



AFYON BÖLGESİNDEKİ GERİATRİK BİREYLERDE UYKU BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Öz

Giriş: Uyku bozuklukları (UB) geriatric bireylerde sık görülen bir problemdir. Bu çalışmanın amacı, UB dışındaki sebeplerle hastaneye başvuran 65 yaş üstü bireylerdeki uyku bozukluklarının ve ilişkili faktörlerin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Afyon bölgesinde yaşayan 47'si kadın 53'ü erkek, toplam 100 geriatric birey dahil edilmiştir. Çalışma iki fazda yapılmıştır. Birinci fazda, UB hakkında eğitim verilmiş tıp fakültesi öğrencileri tarafından geriatric bireyler UB ve UB'larına neden olabilecek sebeplere yönelik anket formu uygulanmıştır. İkinci aşamada ise anket formlarında UB şüphesi olan hastalar tekrar çağrılarak nöroloji uzmanı ile birlikte tekrar değerlendirilmiş ve tanıları konulmuştur.

Bulgular: Erkeklerin yaş ortalaması 72.2±5.1 yıl, kadınların 72.3±7.0 yılıdır. Olguların %50.0'ında insomnia, %51.0'ında uyku apne sendromu %17.0'ında Rem uyku davranış bozukluğu (RDB), %20.0'ında de huzursuz bacak sendromu tespit edildi (HBS). Uyku bozukluklarının hipertansiyon, astım, kalp hastalıkları, beyin damar hastalıkları ve ağrı ile olan ilişkisinin incelenmesinde ise kalp hastalıklarının insomnia üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu tespit edildi (p=0.021). Ancak diğer hastalıklarla uyku bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde, insomniyalı bireylerde anlamlı düzeyde kognitif disfonksiyon saptandı (p=0.003). Gündüz uykululuklarının değerlendirilmesinde ise Uyku apne sendromlu ve HBS li bireylerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.015, 0.036; sırasıyla).

Sonuç: Uyku bozukluklarının yüksek oranda saptanması ve uyku bozukluğu olan hastalarda kognitif fonksiyonlarda bozukluk olması bu konunun özellikle yaşlı popülasyonda mutlaka sorgulanması gerektiğini göstermiştir. Böylelikle, uyku bozukluğuna bağlı gelişen problemlerin önlenmesi ile hastaların yaşam kalitelerinde ve sağlık merkezlerine başvurma oranlarında anlamlı iyileşme sağlanabilecektir.

Anahtar Sözcükler: Uyku Bozuklukları; Uykuyu Başlatma ve Devam Ettirme Bozuklukları; Huzursuz Bacak Sendromu; Uyku Apne Sendromları; REM Uykusu Davranış Bozukluğu.

Betül KARAGÜL¹
Hakan ORAL¹
Rıdvan ŞENER¹
Özge YILMAZ-KÜSBECİ²

İletişim (Correspondance)

Özge YILMAZ-KÜSBECİ
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı AFYON

Tlf: 0272 246 33 33
e-posta: yilmazozge@hotmail.com

Geliş Tarihi: 08/03/2010
(Received)

Kabul Tarihi: 05/06/2010
(Accepted)

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dönem 3 Öğrencisi AFYON
² Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı AFYON



EVALUATION OF SLEEP DISORDERS IN GERIATRIC PATIENTS IN AFYON REGION

ABSTRACT

Introduction: Sleep disorders are common among geriatric patients. The aim of this study is to evaluate sleep disorders and related factors among geriatric patients who applied to the hospital with the complaints except sleep disorders.

Materials and Method: A hundred geriatric patients (47 women and 53 men) were enrolled to the study. Study was made in two phases. In phase 1, a questionnaire including questions about symptoms and results related to sleep disorders was performed to the patients. In phase 2, suspected patients were evaluated by a neurology expert and a diagnosis has been made.

Results: Mean ages of men and women were 72.2±5.1 years, and 72.3±7.0 years; respectively. The prevalences of insomnia, sleep apnea, REM sleep behavior disorder and restless legs syndrome were 50.0%, 51.0%, 17.0% and 20.0%; respectively. In the evaluation of the relationship between sleep disorders and hypertension, asthma, heart diseases, cerebrovascular diseases and pain, there was a statistically significant difference between insomnia and heart diseases (p=0.021). But there were not a relation between the other diseases. In the evaluation of cognitive dysfunction, we found a statistically significant difference in the insomnia patients (p=0.003). In the evaluation of daytime sleepiness, we found a significant difference in sleep apnea and restless legs syndrome patients (p=0.015, 0.036; respectively).

Conclusion: High prevalence of sleep disorders and cognitive dysfunction were showed that sleep disorders should be examined in all of the geriatric patients. In this way, it could be possible to prevent problems related to sleep disorders and to contribute to increased use of health services.

Key Words: Sleep Disorders; Sleep Initiation and Maintenance Disorders; Restless Legs Syndrome; Sleep Apnea Syndromes; REM Sleep Behavior Disorder.



GİRİŞ

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, yaşın ilerlemesi ile birlikte uyku yapısında çok sayıda normal ve yaşa bağlı değişiklikler meydana geldiği gösterilmiştir. Beklenen bu değişikliklerin yanı sıra yaşlanmakla birlikte yaşlıların yaklaşık %50'si uyku problemi yaşamaktadır (1-3). Yaşlılarda yavaşlamış bir yaşam vardır. Duyuların etkinliğinin azalmasıyla beraber ışık, ses gibi dış uyaranları algılamada eksiklikler ortaya çıkar. Tüm bu değişiklikler bireyin uyku ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (4,5). Yaşlılarda toplam uyku süresi azalır. Alışlagelmiş ortalama 7.5 saatlik gece uyku süresi 4.5-5.5 saate iner. Uykuya dalma süresi uzar. Uyku başlangıcından sonra uyanmaların sayısı artar. Uyku hafif ve yüzeyseldir. Yatakta geçirilen süre artar. Bu sebeplerden uyku kalitesi düşüktür. Gündüz uykululuğu da artmıştır (5-7).

Yaşlandıkça bedensel hastalıklar ve buna bağlı olarak kullanılan ilaç tedavileri artmaktadır ve bunlar da uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlılarda sık rastlanan ağrı, nefes darlığı ve idrara çıkma gibi hastalık belirtilerinin gece de devam etmesi Uyku bozukluğuna (UB) sebep olur. Artrit, ağrılı durumlar, solunum hastalıkları (KOA, Astma), sindirim sistemi hastalıkları, Kalp ve damar sistemi hastalıkları, metabolik bozukluklar (Diabetes Mellitus) ve nörolojik hastalıklar (Demans) UB'na sebep olur. Geriatrik popülasyonda en sık görülen UB nedenleri, insomnia, uyku apne sendromu, Huzursuz bacak sendromu (HBS) ve REM Uykusu Davranış Bozukluklarıdır (RDB) (8-11).

Insomnia, uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çıkması ya da dinlendirici olmayan bir uyku uyumasıdır ve erkeklere göre kadınlarda daha yaygındır. Artan yaş ile daha yaygın hale gelir. Sıklıkla medikal ve psikiyatrik bozukluklar, alkol tüketimi, uyuşturucular ve ilaçlarla ilişkisi mevcuttur. Uyku Apne Sendromu, uyku sırasında oluşan, nefes alıp vermenin kesilmesi olayıdır. Gündüz artmış uyku haliyle şekillenen bir klinik tablodur. Yaşa bağlı olarak ortaya çıkan bulgularla ayırt edilmesi güçtür. Bu bulgular horlama, bölünmüş gece uykusu, gündüz şekerleme yapma, bilişsel bozukluk şeklinde sıralanabilir (11).

HBS, hastaların istirahat halinde, sıklıkla karşı konulamayan, bacakları hareket ettirme ihtiyacı ile ortaya çıkan primer olarak duyuşsal semptomlardan oluşan kronik, ilerleyici sensorimotor bir rahatsızlıktır (12,13). Hastalar çoğu zaman şikâyetlerini dile getirmediği için zorluk çekerler. Hastaların gündüz hareket tarif etmemesi önemli bir tanı ayırıcısıdır. Kesin tanı konulabilmesi için hastada, Uluslararası HBS Çalışma Grubu (International Restless Legs Study Group, IRLSSG) tarafından oluşturulan dört esansiyel tanı kriterinin de bulunması

gerekmektedir. Destekleyici özellikler tanı koymak için gerekli değildir. Şüpheli vakalarda tanı koymak ya da ekarte etmek için oluşturulmuşlardır (14). HBS tek başına olabileceği gibi periferik polinöropati, diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, Parkinson hastalığı gibi hastalıklarla beraber de görülebilir. HBS yaşla birlikte artmakta, uyku kalitesi ve günlük işlevleri azaltmaktadır (15).

RDB, son zamanlarda tanımlanmıştır ve REM uykusunda karışık motor aktivite ve sayıklamanın olmasıyla karakterizedir. Hastalar, bağırma, tekme, yumruk atma, yataktan atlama, uyurgezerliğe kadar varan çeşitli tip ve şiddette davranışlar gösterir (5,15).

Bu çalışmanın amacı Afyon bölgesinde yaşayan, uyku bozukluğu dışındaki nedenlerle hastaneye başvuran geriatrik bireylerdeki UB larının ve UB ile ilişkili olabilecek faktörlerin sorgulama yolu ile araştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Afyon bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 47'si kadın 53'ü erkek, toplam 100 geriatrik birey dahil edilmiştir. Hastalar 1-31 Ocak 2010 tarihinde nöroloji ve dahiliye polikliniğine uyku bozukluğu dışında bir sebeple başvuran geriatrik hastalar arasından rastgele seçilmiştir. Çalışmaya katılan tüm hastalardan gönüllü olur formu alınmıştır. Çalışma iki fazda yapılmıştır. Birinci fazda, uyku bozuklukları hakkında eğitim verilmiş tıp fakültesi öğrencileri tarafından geriatrik bireylere UB ve UB'larına neden olabilecek hipertansiyon, astım, kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık ve kronik ağrıyı sorgulamaya yönelik soruları da içeren anket formu uygulanmıştır (Tablo 1). Ankette sorulacak sorular önce gönüllü yaşlı bireylerde değerlendirilmiş, böylece sorularda hastalar tarafından anlaşılmayan noktalar düzeltilmiştir. İkinci aşamada ise anket formlarında UB şüphesi olan hastalar tekrar çağrılarak nöroloji uzmanı ile birlikte tekrar değerlendirilmiş ve detaylı anamnezleri alınarak klinik şikâyetlerine göre tanıları konulmuştur. Ancak tanıda polisomnografik tanı kriterleri uygulanmamıştır.

Insomnia tanısı hastaların uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlükleri olmasına dayanarak konulmuştur. Uyku apne sendromunu tanısı için hasta ve yakınlarından detaylı anamnez alınmış ve yan odadan duyulabilecek şiddetteki horlama, bölünmüş gece uykusu, gündüz şekerleme yapma, bilişsel bozukluk tarifleyen hastalar uyku apne sendromu olarak kabul edilmiştir. HBS tanısı ise IRLSSG tanı kriterlerine (14) göre konulmuştur. RDB tanısı ise uykuda sayıklama, bağırma, eşine tekme, yumruk atma, yataktan atlama, uyurgezerliğe kadar varan çeşitli tip ve şiddette davranışların varlığına göre konulmuştur (11).

**Tablo 1—** Hastalara Uygulanan Anket Formunda Yer Alan Sorular

1.	Uykuya dalamama ya da gece boyunca sürekli uyuyamama sorununun var mı?
2.	Gece boyunca kaç kez uyanıyorsunuz?
3.	Gece kaçta yatarsanız yatın sabah erken uyanıyor musunuz?
4.	Gündüz uyuyor musunuz? Kaç saat uyuyorsunuz? ve Gündüz uyanık olmanız gereken saatlerde kendinizi uyumuş bulduğunuz oluyor mu?
5.	Gece iyi uyuduğunuz halde gün içinde kendinizi yorgun hissediyor musunuz? Sabahları yorgun kalkıyor musunuz?
6.	Uykunuz sırasında yürüdüğünüz konuştuğunuz veya dışlerinizi gıcirdattığınızı oluyor mu?
7.	Yakınlarınız gece uyurken horladığınızı veya nefesinizin durduğunu söylüyor mu?
8.	Yakınlarınız gece uykunuzda kollarınızda ve bacaklarınızda atma olduğunu ya da yanınızdaki kişiye tekme attığınızı söylüyor mu?
9.	Ailenizde benzer şikâyetleri olanlar var mı?
10.	Hangi ilaçları kullanıyorsunuz?
11.	Bacaklarınızda uykuya dalmanızı engelleyen ağrı sızı ya da ürperti gibi hoş olmayan rahatsızlık veren ve bacaklarınızı hareket ettirmeye zorlayan bir his oluyor mu?
12.	Benzer şikâyetler kollarınızda ya da vücudunuzun farklı bölgelerinde oluyor mu?
13.	Şikâyetleriniz ne zaman başladı? Zaman içinde arttı mı?
14.	Uykuya dalabilmek için bacaklarınızı hareket ettirme ve kalkıp yürüme ihtiyacı hissediyor musunuz?
15.	Gündüz benzer şikâyetleriniz var mı?
16.	Bu şikâyetleriniz için daha önce doktora gittiniz mi?
17.	Bu şikâyetler ne zaman başlıyor?(akşam saatleri, yattıktan sonra gibi) Gündüz benzer şikâyetleriniz oluyor mu?
18.	Şikâyetleriniz ne sıklıkla oluyor?

Hastaların kognitif bozukluklarının değerlendirilmesinde Kısa Mental Test (KMT) (16) kullanılmış ve demans tanısı NINCDS_ADRDA (17) kriterlerine göre konulmuştur. Uykü bozukluklarının şiddetinin değerlendirilmesinde Epworth Uyküluluk Skalası (ESS) (17) kullanılmış ve ESS da 10 puan ve üstünde alan hastalar kronik ve tedavi gerektiren uykusuzluk olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler, sayı yüzde dağılımı, t-test ve ki-kare testi kullanılarak SPSS 17.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Tablo 2— Hastaların demografik özellikleri

	n (%)	Yaş Ortalaması	Ortalama Eğitim Süresi	KMT Puanları
Erkek	53 (53.0)	72.2±5.1	2.23±2.72	27.04±2.39
Kadın	47 (47.0)	72.3±7.0	0.51±1.45	24.38±3.94
Toplam	100 (100.0)	72.28±6.08	1.42±2.37	25.79±3.46

BULGULAR

Bu çalışmaya 53 erkek (%53.0) 47 kadın (%47.0) toplamda 100 kişi dahil edildi. Erkeklerin yaş ortalaması 72.2±5.1 yıl, kadınların 72.3±7.0 yılı. Erkeklerin ortalama eğitim süresi 2.23±2.72 yıl, kadınlarınki ise 0.51±1.45 yıl olarak bulundu. Hastaların demografik özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Olguların %50.0'ında insomniya, %51.0'ında uykü apne sendromu %17.0'ında RDB, %20.0'ında da HBS tespit edildi (Tablo 3). Insomnia tespit edilen hastalarda uykü dalmada güçlük, uyküyü sürdürmede güçlük, sabah erken uyanma ve gündüz uyuklama sıklıkları sırasıyla, %38.0, %24.0 ve %18.0 ve %16.0 olarak tespit edildi. Uyküye dalmada güçlük yaşayan 19 hastada uyküye dalabilmeleri için gereken süre, üç hastada (%15.78) yarım saatten düşük, dokuz hastada (%47.36) yarım saat ile bir saat arasında ve yedi hastada (%36.84) bir saatten daha fazla sürdüğü tespit edildi. Insomnia ile ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin araştırılmasında da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.031). HBS hastalarının sorgulanmasında en sık görülen şikâyet, bacaklarda huzursuzluk hissi olmakla birlikte, bacaklarda sallanma ihtiyacı, yerinde duramama, sıkıntı hissi de sık olarak görülmekteydi. Hastaların tümünde tutulumun sadece bacaklarda olduğu tespit edildi. Uykü kalitelerine yönelik yapılan çalışmada, HBS semptomlarının yoğun olduğu dönemlerde kötüleşmenin arttığı tespit edildi. Soygeçmişleri incelendiğinde ise 20 hastanın sekizinde aile öyküsü mevcuttu. Uykü kalitelerine yönelik yapılan çalışmada HBS semptomlarının yoğun olduğu dönemlerde uykü kalitelerinin kötüleştiği tespit edildi.

Uykü bozukluğu olan 50 hastanın beşin (%10.0) tanesinin demans saptanırken, uykü bozukluğu saptanmayan hastalarda demans tespit edilmedi ve uykü bozukluklarının demans varlığına göre değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.066).

Uykü bozukluklarının hipertansiyon, astım, kalp hastalıkları, beyin damar hastalıkları ve ağrı ile olan ilişkisinin incelenmesinde ise kalp hastalıklarının insomniya üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu tespit edildi (p=0.021). Ancak diğer hastalıklarla uykü bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo 4).

**Tablo 3—** Uyku Bozukluklarının Cinsiyetle Olan İlişkisi

	İnsomnia		Uyku Apne Sendromu		REM Uykusu Davranış Bozuklukları		Huzursuz Bacak Sendromu	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	21	39.6	28	52.8	9	17.0	9	17.0
Kadın	29	61.7	23	48.9	8	17.0	11	23.4
Toplam	50	50.0	51	51.0	17	17.0	20	20.0

Tablo 4— Uyku Bozuklukları ile Eşlik Eden Hastalıkların İlişkisi

	İnsomnia (n)	Uyku apne Sendromu (n)	REM Uykusu Davranış Bozukluğu (n)	Huzursuz Bacak Sendromu (n)
	p	p	p	p
Hipertansiyon	18 0.07	14 1.00	5 1.00	6 0.95
Astım	5 0.71	6 0.244	2 0.891	1 0.927
Kalp Hastalığı	18 0.021	15 0.419	5 0.878	4 0.773
Serebrovasküler hastalık	4 0.126	2 1.000	1 1.000	1 1.000

Uyku bozukluğu olan ve olmayan hastaların KMT (16) ve Epworth Uykululuk Skalası Skorlarının (17) ortalama değerlerinin karşılaştırılmasında, insomniası olan hastaların KMT değerleri ile uyku apne sendromu ve HBS olan hastaların Epworth Uykululuk Skalası Skorları (17) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.003$, $p=0.015$, $p=0.036$; sırasıyla) Uyku bozukluğu olan ve olmayan hastalardaki KMT (16) ve Epworth Uykululuk Skalası Skorlarının (17) ortalama değerleri arasındaki ilişki Tablo 5'te özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Uyku bozuklukları yaşlılarda sık görülen bir şikayet olmakta ve bu şikayetlerin büyük çoğunluğu hastalıklara, sosyal problemlere, madde kötüye kullanımına ya da çeşitli ilaçlara bağlı olarak meydana gelmektedir. Yaşlılardaki uyku bozuklukları, artmış düşme riskine neden olmaktadır ve bu düşmeler özellikle uyku periyodu sırasında hastalar banyoya giderken ya da gece evde yürürken meydana gelmektedir. Hipnotik ya da hipotansif etkileri olan ilaçların kullanımı ise bu riski arttırmaktadır (18,19). Yaşlı bireylerdeki normal ve bozulmuş uyku daha önce çok defa araştırılmıştır (20). Bununla birlikte farklı zamanlarda yapılmış olan çalışmalar göz

önünde bulundurulduğunda, çalışmamız küçük çaplı bile olsa, sorgulamanın UB'lerin ön değerlendirilmesindeki önemini göstermektedir. Yaşlılardaki uyku problemleri sık düşmenin yanı sıra yürüme zorluğu ve depresyonla birliktelik göstermesi nedeniyle önem taşımakta ve sağlık merkezlerine daha sık başvurmaya neden olmaktadır (7,18).

Yapılan çok sayıda çalışmada insomnia prevalansının yaşlı bireylerde gençlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlı erkeklerdeki uyku bozuklukları (MrOS Sleep Study) çalışmasında da 64 yaş üstü erkeklerde uyku kalitesinin bozuk olduğu gösterilmiştir. Dokuz binden fazla hastanın değerlendirildiği Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE) çalışmasında da yaşlı erişkinlerin %50'sinden fazlasında uykuyu başlatma ve devam ettirme başta olmak üzere kronik uyku yakınmalarının varlığı gösterilmiştir (22,23). Benzer şekilde yaşlı hastalarda yapılan diğer bir çalışmada, uykuya bağlı şikayetler arasında uyuma güçlüğü (%43.0), horlama (%33.3) ve artmış uykululuk (%27.1) en çok bildirilen şikayetlerdir (24). Yaptığımız çalışmada değerlendirdiğimiz hastalarda insomnia sıklığı %50.0 olarak bulundu. Bu değer literatürdeki diğer çalışmalarla uyumluydu. Hastalarda uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, sabah erken uyanma ve gündüz uyuklama oranları sı-

**Tablo 5—** Uyku Bozuklukları ile Kısa Mental Test ve Epworth Skoru Arasındaki İlişki

	İnsomnia (n)	Uyku apne Sendromu (n)	REM Uykusu Davranış Bozukluğu (n)	Huzursuz Bacak Sendromu (n)
	P	P	P	P
KMT	24.76±4.20 0.003	25.88±2.92 0.787	24.59±4.59 0.117	26.05±2.06 0.710
Epworth Uykululuk Skoru	5.18±5.35 0.059	5.39±6.04 0.015	5.59±6.10 0.207	6.20±4.88 0.036

KMT: Kısa Mental Test

rasıyla, %38.0, %24.0 ve %18.0 ve %16.0 olarak tespit edildi. Uykuya dalmada güçlük yaşayan hastalardaki uykuya dala bilmeleri için gereken süre, yarım saatten az ile bir saatten fazla şeklinde değişiyordu. Uykuyla ilişkili hastalıklara yönelik yapılan araştırmada ise kalp hastalıkları ile insomnia arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.021).

Kronik uyku bozukluğu, hangi yaşta olursa olsun, hastalarda dikkat, cevap verme süresi, kısa dönem bellek ve performans seviyelerinde bozulmalara neden olmaktadır. Ayrıca uyku bozukluğu olan hastalarda, uyku bozukluğu olmayanlara göre kognitif fonksiyonlarda bozulma olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (19). Çalışmamızda, insomnia kognitif bozukluk ilişkisinin araştırılmasında beş hastada (%10) demans tespit edildi ancak aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.066). Bununla birlikte insomniası olan ve olmayan hastaların kognitif fonksiyonları, KMT ile değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (p=0.003). Bu durum insomnianın kognitif fonksiyonlar üzerine olumsuz etkisini göstermesi bakımından önemlidir. İnsomnia ile ilaç kullanımı arasındaki istatistiksel anlamlılık, hastalardaki medikal hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçlarla insomnia arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ve sonuçlarımız literatürdeki çalışmalarla uyumludur (20).

Uyku apne sendromunun primer semptomları gürültülü horlama ve artmış gündüz uyuklamasıdır. Kalp hastalıkları, hipertansiyon ve kognitif bozukluklar ileri yaşlarda sık görülmektedir ve ayrıca uyku apne sendromu ile bu hastalıklar arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (18). 1993 yılında yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü bireylerin %60'ında solunum bozukluğu indeksi (RDI) 10 ya da daha fazla olarak bulunmuştur (18,23). Uyku apne sendromu konjestif kalp yetmezlikli (KKY) hastalardaki ölüm riskini anlamlı olarak arttırması nedeniyle önemlidir (19,20). Çalışmamızda da uyku apne sendromu tanısı polisomnografi ile değil, primer semp-

tomların varlığına dayanılarak konulmuş (20,25) ve sıklık %51 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız literatürle uyumludur (25). Uyku apne sendromu ile ilişkili hastalıkların değerlendirilmesinde ise kalp hastalığı, kronik ağrı, hipertansiyon, astım ve ilaç kullanma sıklıkları sırasıyla %29.4, %41.2, %27.5, %3.9 ve %72.5'dir ve bu nedenler arasında ise sadece uyku apne sendromu ile ilaç kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.013).

RDB, REM uykusunda kas atonisinin olmaması ve rüya içeriğiyle ilgili karışık motor aktivite ve konuşmanın olması ile karakterize olan bir uyku bozukluğu tablosudur. Her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte en sık 60 yaş üstü kişilerde ve de özellikle erkeklerde meydana gelmektedir. Bununla birlikte kesin prevalansı bilinmemektedir. REM uykusu sırasında oluşan bağırma, yumruk ve tekme atma, yatakta atlamadan, kalkıp yürümeye varan davranışlarla karakterizedir. Hastalar kendilerine veya eşlerine zarar verebilirler. RDB, idiyopatik olabileceği gibi Parkinson hastalığı, Multisistem atrofisi ve Lewy cisimcikli demans gibi nörodejeneratif hastalıklara eşlik edebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hatta bu hastalıkların başlangıç bulgusu da olabileceği için RDB düşünülen hastaların nörodejeneratif hastalıklar açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir (26). Kesin tanısında polisomnografi gerekmektedir (1,11,19). Çalışmamızda, REM uykusu davranış bozukluğu olduğunu düşündüğümüz hastaların oranı %17 olarak tespit edilmiş ve hastaların değerlendirilmesinde herhangi bir hastalıkla ilişki saptanmamıştır. Ancak çalışmamızda tanı anket formlarına ve şüpheli hastaların nöroloji uzmanı ile birlikte tekrar değerlendirilmelerine dayanarak konulmuştur. Kesin tanı için polisomnografi gerekmesi nedeniyle hastalara polisomnografi uygulanması tanı oranını arttırabilecektir.

HBS, primer olarak hastaların şikayetlerine dayanan klinik bir tanıdır Hastalığın etyopatogenezi henüz kesin olarak bilinmemekle birlikte, ilaca cevaplar HBS nun santral sinir



sistemindeki anormal fonksiyondan kaynaklandığını göstermektedir (12,14). HBS'li hastaların çoğunda, hareket ettirme ihtiyacı herhangi bir provake eden faktör olmaksızın ortaya çıkan ve geniş bir dağılım gösteren rahatsız edici duyuşal semptomlarla birlikte görülebilmektedir (14). Hareket ettirme ihtiyacı genellikle bacaklarda nadiren de kollarda, iki taraflı simetrik çoğunlukla da geceleri oluşur. Semptomlar uzun süre hareketsiz kalmakla kötüleşir, hareket ettirmekle ise düzelir (12,13). HBS tanısı, yaşlılarda araştırılmaması durumunda sıklıkla atlanan bir tanıdır ve yaşın ilerlemesi ile birlikte de görülme oranı artmaktadır (19,25). HBS nin yüksek bir morbiditeye, üretkenlikte azalmaya, anlamlı oranda hayat kalitesinde azalmaya, deprese ruh haline ve sosyal izolasyona neden olduğu bilinmektedir (14,19). Yapılan çalışmalarda yaşlanmakla birlikte HBS sıklığının arttığı ve erişkin popülasyonda görülme sıklığı %5-6 iken, geriatrik bireylerde %30-45 sıklığında görüldüğü bildirilmiştir (11). 318 geriatrik bireyin dahil edildiği bir çalışmada HBS sıklığı %24.2 olarak bulunmuştur. Vakaların %67'sinde de semptomlar hafif-orta şiddette olarak saptanmıştır (28). Çalışmamızda, geriatrik bireylerdeki HBS sıklığı %20 olarak bulunmuştur. Semptomlar, sadece bacaklarda mevcuttu ve geceleri kötüleşiyordu. Bacakların hareket ettirilmesi ile hastalar rahatladıklarını ifade ediyorlardı. HBS Şiddeti Değerlendirme Ölçeğine'ne göre semptomlar hafif ve orta dereceli olarak saptanmıştır. Hastaların tümünde HBS tanısının değerlendirme sırasında konulmuş olması, HBS'nin ancak araştırıldığı takdir tespit edilebildiğini göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Bu oran tedavi edilebilir bir durum olan HBS'nin (20), özellikle yaşlı bireylerde mutlaka sorgulanması gerektiğini göstermektedir.

Hastalarımızın gündüz uykululuklarının değerlendirilmesi için yapılan Epworth uykululuk skalası (17) sonuçlarına göre uyku apne sendromu ve HBS olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($p=0.015$, $p=0.036$, sırasıyla). Ayrıca insomniyalı hastalarda da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilse de anlamlılık sınırına yakın olması nedeniyle önemli olduğu düşünülmüştür ($p=0.059$). Epworth uykululuk skalası uykusuzluğun kantitatif olarak değerlendirilmesini sağlayan basit bir testtir. Daha önce yapılan çalışmalarda uyku apne sendromu ve HBS şiddeti ile Epworth uykululuk skalası (17) değeri arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (27, 28) ve sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Çalışmamızda hastalardaki uyku bozuklukları tanıları direk sorgulama yolu ile konulmuştur. Özellikle insomnia ve RDB gibi parasomnilerde kesin tanı polysomnografiye dayanmaktadır. Yaptığımız çalışmada polisomnografi kullanamamamız çalışmamız için bir limitasyondur. Bununla birlikte

sonuçlarımız, anket şeklinde yapılan araştırmaların polisomnografi öncesinde fikir verebileceğini göstermektedir. Her ne kadar hastalara klinik tanı kriterleri için gerekli sorular içeren anket formu uygulansa ve şüpheli hastalar nöroloji uzmanı ile birlikte tekrar değerlendirilmiş olsa da, polisomnografinin kullanılması uyku bozukluğu konusunda yapılan çalışmaların değerini arttıracaktır.

Sonuç olarak, uyku bozuklukları, geriatrik popülasyonda anlamlı ve ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Çalışmamızda değerlendirdiğimiz geriatrik bireylerin, uyku bozukluğu dışındaki şikayetlerle başvuran hastalar arasından seçilmiş olmalarına rağmen, uyku bozukluklarının yüksek oranda saptanması ve uyku bozukluğu olan hastalarda kognitif fonksiyonlarda bozukluk olması, bu konunun özellikle yaşlı popülasyonda mutlaka sorgulanması gerektiğini göstermektedir. Böylelikle, uyku bozukluğuna bağlı gelişen problemlerin önlenmesi ile hastaların yaşam kalitelerinde ve sağlık merkezlerine başvurma oranlarında anlamlı iyileşme sağlanabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Cooke JR, Ancoli-Israel S, Sleep and Its Disorders in Older Adults. *Psychiatr Clin N Am* 2006;29:1077-93. (PMID:17118283).
2. Vitiello MV. Sleep disorders and aging. *Current Opinion in Psychiatry* 1996;9:284-9. (PMID: 9224429).
3. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, et al. Sleep complaints in community dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(2):161-8. (PMID: 9475443).
4. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician* 1999;59(9):2551-8. (PMID: 10323361).
5. Atay T. Yaşlılıkta uyku. *T Klin Psikiyatri* 2001;2(2):91-7.
6. Schubert CR, Cruickshanks KJ, Dalton DS, et al. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep* 2002;25(8):889-93. (PMID: 12489896).
7. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, et al. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995;18:425-32. (PMID: 7481413).
8. Aşkın R, Altan A, Kaya N, et al. Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Türkiye Tıp Derg* 1994;1(1):47-51.
9. Örnek T, Bayraktar E, Özmen E. Geriatrik Psikiyatri. *Özgün Psikiyatrik Bozukluklar Dizisi: I. Saray Tıp Kitabevleri. İzmir, Türkiye, 1992 pp 111-25.*
10. Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Sleep, health and aging. *Geriatrics* 2004;59(1):24-30. (PMID: 14755865).
11. Gökaş K, Özkan İ Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(4):226-33.



12. Trenkwalder C, Paulus W, Walters AS. The restless legs syndrome. *Lancet Neurol* 2005;4:465-75. (PMID: 16533689).
13. Kolster KS, Trenkwalder C, Fogel W, et al. Restless legs syndrome-new insights into clinical characteristics, pathophysiology and treatment options. *J Neurol* 2004;251(suppl 6):39-43.
14. Berger K, Kurth T. RLS Epidemiology-Frequencies, Risk Factors and Methods in Population Studies. *Mov Disord* 2007; Suppl 18:420-23 (PMID: 17557345).
15. Eker E. Yaşlılıkta uyku bozuklukları ve tedavi. In: Çelikkol A (Ed). *Uyku bozuklukları*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1996, pp 75-86.
16. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98. (PMID: 1202204).
17. Frohnhofen H, Popp R, Willmann V, et al. Feasibility of the Epworth Sleepiness Scale in a sample of geriatric in-hospital patients. *J Physiol Pharmacol* 2009 Nov;60 Suppl 5:45-9. (PMID: 20134038).
18. Ancoli-Israel S. Sleep disorders in older adults. A primary care guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. *Geriatrics* 2004;59(1):37-40.
19. Novak M, Mucsi I, Shapiro CM, et al. Increased utilization of health services by insomniacs-an epidemiological perspective. *J Psychosom Res* 2004;56:527-36. (PMID: 14755867).
20. Stone KL, Ancoli-Israel S, Blackwell T, et al. Actigraphy-measured sleep characteristics and risk of falls in older women. *Arch Intern Med*. 2008 Sep 8;168(16):1768-75. (PMID: 18779464).
21. Orwoll E, Blank JB, Barrett-Connor E, Cauley J, et al. Design and baseline characteristics of the osteoporotic fractures in men (MrOS) study—a large observational study of the determinants of fracture in older men. *Contemp Clin Trials* 2005;26(5):569–85. (PMID: 16084776).
22. Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(10):860–6. (PMID: 17001025).
23. Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, et al. Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991 Dec;14(6):486-95. (PMID: 1798880).
24. Anconi-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: Normal variations and common sleep disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2008;16:279-86. (PMID: 18803103).
25. Gümüş AB, Engin E, Özgür G. Bir Huzur evinde yaşayan ve bilişsel bozukluğu olmayan yaşlıların uyku düzeni özelliklerinin incelenmesi *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12:138-46.
26. Iranzo A, Santamaria J, Tolosa E. The clinical and pathophysiological relevance of REM sleep behavior disorder in neurodegenerative diseases. *Sleep Med Rev* 2009;13:385-401. (PMID: 19362028).
27. Chen R, Xiong KP, Lian YX, et al. Daytime sleepiness and its determining factors in Chinese obstructive sleep apnea patients. *Sleep Breath* 2011 Jan;15:129-35. (PMID: 20174875).
28. Kallweit U, Siccoli MM, Poryazova R, et al. Excessive Daytime sleepiness in idiopathic restless legs syndrome: characteristics and evolution under dopaminergic treatment. *Eur Neurol* 2009;62:176-9. (PMID: 19602890).