep olduğu geriatrik sendromlar nedeniyle de oldukça önemlidir⁴⁵. Uyku bozuklukları, halsizlik- yorgunluk, kronik ağrı, konsantrasyon güçlüğü şikayetlerinde ve kaza-düşme riskinde artış ile ilişkilidir. Dolayısıyla depresyon, malnütrisyon, sarkopeni ve polifarmasi gibi geriatrik sendromlara ye yol açabilir. Mevcut kronik hastalıkların ve geriatrik sendromların şiddetini artırabilir.

Geriatrik sendromların meydana gelmesinde etkili risk faktörlerinin bilinmesi ve tespit edilmesi, saptanması önleyici tedbirlerin alınması, tedavi stratejilerin belirlenmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Yaşlıya bir geriatrik sendrom tanısı konulduğunda, geriatrik sendromun takip ve tedavisi, geriatri uzmanının da içinde bulunduğu multidisipliner bir ekip ile yapılmalıdır⁴⁶.

2.3 Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme

Yaşlı hastayı gören tüm hekim ve sağlık ekibinin kapsamlı geriatrik değerlendirme ve geriatrik sendromlar ile ilgili bilgi sahibi olması, koruyucu önlemler ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi açısından önemlidir. Kapsamlı geriatrik değerlendirme, yaşlı bireylerin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal alanlarda değerlendirilmesini içerir⁴⁷. Bu bağlamda yaşlının sağlık durumunun belirlenmesine (öykü, fizik muayene, akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirme, görme- işitme değerlendirmesi) ek olarak; fonksiyonelliği ve günlük yaşam aktiviteleri, mobilite durumu, denge ve düşme riski, beslenme durumu, kontinans durumu, bilişsel fonksiyonları, duygu durumu, sosyoekonomik durumu, yaşadığı çevre değerlendirilir. Geriatrik sendromların taraması ve koruyucu hekimlik uygulamalarının takibi yapılır. Amaç yaşlı sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesidir. Yaşlının tüm problemlerinin ortaya konması, gizli kalabilecek hastalıkların tespit edilmesi, fonksiyonel ve bilişsel kapasitelerinin saptanması, hem kısa hem de uzun dönem ihtiyaçlarının belirlenebilmesi, tedavi ve takip planı oluşturulması için kapsamlı geriatrik

değerlendirme yapılmalıdır. Kapsamlı geriatrik değerlendirme sırasında hataların azaltılması ve geriatrik sendromların taranması için çeşitli objektif test ve ölçeklerden faydalanılmaktadır. Geriatrik sendromları taramak için kullanılan testler şikayeti olsun ya da olmasın tüm yaşlılara uygulanmalıdır⁴⁸. Tarama testlerinde bozukluk saptanan yaşlılara daha klinik değerlendirme yapılmalıdır.

Geriatri pratiğinde kapsamlı geriatrik değerlendirme sırasında en sık kullanılan ölçekler⁴⁹;

- Fonksiyonellik değerlendirilmesi; Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi (GYA), Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (EGYA), Modifiye Bartel İndeksi.
- Denge ve düşme riskinin değerlendirilmesi: Zamanlı Kalk ve Yürü Testi, Tinetti Denge ve Yürüme Testi, Dört Metre Yürüme Testi, Düşme Etkinlik Ölçeği
- Beslenme durumu değerlendirilmesi: Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA- SF), Nütrisyonel Risk Taraması- 2002, Malnütrisyon Evrensel tarama Aracı (MUST)
- Kognitif değerlendirme testleri: Mini Mental Durum Muayenesi (MMSE), Saat Çizme Testi, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği
- Duygu durum değerlendirmesi; Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası (GDS), Beck Depresyon Envanteri, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği
- Kontinans değerlendirmesi: Mesane günlüğü, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form (ICIQ-SF)
- Uyku testleri: Pittsburg Uyku Kalite İndeksi, Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)
- Kırılganlık değerlendirmesi: Basitleştirilmiş Modifiye Fried Kırılganlık Ölçeği, FRAIL İndeksi

2.4. Uyku

İnsan ömrünün üçte biri uykuda geçmektedir. Buna rağmen uyku fenomenolojisi ve fizyolojisi ile ilgili son 50 yılda tüm tarih boyunca elde edilenden daha fazla bilgiye sahip olunmuştur. Uyku ile ilgili ilk varsayımlar Freud tarafından yapılmıştır. 1928 yılında Hans Berger elektroensefalografi (EEG) uygulaması uykunun araştırılmasında önemli bir yer tutmuştur⁵⁰. Aserinsky, Kleitman, Dement ve Hartman tarafından 1950 ve 1960'lı yıllarda uyku periyodlarını tanımlamışlardır⁵¹. Uyku nörofizyolojisi ve psikopatolojisi çağımızın önemli araştırma konularından biri olmuştur.

Optimal fiziksel sağlık, bağışıklık fonksiyonu ve zihinsel sağlık için yeterli miktarda uyku gereklidir⁵¹. American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society (Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi, AASM) ve Sleep Research Society (Uyku Araştırmaları Derneği, ERSR) fikir birliği önerileri, optimal uyku sağlığı için 18 ila 60 yaş arasındaki yetişkinlerin düzenli olarak günde yedi saat veya daha fazla uyuması gerektiği şeklindedir⁵². Benzer şekilde, Ulusal Uyku Vakfı fikir birliği raporu da 18 ila 64 yaş arası yetişkinler için yedi ila dokuz ve ≥65 yaş için yedi ila sekiz saat uyku önermektedir⁵³.

2.4.1 Uyku Siklusu

Uyku, organizmanın işlevlerinde edilgen (pasif) bir yavaşlama ve sessizliğe geçiş durumu değildir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi etkin bir süreçtir. Karmaşık nörofizyolojik ve biyokimyasal düzenekleri içerir. Normal süresi boyunca uyku döngüseldir. Gece boyunca 90-120 dakikalık aralıklarla 4-5 kez yineleyen ve farklı özelliklere sahip olan iki tip uyku vardır. Bunlar, non rapid eye movement (Non-REM) ve rapid eye movement (REM) olarak isimlendirilir. Non-REM uykuda geçirilen zamanın %75-80'nini oluştururken, REM'de % 20-25'ni oluşturmaktadır⁵⁴.

Non-REM derinliğe bağlı olarak Non-REM uyku evre 1, 2, 3, 4 olmak üzere evrelere ayrılmıştır. Her bir evre beyin dalga patterni, göz hareketleri ve kas tonusu gibi özellikler bakımından farklıdır⁵¹. Evre 1' den Evre 4' e ilerledikçe uyku derinleşir. Uyku epizodu Non-REM Evre 1 ile başlar. Evre 1 uyku-uyanıklık ve uyku arasında geçiş evresidir⁵⁵. Bu aşama, toplam döngünün yaklaşık %5'ini oluşturan 1-5 dakika sürer⁵⁶. EEG'deki beyin aktivitesi, uyanıklıktan (ritmik alfa dalgalarıyla işaretlenmiş) düşük voltajlı, karışık frekanslı dalgalara geçiş yapar.

Evre 2, ilk döngüde yaklaşık 10 ila 25 dakika sürer ve birbirini izleyen her döngüde uzar ve sonunda toplam uyku bölümünün %45 ila 55 'ini oluşturur⁵⁴. EEG'deki beyin aktivitesi, uyku içcikleri ve K-komplekslerinin varlığı ile karakterize edilen nispeten düşük voltajlı, karışık frekanslı aktivite göstermektedir. Uyku içciklerinin hafıza konsolidasyonu için önemli olduğu varsayılmaktadır⁵⁷. Genellikle Evre 1 ve 2 hafif uyku olarak adlandırılmaktadır.

Evre 3 ve 4 derin uyku dönemidir. Bu dönemlere delta uykusu adı verilmektedir⁵¹. Evre 3 sadece birkaç dakika sürer toplam uykunun yüzde 3 ila 8'ini oluşturmaktadır. Evre 4, ilk döngüde yaklaşık 20 ila 40 dakika sürmektedir ve uykunun yaklaşık yüzde 10 ila 15'ini oluşturmaktadır. Bu aşama, EEG'de artan miktarlarda yüksek voltajlı, yavaş dalga aktivitesi ile karakterize edilir⁵⁴. Delta uykusunda, uyandırılması en zor olan aşamadır ve bazı insanlar için yüksek sesler (100 desibelin üzerinde) bile onları uyandırılmamaktadır. İnsanlar yaşlandıkça bu yavaş, delta dalga uykusunda daha az ve Evre 2 uykuda daha fazla zaman geçirme eğilimi göstermektedir. Bilişsel testler, bu aşamada uyanan bireylerin zihinsel performanslarının 30 dakika ila bir saat arasında orta derecede bozulma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Delta uykusu vücudun dokularını onarır yeniden büyüdüğü, kemik ve kas oluşturduğu ve bağışıklık sistemini güçlendirdiği aşamadır⁵⁶. Non-REM evreleri tamamlandıktan sonra REM uykusuna geçilir. Uyku REM' de kalmaya devam etmez. Gece boyunca Non-REM ve REM arasında siklus oluşturarak devam eder.

REM evresi, rüya görme ile ilişkili aşamadır. EEG uyanık bir kişiye benzer olup, senkronize olmayan (düşük voltajlı, karışık frekanslı) beyin dalgası aktivitesi mevcuttur. "Testere dişi" dalga formları, teta aktivitesi (saniyede 3 ila 7 sayı) ve yavaş alfa aktivitesi de REM uykusunu görülmektedir⁵⁴. Uyanıklıktan farklı olarak iskelet kasları atonik ve hareketsizdir. Kas tonusu ve reflekslerin kaybı, bireyin uyurken rüyalarını veya kabuslarını harekete geçirmesini engellemektedir⁵⁸. Bunun istisnası, aktif kalan göz ve diyafram solunum kaslarıdır. Solunum hızı, daha düzensiz ve düzensiz olmakla birlikte değiştirilir⁵⁶. Bu aşama genellikle uykuya daldıktan 90 dakika sonra başlar ve REM döngülerinizin her biri gece boyunca uzar. İlk periyot tipik olarak 1-5 dakika sürebilir; ancak uyku epizodu ilerledikçe giderek uzar⁵⁹.

2.4.2 Uykunun Düzenlenmesi

İnsanlarda uyku-uyanıklık döngüsü, biri uykuyu destekleyen homeostatik faktör ve diğeri uyanıklığı koruyan sirkadyan faktör olmak üzere iki ana sürecin etkileşimi tarafından düzenlenir⁶⁰. Birbirlerine zıt çalışan bu faktörler uykunun zamanını ve kalitesini belirler⁶¹. Gün boyunca sirkadiyen faktörün etkisi azalırken homeostatik faktörün etkisi artar⁶². Homeostatik faktör, vücudun endojen olarak uykuya ihtiyacını belirler. Uyanık olarak geçen zaman arttıkça vendojen (içsel) olarak vücudun uykuya ihtiyacını belirleyen ritimdir. Uyanık kalınan süre arttıkça vücutta biriken adenosin ve çeşitli hormonlar homeostatik uyku ihtiyacını artırmaktadır. Sirkadiyen terimi, circa (yaklaşık) ve dies (gün) anlamına gelen iki Latince sözcüğün birleşiminden meydana gelmiştir. Sirkadiyen ritim, bir günlük fizyolojik ve biyolojik süreçlerindeki değişimleri ifade etmektedir⁶³. Organizmanın biyolojik saati olarak adlandırılır. Sirkadiyen ritmi düzenleyen ana merkez, anterior hipotalamusta bir çift yapı olarak bulunan suprakiazmatik nükleustur (SKN). SKN, vücut ısı ritmi, uyku-uyanıklık döngüsü ve bazı hormonların (büyüme hormonu, kortizol ve melatonin) salgılanmasını kontrol etmektedir⁶⁴. SKN, ön hipofizdeki ventrolateral preoptik nükleusun (VPLO) ve pineal bez ile bağlantılıdır. Aktiviteleri ışık ile senkronize edilir. Retinaya ışık geldiği zaman retinohipotalamik yol adı verilen bir sinir demeti tarafından SKN aktive olur⁶⁵. Işık etkisi pineal beze de aktarılır ve melatonin sentezi baskılanır. VLPO' nun ana nörotransmitterleri asetilkolin, glutamat, seratonin, GABA ve melatoninidir. Vücut ısı düzeni de sirkadyan ritim ile sağlanmaktadır. Vücut sıcaklığı gün içinde geceden daha yüksektir. Bu ısı kaybı uykunun başlamasına, devamına ve yavaş dalga EEG aktivitesinin oluşmasına neden olmaktadır. Uyanamaya yakın vücut sıcaklığı artmaktadır. Uyanıklığı sağlayan nöronlar kolinerjik ve monoaminerjik nöronlardır. Uykuyu oluşturan nöronlar ise GABAerjik (gama-aminobütirikasit) nöronlardır⁶⁶. Lateral hipotalamusta bulunan oreksin (hipokretin) nöronlar monoaminerjik ve kolinerjik nöronlar üzerinde uyarıcıdır⁶⁷.

Oreksin uyanıklığı stabilize eder. Oreksin nöronlarının kaybolması narkolepsiye neden olmaktadır⁶⁸. Monoaminerjik nöronların ve beyin sapındaki kolinerjik nöronların alt gruplarının karşılıklı inhibisyonu ile Non-REM ve REM arası geçiş meydana gelmektedir^{67,68}. Kolinerjik nöronlar nöradrenerjik lokus cereleus ve seratonerjik raphe nöronları ile karşılıklı inhibitor bağlantılar

içermektedir. Bu nöronlara REM-on adı verilmektedir. REM-on kolinerjik nöronları maksimum aktif olduğu zaman nöradrenerjik ve seratonerjik nöronlar tamamen sessiz olmaktadır. Bu sayede REM uykusu başlamaktadır. Non-REM uykusu ön hipotalamus, bazal ön beyin ve ventrolateral preoptik bölge tarafından kontrol edilmektedir^{69,70}. Uyarılma sisteminin inhibe edilmesi ile uykunun başlanması ve sürdürülmesi sağlanır. Uykuya geçiş VLPO' nun aktif hale gelmesi ile olur⁷¹. VLPO aktif hale gelince inhibitor nörotransmitterler salınır, böylece beyinde uyanıklığı sağlayan bölgeler inhibe edilir.

2.4.3 Uykuda Yaşla Ortaya Çıkan Değişiklikler

Yaş ilerledikçe bireylerin geceleri daha az uykuya ihtiyacı olduğu çok yaygın bir düşüncedir fakat son araştırmalar göstermiştir ki, yaşlıların optimal uyku süresi gençlerle benzer şekilde ortalama yedi saattir. Yaşlıda uyku bozukları ve uyku kalitesinde azalma; yaşam kalitesinde düşmeye, duygu durumunda bozulmaya, hafıza problemlerine, artmış düşme riskine, fiziksel aktivite seviyesinin azalmasına, kronik ağrı şikayetlerine, mevcut sağlık sorunlarının kötüleşmesine neden olabilmekte, sonuç olarak da morbidite ve mortaliteyi artırabilmektedir⁷².

Yaş ilerledikçe uyku kalitesinin değişmesinde en önemli fizyolojik neden, derin uyku yani Evre 3, 4 ve REM uyku süresi kısalırken Evre 1 ve 2 süresinin uzamasıdır⁶⁷. 70 yaş ve üzeri kadınlarda toplam uykunun %15-20'si Evre 3 ve 4' te, erkekler toplam uykunu %5' ni sadece Evre 3 ve 4' te geçirmektedir. Bu nedenle yaşlılarda uyku yüzeyelleşir ve kişinin geceleri daha sık uykusu bölünür. Uyku süresi kısalırken döngü sayısı artar⁷³. Uyku ritmi kayar, kişi daha erken uyur ve daha erken uyanır. Gece boyunca uyanma periyodu artar ve uykuya dalma latansı uzar. Kronik rahatsızlıklar, kas iskelet hastalıkları, kardiyopulmoner hastalıklar, üriner inkontinans varlığı uyku bozukluğunun şiddetini daha da artırır.

Sirkadyan uyku ritmini belirleyen en önemli fizyolojik parametreler güneş ışığı ve melatonindir. Yapılan çalışmalarda, toplumda yaşayan yaşlı bireylerin günde yalnızca bir saat ve toplumda yaşayan Alzheimer hastalarının yalnızca 30 dakika, kurumlardaki yaşlı bireylerin ise 10 dakika kadar güneş ışığından yararlanabildiği görülmüştür⁷⁴. Uyku fazında kayma ile beraber erken uyanma, akşamın ilk saatlerinde aşırı uyku şeklinde kendini gösterir ve gün içinde

uyuklamaya neden olmaktadır. Sirkadiyen ritm bozuklukları egzersiz, yemek, sosyal aktiviteler gibi uyanıklık zamanının fazla tutulması, gün ışığında geçirilen zamanın arttırılması ile önlenebilmektedir.

2.5 Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu başka bir bedensel ya da ruhsal hastalığın bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği gibi başlı başına bir hastalık olarak da görülebilir. Uyku bozuklukları, birçok farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. 1975 yılında kurulan Uyku Bozuklukları Merkezleri Derneği'nin (ASDC) ilk kez 1979 yılında sınıflandırılan ve dört ana grupta ele alınan uyku bozuklukları, 1991 yılında detaylı olarak incelenmiş, International Classification of Sleep Disorders (Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması, ICSD) adıyla yayımlanmıştır. Son olarak 2014 yılında 3. versiyonu yayımlanan ICSD-3' te uyku bozuklukları yedi temel kategoride sınıflandırılmıştır⁷⁵.

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ilan edilen ilki 1952 yılında yayımlanan ve belli aralıklarla yenilenen DSM' nin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) 2013 yılında yayımladığı DSM 5' te "Uyku-Uyanıklık Bozuklukları" başlığı altında insomnia, hypersomnia, narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozuklukları (tıkayıcı uyku apne hipopnesi, santral uyku apnesi, uyku ile ilişkili hipoventilasyon), sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar (NREM uykusundan uyanma bozuklukları-uyurgezerlik, uyku terörü-, karabasan, REM uykusu davranış bozukluğu), huzursuz bacaklar sendromu, madde/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu, tanımlanmış diğer ve tanımlanmamış uyku bozukluğu yer almaktadır⁷⁶.

Uyku bozukluğu; gündüz uykululuğu, asabiyet, konsantrasyon azalması, dikkat eksikliği, uyanıklıkta azalma, dikkat dağınıklığı, düşük motivasyon, yorgunluk, halsizlik, enerji eksikliği, huzursuzluk ve koordinasyonsuzluk gibi durumlara neden olmaktadır⁷⁷. ICSD-3' e göre uyku bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmıştır:

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICDS-3)⁷⁸:

I) İnsomnialar

- a. Kronik insomni
- b. Kısa süreli insomni
- c. Diğer insomnialar
- ç. İzole semptom ve varyantlar
 - i. Yatakta aşırı zaman geçirenler
 - ii. Kısa süreli uyuyanlar

II) Uyku ile ilişkili solunumsal bozukluklar

- a. Obstrüktif uyku apne sendromu
 - i. Erişkin Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
 - ii. Çocuk Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
- b. Santral uyku apne sendromu
- c. Uyku ile ilişkili hipventilasyon sendromları
- ç. Uyku ile ilişkili hipoksemi sendromu
- d. İzole semptom ve varyantlar
 - i. Horlama
 - ii. Uykuda inleme

III) Hipersomnia ile seyreden santral hastalıklar

- a. Narkolepsi tip 1
- b. Narkolepsi tip 2
- c. İdiyopatik hipersomnia
- ç. Kleine-Levin sendromu
- d. Medikal hastalıklara bağlı hipersomnia
- e. İlaç ve madde kullanımıyla ilişkili hipersomnia
- f. Psikiyatrik hastalıklarla ilişkili hipersomnia
- g. Yetersiz uyku sendromu
- h. İzole semptom ve varyantlar
- i. Uzun süreli uyuyanlar

IV) Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları

- a. Gecikmiş uyku-uyanıklık fazı bozukluğu
- b. İleri uyku-uyanıklık fazı bozukluğu
- c. Düzensiz uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu
- ç. 24 saatlik olmayan uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu

- d. Vardiyalı çalışma
- e. Jet-lag ilişkili bozukluklar
- f. Spesifiye edilemeyen sirkadiyen ritim bozuklukları

V) Parasomnialar

a. Non-REM ilişkili parasomnialar

- i. Arousal bozuklukları
- ii. Konfüzyonel arousallar
- iii. Uykuda yürüme
- iv. Uyku terörü
- v. Uyku ilişkili yeme bozuklukları

b. REM ile ilişkili parasomnialar

- i. REM uykusu davranış bozukluğu
- ii. Tekrarlayıcı izole uyku paralizi
- iii. Kabus bozuklukları

c. Diğer parasomnialar

- i. Patlayan kafa sendromu
- ii. Uyku ilişkili halüsinasyonlar
- iii. Uyku enürezis
- iv. Tıbbi durumlara bağlı parasomnialar
- v. İlaç veya madde kullanımına bağlı parasomnialar
- vi. Spesifiye edilememiş parasomnialar

VI) Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları

- a. Huzursuz bacak sendromu
- b. Periyodik bacak hareketleri
- c. Uykuyla ilişkili bacak krampları
- ç. Uykuyla ilişkili bruksizm
- d. Uykuyla ilişkili ritmik hareket bozuklukları
- e. İnfantların benign uyku myoklonusu
- f. Uyku başlangıcında propriospinal myoklonus
- g. Hastalıklara bağlı uykuyla ilişkili hareket bozuklukları
- h. İlaç veya madde kullanımına bağlı uykuyla ilişkili hareket bozuklukları
- i. Spesifiye edilemeyen uykuyla ilişkili hareket bozuklukları

VII) Diğer uyku bozuklukları

2.5.1 İnsomnialar

En sık görülen uyku bozukluğu insomniadır. ICDS-3'te insomnia uyku için yeterli fırsat ve imkan olmasına rağmen, süregelen bir şekilde uykuya başlamada, sürdürmede, kaliteli uyumada güçlük ve buna bağlı gün içi işlevselliğinde bozulmalar olarak tanımlanmaktadır⁷⁹. DSM 5'te insomnia tanısı için, bu belirtilerden en az biri haftada en az üç gün olmalı ve en az üç ay boyunca devam etmeli, kişinin işlevselliğinde bozulmaya yol açmalı ve başka bir uyku bozukluğu, ruhsal bozukluk, tıbbi durum ya da ilaç veya madde kullanımı ile ilişkili olmamalıdır denmektedir⁸⁰. Erişkinlerde kısa süreli(akut) insomnia nüfusun %30 ila %50'sini etkiler. Sanayileşmiş ülkelerde kronik insomnia prevalansının en az %5 ila %10 olduğu tahmin edilmektedir⁸¹. Yaşlılarda, tıbbi ve psikiyatrik olarak tedavi gören hasta popülasyonlarında prevalansı önemli ölçüde daha yüksektir.

2.5.1.1 Kronik insomnia

Kronik uykusuzluk, işlev, sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde sayısız olumsuz etki ile ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalar, kronik uykusuzluğu olanlar arasında fonksiyonel durumda belirgin bir bozulma olduğunu göstermektedir⁸². ICD3'te kronik insomni tanısı için 6 ana kriterin (A-F) tümü bulunmalıdır⁸³. Bu 6 ana kriter şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

A) Hastanın, hasta yakınının veya uykusunu gözlemleyen bakıcının ifadesine göre aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının bulunması

1. Uykuya başlama zorluğu
2. Uykuyu devam ettirme zorluğu
3. İstenenden erken uyanma
4. Uygun uyku saatinde yatağa gitmek istememesi
5. Ebeveyn veya bakıcı müdahalesi olmadan uykuya dalmada güçlük

B) Hastanın, hasta yakınının veya bakıcının ifadesine göre gece uyku bozukluğuna bağlı gündüz aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının bulunması

1. Halsizlik, yorgunluk
2. Dikkat, konsantrasyon veya bellek bozukluğu
3. Sosyal, ailesel, mesleki veya akademik performans bozukluğu
4. Duygu durum bozukluğu
5. Gündüz uyku hali

6. Kişilik bozuklukları (agresiflik, dürtüsellik, hiperaktivite)
 7. Motivasyon ve enerji kaybı
 8. Hata ve kaza yapma eğilimi
 9. Uyku ile ilgili genel memnuniyetsizlik
- C) Uyku uyanıklık yakınmalarının, yetersiz süre veya uygunsuz ortam şartları (ses, karanlık, güvenlik, konfor vb.) ile açıklanamaması
- D) Uyku bozukluğu ve eşlik eden gündüz semptomlarının haftada en az 3 kere olması
- E) Uyku bozukluğu ve eşlik eden gündüz semptomlarının en az 3 aydır devam ediyor olması
- F) Uyku ve uyanıklık bozukluğu başka bir uyku hastalığı ile açıklanamamalıdır

2.5.1.2 Kısa süreli insomnia

Kısa süreli insomnia (akut insomnianın) temel özelliği; tanımlanabilir bir stresörle ilişkili olarak ortaya çıkmasıdır. Kısa sürelidir. Tipik olarak birkaç gün ile birkaç hafta arasında sürer ve üç ayı geçmez. Stresörün ortadan kalkması ya da bireyin stresöre uyum sağlaması ile uyku yakınmaları azalır ve kaybolur⁸⁴.

2.5.1.3 Diğer insomnialar

Uykuyu başlatma veya devam ettirme güçlüğü olan, ancak kronik insomni ve kısa süreli insomni tanımına uymayan hastalardır.

2.5.1.4 İzole Semptom ve Varyantlar

Aşırı yatakta kalanlar; uzamış uyku latansı ve uyku sırasında gece uzun uyanıklık periyotları ile seyreden, ancak diğer insomni semptomlarını ve gündüz fonksiyon bozukluklarını içermeyen klinik bir tablodur. Erişkinlerde sıklıkla yorgun olunan günler sonrası gereğinden uzun süre yatakta kalmaktan kaynaklanır. Kısa uyuyanlar; uyku veya uyanıklık yakınması olmaksızın 6 saatten kısa uyunmasıdır. Bu olgularda insomni bulguları olmaksızın bir kısmında doğal olarak uyku süresi kısa iken, bir kısmı kendi isteği ile uyku süresini kısıtlamaktadır. Kısa uyku süresinin metabolik ve kardiyovasküler etkileri ile ilgili çalışmalar olmakla birlikte yeterli veri yoktur.

2.5.2 Uyku ile ilişkili solunumsal bozukluklar

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları kardiyovasküler hastalıklar, inme, gündüz uykululuk, motorlu araç kazaları ve azalmış yaşam kalitesi gibi çok sayıda durumla ilişkilendirilen, yaşamı tehdit etmesi ve sık görülmesi açısından önem arz eden klinik tablolardır⁸⁵. Uyku sırasındaki solunumsal anormalliklerin tümü “uyku ile ilişkili solunum bozuklukları” başlığı altında sınıflanmıştır. Bu hastalıkların bir kısmında gündüzde solunum sorunları mevcuttur. Son sınıflamada bu hastalıklar obstrüktif uyku apne hastalıkları, santral uyku apne sendromu, uyku ilişkili hipovekilasyon sendromları klasik başlıklarının yanı sıra diğer sınıflamalardan farklı olarak uyku ile ilişkili hipoksemi sendromları ismi ile yani bir alt başlık oluşturulmuş, horlama ise izole semptom olarak ele alınmıştır. Uykuda solunum bozuklukları ile ilgili en dikkat çekici değışiklik, tanıda “Out of Center Sleep Testing OCST” olarak tanımlanan çoğunlukla elektroensefalografi (EEG) içermeyen sınırlı parametrelili cihazların uyku apne sendromu tanısında kullanım için uygun olgunun ilk defa açıkça vurgulanmasıdır.

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), erişkin ve çocuk olarak ayrılmıştır. Üst hava yolu rezistans sendromu, obstrüktif uyku apnesi ile patofizyolojik olarak tam ayırt edilemediği için bu başlık altında değerlendirilmiştir.

2.5.2.1 Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

Uyku apnesi, uyku sırasında hava akımının en az 10 saniye süresi ile %90'dan fazla azalması sonucu uykuda boğulma hissi, horlama, yorgun uyanma ve gün içinde uyku hali ile karakterize bir tablodur. En sık izlenen formu solunum çabası olduğu halde üst solunum yollarındaki darlık ve tıkanıklıklar sonucu olan obstrüktif- tıkalıcı uyku apnesi (OSA)'dir. Santral uyku apne sendromundan farkı solunum çabası olmasıdır⁸⁶.

2.5.2.2 Santral Uyku Apne Sendromu

Santral uyku apne sendromu bu sınıflamada alt başlıklara ayrılmıştır: Santral uyku apnesi ile Cheyne-Stokes solunumu (CSB), medikal hastalığa bağlı CSB olmadan santral uyku apnesi, yüksek rakım periyodik solunuma bağlı santral uyku apnesi, ilaç ya da madde kullanımına bağlı santral uyku apnesi, primer santral uyku apnesi, infantta primer santral uyku apnesi, prematürlerde

primer santral uyku apnesi ve tedaviye bağı santral uyku apnesi alt başlıkları mevcuttur.

2.5.2.3 Uyku ile İlişkili Hipoventilasyon Sendromları

Uyku sırasında solunumun ventilasyon işlevinde ortaya çıkan yetersizlik nedeni ile arteriyel parsiyel karbondioksit basıncında (PaCO_2) yükselme ile seyreden klinik bir tablodur. Bu ana başlık altında daha önceki sınıflamada direkt ismen yer almayan ancak sıklıkla klinik pratikte aynı terminoloji ile isimlendirilmeye devam eden obezite hipoventilasyon sendromunun (OHS) yanı sıra konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu, hipotalamik disfonksiyon ile birlikte geç başlangıçlı santral hipoventilasyon, idiyopatik santral alveoler hipoventilasyon, ilaç veya madde kullanımına bağı uyku ilişkili hipoventilasyon ve medikal hastalığa bağı uyku ilişkili hipoventilasyon bulunmaktadır. Bu alt başlıklardan sadece OHS tanısı için gündüz hiperkapni ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) bulunması şarttır. Diğer alt başlıklarda da gündüz hiperkapnisi eşlik edebilir ama tanı için şart değildir.

2.5.3 Hipersomnia ile Seyreden Santral Hastalıklar

Sosyal ve mesleki yaşam performansı için yeterli uyanıklık son derece önemlidir. Uyku hali, iş gücü kaybı ve ciddi kazalara neden olabilir. Hipersomni ile seyreden hastalıklar başlığı altında gece uyku bozukluğu veya sirkadiyen ritim bozukluğu olmaksızın, gündüz uyku hali ortaya çıkan narkolepsi tip 1, narkolepsi tip 2, İdiyopatik hipersomni, Kleine-Levin sendromu (rekürren hipersomni), medikal hastalıklara bağı hipersomni, ilaç ve madde kullanımına bağı hipersomni, psikiyatrik hastalıklara bağı hipersomni, yetersiz uyku sendromu isimli hastalıklar sınıflanmıştır.

Narkolepsinin temel klinik özelliklerini artmış gündüz uykululuğu, katalepsi, hipnagogik veya hipnopompik halüsinasyonlar ve uyku paralizisi oluşturur. Hipersomni narkolepsinin genellikle başlangıç belirtisidir. Narkolepsideki uykululuk uyanıklığın devamı için gerekli süreçlerindeki stabilizasyonun bozulmasından kaynaklanır⁸⁷. Fizyolojik olarak gündüz saatlerinde uyanık kalması gereken bireyde uyanıklığı devam ettiren sistemlerin üzerinde uyarıcı etkisi olan hipokretinin bu etkisi olmadığından uyanıklığın devamında sorun oluşmaktadır⁸⁸.

2.5.4 Sirkadiyen Ritim Uyku-uyanıklık Bozuklukları

Yaşayan tüm organizmaların yaklaşık 24 saatlik biyolojik ritmi “endojen sirkadiyen ritim” olarak isimlendirilmektedir. Organizmaların yaklaşık 24 saatlik biyolojik saati, bulunduğu bölgenin aydınlık karanlık durumuna göre senkronize olmaktadır. Sirkadiyen ritmi etkileyen hastalıklar bu sınıflamada, gecikmiş uyku-uyanıklık fazı bozukluğu, ileri uyku-uyanıklık fazı bozukluğu, düzensiz uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu, 24 saatlik olmayan uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu, vardiyalı çalışma, jet-lag, spesifiye edilemeyen sirkadiyen ritim bozuklukları olarak alt başlıklarla incelenmiştir.

2.5.5 Parasomnialar

Parasomnialar uyku sırasında olan, karmaşık, amaçlı gibi görünen ama hastanın bilinçli farkındalığında olmayan uygunsuz hareketlerdir⁸⁹. Parasomnialar çoğunlukla özgül uyku evreleri sırasında meydana gelir ancak, uykunun hem REM hem NREM evresinde ortaya çıkabilen parasomnialar da vardır. Tanı ayrıntılı anamnez, fizik muayene, gerekli durumlarda polisomnografik inceleme ile konulmaktadır⁹⁰.

2.5.5.1 Non-REM ilişkili parasomnialar

Non-REM ilişkili parasomnialar ICDS-3'te arousal bozuklukları, konfüzyonel arousallar, uykuda yürüme, uyku terörü, uyku ilişkili yeme bozuklukları olmak üzere 5 sınıfa ayrılmıştır⁸³.

Konfüzyonel arousallar diğer adıyla uyku sarhoşluğu, non-REM döneminde görülen mental konfüzyondur. Sıklıkla 5 yaş altı çocuklarda görülür ve yaş ilerledikçe azalır, yüz erişkinden dördünü etkilediği tahmin edilmektedir. Süresi birkaç dakika ile saatler arasında değişebilen ataklar sırasında anlamsız ses çıkarma, çocuklarda bazen ağlama, yönelim bozukluğu ve ekstremitte hareketleri gözlenebilen hasta zor uyandırılır⁹⁰.

Uykuda yürüme genellikle derin NREM uykusu sırasında (uykunun 3. ya da 4. evresinde) görülen, yataktan kalkma ve gezinme gibi ani motor aktivite ile karakterizedir⁹⁰. Yorgunluk ve öncesinde uykusuz kalmayla ilişkili olabileceği gibi etiyolojisinde genetik, çevresel ve fizyolojik etkenler ile tıbbi hastalıkların rol oynadığı düşünülmektedir. Uyurgezerliğin çocuklarda görülme sıklığının % 40'ın üzerinde olduğu, erişkinlerde yaygınlık oranının yaklaşık % 4 olduğu tahmin edilmektedir⁹¹.

Uyku terörü ani uyanma ile birlikte çığlık atma ve ağlamanın olduğu, yoğun korku ile birlikte çarpıntı, terleme, midriasis, yüzde kızarma gibi otonomik belirtiler ve davranışsal değişikliklerin görüldüğü uyku bozukluğudur. NREM uyku evre 3 ve 4'te görülmektedir. Çocuklarda %1-6 sıklıkta, erişkinlerde % 1' den az olduğu tahmin edilmektedir⁹¹.

Uyku ilişkili yeme bozuklukları, uykunun NREM'inde istemsiz yeme ve içme ataklarının görüldüğü bir bozukluktur. Yenilmez ya da tehlikeli olabilen maddelerin de tüketilmesi, yemek elde etmek için tehlikeli davranışlarda bulunma, uyku bölünmesi nedeniyle uykusuzluk belirtilerinin ortaya çıkması, sabah iştahsızlık gibi durumlar klinik tabloya eşlik edebilir⁸⁴. Erişkin yaşlarda daha sık görülmektedir, yaklaşık %5 oranındadır⁹¹.

2.5.5.2 REM ile ilişkili parasomnialar

REM ile ilişkili parasomnialar REM uykusu davranış bozukluğu, tekrarlayıcı izole uyku paralizisi, kabus bozuklukları olarak ayrılmaktadır. REM uykusu davranış bozukluğu, REM uykusu sırasında normalde olması gereken atoninin geçici kaybı ve görülen sıklıkla korkutucu rüyanın içeriği ile ilişkili olarak ortaya çıkan basit ya da karmaşık motor aktivite ile karakterize bir parasomniadır. Otonomik belirtiler, olayın hemen sonrasında uyanma eşiğinin düşük olduğu, yaşanan atağın detaylı hatırlanıp anlatılabildiği parasomnilerdir⁸⁹. Daha yaşlı erişkinleri (50-60 yaş) etkileyen ve özellikle erkeklerde görülen bu bozukluğun genel popülasyonda görülme sıklığının %0,38-0,5 olduğu tahmin edilmektedir⁹⁰.

Tekrarlayıcı izole uyku paralizisi narkolepsi ve diğer tıbbi durumlardan bağımsız olarak ortaya çıkan REM uykusu atonisinde iken uyanma ve bilincin bu esnada yerinde olması ile karakterize, sıklıkla canlı rüyaların eşlik ettiği bir uyku bozukluğudur. Populasyonun % 7,6'sının yaşam boyu en az bir kez uyku paralizisi deneyimlediği bildirilmiştir⁹².

Kabus bozuklukları genellikle REM dönemlerinin uzadığı ve sıklaştığı gece uykusunda, bir dış uyaran olmaksızın, sıklıkla korku ve endişe içeren bir rüyadan uyanma ve rüyayı kolayca hatırlama ile karakterize bir uyku bozukluğudur. Bu duruma bozukluk diyebilmek için haftada en az birkaç kez yinelemesi gerekir ⁸⁹. Genel popülasyondaki yaygınlığı ise %5'tir. Kadınlarda erkeklerden, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, erişkin dönemden daha sık

görülür. Travmatik olayları izleyen kabuslar REM uykusunda olduğu kadar NREM sırasında, özellikle evre 2'de görülür⁹³.

2.5.5.3 Diğer parasomnialar

Diğer parasomnialar patlayan kafa sendromu, uyku ilişkili halüsinasyonlar, uyku enürezis, tıbbi durumlara bağlı parasomnialar, ilaç veya madde kullanımına bağlı parasomnialar, spesifiye edilememiş parasomnialar olarak sınıflandırılmaktadır.

Patlayan kafa sendromu uykuya dalma ya da gece uyanma sırasında ortaya çıkan ani, şiddetli ve kısa süreli bir ses ya da patlama hissi ile karakterize olan nadir görülen bir uyku bozukluğudur. Sıkıntı ve konfüzyona yol açabilmektedir⁹⁴.

Uyku ilişkili halüsinasyonlar genellikle görsel ve uyku başlangıcı veya uyku sonunda görüldüğü için rüyadan ayırt etmenin zor olduğu bir uyku bozukluğudur⁹⁵.

Uyku enürezis uykuda istemsiz, yineleyen idrar kaçırmadır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte birden fazla etiyolojik faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Genetik faktörler, santral sinir sisteminin fonksiyonel matürasyonunda veya gelişiminde gecikme, anormal uyku şekilleri, psikopatoloji, çevresel stres, idrar yolu enfeksiyonu ve antidiüretik hormon sekresyonunun normal sirkadiyen ritmindeki anormallikler gibi pek çok neden sorumlu tutulmaktadır. Ailesel geçiş belirgindir⁹⁶

2.5.6 Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları

Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları, uyku bozukluklarına yol açan genellikle stereotipik hareketlerle karakterizedir. ICSD 3'e göre uyku ile ilişkili hareket bozukluğu huzursuz bacak sendromu, periyodik bacak hareketleri, uykuyla ilişkili bacak krampları uykuyla ilişkili bruksizm, uykuyla ilişkili ritmik hareket bozuklukları, infantların benign uyku myoklonusu uyku başlangıcında propriospinal myoklonus, hastalıklara bağlı uykuyla ilişkili hareket bozuklukları, ilaç veya madde kullanımına bağlı uykuyla ilişkili hareket bozuklukları, spesifiye edilemeyen uykuyla ilişkili hareket bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır⁷⁸.

2.5.6.1 Huzursuz Bacaklar Sendromu

ICSD3' de uykuda hareket bozukluğu sınıflaması içinde bulunan fakat DSM-V'e göre parasomnia grubunda yer almaktadır^{5,78}. Ekstremitelerde özellikle bacaklarda rahatsız edici anormal duyumların olduğu, hareket ettirme

dürtüsü, rahatsız duyumlar ve ağrı ile karakterize, remisyon dönemleri olsa da süreklilik gösteren, ilerleyici bir bozukluktur^{97,98}. Semptomlar genelde alt ekstremitelerde iki taraflı ve simetrik. Belirtileri istirahat halinde, daha çok geceleri uykuya dalmadan önce ortaya çıkar ve/veya artar, hareketle azalır ya da düzmektedir⁹⁷. % 5-15 oranında görülmektedir⁹⁹. Kadınlarda ve yaşlılarda (>65 yaş) daha siktir¹⁰⁰.

2.5.6.2 Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu (UPHB)

Uykuda periyodik hareket bozukluğu diğer adı ile nokturnal miyoklonus ekstremitelerde periyodik olarak tekrarlayan stereotipik hareketlerdir. Hareketler tipik olarak, ayak başparmağının dorsifleksiyonu ile birlikte ayak bileği, diz bazen de kalçanın fleksiyonu şeklindedir. % 3,9 oranında görülmektedir⁹⁷.

2.5.6.3 Uykuyla İlişkili Bacak Krampları

Uykuyla ilişkili bacak krampları ağrılı kas kasılmalarıdır. Genellikle bacaklarda görülmektedir. Kısa süren ve çoğunlukla tek taraflı olan bu kramplar sırasında ayağın dorsifleksiyonu atağın bitmesini çabuklaştırabilir⁸⁴. Erişkinlerde %16 oranında görülmektedir⁹¹.

2.5.6.4 Uyku İle İlişkili Bruksizm

Uykuda dişlerin birbirine sürtünmesi veya artmış oranda çene sıkma ile karakterize stereotipik bir hareket bozukluğudur⁸⁴. Başlıca klinik belirti ve bulgular, diş gıcırdatma sesi ya da diş sıkma, sabah temporomandibular eklemda ağrı, dişlerde hassasiyet, yorgunluk, temporal baş ağrısı, zamanla dişler ve temporomandibular eklemda şekil bozuklukları ve masseter kas hipertrofisidir. Erişkinlerde %8 oranında görülmektedir¹⁰¹.

2.5.6.5 Uyku ile İlişkili Ritmik Hareket Bozukluğu (URHB)

Uyku ile ilişkili ritmik hareket bozukluğu sert baş vurma sendromu genellikle uykuya dalma veya yüzeyel NREM uykusu sırasında ortaya çıksa da uykunun REM dahil her evresinde görülmektedir. Büyük kas gruplarında tekrarlayıcı, stereotipik ve ritmik hareketler ile karakterizedir¹⁰². Yenidoğan döneminde ortaya çıkar ve erkek çocuklarda daha sık görülmektedir. Yetişkinlik döneminde nadir görülmektedir⁹¹.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Hasta seçimi

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamıza 15.04.2021- 15.02.2022 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri 150 hasta, rastgele örneklem yöntemi ile dahil edilmiştir. 65 yaşının altında olan, çalışmada kullanılan anket ve ölçeklere yanıt veremeyecek kadar genel durum bozukluğu veya bilinç bulanıklığı olan, mental retardasyon veya demans tanısı bulunan, psikiyatrik bir hastalık nedeniyle aktif tedavi gören, çalışmaya katılmaya kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmamız Covid 19 pandemisi kapsamında gerekli önlemler alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.2 Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Anketler ve Ölçekler

Çalışmaya katılan hastalara yüzyüze görüşme tekniği ile anket ve ölçekler uygulanmıştır. Hastalara ait demografik veriler anket yöntemi ile elde edilmiştir. Okula giden hastaların aldıkları eğitim yıl bazında değerlendirilmiştir. Hiç okula gitmeyen hastalara da okuryazar olup- olmadıkları sorulmuştur. Hastaların medikal hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, boy- kilo bilgileri ise medikal hasta dosyalarından alınmıştır. Beş ve üzerinde ilaç kullanan hastalarda polifarmasi mevcut olarak kabul edilmiştir. Hastaların vücut kitle indeksi (VKI) kilo bölü boyun karesi (kg/m^2) formülü ile hesaplanmıştır.

Kronik ağrı varlığı, son bir yıldaki düşme öyküsü ve düşme sayısı, inkontinans şikayeti, huzursuz bacak semptomları, uykuda solunum bozukluğu tanısı, REM uykusu davranış bozukluğu bulguları olup olmadığını değerlendirmek için hastaya anket yoluyla sorular sorulmuştur. Altı atdan uzun süredir devam eden ağrı şikayeti olan hastaların kronik ağrısının olduğu kabul edilmiştir. Miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma şikâyeti olan hastalarda üriner inkontinans olduğu kabul edilmiştir. Hastanın herhangi bir kasıtlı hareket, inme gibi bir hastalık ya da trafik kazası gibi bir dış kuvvet olmadan yere veya bulunduğu seviyeden daha düşük bir düzeye gelmesi 'düşme' olarak tanımlanmıştır¹⁸. Hastalara son bir yıl içinde düşüp düşmedikleri ve düştülerse kaç kere düştükleri sorulmuştur.

Hastalara önceki iki hafta içinde, gece yatakta yattığı vakitte olan, vücudunuzun çeşitli yerlerinde huzursuzluk hissi, özellikle bacaklarda veya ayaklarda hareket etme dürtüsü, bacakları veya ayakları hareket ettirerek veya ovalayarak rahatlama hissi şikayetleri olup olmadığı sorulmuş ve haftada en az 1-2 kere bu semptomların dördü birden varsa bu kişilerde huzursuz bacak sendromu olduğu sonucuna varılmıştır. Hastada doktor tarafından teşhisi yapılmış bir uyku apnesi veya sadece uyku sırasında meydana gelen bir solunum bozukluğunun varlığı olması durumu uykuda solunum bozukluğu olarak kabul edilmiştir. REM uykusu davranış bozukluğu olup olmadığını anlamak için birlikte yaşadığınız kişiler uyku sırasında konuşma, gülme, haykırma, yakalama, boşluğa yumruk atma, tekmeleme, ayağa kalkma veya yataktan sıçrama gibi uykuyu bozan veya yaralayıcı potansiyeli olan anormal davranışlarınız olduğunu söylüyor mu diye sorulmuştur. Hasta bu soruyu 'evet' diye yanıtlıyorsa o kişide REM uykusu davranış bozukluğu olduğu kabul edilmiştir.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Katz ADL İndeksi, enstrümental yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Lawton Brody IADL Skalası uygulanmıştır. Hastaların beslenme durumları MNA- SF, duygu durumları GDS ile belirlenmiştir. İdrar kaçırmanın şiddeti, sıklığı, tipi ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisi ICIQ-SF ile değerlendirilmiştir. Ağrı derecesini belirlemek için Vizüel Analog Skala kullanılmıştır. Uykusuzluk şikayetlerini değerlendirmek ve insomnia tanısı koymak için ISI, gündüz uykululuk hali ölçümü için ESS kullanılmıştır.

3.2.1 Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Geriatrik olguların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı değerlendirmek için Katz ADL İndeksi kullanıldı. Ölçek Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir¹⁰³. Türkçe validasyonu 2015 yılında Arık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹⁰⁴. ADL ölçeği 6 alt başlık içermektedir. Bunlar; banyo yapmak, giyinmek, tuvaletle gitmek, yer değiştirmek (transfer), mesane ve barsak kontrolü (kontinans), beslenme alt başlıklarıdır. Her bir başlık 0 veya 1 puan şeklinde puanlanır. En yüksek puan 6 olup bağımlılık durumu olmadığını, 4 puan orta miktarda bağımlılık olduğunu, 2 puan ve altı ciddi bir bağımlılık düzeyi olduğunu belirtmektedir. Ölçek Tablo 3.1' de gösterilmiştir.

Tablo 3. 1 Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Giyinme	Kendisi giyinip soyunabilir (1)	
Tuvalet yapma	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor (1)	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da sürgü veya lazımlık kullanıyor (0)
Transver	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor (1)	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor (0)
Kontinans	İnkontinans yok (1)	İnkontinans var (0)
Beslenme	Yemeğini kendisi yiyebiliyor (1)	Başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç (0)
Banyo yapma	Kendi başına yıkanabiliyor (1)	

3.2.2 Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Geriatrik olguların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Lawton Brody IADL ölçeği kullanıldı. Bu ölçek 1969'da Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir¹⁰⁵. Türkçe validasyonu da yapılmıştır¹⁰⁶. Telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçlarını kullanabilme ve para idaresi gibi sekiz parametreden oluşmaktadır. Her bir parametre için 0-1 şeklinde puanlama yapılmaktadır. Toplam puan 0-8 arasında değişmektedir. Ölçek Tablo 3.2' de gösterilmiştir.

Tablo 3. 2 Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Telefonu kullanma	Çamaşır
Telefonu rahatlıkla kullanabilir- 1	Kişisel çamaşırlarını tamamen kendisi yıkar- 1
Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir- 1	Çorap, mendil gibi küçük şeyleri yıkayabilir- 1
Telefona cevap verir ancak arayamaz- 1	Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır- 0
Telefonu hiç kullanamaz- 0	Yolculuk
Alış- Veriş	Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır- 1
Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar- 1	Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz- 1
Küçük alışverişini kendisi yapar- 0	Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir- 1
Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar- 0	Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır- 0
Alışveriş yapamaz- 0	Yolculuk yapamaz- 0
Mali işler	İlaçlarını kullanabilme
Bağımsız olarak tüm mali işlerin üstesinden gelebilir- 1	İlaçlarını zamanında ve uygun dozda alabilir- 1
Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde/banka işlerinde yardıma ihtiyaç duyar- 1	İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir- 0
Mali işlerini takip edemez- 0	İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz- 0
Yemek hazırlama	Ev temizliği
Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir- 1	Tek başına veya çok az destekle işlerin üstesinden gelir- 1
Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir- 0	Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işlerin üstesinden gelir- 1
Hazır yemeği ısıtır ve sunar/ yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz- 0	Hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz- 1
Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır- 0	Tüm ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyar- 0

3.2.3 Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği

Nütrisyon durumlarının değerlendirilmesi amacıyla MNA-SF kullanıldı¹⁰⁷. MNA, Yaşlıların malnütrisyon durumlarının taranmasında geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Türkçe validasyonu Sarıkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹⁰⁸. MNA-SF gıda alımı, kilo kaybı, hareketlilik, psikolojik stres ve akut hastalık, depresyon ve demans ile ilgili 6 soruluk kısa bir ölçektir. 14 puan üzerinden

değerlendirilen ölçekten 12 ve üzeri puan alınması normal, 8-11 puan alınması malnütrisyon riski ve 0-7 puan alınması malnütrisyon olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda MNA- SF' den 11 puan ve altında alan hastalar malnütrisyonu mevcut olarak kabul edilmiştir. Ölçek Tablo 3.3' de gösterilmiştir.

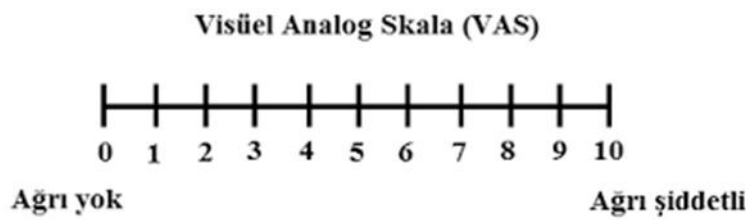
Tablo 3. 3 Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği- Kısa Formu

	0	1	2	3	puan
Vücut kitle indeksi	<19	19- 21	21- 23	>23	
Kilo kaybı (son 3 ayda)	>3 kg	Bilmiyor	1- 2 kg	yok	
Son 3 ayda psikososyal bir stres veya akut bir hastalık geçirdiniz mi?	Evet		Hayır		
Mobilite	Yatak ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı	Ev dışına çıkamıyor	Düzenli olarak dışarı çıkabiliyor		
Nöropsikolojik problemler	Ciddi demans veya depresyon	Hafif demans veya depresyon	Problem yok		
Son 3 ayda iştah kaybına bağlı gıda alımında azalma var mı? (sindirim, çiğneme veya yutma problemi)	Ciddi iştah kaybı var	Orta derecede iştah kaybı var	İştah iyi		

3.2.4 Vizüel Analog Skala

Ağrı şikayeti olan hastaların ağrılarının şiddeti Vizüel Analog Skala ile değerlendirilmiştir¹⁰⁹. Bu skalada, 'ağrı yok=0 puan' ve 'dayanılmayacak kadar kötü ağrı=10' puan olmak üzere kişilerden ağrılarına puan vermeleri istenmektedir. Ağrı şiddeti alınan puana göre belirlenmektedir. Skala puanı <3 ise hafif ağrı, 3-6 ise orta şiddette ağrı, >6 ise şiddetli ağrı olarak kabul edilmektedir. Skala Tablo 3.4'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 4 Vizüel Analog Skala



3.2.5 Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği

Uykusuzluk şiddetini değerlendirebilmek amacıyla, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olan ISI kullanıldı¹¹⁰. 2011 yılında Türkçe validasyonu Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹¹¹. Ölçekte değerlendirme yaptığımız parametreler; uykuya geçişte zorluklar, uykuyu sürdürme güçlükleri, çok erken uyanma, uyku paterninden alınan doyum, günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar, uyku kaynaklı bozulmaların fark edilebilirliği ve uyku sorununun neden olduğu stres düzeyidir. Yedi sorudan oluşan ölçek maddeleri 0-4 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-28 arasında değişmektedir. 8 puan ve üzeri insomnia olarak kabul edilmektedir. Toplam puan 8-14 arasında ise hafif düzeyde, 15-21 arasında ise orta düzeyde, 22-28 puan arasında ise şiddetli düzeyde insomnia varlığını göstermektedir. Ölçek Tablo 3.5' de gösterilmiştir. ^{109 109 109 109}

Tablo 3. 5 Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği

1- Lütfen su andaki (son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin / problemlerinizin şiddetini değerlendiriniz.				
1a-Uykuya dalmakta güçlük				
0- Hiç	1- Hafif	2- Orta	3- Şiddetli	4- Çok şiddetli
1b-Uykuyu sürdürmekte güçlük				
0- Hiç	1- Hafif	2- Orta	3- Şiddetli	4- Çok şiddetli
1c-Çok erken uyanma problemi				
0- Hiç	1- Hafif	2- Orta	3- Şiddetli	4- Çok şiddetli
2-Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/ memnuniyetsizsiniz?				
0- Çok memnun	1- Memnun	2- Nötr	3- Memnun değil	4- Hiç memnun değil
3-Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?				
0- Kesinlikle engelleyici değil	1- Biraz engelleyici	2- Oldukça engelleyici		
3- Çok engelleyici	4- Çok fazla engelleyici			
4-Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?				
0- Kesinlikle fark edilemez	1- Biraz fark edilebilir	2- Oldukça fark edilebilir		
3- Çok fark edilebilir	4- Çok fazla fark edilebilir			
5-Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?				
0- Kesinlikle endişelendirmiyor	1- Biraz endişelendiriyor	2- Oldukça endişelendiriyor		
3-Çok endişelendiriyor	4- Çok fazla endişelendiriyor			

3.2.6 Epworth Gündüz Uykululuk Ölçeği

Gündüz uykululuğu değerlendirmek için geçerlilik, güvenilirliği yüksek olan ve dünyada sık kullanılan ESS kullanıldı¹¹². ESS Murray Johns tarafından geliştirilmiş ve Türkçe validasyonu İzci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹¹³. Toplam 8 sorudan oluşan bir ölçektir. Bu ölçekte hastanın sıradan bir günde belli durumlarda uykuya dalma olasılığı sorgulanmaktadır. Tüm sorularda puanlama yöntemi aynıdır. Uykuya dalma olasılığı hastanın kendisi tarafından 0-3 puan verilecek şekilde değerlendirilmektedir. Uykuya dalma olasılığı hiç yoksa 0, uykuya dalması düşük olasılıklı ise 1, orta olasılıklı ise 2, yüksek olasılıkla ise 3 puan almaktadır. Toplam puan 10' un üzerindeyse gündüz artmış uykululuk hali olduğunu göstermektedir. Ölçek Tablo 3.6' da gösterilmiştir.

Tablo 3. 6 EPWORTH Gündüz Uykululuk Ölçeği

(uykuya dalma olasılığı 0: hiç yok, 1: düşük, 2:Orta, 3: yüksek)

Uykuya dalma olasılığı	Puan
Oturur durumda gazete veya kitap okurken	
Televizyon seyredirken	
Pasif olarak toplum içinde otururken (tiyatro ,toplantı...)	
Aralıksız bir saatlik araç yolculuğu yaparken	
Öğleden sonra uzanınca	
Alkolsüz bir öğle yemeğinden sonra otururken	
Birisi ile konuşurken	
Araç kullanırken birkaç dakika trafik durduğunda (kırmızı ışık, sıkışık trafik...)	

3.2.7 Geriatrik Depresyon Skalası

Geriatrik hastaları depresif duygu durum açısından değerlendirmek için geçerlilik ve güvenilirliği yüksek olan GDS kullanıldı. Ölçek Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir¹¹⁴. Türkçe validasyonu 1997 yılında Ertan T ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹⁰⁹. Ölçek, yanıtları evet veya hayır olan 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmektedir. Toplam puanın 0-10 puan arası olması normal, 11- 13 puan arası olması muhtemel depresyon, 14 puan ve üzerinde olması ise kesin depresyon olarak değerlendirilmektedir. Ölçek Tablo 3.7' de gösterilmiştir. Çalışmamızda GDS' den 14 puan ve üstünde alan hastalarda depresyon mevcut olarak kabul edilmiştir¹⁰⁹.

Tablo 3. 7 Geriatrik Depresyon Sklası

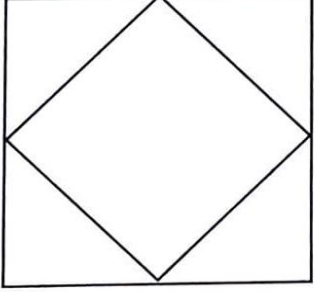
	Evvet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	☐	☐
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	☐	☐
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	☐	☐
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	☐	☐
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	☐	☐
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	☐	☐
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	☐	☐
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	☐	☐
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	☐	☐
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	☐	☐
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	☐	☐
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	☐	☐
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	☐	☐
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	☐	☐
22) Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	☐	☐
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseders misiniz?	☐	☐
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	☐	☐
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	☐	☐
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	☐	☐
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	☐	☐

3.2.8 Mini Mental Durum Değerlendirmesi

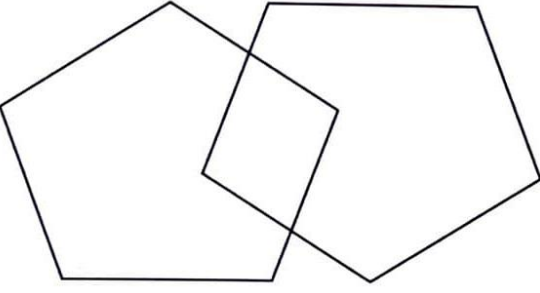
Tüm dünyada en yaygın kullanılan nöropsikolojik test MSSE (The Mini Mental State Exam) Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir¹¹⁵. MMSE; kognitif bozukluk taramasında kullanılan ve Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması olan bir ölçektir¹⁰⁹. Katılımcıların kognitif fonksiyonlarını değerlendirmek üzere MMSE testi uygulandı. Test, eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için farklı sorular içermektedir. 30 puan üzerinden değerlendirilen ölçekte 24 puanın altı kognitif bozukluk lehinedir. MMSE testi Tablo 3.8.1 ve 3.8.2 de gösterilmiştir.



Tablo 3. 8. 1 Mini Mental Durum Değerlendirmesi- eğitimsiz bireyler için

ORYANTASYON ZAMAN	
ZAMAN /5	MEKAN /5
☐ Yıl :	☐ Ülke :
☐ Ay :	☐ Kent :
☐ Şu anda günün hangi bölümü :	☐ Semt :
☐ Gün :	☐ Bina :
☐ Mevsim :	☐ Kat :
KAYIT /3	
Mavi ☐	Şahin ☐
Lale ☐	
DİKKAT /5	
Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (Örneğin PAZARDAN önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin. (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verir.	
☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	
HATIRLATMA /3	
Mavi ☐	Şahin ☐
Lale ☐	
DİL /8	
• Bu gördüğünüz nesnelerin adı nedir? (20 sn süre tanınır. Doğru işlem için 1 puan verilir.	
Kalem ☐	Saat ☐
• TEKRARLAMA	
"O gelmiş olsaydı ben giderdim" ya da	
"Eğer ve fakat, istemiyorum"	
• ANLAMA	
Kağıdı sağ/sol elinize alın ☐ ortadan ikiye katlayın ☐ ayağınızın dibine alın ☐	
• Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın; Doğru işlem için 1 puan verin)	
• Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)	
GÖRSEL MEKANSAL /1	

Tablo 3. 8. 2 Mini Mental Durum Değerlendirmesi- eğitilmiş bireyler için

ORYANTASYON ZAMAN		MEKAN	
ZAMAN			
☐ Yıl	:	☐ Ülke	:
☐ Ay	:	☐ Kent	:
☐ Şu anda günün hangi bölümü	:	☐ Semt	:
☐ Gün	:	☐ Bina	:
☐ Mevsim	:	☐ Kat	:
• KAYIT			
Mavi	☐	Şahin	☐
Lale	☐		
• DİKKAT			
100	☐	☐	☐
☐ A	☐ Y	☐ N	☐ Ü
HATIRLATMA			
Mavi	☐	Şahin	☐
Lale	☐		
DİL			
• ADLANDIRMA			
Kalem	☐	Saat	☐
• TEKRARLAMA			
"O gelmiş olsaydı ben de giderdim" ☐			
• ANLAMA			
Kağıdı sağ/sol elinize alın ☐ ortadan ikiye katlayın ☐ ayağınızın dibine bırakın ☐			
YAZI ☐			
OKUMA ☐ GÖZLERİNİZİ KAPATIN			
• GÖRSEL MEKANLAR			
KOPYA ☐			
			

3.2.9 Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form

Üriner inkontinans semptomlarının ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilebileceği, klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılabilecek kısa, basit ve güçlü bir değerlendirme anketi olan ICIQ-SF 2002 yılında Donovam JL ve ark.'ları tarafından geliştirilmiştir¹¹⁶. Türkçe validasyonu 2004 yılında Çetinel B ve ark.'ları tarafından yapılmıştır¹⁰⁹. Hastalarda inkontinansın miktarı, sıklığı, tipi ve idrar kaçırmının yaşam kalitesine etkisi ICIQ-SF ile değerlendirdi. Anketten alınan puan 0-21 arasında değişmektedir. Alınan puan arttıkça semptomların şiddeti artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir. Anket Tablo 3.9' da gösterilmiştir.

Tablo 3. 8 Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form

1) Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?
Hiçbir zaman-0 Haftada bir veya daha seyrek gibi-1 Haftada iki veya üç kez-2 Günde bir kez gibi-3 Günde birkaç kez-4 Her zaman-5
2) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz?
Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)
Hiç-0 Az miktarda-2 Orta derecede-4 Çok miktarda-6
3) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırmaya günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz?
Hiçbir zaman – idrar kaçırmıyorum.
Tuvalete yetişemedim idrar kaçıyorum.
Öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum.
Uyurken kaçıyorum.
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum.
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum.
Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum.
Her zaman kaçıyorum.

3.3 İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmanın istatistikleri SPSS 22.0 (IBM SPSS Inc Chicago, IL, ABS) programı kullanılarak yapıldı. Verilerinde sürekli değişkenler için min max ortalama ve standart sapma kategorik değişkenler için sayı ve yüzde

hesaplanmıştır. İnsomia olan ve olmayanlarda karşılaştırma yapıldı. Kategorik değişkenlerle karşılaştırma yaparken Ki-kare analizi kullanıldı. Ölçümle elde edilen değişkenlerinde dağılımın şekline bağlı olarak parametrik yöntem (yani ortalama ve standart sapma) (Student T Testi) ya da nonparametrik yöntem (medyan ve quartiller) (Mann Whitney U Testi) üzerinden analizleri yapıldı. $p<0.05$ olduğunda yani işaretlediğim sig value değeri istatistik ağıdan anlamlıdır.

3.4 Etik Onay

Çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 17.02.2021 tarihinde 153 numaralı karar ile etik ağıdan uygun bulunmuştur.



4.BULGULAR

Çalışmaya alınan 150 hastanın yaş ortalaması $72,4 \pm 8,4$ olup katılımcıların 80' i (%53,3) kadın, 70' i (%46,7) erkektir. Hastaların VKİ ortalaması $28,7 \pm 7,5$ olarak saptanmıştır. Hastaların mevcut kronik hastalık sayılarının ortalaması $3,05 \pm 1,8$ iken kullandıkları ilaç sayılarının ortalaması $5,23 \pm 2,99$ bulunmuştur. İç hastalıkları polikliniklerine başvuran yaşlı hastalardan oluşan hasta popülasyonunda en sık görülen kronik hastalık hipertansiyonken (88 hasta %65,3) iken ikinci sırada diyabetin (74 hasta, %49,3) ve üçüncü sırada aterosklerotik kalp hastalığının (48 hasta, %32,0) geldiği tespit edilmiştir. Daha sonra da benzer görülme oranları ile hiperlipidemi (30 hasta, %20) ve tiroid hastalıklarının (30 hasta, %20) gelmektedir. Tüm hastalara ait demografik veriler ve klinik özellikler tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4. 1 Tüm hastalara ait demografik veriler ve klinik özellikler

Değişken	Tüm hastalar (n=150)
Yaş (min-maks) ort±SD	(65-94) 72.4±8,4
Cinsiyet	n (%)
Kadın	80 (53,3)
Erkek	70 (46,7)
EğitimDurumu	n (%)
Okur yazar değil	31 (20,7)
Okur yazar	6 (4,0)
<5 yıl okuyan	11 (7,3)
5-8 yıl okuyan	51 (34,0)
9-11 yıl okuyan	23 (15,3)
>11 yıl okuyan	28 (18,7)
Kronik hastalık sayısı (min-maks) ort±SD	(0-8) 3,05±1,8
Kronik hastalıklar	n (%)
Hipertansiyon	98 (65,3)
Diyabet	74 (49,3)
Hiperlipidemi	30 (20)
Kronik böbrek hastalığı	27 (18)
Aterosklerotik kalp hastalığı	48 (32,0)
Konjestif kalp yetmezliği	18 (12,0)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı/ astım	16 (10,7)
Serebrovasküler hastalık	4 (2,7)
Malignite	15 (10)
Tiroid hastalıkları	30 (20)
Osteoporoz	6 (4)
Diğer hastalıklar	64 (42,7)
Kullanılan ilaç sayısı (min-maks) ort±SD	(0-14) 5,23±2,99
Vücut kitle indeksi (min-maks) ort±SD	(16,5-85,7) 28,7±7,5

Min- maks: Minimum- maksimum, Ort±SD: ortalama ± standart sapma

Kapsamlı geriatrik değerlendirme sonucunda katılımcıların Katz ADL ortalaması 5,1±1,3, Lawton-Brody IADL ortalaması 6,5±2,3, MNA-SF ortalaması 11,1±2,6, MMSE ortalaması 26,7±2,9, GDS ortalaması 9,7±7,7 bulunmuştur. 61 (%40,7) hastanın GDS ≥11 olup bu hastalarda depresyon mevcut olarak değerlendirilmiştir. 61 hastada (%40,7) üriner inkontinans şikâyeti tespit edilmiştir. İnkontinans şikâyeti olan hastaların ICIQ- SF ortalaması 5,16±1,2 bulunmuştur. 64 hasta (%42,7) son bir yıl içinde düşme öyküsü bildirmiştir. Düşme öyküsü olan hastaların son bir yıl içindeki düşme sayısı ortalaması 1,72±1,3 bulunmuştur. 125 hasta (%83,3) kronik ağrı şikâyeti bildirmiştir. Kronik ağrı şikâyeti olan hastaların VAS ortalaması 6,85±1,8 olarak hesaplanmıştır. 87 (%58) hastada polifarmasi olduğu görülmüştür. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Testlerinin Sonuçları Tablo 4.2' de sunulmuştur.

Tablo 4. 2 Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Testlerinin Sonuçları

Değişken	Tüm hastalar (n=150)
ADL (min-maks) ort±SD	(0-6) 5,1±1,3
IADL (min-maks) ort±SD	(0-8) 6,5±2,3
MNA-SF (min-maks) ort±SD	(1-14) 11,1±2,6
MMSE (min-maks) ort±SD	(18-30) 26,7±2,9
GDS (min-maks) ort±SD	(0-30) 9,7±7,7
Depresyonu olanlar n (%)	61 (40,7)
Üriner inkontinansı olanlar n(%)	61 (40,7)
Son bir yılda düşme öyküsü olanlar n(%)	64 (42,7)
Son bir yılda düşme sayısı (min-maks) ort±SD	(1-7) 1,7±1,3
Kronik ağrı şikayeti olanlar n(%)	125 (83,3)
Polifarmasisi olanlar n(%)	87 (58)

ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, IADL: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form, GDS: Geriatrik Depresyon Skalası, ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form

Katılımcılarda en sık görülen uyku bozuklukluğu insomnia olarak saptanmıştır. İnsomnia %68 (102 hasta), huzursuz bacak sendromu %26 (39 hasta), uyku ilişkili solunum bozukluğu %16 (24 hasta) ve REM uykusu davranış

bozukluğu %1,3 (2 hasta) oranında tespit edilmiştir. Herhangi bir uyku bozukluğu olanların oranının %77,3 (116 hasta) olduğu görülmüştür. Uyku bozukluğu olan hastaların %87,9' unda (102/116) insomnia olduğu saptanmıştır.

ISI ortalaması $12,5 \pm 8,0$ olarak hesaplanmıştır. İndeks puanına göre uykusuzluk şiddeti belirlenmiştir. ISI puanı 0-7 puan alan 48 hasta (%32) normal olarak kabul edilmiştir. ISI puanı 8-14 puan arasında olan 48 (48/102, %47) hastada hafif şiddette, 15-21 puan arasında olan 28 (28/102, %27,5) hastada orta şiddette ve 22-28 puan arasında olan 26 (26/102, %25,5) hastada şiddetli uyku bozukluğu olduğu görülmüştür. ESS ortalaması $7,0 \pm 5,0$ olarak kaydedilmiştir. 33 hasta (33/150, %22,0) bu ölçekten >10 puan almıştır. Uyku bozuklukları görülme oranları ve uyku ölçeklerinin sonuçları tablo 4.3' de sunulmuştur.

Tablo 4. 3 Uyku bozuklukları görülme oranları ve uyku ölçeklerinin sonuçları

	Tüm hastalar (n=150)
İnsomnia n (%)	102 (68,0)
Huzursuz bacak sendromu n (%)	39 (26,0)
Uyku ilişkili solunum bozukluğu n (%)	24 (16,0)
REM uykusu davranış bozukluğu n (%)	2 (1,3)
Herhangi bir uyku bozukluğu olanlar n (%)	116 (77,3)
Uykusuzluk şiddeti indeksi (ortalama) (min-maks) ort $\pm$ SD	(0-28) $12,5 \pm 8,0$
0-7 puan alanlar n (%)	48 (32,0)
8-14 puan alanlar n (%)	48 (32,0)
15-21 puan alanlar n (%)	28 (18,7)
22-28 puan alanlar n (%)	26 (17,3)
Epworth Gündüz Uykululuk Ölçeği (ortalama) (min-maks) ort $\pm$ SD	(0-24) $7,0 \pm 5,0$
>10 puan alanlar n (%)	33 (22,0)

Min- maks: Minimum- maksimum, Ort $\pm$ SD: ortalama $\pm$ standart sapma

ISI ölçeğinin sorularına verilen yanıtlar tek tek değerlendirilmiştir. Katılımcıların %34' ü uyku düzeninden memnun ya da çok memnun olduğunu beyan ederken %13,3' ü bu soruyu 'nötr' olarak yanıtlamış ve %52,7 'sinin ise

uyku düzeninden memnun olmadığı görülmüştür. 150 katılımcının 111'i (%74) uykuya dalmakta güçlük yaşadığını bildirmiştir ve bu şikâyeti olan hastaların 46' sının (46/111, %41,4) şikâyetinin şiddetli ya da çok şiddetli olduğunu tespit edilmiştir. Uykuyu sürdürmekte sorun yaşayan hastaların sayısı 133 olup (%87) bu hastaların 65' inin (65/133, %48,8) şikâyetinin şiddetli ya da çok şiddetli olduğu görülmüştür. 118 hasta da erken uyanma şikâyetinin olduğunu bildirmiş ve bu hastaların 54' ünün (54/118, %45,8) şikâyetinin şiddetli ya da çok şiddetli olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %77,3' ü uyku düzensizliğinin işlevselliğini az ya da çok etkilediğini beyan etmiştir. Uykusuzluk Şiddeti İndeksinin sorularına verilen yanıtlar Tablo 4.4' de sunulmuştur.



Tablo 4. 4 Uykusuzluk Şiddeti İndeksinin sorularına verilen yanıtlar

	Tüm hastalar (n=150)
Uykuya dalmakta güçlük	n (%)
Hiç	39 (26)
Hafif	30 (20)
Orta	35 (23,3)
Şiddetli	23 (15,3)
Çok şiddetli	23 (15,3)
Uykuyu sürdürmekte güçlük	n (%)
Hiç	17 (11,3)
Hafif	28 (18,7)
Orta	40 (26,7)
Şiddetli	36 (24)
Çok şiddetli	29 (19,3)
Çok erken uyanma problemi	n (%)
Hiç	32 (21,3)
Hafif	37 (24,7)
Orta	27 (18)
Şiddetli	31 (20,7)
Çok şiddetli	23 (15,3)
Uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz?	n (%)
Çok memnun	15 (10)
Memnun	36 (24)
Nötr	20 (13,3)
Memnun değil	34 (22,7)
Hiç memnun değil	45 (30)
Uyku probleminiz gün içindeki işlevselliğinizi ne kadar etkiliyor?	n (%)
Kesinlikle engelleyici değil	34 (22,7)
Biraz engelleyici	67 (44,7)
Oldukça engelleyici	18 (12)
Çok engelleyici	10 (6,7)
Çok fazla engelleyici	21 (14)
Uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edildiğini düşünüyorsunuz?	n (%)
Kesinlikle fark edilemez	43 (28,7)
Biraz fark edilebilir	56 (37,3)
Oldukça fark edilebilir	20 (13,3)
Çok fark edilebilir	7 (4,7)
Çok fazla fark edilebilir	24 (16)
Uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor?	n (%)
Kesinlikle endişelendirmiyor	48 (32)
Biraz endişelendiriyor	46 (30,7)
Oldukça endişelendiriyor	13 (8,7)
Çok endişelendiriyor	18 (12)
Çok fazla endişelendiriyor	25 (16,7)

Hastalar insomniası olanlar ve insomniası olmayanlar olarak gruplanmış ve iki grup demografik veriler ve klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Bulgular Tablo Tablo 4.5' de sunulmuştur. Kadınlarda insomnia görülme oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (erkeklerde %41,2 iken kadınlarda %58,8, $p=0,049$). İnsomniası olan hastaların ortalama kronik hastalık sayısı $3,3\pm1,6$ ve kullandıkları ortalama ilaç sayısı $5,7\pm2,8$ iken insomniası olmayan hastaların ortalama kronik hastalık sayısından $2,5\pm1,5$ ve kullandıkları ortalama ilaç sayısından $4,3\pm3,1$ bulunmuştur (sırası ile $p=0,003$, $p=0,008$). İnsomniası olan hastalarda konjestif kalp yetmezliği ($p=0,043$) ve kronik böbrek hastalığı insomniası olmayanlardan daha sık görülmektedir (sırası ile $p=0,043$, $p=0,035$).



Tablo 4. 5 İnsomniası olan ve olmayan hastaların demografik veriler ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması

	Tüm hastalar (n=150)		p değeri
	İnsomnia yok n=48	İnsomnia var n=102	
Yaş	72,4±6,3	72,4±6,5	0,968 ^b
Cinsiyet	n (%)	n (%)	
Kadın	20 (41,7)	60 (58,8)	0,049^b
Erkek	28 (58,3)	42 (41,2)	
EğitimDurumu	n (%)	n (%)	
Okur yazar değil	10 (20,8)	21 (20,6)	0,544 ^b
Okur yazar	2 (4,2)	4 (3,9)	
<5 yıl okuyan	4 (8,3)	7 (6,9)	
5-8 yıl okuyan	13 (27,1)	38 (37,3)	
9-11 yıl okuyan	6 (12,5)	17 (16,7)	
>11 yıl okuyan	13 (27,1)	15 (14,7)	
Kronik hastalık sayısı			
ort±SD	2,5±1,5	3,3±1,6	0,003**^a
Kronik hastalıklar	n (%)	n (%)	
Hipertansiyon	27 (56,3)	71 (69,6)	0,109 ^b
Diyabet	21 (43,8)	53 (52)	0,348 ^b
Aterosklerotik kalp hastalığı	15 (31,3)	33 (32,4)	0,893 ^b
Konjestif kalp yetmezliği	2 (4,2)	16 (15,7)	0,043*^b
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı/Astım	6 (12,5)	10 (9,8)	0,618 ^b
Serebrovasküler hastalık	1 (2,1)	3 (2,9)	0,756 ^b
Malignite	3 (6,3)	12 (11,8)	0,275 ^b
Hiperlipidemi	9 (18,8)	21 (20,6)	0,793 ^b
Kronik böbrek hastalığı	4 (8,3)	23 (22,5)	0,035*^b
Tiroid hastalıkları	6 (12,5)	24 (23,5)	0,115 ^b
Osteoporoz	1 (2,1)	5 (4,9)	0,385 ^b
Diğer	18 (37,5)	46 (45,1)	0,440 ^b
Kullanılan ilaç sayısı			
ort±SD	4,3±3,1	5,7±2,8	0,008**^a
VKİ	28,2±5,4	29,2±8,4	0,425 ^a

* p<0,05, **p<0,001, a: Bağımsız student t-test, b: Ki-kare ve Fisher exact test

İnsomniası olan ve olmayan hastalar diğer uyku bozuklukları açısından karşılaştırılmıştır. İnsomniası olan hasta grubunda diğer uyku bozuklukları daha yüksek oranda görülmekle birlikte aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamaktadır. İnsomniası olan hasta grubunda 29 (%28,4) hastada, insomniası olmayan hasta grubunda 10 (%20,8) hastada huzursuz bacak sendromu ($p=0,322$) olduğu görülmüştür. Uykuda solunum bozukluğu insomniası olan hasta grubunda 18 (%17,6) hastada varken insomniası olmayan hasta grubunda 6 (%12,5) hastada tespit edilmiştir ($p=0,472$). REM uykusu davranış bozukluğu ise insomniası olan hasta grubunda 2 (%2) hastada varken insomniası olmayan hasta grubunda hiç rastlanmamıştır ($p=0,212$). İnsomniası olan hastaların 26' sında (26/102, %25,5) ESS ölçek puanı >10 olup bu kişilerde gündüz artmış uykululuk hali varken insomniası olmayan hastaların 7' sinde (7/48, %14,6) gündüz artmış uykuluk hali saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamaktadır ($P=0,133$).

İnsomniası olan ve olmayan hastalar geriatrik sendromlar açısından karşılaştırılmış, bulgular Tablo 4.6' de sunulmuştur. İnsomniası olan hasta grubunda düşme, kronik ağrı, inkontinans, malnütrisyon, depresyon varlığı insomniası olmayan hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırası ile $p=0,038$, $p<0,001$, $p=0,020$, $p<0,001$, $p<0,001$). İnsomniası olan hasta grubunda son bir yıldaki düşme sayısı $1,86\pm1,5$ iken insomniası olmayan hasta grubunda $1,27\pm0,6$ olup daha düşüktür ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır ($p=0,133$). Polifarmasi görülme oranı da insomniası olan hastalarda daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamakla birlikte anlamlılık düzeyine oldukça yakındır ($p=0,062$).

İnsomniası olan ve olmayan hastalar kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri açısından karşılaştırılmış, bulgular Tablo 4.7 de sunulmuştur. İnsomniası olan hasta grubunda ESS, GDS ve Vizüel Ağrı Skalası ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek (sırasıyla $p=0,019$, $p<0,001$, $p<0,001$) iken MNA-SF, ADL, IADL ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$, $p<0,001$). MMSE ve ICIQSF ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,060$, $p=0,133$).

Tablo 4. 6 İnsomniası olan ve olmayan hastaların geriatrik sendromlar açısından karşılaştırılması

	Tüm hastalar (n=150)		p ^c
	insomnia yok n=48	insomnia var n=102	
Düşme öyküsü varlığı n (%)	15 (31,3)	49 (48,0)	0,038*
Kronik ağrı şikayeti varlığı n (%)	31 (64,6)	94 (92,2)	<0,001**
İnkontinans varlığı n (%)	13 (27,1)	48 (47,1)	0,020*
Malnütrisyon varlığı n (%)	8 (16,7)	46 (45,1)	<0,001**
Depresyon varlığı n (%)	5 (10,4)	56 (54,9)	<0,001**
Polifarmasi n(%)	23 (47,9)	64 (62,7)	0,062

* p<0,05, **p<0,001, c: Ki-kare ve Fisher exact test

Tablo 4. 7 İnsomniası olan ve olmayan hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri açısından karşılaştırılması

	Tüm hastalar (n=150)		p ^b
	İnsomnia yok n=48	İnsomnia var n=102	
	Med (%25-75)	Med (%25-75)	
ESS	5 (2,25-8)	7 (7-11)	0,019*
GDS	4 (2-7)	11,5 (6-18)	<0,001**
MMSE	28 (26-30)	27 (24-29)	0,060
Vizüel Ağrı Skalası	4,5 (2-6)	7 (6-8)	<0,001**
ICIQSF	4 (4-5)	5 (4-6)	0,133
MNA	13 (11,25-14)	11 (9-13)	<0,001**
ADL	6 (5-6)	5 (5-6)	0,001**
IADL	8 (8-8)	7 (5-8)	<0,001**

* p<0,05, **p<0,001, b: Mann whitney u test

ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, IADL: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form, GDS: Geriatrik Depresyon Skalası, ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form, ESS: Epworth Gündüz Uykululuk Ölçeği

Hastaların ISI skorları ile MNA-SF ($r=-,330$, $p<0,001$), ADL ($r=-,308$, $p<0,001$) ve IADL ($r=-,395$, $p<0,001$) değerleriyle negatif yönlü orta düzey; GDS ($r=,444$, $p<0,001$) değeri ile ise pozitif yönlü orta düzey, ESS ($r=,163$, $p=0,046$) değeri ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ISI skoru ile MMSE skorları arasındaki korelasyonun anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($r=-0,132$, $p=0,108$). ISI skoru ile yaş arasındaki korelasyonun da anlamlı düzeyde çıkmamıştır ($r=0,034$, $p=0,682$). Uykusuzluk şiddeti indeksi ile kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 4.8 de sunulmuştur.

Tablo 4. 8 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Testleri arasındaki Korelasyon İlişkisi

		MNA- SF	ADL	IADL	ESS	GDS	MMSE
Uykusuz	r	-,330**	-,308**	-,395**	,163*	,444**	-0,132
Şiddeti İndeksi	p	0,000	0,000	0,000	0,046	0,000	0,108
MNA- SF	r	1	,480**	,466**	-,189*	-,464**	,232**
	p		0,000	0,000	0,020	0,000	0,004
ADL	r		1	,741**	-,303**	-,427**	,330**
	p			0,000	0,000	0,000	0,000
IADL	r			1	-,304**	-,496**	,422**
	p				0,000	0,000	0,000
ESS	r				1	0,124	-0,087
	p					0,132	0,290
GDS	r					1	-,336**
	p						0,000

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, r: Pearson korelasyon test

ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, IADL: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form, GDS: Geriatrik Depresyon Skalası, ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form, ESS: Epworth Gündüz Uykululuk Ölçeği

5. TARTIŞMA

Uyku bozuklukları yaşlılarda oldukça sık görülen, yaşam kalitesini bozan, klinik ve psikolojik pek çok olumsuz sonuca yol açan ciddi bir sağlık sorunudur. Yaşlılarda en sık görülen uyku bozukluklarının başında da insomnia gelmektedir. Mersin Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda insomnia görülme oranını ve insomnia ile ilişkili durumları değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmamızda her üç yaşlıdan en az ikisinde herhangi bir uyku bozuklu ve her dört veya beş yaşlıdan birinde gündüz artmış uykuluk hali olduğu tespit edilmiştir. Uyku bozuklukları içinde en sık görülenin %68 oranı ile insomnia olduğu, insomnia ile kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı, geriatrik sendromlar arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır.

Literatürde yaşlılarda insomnia görülme oranı kullanılan tanım ve yönteme göre değişmekle birlikte sıklıkla %30-%60 arasında tespit edilmektedir¹¹⁷. Bonanni ve arkadaşları tarafından 65 yaş ve üzerindeki 1427 katılımcı ile İtalya’da yapılan toplum temelli bir çalışmada katılımcıların %44,2’ sinde insomnia saptanmıştır¹¹⁸. Ulusal Uyku Vakfı’nın 2003 yılında yaptığı Amerika Uyku anketinde, 65 ile 74 yaş arası yaşlıların %46’ sının, 75-84 yaş arası yaşlıların %50’ sinin en az bir insomnia semptomu gösterdiği tespit edilmiştir ¹¹⁹. Genel olarak yaşlı kadınlarda insomnia görülme oranlarının yaşlı erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir¹²⁰. Uran’ın ülkemizde yaptığı tez çalışmasında huzur evinde yaşayan 60 yaş üzerindeki erkeklerin % 51.7’ si, kadınların %62.7’ sinde insomnia tespit edilmiştir ¹²¹. Bizim çalışmamızda da yaşlı hastalarda insomnia görülme oranı literatüre göre biraz yüksek olup %68 bulunmuş ve literatürle uyumlu olarak kadınlarda insomnia görülme oranı erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Yaş ile insomnia arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda insomnia oranının literatürden biraz daha yüksek çıkmasının sebebi çalışma popülasyonunun iç hastalıklarına başvuran hastalardan oluşuyor olması olabilir. Hastaneye başvuran yaşlılarda medikal sorunların daha fazla olacağı gözönünde bulundurulursa bu sonuç oldukça beklendiktir. Çünkü yaşlılarda bazı komorbid hastalıkların insomniaya sebep olduğu bilinmektedir. Ek olarak, komorbiditesi fazla olan yaşlılarda insomnia oranları daha yüksek çıkmaktadır¹²². Sosyal ve arkadaşları da ayaktan

poliklinik hastaları ile (65 yaş ve üzeri 575 hasta, yaş ortalaması $73,1 \pm 7,7$) ülkemizde çalışma yapmış ve bu çalışmada da insomnia görülme oranı bizim çalışmamızdakine benzer olup %65,6 bulunmuştur¹²³.

Insomnia klinik bir tanıdır. Tanı koyma sürecinde iyi alınmış bir öykü oldukça yeterli olup validasyon çalışmaları yapılmış ölçeklerin kullanılması da tanıya gitmeyi kolaylaştırmakta ve tanı standardizasyonu sağlamaktadır. Çalışmamızda uykusuzluk tanısını koymak ve şiddetini belirlemek için ISI, gündüz uykuluk halini değerlendirmek için ESS kullanılmıştır. ISI puanına göre insomniası olan hastaların yarısından fazlasında orta veya şiddetli insomnia olduğu görülmüştür. Çalışmamızdakine benzer sonuçlar, toplumda yaşayan 420 yaşlı ile yapılan 'Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyinin Uykusuzluk Şiddetine Etkisi' adlı tez çalışmasında da ortaya konmuştur¹²⁴. Bu çalışmada yaşlıların %48,8' inde insomnia tespit edilmiş; insomnia tespit edilen yaşlıların yarısından fazlasında insomnianın orta ya da şiddetli düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan yaşlı hastaların %22' si ESS ölçeğinden 10 puanın üzerinde almıştır. Bu da gündüz artmış uykululuk halleri olduğunu göstermektedir. Çalışmamızla benzer şekilde, Lima ve arkadaşlarının Brezilya' da yaptığı ve 776 yaşlının katıldığı çalışmada katılımcıların %21' inde ESS ölçeği ile gündüz artmış uykululuk hali olduğu saptanmıştır¹²⁵. Gündüz uykululuk halinin artması da günlük yaşam aktivitelerini etkilemekte, düşme ve kazalara yol açmakta ve engelliliklere neden olabilmektedir.

Yaşlılarda insomnia ilişkili şikâyetlerden hangilerinin daha ön planda olduğunu anlamak için ISI ölçeğinin sorularına verilen yanıtlar tek tek değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede katılımcıların sadece üçte birinin uyku düzeninden memnun olduğu görülmüştür. Katılımcıların %74' ünün uykuya dalmakta, %88,7' sinin uykuyu sürdürmekte güçlük yaşadığı, %78,7' sinin çok erken uyanma sorunu olduğu, %77,3' ünün gün içindeki işlevselliğinin uykusuzluk şikâyetinden olumsuz etkilendiği, %71,3' ünün uykusuzluk şikâyetlerinin başkaları tarafından fark edildiğini düşündüğü ve %68' inin uykusuzluk şikâyetleri nedeni ile endişe yaşadığı tespit edilmiştir. Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde yaşlılarda önde gelen insomnia şikâyetlerinin başında %50-%70 arası değişen oranlarla 'uykuyu sürdürmekte zorluk' şikâyeti

gelmektedir¹²⁶. Uykuya dalma güçlük şikâyeti ise %35-%60 arasında değişmektedir.

Çalışmamızda insomniası olan hastalarda ortalama kronik hastalık sayısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun insomnianın sebebi olabileceği gibi sonucu da olabileceği düşünülmüştür. İnsomniası olan hastalarda özellikle konjestif kalp yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliği daha yüksek oranda tespit edilmiştir. Literatürde kalp yetmezliği hastalarında insomnia semptomları oldukça yaygın olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır. Norveç'te yapılan Nordtrondelag Health çalışmasında ise insomnia semptomları olan kişilerde kalp yetmezliği riski değerlendirilmiştir¹²⁷. Bahsi geçen çalışmada kalp yetmezliği olmayan 54279 kişi ortalama 11,3 yıl süreyle takip edilmiştir. İnsomnia semptomlarının sayısı arttıkça kalp yetmezliği riskinin de arttığı gösterilmiş ve insomnianın artmış kalp yetmezliği riski ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. İnsomnia semptomları kronik böbrek hastalarında da oldukça yaygındır. Kronik böbrek hastalarında metabolik değişiklikler, inflamasyon, uykuyu düzenleyen mekanizmalarda değişiklikler, kronik böbrek hastalığının semptomları ve komplikasyonları, komorbid durumlar, ilaçlar, renal replasman tedavileri gibi pek çok faktör uykuyu bozabilir^{128,129}. Ülkemizde bir tıp fakültesinde diyabet tanılı hastalarla yapılan çalışmada insomnia görülme oranı %43,2 iken hastaların yarısının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır¹³⁰. İnme, migren, endokrin bozuklukları (diyabet, hipotiroidizm, hipertiroidizm), kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, gastroözofageal reflü hipertansiyon gibi hastalıkların insomniaya yol açabildiği veya insomnia semptomlarını kötüleştirebildiğini gösteren yayınlar da vardır¹³¹. Diğer yandan insomnianın kendisinin de insülin direnci, koroner arter hastalıkları, bilişsel bozukluk gelişimine yol açabildiği de çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Çalışmamızda hipertansiyon, diyabet, aterosklerotik kalp hastalığı, obstrüktif akciğer hastalıkları, serebrovasküler olay, malignite gibi hastalıklar ile insomnia varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun sebebi, hasta sayımızın az olması olabileceği gibi spesifik hasta grupları ile direkt çalışılmamış olmamız da olabilir. Ayoub ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise toplumda yaşayan yaşlıların üçte birinde insomnia görüldüğü, kronik hastalık sayısının insomnia için bağımsız bir risk faktörü olduğu ve beş ve daha fazla hastalığa sahip olmanın insomnia riskini 7,25 kat artırdığı gösterilmiştir¹³².

Çalışmamızda insomniası olan hastalarda kullanılan ilaç sayısı ortalaması da insomniası olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu durum daha çok kronik hastalığı olanların daha çok ilaç kullanması ile ilişkili olabileceği gibi ilaç yan etkileri, ilaç- ilaç veya ilaç- hastalık etkileşimleri nedeniyle de olabilir. Bizim çalışmamızla benzer biçimde Hacettepe İç Hastalıkları Servis'lerinde yatan 101 hastada uyku durumunun, uykunun etkileştiği faktörlerin ve geriatrik sendromlara etkisinin incelendiği tez çalışmasında kullanılan ortalama ilaç sayısı insomniası olan hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ¹³³. Özellikle diüretikler ve inhaler ilaçlar ile insomnia arasında ilişki olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda insomnia ile pek çok geriatrik sendrom arasında ilişkili olduğu gösterilmiştir. İnsomniası olan hasta grubunda düşme, kronik ağrı, inkontinans, malnütrisyon, depresyon varlığı insomniası olmayan hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ek olarak, polifarmasi görülme oranı da insomniası olan hastalarda daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da anlamlılık düzeyine oldukça yakındır. İnsomnia ile geriatrik sendromlar arasında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda insomniası olan ve olmayan hastalar kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri açısından da karşılaştırılmıştır. İnsomniası olan hasta grubunda ESS, GDS ve Vizüel Ağrı Skalası ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek iken MNA-SF, ADL, IADL ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. İnsomnia şiddetinin göstergesi olan ISI ile kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri arasındaki korelasyon ilişkisi de değerlendirilmiştir. Hastaların ISI skorları arttıkça MNA-SF ve ADL ölçek puanlarının azaldığı, GDS ve ESS ölçek puanlarının ise arttığı tespit edilmiştir.

İnsomnianın ilişkili olduğu geriatrik sendromların başında depresyon gelmektedir. İnsomnianın dikkat dağınıklığı, hafıza problemleri, yaşamdan keyif alamama, depresyon gibi bilişsel ve psikolojik sonuçlarının olduğu artık bilinmektedir. İnsomnia, depresyona neden olduğu gibi depresyonun kendisi de insomniaya neden olabilmektedir^{134,135}. Çalışmamızda insomniası olan hastalarda GDS anlamlı düzeyde daha yüksek olup GDS puanı ile ISI skoru arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Kronik insomniası olan

hastalarda depresyon riskinin arttığını gösteren pek çok çalışma vardır^{136,137}. Gindin ve arkadaşlarının yedi Avrupa ülkesi ve İsrail olmak üzere sekiz ülkede huzurevinde yaşayan yaşlılarda insomnia ve insomnia ile korele durumları değerlendirmek amacıyla yaptığı kapsamlı çalışmada depresyon ve stresli yaşam olaylarının insomnia için bağımsız belirleyiciler olduğu gösterilmiştir¹³⁸. İnsomnia epidemiyolojisi ve insomnianın demografik ve klinik korelasyonlarını değerlendirmek amacıyla Miner ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada toplumda yaşayan ve ortalama yaşı 84,3 olan çalışma grubunda katılımcıların %43 ünde insomnia saptanmış (ortalama ISI skoru 12,3) ve çok değişkenli regresyon modelinde sadece depresif belirtiler ve huzursuz bacak sendromu ile insomnia arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da ISI skoru bu çalışma ile benzer olup $12,5 \pm 8,0$ bulunmuştur¹³⁹. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada insomniası olan hastaların %44'ünün 6 ay boyunca depresyonları devam ederken insomniası olmayanların sadece %16'sının depresyonu devam etmiştir¹⁴⁰. Ek olarak insomnianın intihar eğilimini artırdığını gösteren yayınlar da vardır¹⁴¹.

Çalışmamızda insomniası olan hastalarda son bir yılda düşme olayı yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Son bir yılda yaşanan düşme olayı sayısı da istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da insomniası olan hasta grubunda daha yüksek saptanmıştır. Yaşlılarda insomnia gündüz uyku hali, yorgunluk, dikkat dağınıklığı gibi durumlara yol açarak ya da insomnia tedavisi için kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı olarak düşme riskini artırabileceği gibi düşme sonrası oluşabilecek ağrı, mobilite kısıtlılığı, inkontinans, malnütrisyon, kaygı- depresyon gibi komplikasyonlar nedeniyle de insomnia ortaya çıkabilmektedir. 34163 huzurevi sakininin 5-7 ay süreyle takip edildiği bir çalışmada insomnianın gelecekteki düşme olayını öngördüğü ortaya konmuştur¹⁴².

Çalışmamızda insomniası olan hastalarda malnütrisyonun daha sık görüldüğü ve ISI puanı ile MNA-SF puanları arasında negatif korelasyon olduğu yani beslenme bozuldukça uykusuzluk şiddeti indeksinin de arttığı gözlenmiştir. Sosyal ve arkadaşlarının yaşlılarda beslenme durumu ile insomnia şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada orta/şiddetli uykusuzluk ile malnütrisyon varlığı ve malnütrisyon riski arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır¹²³. Malnütrisyon ile insomnia arasındaki

ilişkinin birkaç mekanizma ile açıklanabileceği üzerinde durulmuştur. Bunlardan ilki malnütrisyonun nörodejenerasyona ve beyaz cevher hasarına yol açarak beyin fonksiyonlarını bozabileceği şeklindedir. İkinci olarak melatonin salınımının diyetten etkileniyor olabileceği düşünülmüştür. Üçüncü olarak yetersiz beslenme durumunda beslenmeyi sağlamak üzere hipotalamustan oreksin salınımının artması ve bu sebeple kişinin daha uyanık hale gelmesi yönündedir. Son olarak da insomnianın kendisinin besin alımı ve beslenme alışkanlıklarını etkiliyor olabileceği üzerinde durulmuştur.

Çalışmamızda da insomniası olan hasta grubunda daha bağımlı olduklarını gösterir şekilde ADL ve IADL skorlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun pek çok sebebi olabilir. Genel olarak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı yaşlılar daha sedanter bir hayat sürmekte, kimi zaman da ev dışına hiç çıkamamaktadırlar. Dolayısıyla gün içindeki uyku-uyanıklık motivasyonları bozulmakta, gün ışığına maruziyetleri azalmakta, egzersizin uyku üzerine olumlu etkilerinden faydalanamamaktadırlar. Yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar hemen tüm geriatrik sendromlara neden olabileceği gibi pek çok geriatrik sendrom da (malnütrisyon, sarkopeni, frajilite, düşme, ağrı, depresyon, demans, deliryum, polifarmasi) günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilir. Yani kişinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığının artması birçok geriatrik sendroma da sahip olduğu anlamına gelmektedir. Dolayısıyla günlük yaşam aktiviteleri ve insomnia arasındaki ilişkide diğer geriatrik sendromların da rolü olduğu düşünülmüştür. Ülkemizde bir üniversite hastanede yatan yaşlı hastalarda insomniayı değerlendiren çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde Katz ADL ve Lawton-Brody IADL skorlarının hastaneye yatış sırasındaki uykusuzluğun bağımsız korelasyonlarından olduğu sonucuna varılmıştır¹³³. Li ve arkadaşları tarafında Çin’de yapılan, 2416 yaşlıyı katıldığı çalışmada uyku kalitesi değerlendirilmiş ve günlük aktivitelerinde bağımlı olan hasta grubunda uyku kalitesinin kötü olduğunu tespit etmişlerdir¹⁴³.

Çalışmamızda insomniası olan hasta grubunda inkontinans görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. İnkontinansın yol açtığı komplikasyonlar (enfeksiyon, düşme, depresyon gibi) nedeni ile insomnia görülebileceği gibi insomnia nedeni ile de (uyku ilacı kullanma, mobilite problemleri, düşme, depresyon gibi bir sorunlara yol açma)

inkontinans gelişebileceği düşünülmüştür. Araujo ve arkadaşlarının yaptığı geniş katımlı prospektif kohort çalışmasında uyku ile ilişkili sorunlar ile ürolojik semptomlar arasındaki çift yönlü bağlantı ortaya konmuştur¹⁴⁴. İlkhan ve Çelikhisar' ın ülkemizdeki dört huzurevinde kalan 65 yaş ve üzerindeki 1150 katılımcı ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %87' sinin gece uyandıkları ve en sık uyanma nedeninin de %60 oranı ile tuvalete gitme ihtiyacı olduğu belirlenmiştir¹⁴⁵.

Çalışmamızda insomniası olan hasta grubunda hem kronik ağrı şikâyeti varlığı hem de VAS sonuçları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda uyku bozukluğu olanların %67-88' inde kronik ağrı mevcuttur ve en sık teşhis edilen uyku bozukluğu olan insomnialı bireylerin en az %50' si kronik ağrıdan muztarıdır¹⁴⁶. İnsomnia, inflamatuvar süreçleri şiddetlendirebilir, endojen ağrı önleyici tepkileri azaltabilir, ruh halini bozabilir ve sonuç olarak hissedilen ağrıyı artırabilir. Bununla birlikte ağrı şikâyetinin kendisi insomnia için önemli bir risk oluşturur. Ağrı kişilerin uykuya dalmasını ve derin uyku uyumalarını engelleyerek uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Danimarka' da kronik ağrısı olan çok sayıda hasta ile yapılan bir çalışmada uyku bozukluğunun ağrı şiddeti, ağrıya bağlı engellilik ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir¹⁴⁷. Liu ve arkadaşlarının hastanede yatan yaşlı hastalarda insomnia görülme sıklığını ilişkili ve kapsamlı geriatrik değerlendirme tabanlı insomnia ilişkili klinik faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadın cinsiyet, depresyon ve kronik ağrının insomnianın bağımsız belirleyicileri olduğu sonucuna varılmıştır¹⁴⁸.

İnsomnia tedavi edilmediği takdirde önemli bir morbidite nedenidir. İnsomnia, geriatrik sendromlara ek olarak çeşitli hastalıklara yol açabileceği gibi mevcut hastalıkları da kötüleştirme potansiyeline sahiptir. Yapılan bir metaanalizde yaş ve diğer kardiyovasküler risklere göre ayarlama yapıldığında insomnia semptomlarının kalp hastalığı riskini 1,5-3,9 kat artırdığı saptanmıştır¹⁴⁹. Toplum temelli bir kohort çalışması olan Uyku- Kalp sağlığı Çalışması' nda günde beş saat ve daha az uyuyanlarda, yedi-sekiz saat uyuyanlara kıyasla diyabet riskinin iki buçuk kat daha fazla olduğu bildirilmiştir¹⁵⁰. Başka bir çalışmada da insomniası olanların metabolik sendrom açısından daha yüksek risk altında olduğu gösterilmiştir¹⁵¹. İnsomnianın prostat kanseri riskini artırdığını gösteren bir çalışma dahi vardır¹⁵². Uzun süreli

insomnia semptomlarının kognitif fonksiyon bozukluğu geliştirme riskinde artış ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur¹⁵³. Toplumda yaşayan yaşlılarda kötü uyku kalitesi ile kortikal atrofi arasında kesitsel bir ilişki gösterilmiştir¹⁵⁴.

Tayland’ da kentte yaşayan elli yaş ve üzerindeki 491 katılımcı ile yapılan çalışmada insomnia görülme oranı %60 bulunmuş ve insomnianın günlük yaşama etkileri değerlendirildiğinde insomnia ilişkili çıkan durumlar; tazelenmemiş hissetme, gün içi uykululuk, sedatif ilaç ihtiyacı, dikkat dağınıklığı ve depresyon olarak belirtilmiştir¹⁰. Insomnia iş görememezlik, hasta hissetme, iş performansında düşüş için de bağımsız bir risk faktörüdür¹⁵⁵. Hem yol açtığı sağlık sorunları hem de iş gücü kaybı gibi sebeplerle ülke ekonomisi için oldukça maliyetlidir¹⁵⁶.

Çalışmamız insomnianın yaşlı poliklinik hastalarında ne kadar yüksek oranda görüldüğünü ve diğer geriatrik sendromlarla karşılıklı ilişki halinde olduğunu göstermesi açısından oldukça değerlidir. Ek olarak çalışmamızda insomnia varlığını, gündüz uykululuk halini ve geriatrik sendromları tanımlamak için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ölçekler kullanılması da çalışmamızın değerini artırmaktadır. Diğer yandan çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan ilki çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için insomnia ile geriatrik sendromlar arasındaki ilişkinin yönü yani geriatrik sendromlar mı insomnia riskini artırıyor yoksa insomnia mı geriatrik sendromların görülme ihtimalini artırıyor bilinmemektedir. Bununla birlikte aralarındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir. İkinci olarak çalışmamızda insomnia tanısı için sadece ISI ölçeği kullanılmış, aktigrafi gibi objektif ölçümler kullanılmamıştır.

Çalışmamızda yaşlılarda en sık görülen uyku bozukluğunun insomnia olduğu ve insomnia ile geriatrik sendromlar arasında yakın ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Geriatrik sendromlar ile insomnia arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir. Klinik pratikte hastaların muayenesi sırasında sıklıkla diğer medikal problemlere odaklanılmakta ve uyku sorunlarına yeteri kadar önem verilmemektedir. Insomnia sık görülmesi ve kişinin yaşam kalitesini bozmasının yanı sıra sebep olduğu geriatrik sendromlar nedeniyle de oldukça önemlidir. Geriatrik sendromların önlenmesi veya erken tanı ve tedavisi ile insomnia görülme oranlarını azaltmak mümkün olabilir. Diğer yandan

insomnianın önlenmesi veya etkin tedavisi ile başka geriatrik sendromların ortaya çıkmasının önüne geçilebilir. İnsomnianın yaygınlığı ve neden olduğu ciddi olumsuz sonuçlar göz önünde bulundurularak tüm yaşlı hastalar insomnia varlığı ve uykuyu bozan faktörler açısından dikkatlice sorgulanmalıdır.



6-SONUÇ ve ÖNERİLER

- Dünya çapında doğum ve ölüm oranlarının azalması, sağlık hizmetlerinin iyileşmesi ile dünya nüfusunun yaş ortalaması ve yaşlı nüfus oranları giderek artmaktadır. Yaşlanma ile beraber sıklığı artan geriatrik sendromlar yaşlılarda morbidite, bağımlılık, hospitalizasyon, kuruma yerleştirilme, mortalite oranlarında artışla direkt ilişkilidir.
- Uyku bozuklukları da yaşlılarda sık görülen geriatrik sendromlar arasındadır. Uykunun tüm yaşlılarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olduğu, uyku niceliğinde ve niteliğindeki bozulmanın birçok olumsuz tıbbi durum ile tek veya çift yönlü ilişki içinde olduğu bilinmektedir.
- Yaşlılarda insomnia en sık görülen uyku bozukluklarından olup görülme sıklığı %30-%65 arasında geniş bir yelpazede değişmektedir. Yaşlılardaki uyku bozuklukları multifaktöriyeldir. Yaşlanmayla birlikte uyku- uyanıklık döngüsünde ve uyku mimarisinde meydana gelen değişikliklere ek olarak tıbbi sorunlar, uygulanan tedaviler, sosyal, çevresel ve davranışsal faktörler de insomnia gelişim sürecine katkıda bulunabilir.
- Klinik pratikte hastaların muayenesi sırasında sıklıkla diğer medikal problemlere odaklanılmakta ve uyku sorunlarına yeteri kadar önem verilmemektedir. İnsomnia klinik bir tanıdır. Tıbbi değerlendirme sırasında hasta uyku bozuklukları açısından detaylıca sorgulanmalıdır. İnsomnia değerlendirmesinde validasyon çalışması yapılmış çeşitli ölçekler de kullanılabilmektedir. ISI da bu amaçla kullanılan ölçeklerin başında gelmektedir. Objektif ölçeklerin kullanılması tanıya gitmeyi kolaylaştıracaktır. Uyku değerlendirilmesinde kullanılacak ölçekler sayesinde hastanın uykusunun hangi aşamasında problem yaşadığını saptamak da mümkün olmaktadır. Bu ölçekler tedavinin sonuçlarının izlenmesi sırasında da kullanılabilmektedir.
- İnsomnia pek çok olumsuz tıbbi, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuca yol açmaktadır. Malnütrisyon, üriner inkontinans, ağrı, depresyon gibi önlenabilir geriatrik sendromların insomnia hastalarında daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu geriatrik sendromların önlenmesi veya erken tanı ve tedavisi ile insomnia görülme oranlarını azaltmak mümkün olabilir.

Diğer yandan insomnianın önlenmesi veya etkin tedavisi ile başka geriatrik sendromların ortaya çıkmasının önüne geçilebilir.

- İnsomnianın yaygınlığı ve neden olduğu ciddi olumsuz sonuçlar göz önünde bulundurularak tüm yaşlı hastalar insomnia varlığı ve uykuyu bozan faktörler açısından dikkatlice sorgulanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Group Whos. Psychogeriatrics: report of a who scientific group: Who; 1972.
2. Aging Wsgoteo. The Uses Of Epidemiology in The Study of The Elderly: World Health Organization; 1984.
3. Demirel A, Oz M, Ulger O. The effect of minimal invasive techniques and physiotherapy on pain and disability in elderly: a retrospective study. Journal of back and musculoskeletal rehabilitation. 2019;32(1):63-70.
4. Kurumu Ti. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. 2021; <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=elderly-statistics-2020-37227>. accessed 12.09.2021, 2021.
5. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2020.
6. Önal AE, Şeker Ş, Temizkan N, et al. Yaşlılıkta Uyku Sorunları ve İlgili Faktörler:+ 65 Aktif Yaşlanma Projesi Sonuçları. Türk Geriatri Dergisi. 2012;15(4):390-395.
7. Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. Psychogeriatrics. 2018;18(3):155-165.
8. Timur S, Sahin Nh. Effects of sleep disturbance on the quality of life of turkish menopausal women: a population-based study. Maturitas. 2009;64(3):177-181.
9. Espiritu JRD. Aging-Related Sleep Changes. Clinics in geriatric Medicine. 2008;24(1):1-14.
10. Manjavong M, Limpawattana P, Mairiang P, Anutrakulchai S. Prevalence of insomnia and related impact: an analysis from a university community. The international journal of psychiatry in medicine. 2016;51(6):544-553.
11. Emrah İ, Tunca R. Yaşlanmanın Biyolojisi. Animal Health Production And Hygiene.5(2):467-471.
12. Dziechciaz M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2014;21(4).
13. Bankdata TW. 2019; <https://data.worldbank.org/indicator>
14. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. Medical Clinics. 2015;99(2):263-279.

15. Durham RH. Encyclopedia of Medical Syndromes. New York, Paul B. Hoeber: Inc; 1960.
16. Flacker JM. What is a geriatric syndrome anyway? Journal of the American Geriatrics Society. 2003;51(4):574-576.
17. Rikkert MO, Rigaud A, Van Hoeyweghen R, De Graaf J. Geriatric Syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? Neth J Med. 2003;61(3):83-87.
18. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence: unifying the approach to geriatric syndromes. Jama. 1995;273(17):1348-1353.
19. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept: (See Editorial Comments by Dr. William Hazzard on pp 794–796). Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55(5):780-791.
20. Cesari M, Marzetti E, Canevelli M, Guaraldi G. Geriatric Syndromes: How To Treat. Virulence. 2017;8(5):577-585.
21. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Et Al. ESPEN Guideline On Clinical Nutrition And Hydration In Geriatrics. Clinical Nutrition. 2019;38(1):10-47.
22. Corish CA, Bardon LA. Malnutrition in older adults: Screening and determinants. Proceedings of the Nutrition Society. 2019;78(3):372-379.
23. Von Haehling S. Muscle wasting and sarcopenia in heart failure: a brief overview of the current literature. ESC heart failure. 2018;5(6):1074.
24. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and ageing. 2019;48(1):16-31.
25. Milte R, Crotty M. Musculoskeletal health, frailty and functional decline. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2014;28(3):395-410.
26. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54(6):991-1001.

27. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):1-10.
28. Stevenson JM, Davies JG, Martin FC. Medication-related harm: a geriatric syndrome. *Age and ageing*. 2020;49(1):7-11.
29. Tulek Z, Baykal D, Erturk S, Bilgic B, Hanagasi H, Gurvit IH. Caregiver burden, quality of life and related factors in family caregivers of dementia patients in Turkey. *Issues in mental health nursing*. 2020;41(8):741-749.
30. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The lancet*. 2005;366(9503):2112-2117.
31. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the elderly. *Clinics in geriatric medicine*. 2020;36(2):183-199.
32. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, et al. Delirium (Primer). *Nature Reviews: Disease Primers*. 2020;6(1).
33. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The lancet*. 2005;365(9475):1961-1970.
34. Casey DA. Depression in older adults: a treatable medical condition. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2017;44(3):499-510.
35. Bicket MC, Mao J. Chronic pain in older adults. *Anesthesiology clinics*. 2015;33(3):577-590.
36. Phongtankuel V, Amorapanth PX, Siegler EL. Pain in the geriatric patient with advanced chronic disease. *Clinics in geriatric medicine*. 2016;32(4):651-661.
37. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *J Am Acad Dermatol*. Oct 2019;81(4):881-890.
38. Jaul E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging*. Apr 1 2010;27(4):311-325.
39. Irwin GM. Urinary Incontinence. *Prim Care*. Jun 2019;46(2):233-242.
40. Searcy JAR. Geriatric Urinary Incontinence. *Nurs Clin North Am*. Sep 2017;52(3):447-455.
41. Bhattacharya B, Maung A, Schuster K, Davis KA. The older they are the harder they fall: Injury patterns and outcomes by age after ground level falls. *Injury*. Sep 2016;47(9):1955-1959.

42. Organization WH, Ageing WHO, Unit LC. WHO global report on falls prevention in older age: World Health Organization; 2008.
43. Hefny AF, Abbas AK, Abu-Zidan FM. Geriatric fall-related injuries. *Afr Health Sci.* Jun 2016;16(2):554-559.
44. Miner B, Kryger MH. Sleep in the Aging Population. *Sleep Med Clin.* Mar 2017;12(1):31-38.
45. Frohnhofen H, Popp R, Stieglitz S, Netzer N, Danker-Hopfe H. Assessment of sleep and sleep disorders in geriatric patients. *Z Gerontol Geriatr.* Mar 2020;53(2):100-104.
46. Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age Ageing.* Jul 1 2019;48(4):498-505.
47. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* Jul 6 2011(7):Cd006211.
48. Parker SG, mccue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing.* Jan 1 2018;47(1):149-155.
49. Doğu BB, Dikmeer A. Geriatri-Yaşlı Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara Hipokrat Yayınevi; 2021.
50. Güler Ö, Selvi Y, Alınbaş K, Aydın M. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2019.
51. Karakaş S, İrkeç C. Kognitif nörobilimler: MN Medikal & Nobel; 2008.
52. Panel CC, Watson NF, Badr MS, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2015;11(6):591-592.
53. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations. *Sleep health.* 2015;1(4):233-243.
54. Colten HR, Altevogt BM. Sleep physiology. Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem: National Academies Press (US); 2006.
55. Berry RB, Budhiraja R, Gottlieb DJ, et al. Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM manual for the scoring of

- sleep and associated events: deliberations of the sleep apnea definitions task force of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of clinical sleep medicine*. 2012;8(5):597-619.
56. Patel AK, Reddy V, Araujo JF. Physiology, sleep stages. Statpearls [Internet]. 2021.
 57. Gais S, Mölle M, Helms K, Born J. Learning-dependent increases in sleep spindle density. *Journal of Neuroscience*. 2002;22(15):6830-6834.
 58. Bader G, Gillberg C, Johnson M, Kadesjo B, Rasmussen P. Activity and sleep in children with ADHD. Paper presented at: Sleep2003.
 59. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. *Principles and practice of sleep medicine*. 2005;4(1):13-23.
 60. Gillette M, Abbott S. Sleep research society. SRS Basics of Sleep Guide. Westchester, IL: Sleep Research Society. 2005:131-138.
 61. Colton H, Altevogt B. Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. Washington (DC): Nat'l Acad Press. 2006;1:19-22.
 62. Porkka-Heiskanen T, Strecker RE, Thakkar M, Bjørkum AA, Greene RW, mccarley RW. Adenosine: a mediator of the sleep-inducing effects of prolonged wakefulness. *Science*. 1997;276(5316):1265-1268.
 63. Mignot E, Taheri S, Nishino S. Sleeping with the hypothalamus: emerging therapeutic targets for sleep disorders. *Nature neuroscience*. 2002;5(11):1071-1075.
 64. Dijk D-J, Czeisler CA. Paradoxical timing of the circadian rhythm of sleep propensity serves to consolidate sleep and wakefulness in humans. *Neuroscience letters*. 1994;166(1):63-68.
 65. Abrahamson E, Leak R, Moore R. The suprachiasmatic nucleus projects to posterior hypothalamic arousal systems. *Neuroreport*. 2001;12(2):435-440.
 66. Fuller PM, Gooley JJ, Saper CB. Neurobiology of the sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation, and regulatory feedback. *Journal of biological rhythms*. 2006;21(6):482-493.
 67. Altevogt BM, Colten HR. Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. 2006.

68. Maquet P, Degueldre C, Delfiore G, et al. Functional neuroanatomy of human slow wave sleep. *Journal of Neuroscience*. 1997;17(8):2807-2812.
69. Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. *Diabetes Spectrum*. 2016;29(1):5-9.
70. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and Practice of sleep medicine fifth edition: Elsevier; 2010.
71. Zee PC, Manthena P. The brain's master circadian clock: implications and opportunities for therapy of sleep disorders. *Sleep medicine reviews*. 2007;11(1):59-70.
72. Martin J, Shochat T, Ancoli-Israel S. Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clinical Psychology Review*. 2000;20(6):783-805.
73. Özgür G, Baysan L. Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2005;21(2):97-105.
74. Akkuş Y, Kapucu S. Yaşlı Bireylerde uyku sorunları [Elderly Individuals with sleep problems]. *İç Hastalıkları Dergisi [Journal of Internal Medicine]*. 2008;15(3):131-135.
75. Sateia MJ. International Classification Of Sleep Disorders. *Chest*. 2014;146(5):1387-1394.
76. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013;55(3):220.
77. Suni E. How much sleep do we really need. *Sleepfoundation. Org* (updated July 31, 2020): <https://www.sleepfoundation.org/articles/how-much-sleep-do-we-really-need>. 2020.
78. Ursavaş A. Yeni Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-3) uykuda solunum bozukluklarında neler değişti. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2014;2(2):139-151.
79. Pınar U. Pandemi ve İnsomni. *Eskisehir Medical Journal*. 1(1):5-9.
80. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
81. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in

- adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2017;13(2):307-349.
- 82.** Dibonaventura M, Richard L, Kumar M, Forsythe A, Flores NM, Moline M. The association between insomnia and insomnia treatment side effects on health status, work productivity, and healthcare resource use. *Plos One*. 2015;10(10):e0137117.
- 83.** Medicine aaos. The International Classification of Sleep Disorders:(ICSD-3): American Academy of Sleep Medicine; 2014.
- 84.** Yılmaz H, Tuncel D, Aksu M, et al. Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. 2014.
- 85.** Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2002;165(9):1217-1239.
- 86.** Ancoli-Israel S, Ancoli-Israel S, Kripke DF, et al. Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep*. 1991;14(6):486-495.
- 87.** Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepsy with cataplexy. *The Lancet*. 2007;369(9560):499-511.
- 88.** Burgess CR, Scammell TE. Narcolepsy: neural mechanisms of sleepiness and cataplexy. *Journal of Neuroscience*. 2012;32(36):12305-12311.
- 89.** Öztürk Mo, Uluşahin Na. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara2016.
- 90.** Matwiyoff G, Lee-Chiong T. Parasomnias: an overview. *Indian Journal of Medical Research*. 2010;131(2).
- 91.** Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları: Sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2018;27(2):241-260.
- 92.** Sharpless BA. A clinician's guide to recurrent isolated sleep paralysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:1761.
- 93.** Committee sop, Aurora RN, Zak RS, et al. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of clinical sleep medicine*. 2010;6(4):389-401.
- 94.** Sharpless BA. Exploding head syndrome. *Sleep medicine reviews*. 2014;18(6):489-493.

95. Özgüvenç B. Uyku bozukluğu kliniğine başvuran parasomnia teşhisi almış bireylerin parasomnia algıları ve bu algının depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisi, İstanbul Arel Üniversitesi; 2016.
96. Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):687-701.
97. Kaynak DK. Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu. *Archives of Neuropsychiatry*. 2007;44:95-100.
98. Ertuğrul E, Hanoğlu L. Uykuda hareket bozuklukları ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2013;6(3):53-59.
99. Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep medicine*. 2004;5(3):237-246.
100. Rothdach A, Trenkwalder C, Habersack J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of RLS in an elderly population: the MEMO study. *Neurology*. 2000;54(5):1064-1068.
101. Guaita M, Högl B. Current treatments of bruxism. *Current treatment options in neurology*. 2016;18(2):1-15.
102. Eren S, Arıkan HK, Tamam C, Kasapoğlu Ç. Bruksizm ve güncel tedavi yaklaşımları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2015;25(2):241-258.
103. Shelkey M, Wallace M. Katz index of independence in activities of daily living. Vol 25: SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1999:8-9.
104. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2015;61(3):344-350.
105. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*. 1969;9(3_Part_1):179-186.
106. Isik EI, Yilmaz S, Uysal I, Basar S. Adaptation of the Lawton instrumental activities of daily living scale to Turkish: validity and reliability study. *Annals of geriatric medicine and research*. 2020;24(1):35.
107. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-

- nutritional assessment (MNA-SF). The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2001;56(6):M366-M372.
- 108.** Sarikaya D, Halil M, Kuyumcu ME, et al. Mini nutritional assessment test long and short form are valid screening tools in Turkish older adults. Archives of gerontology and geriatrics. 2015;61(1):56-60.
- 109.** Işık AT, Soysal P. Geriatri Pratiğinde Ölçekler. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2016.
- 110.** Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep medicine. 2001;2(4):297-307.
- 111.** Boysan M, Gulec M, Besiroglu L, Kalafat T. Psychometric properties of the Insomnia Severity Index in Turkish sample. Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry. 2010;11(3).
- 112.** Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep. Dec 1991;14(6):540-545.
- 113.** Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altinors M, Karacan I. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. Sleep Breath. May 2008;12(2):161-168.
- 114.** Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research. 1982;17(1):37-49.
- 115.** Babacan-Yıldız G, Ur-Özçelik E, Kolukısa M, et al. [Validity and Reliability Studies of Modified Mini Mental State Examination (MMSE-E) For Turkish Illiterate Patients With Diagnosis of Alzheimer Disease]. Turk Psikiyatri Derg. Spring 2016;27(1):41-46.
- 116.** Ibinaeva IS, Apolikhina IA, Makhmedzhanova FN, Muslimova SZ. [ICIQ-SF questionnaire in women with urinary incontinence]. Urologiia. Jan-Feb 2012(1):38-42.
- 117.** Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. Neuropsychology review. 2011;21(1):41-53.
- 118.** Bonanni E, Tognoni G, Maestri M, et al. Sleep disturbances in elderly subjects: an epidemiological survey in an Italian district. Acta Neurologica Scandinavica. 2010;122(6):389-397.

119. Foundation NS. Sleep in America poll: National Sleep Foundation Washington, DC; 2006.
120. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep medicine reviews. 2002;6(2):97-111.
121. Uran G. Kırsal Kesimde Evde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi İle Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksel Lisans Tezi, Ankara,(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Işıl Maral). 2001.
122. Hillman DR, Murphy AS, Antic R, Pezzullo L. The economic cost of sleep disorders. Sleep. 2006;29(3):299-305.
123. Soysal P, Smith L, Dokuzlar O, Isik AT. Relationship Between Nutritional Status and Insomnia Severity in Older Adults. J Am Med Dir Assoc. Dec 2019;20(12):1593-1598.
124. Şahin S. Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyinin uykusuzluk şiddetine etkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
125. Lima CA, Soares wjds, Bilton TL, Dias RC, Ferrioll E, Perracini MR. Correlates of excessive daytime sleepiness in community-dwelling older adults: an exploratory study. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2015;18:607-617.
126. Buysse DJ. Insomnia. Jama. Feb 20 2013;309(7):706-716.
127. Laugsand LE, Strand LB, Platou C, Vatten LJ, Janszky I. Insomnia and the risk of incident heart failure: a population study. European heart journal. 2014;35(21):1382-1393.
128. Lindner AV, Novak M, Bohra M, Mucsi I. Insomnia in patients with chronic kidney disease. Paper presented at: Seminars in nephrology2015.
129. Hanly P. Sleep disorders and end-stage renal disease. Current opinion in pulmonary medicine. 2008;14(6):543-550.
130. Yildiz B, Haliloglu Ö, Baran E, et al. Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında İnsomni Varlığının ve İlişkili Faktorlerin İncelenmesi/Insomnia and Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Turkish Sleep Medicine. 2020;7(3):106-112.

- 131.** Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(6):1017-1024.
- 132.** Ayoub AI, Attia M, El Kady HM, Ashour A. Insomnia among community dwelling elderly in Alexandria, Egypt. *The Journal of The Egyptian Public Health Association*. 2014;89(3):136-142.
- 133.** Azizoğlu Şen İ, Özsürekci C, Balcı C, et al. Sleep quality and sleep-disturbing factors of geriatric inpatients. *European geriatric medicine*. 2021;12(1):133-141.
- 134.** Beaudreau SA, Spira AP, Stewart A, et al. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Epworth Sleepiness Scale in older black and white women. *Sleep medicine*. 2012;13(1):36-42.
- 135.** Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(4):443-449.
- 136.** Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM, et al. Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral sleep medicine*. 2006;4(2):104-113.
- 137.** Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*. 2003;160(6):1147-1156.
- 138.** Gindin J, Shochat T, Chetrit A, et al. Insomnia in long-term care facilities: a comparison of seven european countries and Israel: the services and health for elderly in long term care study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(11):2033-2039.
- 139.** Miner B, Gill TM, Yaggi HK, et al. Insomnia in community-living persons with advanced age. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(8):1592-1597.
- 140.** Pigeon WR, Hegel M, Unützer J, et al. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep*. 2008;31(4):481-488.
- 141.** Pigeon WR, Piquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(9):11734.

- 142.** Avidan AY, Fries BE, James ML, Szafara KL, Wright GT, Chervin RD. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(6):955-962.
- 143.** Li J, Yao Y-s, Dong Q, et al. Characterization and factors associated with sleep quality among rural elderly in China. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2013;56(1):237-243.
- 144.** Araujo AB, Yaggi HK, Yang M, mcvary KT, Fang SC, Bliwise DL. Sleep related problems and urological symptoms: testing the hypothesis of bidirectionality in a longitudinal, population based study. *The Journal of urology*. 2014;191(1):100-106.
- 145.** Dasdemir Ilkhan G, Celikhisar H. The effect of incontinence on sleep quality in the elderly. *International journal of clinical practice*. 2021;75(5):e13965.
- 146.** Finan PH, Goodin BR, Smith MT. The association of sleep and pain: an update and a path forward. *The journal of pain*. 2013;14(12):1539-1552.
- 147.** Vaegter HB, Høybye MT, Bergen FH, Parsons CE. Sleep disturbance in patients attending specialized chronic pain clinics in Denmark: a longitudinal study examining the relationship between sleep and pain outcomes. *Scand J Pain*. Jul 27 2021;21(3):539-547.
- 148.** Liu R, Shao W, Lai JKL, Zhou L, Ren M, Sun N. Identification of comprehensive geriatric assessment-based risk factors for insomnia in elderly Chinese hospitalized patients. *Aging Medicine*. 2021;4(1):26-34.
- 149.** Schwartz S, Anderson WM, Cole SR, Cornoni-Huntley J, Hays JC, Blazer D. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. *Journal of psychosomatic research*. 1999;47(4):313-333.
- 150.** Gottlieb DJ, Punjabi NM, Newman AB, et al. Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Archives of internal medicine*. 2005;165(8):863-867.
- 151.** Troxel WM, Buysse DJ, Matthews KA, et al. Sleep symptoms predict the development of the metabolic syndrome. *Sleep*. 2010;33(12):1633-1640.
- 152.** Sigurdardottir LG, Valdimarsdottir UA, Mucci LA, et al. Sleep disruption among older men and risk of prostate cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2013;22(5):872-879.

- 153.** Yaffe K, Falvey CM, Hoang T. Connections between sleep and cognition in older adults. *The Lancet Neurology*. 2014;13(10):1017-1028.
- 154.** Sexton CE, Storsve AB, Walhovd KB, Johansen-Berg H, Fjell AM. Poor sleep quality is associated with increased cortical atrophy in community-dwelling adults. *Neurology*. 2014;83(11):967-973.
- 155.** Kucharczyk ER, Morgan K, Hall AP. The occupational impact of sleep quality and insomnia symptoms. *Sleep medicine reviews*. 2012;16(6):547-559.
- 156.** Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep medicine reviews*. 2010;14(6):379-389.



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Katz ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Lawton-Brody IADL: Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası

MNA- SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form

GDS: Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası

ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form

VAS: Vizüel Analog Skala

ISI: Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği

ESS: EPWORTH Gündüz Uykululuk Ölçeği

MMSE: Mini Mental Durum Testi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5

ICSD-3: Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması-3

ICD-10: Uluslararası hastalık sınıflaması-10

EWGSOP2: Avrupa Yaşlılarda Sarkopeni Çalışma Grubu 2

SARC-F: Basit Sarkopeni Sorgulama Formu

EEG: Elektroensefalografi

AASM: Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi

ERSR: Uyku Araştırmaları Derneği

NON-REM: Hızlı olmayan göz hareketleri

REM: hızlı göz hareketleri

SKN: Suprakiyazmatik nükleustur

VPLO: Ventrolateral preoptik nükleusun

OUAS: Obstrüktif uyku apne sendromu

OHS: Obezite hipoventilasyon sendromunun

VKI: Vücut kitle indeksi

Kg/m²: kilogram bölü mertrekare

Maks: Maksimum

Min: Minimum

Ort±SD: ortalama ± standart sapma



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3. 1 Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	35
Tablo 3. 2 Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	36
Tablo 3. 3 Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği- Kısa Formu.....	37
Tablo 3. 4 Vizüel Analog Skala	37
Tablo 3. 5 Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği.....	38
Tablo 3. 6 EPWORTH Gündüz Uykululuk Ölçeği.....	39
Tablo 3. 7 Geriatrik Depresyon Sklası.....	40
Tablo 3. 8. 1 Mini Mental Durum Değerlendirmesi- eğitimsiz bireyler için	42
Tablo 3. 8. 2 Mini Mental Durum Değerlendirmesi- eğitimli bireyler için	43
Tablo 3. 9 Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi- Kısa Form.....	44
Tablo 4. 1 Tüm hastalara ait demografik veriler ve klinik özellikler	47
Tablo 4. 2 Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Testlerinin Sonuçları.....	48
Tablo 4. 3 Uyku bozuklukları görülme oranları ve uyku ölçeklerinin sonuçları .	49
Tablo 4. 4 Uykusuzluk Şiddeti İndeksinin sorularına verilen yanıtlar.....	51
Tablo 4. 5 İnsomniası olan ve olmayan hastaların demografik veriler ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması.....	53
Tablo 4. 6 İnsomniası olan ve olmayan hastaların geriatrik sendromlar açısından karşılaştırılması	55
Tablo 4. 7 İnsomniası olan ve olmayan hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirme testleri açısından karşılaştırılması	55
Tablo 4. 8 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ile Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Testleri arasındaki Korelasyon İlişkisi	56