

# Yaşlılarda Uyku Bozuklukları Nasıl Yönetilmeli? Semptom Yönetimi Teorisi ve Hemşirelik Uygulamalarında Kullanımı

## How Manage Older Adults' Sleep Disturbance? Symptom Management Theory and Implications for Nursing Practice

İDKNUR DOLU\*

İDKNUR NAHCIVAN\*\*

- Bu derleme makale İknur Dolu'nun "Uyku Bozukluğu Olan Yaşlı Bireylere Uygulanan Semptom Yönetimi Modeli Temelli Uyku Programının Uyku Kalitesi ve Depresif Semptomlar Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tezinin (İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017, İstanbul) bir parçasıdır. Ayrıca, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Demeği I. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi'nde (20-22 Nisan 2017, Ankara); "Dolu İ., Nahcivan Ö. N. Uyku Bozukluğu Yaşayan Bireylere Sunulacak Hemşirelik Bakımının Semptom Yönetimi Teorisi Kullanılarak Açıklanması" künyesi ile Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZ

Yaşlı bireylerin önemli bir kısmında uyku bozukluğu görülmektedir. Uyku bozukluklarının tedavisinde genel olarak farmakolojik ve non-farmakolojik olmak üzere iki temel yaklaşım söz konusu olmakla birlikte, non-farmakolojik girişimlerin önemli bir kısmı hemşireler tarafından bağımsız uygulanabilir. Uyku bozukluklarının varlığını gösteren fiziksel ve ruhsal semptomlar "Semptom Yönetimi Teorisi" kullanılarak birey tarafından doğru şekilde tanımlanabilir, yönetim stratejileri birey ile birlikte planlanabilir ve sunulan bakımın sonuçları kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilir. "Semptom Yönetimi Teorisi", geçmişte normal uyku düzeni, bozulmuş uyku ve uyku sorunlarının incelendiği kimi hemşirelik çalışmalarında kullanılmış olan ve bu amaçla kullanılabilircek uygun bir teoridir. Bu bağlamda bu derleme makalede "Semptom Yönetimi Teorisi" tanıtılarak yaşlılarda uyku bozukluklarının yönetiminde semptomları tanımlama, hemşirelik girişimlerini planlama ve girişim sonuçlarını iyileştirmede nasıl kullanılabileceği açıklanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, semptom yönetimi teorisi, uyku, yaşlı.

### ABSTRACT

The majority of the older adults have sleep disturbances. While there are two main approaches for the treatment of sleep disturbances, which are pharmacological and non-pharmacological, a substantial part of the non-pharmacological approaches might independently be practiced by nurses. Physical, mental, and psychological symptoms indicating the presence of sleep disorders can be accurately identified by the individual, management strategies can be planned together with the individual, and the results of the care provided can be evaluated comprehensively using symptoms management theory. This theory used for this purpose is a plausible theory for planning nursing interventions. Thus, the purpose of this review to introduce symptom management theory and to explain how to use this theory for describing symptoms of older adults with sleep disturbances, planning nursing interventions, and improving outcomes.

**Keywords:** Nurse, symptom management theory, sleep, older adults.

\* İ Dolu, Dr. Öğr. Üyesi  
Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bartın  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
İknur Dolu, Dr. Öğr. Üyesi  
Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
Ağdacı Kampüsü Merkez / Bartın  
Tel: 0 378 223 50 77  
e-posta: idolu@bartin.edu.tr

\*\* N Nahcivan, Prof.  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul  
e-posta: nursen@istanbul.edu.tr

**D**ünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı giderek artmaktadır.<sup>(1,2)</sup> Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fiziksel değişimlerin yanı sıra uyku-uyanıklık döngüsünde kendini göstermeye başlayan bu değişiklikler normal uykunun da bozulmasına yol açar.<sup>(3)</sup>

Cormier ve ark. (1990) tanımına göre uyku bozukluğu “uyku başlatma, sürdürme, aşırı uyku hali, uyku, uyku aşamaları ve bölünmüş ile ilgili fonksiyon bozuklukları, uyku uyku-uyanıklık döngüsü ile ilgili hastalıklar”ı kapsayan bir kavramdır.<sup>(4)</sup> Bu durum hastalık olarak kabul edilmemekle birlikte, fiziksel ve ruhsal bozuklukların semptomları<sup>(5)</sup> olarak değerlendirilir. Uyku bozukluğu birçok kronik hastalığın nedeni, sonucu veya şiddetini artırmanın yanı sıra ölüm riskinde artışa ve yaşam kalitesinde düşme ile ilişkili olması nedeniyle Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi tarafından son yıllarda halk sağlığının öncelikli konuları arasında yer alması gerektiği şeklinde yorumlanmaktadır.<sup>(6)</sup>

Yaşlı bireylerin önemli bir kısmı uyku sorunu yaşamakta ve bu eğilim yaşın ilerlemesiyle birlikte artmaktadır.<sup>(7)</sup> Yaşlılıkta görülen uyku sorunları sıklıkla gece uykusunun bölünmesi, uykuya dalma güçlüğü,<sup>(8-11)</sup> sabah çok erken saatte uyanma,<sup>(10,12)</sup> toplam uyku süresinde azalma<sup>(13)</sup> ve uykusuzluk<sup>(14)</sup> şeklinde belirtilmektedir. Ülkemizde de evinde yaşayan yaşlı bireylerde uyku bozukluğu oldukça yaygın görülmekle<sup>(15,16)</sup> birlikte, huzurevlerinde yaşayanlarda bu oran daha da yükselmektedir.<sup>(17,18)</sup>

Uyku bozukluklarının tedavisinde farmakolojik ve non-farmakolojik olmak üzere iki temel yaklaşım söz konusudur. Farmakolojik tedavi, uyku bozukluklarının yönetiminde kullanılan en yaygın tedavi yöntemidir. Sağlık profesyonelleri tarafından bozulmuş uyku yönetimine dair tedavi yöntemlerine erişimin güç olması ve non-farmakolojik tedavi yöntemleri hakkında çok az şey bilinmesi, farmakolojik tedavi tercihinin nedenleri olarak gösterilebilir.<sup>(19,20)</sup> Ancak son yıllarda uyku ilaçlarının olumsuz etkilerinin fazla olması nedeniyle<sup>(21,22)</sup> non-farmakolojik tedavi yöntemlerine yönelim artmıştır.<sup>(19,23)</sup> Bazı non-farmakolojik yöntemler hemşireler tarafından uygulanabilmektedir. Bunlar, bilişsel-davranışsal terapi (uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, gevşeme tedavisi),<sup>(19,20,23)</sup> çevresel düzenleme (parlak ışık tedavisi), bakım vericilerin rolü (gece idrar kaçırma yönetimi),<sup>(21,22,24,25)</sup> uyaran girişimleri (aromaterapi, yatak masajı, müzik)<sup>(22,26,27)</sup> ve fiziksel ve sosyal girişimler (parmak akupunktur, Tai Chi programı vb.)<sup>(27-30)</sup> şeklinde gruplandırılabilir.

Yaşlanmayla birlikte, özellikle 60 yaşından sonra artış gösteren uyku bozuklukları genellikle gün içerisinde yorgunluk hali, anksiyete ve konsantrasyon güçlüğü gibi kişiden kişiye değişen fiziksel ve mental durumlarla kendini gösterir.<sup>(9)</sup> Uyku bozukluklarının varlığını gösteren bu ve benzeri semptomlar çoğunlukla kişiyi tedavi arayışına yönlendirir.<sup>(21,31)</sup> Bunun yanı sıra uyku bozukluklarının yönetiminde hemşireler tarafından uygulanabilen non-farmakolojik tedavi yöntemlerinin<sup>(21,22)</sup> bireyselleştirilmesi, sunulan bakımın etkinliğini artırmadaki en önemli

unsurlardan birisidir.<sup>(21)</sup> Uyku bozukluklarının varlığını gösteren fiziksel, mental ve ruhsal semptomlar<sup>(6)</sup> Semptom Yönetimi Teorisi (SYT) kullanılarak birey tarafından doğru şekilde tanımlanabilir, yönetim stratejileri birey ile birlikte planlanabilir ve sunulan bakımın sonuçlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilir. SYT, geçmişte normal uyku düzeninin yanı sıra bozulmuş uyku ve uyku sorunlarının incelendiği kimi hemşirelik çalışmalarında kullanılmış<sup>(31-33)</sup> olmakla birlikte bu teoriye dayalı olarak yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu bağlamda, bu derleme makalenin amacı SYT’yi tanıtmak ve yaşlılarda uyku bozukluklarının yönetiminde semptomları tanımlamak, hemşirelik girişimlerini planlamak ve girişim sonuçlarını iyileştirmek amacıyla nasıl kullanılabileceğini açıklamaktır.

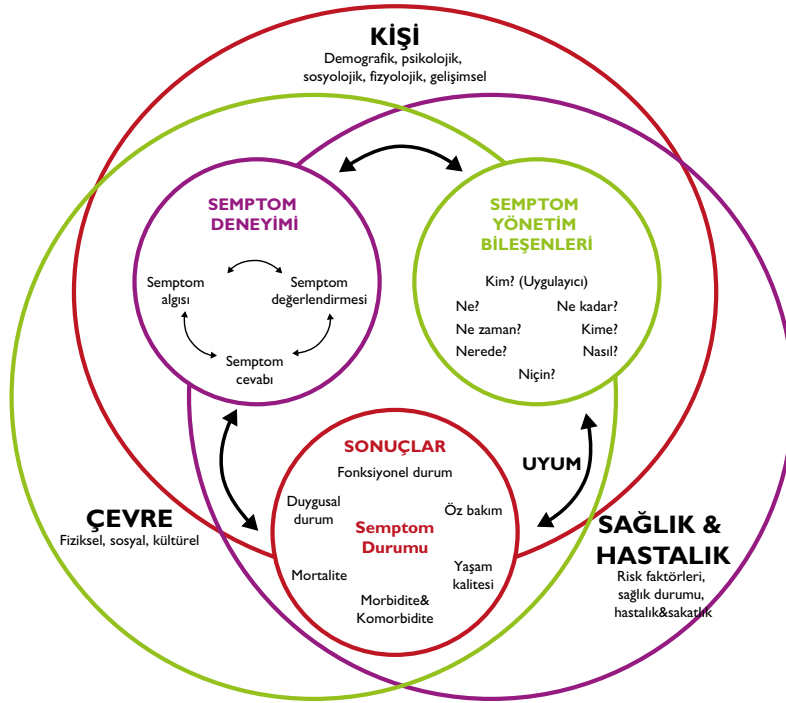
### Semptom Yönetimi Teorisi

SYT ilk olarak 1994 yılında “Kalifornia Üniversitesi San Francisco Hemşirelik Fakültesi Semptom Yönetimi Grubu” tarafından Semptom Yönetimi Modeli adıyla geliştirilmiş<sup>(34)</sup> ve 2001 yılında semptom yönetimi süreci “kişi, çevre, sağlık ve hastalık” temel hemşirelik kavramları içine yerleştirilerek model revize edilmiştir.<sup>(35)</sup> Modelin 2008 yılı güncellemesinde ise adı değiştirilerek SYT olarak orta-düzyer teoriler arasında yerini almış<sup>(36,37)</sup> ve hâlen Semptom Yönetimi Grubu tarafından yürütülen araştırmalarla test edilmeye ve geliştirilmeye devam edilmektedir.<sup>(38)</sup>

SYT semptomun doğası, semptom yönetim stratejilerine odaklanma ve model içindeki bağlantıları ele alan altı varsayımı içerir. Bunlar:

(1) Bireyin içinde bulunduğu duruma ilişkin semptom deneyimi algısı ve algıladığı semptomun öz-bildirimi semptomun tanımlanması için yeterlidir. (2) Modelin kullanılabilmesi için kesinlikle bireyde semptom deneyiminin bulunması gerekli değildir. Birey semptomun gelişmesi için risk altında da olabilir ve girişim stratejileri birey semptomu deneyimmeden önce başlatılabilir. (3) Bebekler, felçli hastalar, bilişsel sorunu olan bireyler gibi konuşamayan bireylerin semptom deneyimlerinin aileleri veya bakım vericileri tarafından sözel olarak belirtilmesi müdahale etmek için yeterli kabul edilir. (4) Birey/aile için sorun oluşturan bütün semptomlar yönetilmelidir. (5) Yönetim stratejisi birey, grup, aile veya iş çevresini kapsar. (6) Semptom yönetimi dinamik bir süreçtir. Yani bireyin gereksinimlerine ve temel hemşirelik kavramlarının etkilerine göre düzenlenir.<sup>(35)</sup>

Teori hemşirelere semptomu değerlendirme, semptom yönetimindeki eksiklikleri ve engelleri belirleme, hemşirelik girişimlerini planlama ve hemşirelik araştırmalarında soru/hipotez oluşturmak amacıyla kavramsal bir çerçeve sağlar.<sup>(38)</sup> Teoride sözü edilen semptom kavramı “bireyin biopsikosozyal fonksiyonları ile bilişsel ve duygusal durumundaki istenmeyen değişimlerin subjektif deneyimi” olarak tanımlanır. Belirti ise “hasta birey veya diğerleri tarafından belirlenebilen hastalığın göstergesi”dir. Belirti ve semptomlar bireyin sağlıklı olduğunu veya fiziksel, mental ve sosyal fonksiyonlarında bozulma meydana geldiğini göstermesi açısından önemli göstergelerdir.<sup>(35)</sup>



Şekil 1: Semptom Yönetimi Teorisi<sup>(35)</sup>

Şekil 1'de orta hatta SYT'nin boyutları yer almakta olup, bunlar; (i) semptom deneyimi, (ii) semptom yönetim stratejileri ve (iii) semptom sonuçlarıdır. Boyutlara katkısı olan olaylar her bir boyutun dairesi içerisinde tanımlanmıştır. Semptom yönetim döngüsünün tamamı ise temel hemşirelik kavramları ile birleştirilmiştir. SYT'sini meydana getiren üç boyut birbirleriyle ilişkilidir ve yönetilmesi planlanan semptom veya semptom grubu ele alınırken bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Karşılıklı olarak belirleyici olan boyutlar kimi durumlarda semptom sonucunun geçici olarak semptom deneyiminden önce ortaya çıkması veya semptom ortaya çıkmadan da girişim uygulanabilmesine olanak sağlar.<sup>(35)</sup>

Bundan sonraki bölümde SYT'nin boyutları (i-semptom deneyimi, ii-semptom yönetim stratejileri ve iii-semptom sonuçları) ve temel hemşirelik kavramları (kişi, sağlık/hastalık ve çevre) bileşeni perspektifinden, yaşlı bireylerde uyku bozuklukları analiz edilmiş ve uyku bozukluklarına yönelik hemşirelik bakımında nasıl kullanılacağı açıklanmıştır.

## Semptom yönetimi teorisinin boyutları

### I. Semptom Deneyimi

Semptom deneyimi boyutu teorisin ilk boyutudur ve semptom algısı, semptom değerlendirilmesi ve bireyin semptom yanıtından oluşur. Bireyin semptom deneyimi tektir. Bireyin kişisel özellikler ve içerisinde yaşadığı toplumun sağlık inanç ve uygulamaları bu deneyimi etkiler. Semptom deneyimini

oluşturan bileşenlerden biri olan semptom algısının tanımlanması için bireyin öz-bildirimi yeterli kabul edilir. Semptom algısını tanımlayabilmesi için bireyin kendi davranış ve duygularındaki değişimin farkında olması oldukça önemlidir ve semptom algısının doğru tanımlanması ile yakından ilişkilidir. Semptomun değerlendirilmesi bileşenini tanımlamak için ise birey içinde bulunduğu duruma ilişkin tanımladığı semptomun şiddetini, nedenini, kendi algısına göre tedavi edilebilirliğini ve uygulanan tedavinin etkilerini değerlendirir. Semptom yanıtı bileşeni, birey tarafından tanımladığı semptomaya verilen fizyolojik, psikolojik veya davranışsal tepkidir. Semptom deneyimini meydana getiren bu üç bileşen arasında çift yönlü bir ilişki söz konusudur. Örneğin, birey tarafından yüksek oranda kaygı verici olarak değerlendirilen bir semptomun semptom algısı da o derece yüksek oranda olacaktır.<sup>(34-37)</sup>

Semptomun tanımlanması amacıyla sıklıkla derecelendirme skalaları kullanılır. Uyku bozukluğunda semptomların tanımlanması ve tedavi girişimlerinin değerlendirilmesinde uyku günlükleri<sup>(39-41)</sup> ve uyku kalitesi ölçekleri sıklıkla kullanılmaktadır.<sup>(39,41-43)</sup> Öz-bildirime dayalı değerlendirmelerin yanı sıra teknolojik araçlardan da yararlanır. Bireyin uykusunu değerlendirmek amacıyla bileğe takılan aktigraf cihazı ile yapılan değerlendirmeler bu duruma örnek verilebilir.<sup>(35,44-46)</sup>

Bireyin uyku bozukluğunu belirlemede kullanılan subjektif ve objektif ölçümler arasında farklar olabileceği gibi, aynı semptomların hasta ve hemşireler tarafından değerlendirilmesinde de farklılıklar olabileceği unutulmamalıdır.<sup>(47)</sup> Bireyin uyku bo-

zukluğu semptomunu tanımlaması, büyüme ve gelişme dönemi ile içinde bulunduğu kültürden de etkilenir.<sup>(11)</sup> Güncel bilgilere göre, yaşlı bireylerin uykularını değerlendirmek üzere öz-bildirim ölçekleri ve teknolojik cihazlardan yararlanılabilir. Ancak hemşirelerin yaşlı bireylerde uyku bozukluklarını değerlendirirken var olan yöntemlerin yanı sıra bu yaş grubunda uyku-yu etkileyen faktörler ve diğer çevresel faktörlerin de farkında olarak değerlendirme yapmaları önemlidir. Bu çerçevede yapılacak çalışmalarda da daha doğru değerlendirme yapabilmek amacıyla özellikle nitel araştırma tasarımlarının kullanılması, yaşlılarda uyku ve uyku bozukluğu semptomlarının daha doğru tanımlanması ve uykuyu etkileyen faktörlerin de daha açık şekilde anlaşılması açısından önemlidir.

## II. Semptom yönetim stratejileri

Semptom yönetim stratejileri, bireyin semptom deneyiminin sıklığını azaltma, semptomla ilgili sıkıntıyı hafifletme, şiddetini en aza indirme, erteleme ve ortadan kaldırmayı amaçlayan girişimlerini kapsar. Bu girişimler biyomedikal tedavi (uyku apnesi hastaları tarafından kullanılabilen ağız içi aparatı vb.), profesyonel veya öz bakımın sağlanması olabildiği gibi ortam değişikliği şeklinde de olabilir. Stratejiler bireyin gereksinimine göre tek veya kombine olarak uygulanabilir. Semptom yönetim stratejilerinin uygulanması dinamik bir süreçtir. Bu stratejiler, semptom deneyimi bileşenlerinden bir veya daha fazlasını hedef alabilir ve uygulanan girişim neticesinde benzer şekilde birden fazla semptom sonucunu ortaya çıkarabilir. Semptom yönetim stratejilerinin tasarlanma, geliştirilme ve uygulama aşamalarında araştırmacılar ve klinisyenler, bazı soruların yanıtlarını aramaya yönelirler. Bu sorular, ne, niçin, ne zaman, nerede, ne kadar, kime ve nasıl sorulardır. Bu stratejiler bireyin çevresi, kişisel özellikleri ve sağlık/hastalık durumundan etkilenebilir. Örneğin, uykusuzluk (insomnia) tanısı olan bir hastaya aynı girişimin evde veya uyku laboratuvarında uygulanması farklı sonuçları ortaya çıkaracaktır.

Uygulanacak yönetim stratejisinin etkinliğini artırmak amacıyla girişim, bireyin veya ailenin özellikleri dikkate alınarak planlanmalıdır.<sup>(35)</sup> Yine bireyin uyku düzeniyle ilgili davranış değişikliği öngörüldüğü durumlarda bireyin kişisel özellikleri dikkate alınarak planlanacak ve uygulanacak olan girişimlerle ilgili ısrarcı olunması ve bireye içsel motivasyonunu artıracak uygun zamanın tanınması oldukça önemlidir.<sup>(21)</sup> Bu bağlamda, motivasyonel görüşme teknikleri, yaşlı bireyin motivasyonunu desteklemek ve artırmak için yararlanılabilecek bir yöntem olarak tercih edilebilir.<sup>(48)</sup>

Non-farmakolojik yöntemler uzun süre etkili olan, özellikle son yıllarda özellikle ilaçların yan etkilerinden kaçınmak ve bireye doğru uyku alışkanlığı kazandırarak uyku bozukluklarını tedavi etmek amacıyla tercih edilen yöntemlerdir. Bu amaçla yaygın şekilde kullanılan ve sıklıkla bilinen bir yöntem olan Bilişsel Davranışsal Terapi (BDT), başarılı girişimlerden biri olmakla birlikte<sup>(19)</sup> son yıllarda daha fazla kitleye ulaşabilecek alternatif tedavi yaklaşımları denenmeye başlanmıştır. Bunlar arasında sayılabilecek olan kısa davranışsal terapi, kendi

kendine BDT ile video veya online verilen uyku eğitimlerinin, BDT'ye benzer sonuçlar ortaya koyduğu çalışma raporlarından anlaşılmaktadır.<sup>(21,43,44,49,50)</sup> Bu non-farmakolojik girişimlerin önemli bir kısmı hemşireler tarafından bağımsız bir şekilde uygulanabilir.<sup>(21)</sup>

## III. Semptom sonuçları

Semptom yönetim stratejilerinin uygulanması sonucunda, semptomda belirgin şekilde meydana gelen ve semptomun sıklığında, yoğunluğunda veya şiddetinde azalma ile sonuçlanan durumlar, semptom sonucu olarak tanımlanır.<sup>(37)</sup> Bu sonuçlar, fonksiyonel durum, duygusal durum, öz bakım, maliyet, yaşam kalitesi, hastalık/eşlik eden hastalık ve ölüm olmak üzere yedi farklı durum da birey tarafından deneyimlenir. Bu sonuçlar arasında belirgin bir ilişki tanımlanmamakla birlikte, teorinin geliştiricileri tanımlanan her bir semptom sonucunun semptom durumu veya birbiriyle ilişkili olabileceği görüşündedir.<sup>(35)</sup>

SYT, semptom yönetim stratejilerinin uygulanmasının ardından semptomun ortadan kaldırılması durumundan sonlandırılabilir gibi diğer yandan semptomun ortadan kalkmaması veya yine ortaya çıkması gibi durumlarda semptom yönetim stratejilerinin sürekliliğinin söz konusu olması nedeniyle uygulamaya devam edilir. Semptom sonucu bireyin fiziksel ve ruhsal fonksiyonları ve yaşam kalitesinde artış olarak olumlu şekilde sonuçlanabileceği gibi bazı durumlarda ölümle de sonuçlanabilir.<sup>(35,37)</sup> Girişim sonucunda beklenen değişikliğin ortaya çıkmasına rağmen, kimi zamanlarda da istenen değişiklikler gözlemlenmeyebilir.<sup>(43,49,50)</sup> Doğru semptom yönetiminin uzun dönemde sağlık harcamaları ve yaşam kalitesi sonuç değişkenleri üzerinde de olumlu etkileri mevcuttur.<sup>(34,51)</sup>

Uyku bozukluğu semptomlarını tedavi etmek amacıyla hemşireler tarafından uygulanan girişimlerin etkili olmasında, yaşlı bireyin öz bildirimini yanı sıra uyku kalitesi indeksleri ve uyku günlüklerinden de yararlanılabilir. Subjektif olarak uyku günlükleri ile birlikte, aktigraf cihazı ölçümleri ile de objektif olarak değerlendirilebilecek olan uykuya ilişkin parametreler (toplam uyku süresi, uykuya dalma süresi, uykuya daldıktan sonra uyanma sayısı, uykuya daldıktan sonra toplam uyanık kalma süresi, uykuya daldıktan sonra ortalama uyanık kalma süresi ve uyku etkinliği) üzerinde de uygulanan girişimin etkisi değerlendirilebilir.

## Semptom Yönetim Süreci ve Temel Hemşirelik Kavramları

Temel hemşirelik kavramları 2001 yılındaki revizyonda semptom yönetim sürecine eklenmiştir. Şekil 1'de görüldüğü üzere iç içe geçmiş üç büyük halkadan oluşan birey, sağlık-hastalık ve çevre kavramları üç alan olarak SYT boyutlarının her birini etkilemektedir.<sup>(35)</sup>

Bireysel alan: Semptom deneyiminin özünü oluşturan bireysel alan SYT'nin üst tarafındaki halkasını oluşturur. Bu alan, bireyin bakış açısını oluşturan demografik, fizyolojik, psikolojik

ve sosyolojik değişkenlerden meydana gelir. (Şekil 1). Yaşlı bireyin semptomu algılaması, doğru yorumlaması ve öneminin kavranması temel bir gerekliliktir. Çünkü semptom deneyimi ve semptom yönetim stratejilerini tanımlarken yaşla birlikte uykuda gerçekleşen değişimler ile uyku bozukluğunu gösteren semptomları ayırt edebilmelidir.

Normal uykunun tanımı, her toplum için farklı özellikler içermesinin yanı sıra bireyden bireye göre de değişiklik gösterir. Bu farklılıkların yanı sıra, ayrıca bireyin yaşına ve cinsi de normal uykunun tanımında belirleyici özelliğe sahiptir.<sup>(21)</sup> Bireyler kişisel ve buldukları gelişimsel döneme göre de farklı ölçüde uyku gereksinimi duyarlar.<sup>(11)</sup> Benzer şekilde uyku bozukluğunun tanımı da bireyin önceliğine göre farklılık gösterebilir. Örneğin, uyumak amacıyla yatağa yattığı andan itibaren uzun süre uyuyamayan bir kişi tarafından uykuya dalma süresi en önemli semptom olarak tanımlanırken, gece sık uyanan bir kişi tarafından daha alt sırada bir semptom olarak tanımlanabilir.<sup>(51)</sup> Yine gelişimsel dönem özelliği olarak menapoza giren orta yaş döneminde bir kadında için de bulunduğu durumdan kaynaklı uyku kalitesinde düşüş görülebilir.<sup>(21)</sup>

**Sağlık-Hastalık alanı:** Sağlık ve hastalık SYT'nin sağındaki halkasını oluşturur ve (Şekil 1) birey için bu durum tek ve benzersizdir.<sup>(55)</sup> Sağlık ve hastalık alanı teoride risk faktörleri, sağlık durumu, hastalık ve sakatlıklar olarak tanımlanır. Sağlık ve hastalık alanındaki değişkenlerin semptom deneyimi, semptom yönetim stratejileri ve semptom sonuçları üzerine etkisi doğrudan veya dolaylı olabilir. Bu etkenler öngörülebilir ve uygun girişimlerle önenebilir.

Teori semptomların değerlendirilmesine de olanak sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar uyku ile bireyin mevcut hastalıkları arasındaki ilişkiyi tanımlamanın yanı sıra<sup>(51-53)</sup> bireyin yaşadığı uyku bozukluğunun mevcut hastalığının şiddetini artırdığını veya hastalığın nedeni olabildiğini ortaya koymuştur.<sup>(18,54,55)</sup> Düzenli ve yeterli uykunun yaşamın ilk yıllarından itibaren sağlanmasının, bireylerin yaşamları boyunca sağlıkları üzerine önemli olumlu etkileri mevcuttur.<sup>(56)</sup> Bununla birlikte, uyku kalitesini artırmada da yaşam boyunca devam ettirilecek olan düzenli fiziksel aktivitenin olumlu etkileri bulunmaktadır. Sonuç olarak, birbiriyle bağlantılı şekilde sağlanacak olan düzenli uyku da, ilerleyen yaşlarda bireylerin fiziksel olarak daha aktif kalmalarını sağlayacaktır.<sup>(57)</sup>

**Çevresel alan:** Teorinin solunda kalan halka ise fiziksel, sosyal ve kültürel değişkenlerden meydana gelen çevresel alanı temsil eder (Şekil 1). SYT'ye göre semptomlar çevresel alanda meydana gelir.<sup>(35)</sup> Bireyin ev ve iş çevresi ile hastane ortamı fiziksel değişkenler; bireyin kişiler arası ilişkileri ve sosyal destek kaynakları sosyal değişkenler; bireyin ırk, etnik ve dini inançları sonucunda ortaya çıkan "değer, uygulama ve inançları" ise kültürel değişkenler olarak tanımlanır. Teorinin kullanıldığı çalışmalar, bireyin yaşadığı ortamın semptom deneyiminin yanı sıra semptom yönetim stratejileri ve semptom sonuçlarını da etkilediğini kanıtlamaktadır.<sup>(35,34-37)</sup>

Bireyin uyku bozukluğu üzerinde yaşadığı ortamın önemli etkileri vardır.<sup>(32,33,35)</sup> Çevresel alan uykunun değerlendirilme sürecini de etkiler. Örneğin, uykusuzluk (insomniya) tanısı olan bir bireyin kendi evindeki uyku düzeni ile uyku laboratuvarındaki uyku düzeni aynı olmayacaktır.<sup>(34)</sup> Çevresel alanda gerçekleşen gürültü, ısı, ışık vb. etkenler uykuyu olumsuz etkiler ve zaman içerisinde uyku bozukluklarına yol açar.<sup>(56,58,59)</sup> Benzer şekilde çevresel alanda gerçekleşen ve bireylerin uyku kalitelerine doğrudan etkisi olabilecek toplumsal olaylar da zaman içerisinde uyku bozukluğuna yol açabilir.<sup>(31,60)</sup>

## Semptom Yönetimi Teorisinin Sınırlılıkları

SYT, orta düzey teoriler arasında kabul edilir.<sup>(36,37)</sup> Literatürde teorinin bazı sınırlılıkları belirtilmektedir. Teori, semptom deneyiminin tanımını bireyin öz-bildirimine dayandırmaktadır. Bu yaklaşım, semptom deneyimi tanımının hastanın algısına mı yoksa gerçeğe göre mi yapıldığı konusunda çelişki meydana getirmektedir. Yine özellikle çocuklar veya bilişsel açıdan yetersiz olması sebebiyle sözel olarak semptomu tanımlayamayan ve hasta yerine aile veya bakım vericilerinin semptom tanımlaması yaptığı durumlarda hastaların ağrı, anksiyete veya ajitasyon gibi durumlarının semptom veya semptom sonucu olup olmasının ayırdedilebilmesi oldukça güç olmaktadır. Bu nedenle model birey/grup/toplumun gereksinimlerinin nasıl belirleneceğini daha detaylı tanımlamalıdır. Bu tanımlama ayrıca semptom gelişimine yol açabilecek risklerin özelliğini ve riskli grupları değerlendirmek için gerekli sosyal süreçler ile organizasyonel faktörleri de içermelidir.<sup>(35)</sup> Semptom yönetim stratejilerinin bir bütünlük içinde uygulanması ve bu girişimlere uyum sorununun literatürde yer alan en önemli sınırlılık olarak tanımlanmasının yanı sıra semptom sonuçlarını kimin değerlendireceğinin netleşmemiş olması da, belirtilen sınırlılıklar arasındadır. Son olarak, akut ve kronik semptomları ayırdetmemesi açısından da teorinin kapsamlı ve ideal bir teori olmaktan uzak olduğu ileri sürülmektedir.<sup>(35)</sup>

Teori semptom yönetimi olgusunu açıklamada sınırlı olmakla birlikte, var olan hastalığın geniş çapta ele alınabilmesi için yeterlidir. Ancak grand teorilere (büyük boy kuram) göre deneysel çalışma sonuçları daha az genellenebilir ve daha az soyuttur.<sup>(61)</sup>

## Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde yaşlı popülasyonunun hızla artmasıyla birlikte yaşlılarda sık karşılaşılan uyku bozuklukları önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaya devam etmektedir. SYT, hemşirelerin uykuya ilişkin semptomları değerlendirmesi, belirlenen semptomlara yönelik girişim stratejilerinin belirlenmesi ve hemşirelik araştırmalarında araştırma soruları ve hipotezlerin belirlenmesi amacıyla kullanılabilir kapsamlı bir rehberdir. Hemşireler bu teoriden yararlanarak yaşlıların uyku bozukluğu semptom deneyimlerini tanımlayabilir ve semptom yönetim stratejilerini (hemşirelik bakımını planı) belirlemek amacıyla semptom deneyim süreci ile semptom

yönetim stratejileri arasındaki ilişkiyi kapsamlı bir şekilde değerlendirebilirler. Hemşirelerin teoriyi kullanmalarındaki temel ve öncelikli amaç uyku bozukluğuna yönelik bakımın planlanması, uygulamaya aktarılması ve bu bağlamda uyku bozukluklarının en aza indirilmesinde ve yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında etkin rol oynamalarıdır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.	Peer-review: Externally peer-reviewed.
Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.	Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.
Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını açıklamıştır.	Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

© Telif Hakkı 2020 Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC). Logos Tip Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır.

© Copyright 2020 by Koç University School of Nursing Semahat Arsel Nursing Education and Research Center (SANERC). This Journal published by Logos Medical Publishing.

#### KAYNAKLAR

- World Health Organization. 10 Facts on aging and the life course; 2015. Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/)
- Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus projeksiyonları, 2018-2080; 2018. Available from: [www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=30567](http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=30567)
- Hirshkowitz M, Whiton K, Albert S, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1:40-3. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010.
- Cormier RE. Sleep disturbances. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical methods: The history, physical, and laboratory examinations*. Boston: Butterworths; 1990. p. 398-403.
- Sleep Disorders Guide. Meaning of sleep disturbances; various sleep disturbances; 2016. Available from: <http://www.sleepdisordersguide.com/article/basics/meaning-of-sleep-disturbances-various-sleep-disturbances>
- Centers For Diseases Control And Prevention. Insufficient sleep is a public health problem; 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/features/dssleep/>
- Lindstrom V, Andersson K, Lintrup M, Holst G, Berglund J. Prevalence of sleep problems and pain among the elderly in Sweden. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(2):180-3. doi: 10.1007/s12603-011-0356-2.
- Ohayon M, Carskadon M, Guilleminault C, Vitiello M. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004;27(7):1255-73. doi: 10.1093/sleep/27.7.1255.
- U.S. National Library of Medicine. What is "normal" sleep?; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072506/>
- Sagayadevan V, Abdin E, Binte Shafie S, Jeyagurunathan A, Sambasivam R, Zhang Y, et al. Prevalence and correlates of sleep problems among elderly Singaporeans (Summary). *Psychogeriatrics*. 2016;17(1):43-51. doi: 10.1111/psyg.12190.
- Schubert C, Cruickshanks K, Dalton D, Klein B, Klein R, Nondahl D. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep*. 2002;25(8):48-52.
- Neikrug A, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the older adult – A mini-review. *Gerontolog*. 2010;56(2):181-9. doi: 10.1159/000236900.
- Van Cauter E, Leproult R, Plat L. Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. *JAMA*. 2000;284(7):861-8. doi: 10.1001/jama.284.7.861.
- Tsu M.-T. Prevalence and risk factors for insomnia in community-dwelling elderly in northern Taiwan. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013;4(3):75-9. doi: 10.1016/j.jcgg.2013.02.002.
- Karagül BO, Oral H, Şener R, Yılmaz-Küsbeci Ö. Afyon bölgesindeki geriatrik bireylerde uyku bozukluklarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011;14(4):337-43.
- Önal AE, Şener Ş, Temizkan N, Kaya İ, Tezoglu C, Önelge Gür S, et al. Yaşlılıkta uyku sorunları ve ilgili faktörler: +65 aktif yaşlanma projesi sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012;15(4):390-5.
- Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnzlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012;15(1):81-8.
- Şenol V, Soyuer F, Argün M. Quality of life of elderly nursing home residents and its correlates in Kayseri. A descriptive-analytical design: A cross-sectional study. *Health*. 2013;5(2):212-21. doi: 10.4236/health.2013.52029.
- Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD003161. doi: 10.1002/14651858.CD003161.
- Yılmaz H, Tuncel D. Uyku bozukluklarında tedavi rehberi. Ankara: Türk Nöroloji Derneği; 2014.
- Morgan K, Closs SJ. *Sleep management in nursing practice*. London: Churchill Livingstone; 1999.
- Roland N. Sleep disturbance among elderly people in nursing home: A nonpharmacological approach; 2011. Available from: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36268/Thesis.pdf?sequence=3>
- Phillips B, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Sleep Medicine*. 2001;2:99-114.
- Alessi C, Schnelle J. Approach to sleep disorders in the nursing home setting. *Sleep Med Rev*. 2000;4(1):45-56.
- Friedman L, Zeitzer J, Kushida C, Zhdanova I, Noda A, Lee T, et al. Scheduled bright light for treatment of insomnia in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(3):441-52. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02164.x.
- Nelson R, Coyle C. Effects of a bedtime massage on relaxation in nursing home residents with sleep disorders. *Journal of Activities, Adaptation & Aging*. 2010;34(3):216-31. doi: 10.1080/01924788.2010.501485.
- Lai H, Good M. Music improves sleep quality in older adults. *J Adv Nurs*. 2005;49(3):234-44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03281.x
- Reza H, Kian N, Pouresmail Z, Masood K, Sadat Seyed Bagher M, Cheraghi M. The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16(2):81-5. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.07.003.
- Suen L, Wong T, Leung A. Effectiveness of auricular therapy on sleep promotion in the elderly. *Am J Chin Med*. 2002;30(4):249-449. doi: 10.1142/S0192415X0200051X.
- Reid K, Baron K, Lu B, Naylor E, Wolfe L, Zee P. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Med*. 2010;11(9):934-40. doi: 10.1016/j.sleep.2010.04.014.
- Humphreys JC, Lee KA, Neylan TC, Marmar CR. Sleep patterns of sheltered battered women. *Image J Nurs Sch*. 1999;31(2):139-43. doi: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00452.x.
- Humphreys JC. Resilience in sheltered battered. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24(2):137-52. doi: 10.1080/01612840305293.
- Humphreys J, Lee K. Sleep disturbance in battered. *Issues Ment Health Nurs*. 2005;26(7):771-80. doi: 10.1080/01612840591008401.
- Larson P, Carrieri-Kohlman V, Dodd M, Douglas M, Faucett J, Froelicher ES, et al. A model for symptom management. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Nursing Group. *Image J Nurs Sch*. 1994;26(4):272-6.
- Dodd MJ, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.
- Landers MG. Symptom management theory. In: Fitzpatrick JJ, McCarthy G, editors. *Theories Guiding Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2014. p. 35-50.
- Humphreys J, Janson S, Donesky D, Dracup K. Middle range theory of nursing. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Theory of Symptom Management*. New York: Springer Publishing Company; 2014. p. 103-12.
- UCSF School of Nursing. Biobehavioral research program in symptom science; 2017. Available from: <https://nursing.ucsf.edu/biobehavioral-research-program-symptom-science>
- Alessi C, Martin JL, Fiorentino L, Fung CH, Dzierzewski JM, Rodriguez Tapia JC, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in older veterans using nonclinician sleep coaches: Randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(9):1830-8. doi: 10.1111/jgs.14304.

40. Epstein DR, Sidani S, Bootzin RR, Belyea MJ. Dismantling multicomponent behavioral treatment for insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *Sleep*. 2012;35(6):797-805. doi: 10.5665/sleep.1878.
41. Harris J, Lack L, Kem K, Wright H, Bootzin R. A randomized controlled trial of intensive sleep retraining (ISR): A brief conditioning treatment for chronic insomnia. *Sleep*. 2012;35(1):49-60. doi: 10.5665/sleep.1584.
42. Morgan K, Gregory P, Tomeny M, Psy D, David B, Gascoigne C. Self-Help treatment for insomnia symptoms associated with chronic conditions in older adults: A randomized controlled trial. *JAGS*. 2012;60:1803-10. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04175.x.
43. Ho FY, Chung KF, Yeung WF, Ng TH, Kwan K.-S., Yung K.-P, et al. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2015;19:17-28. doi: 10.1016/j.smrv.2014.06.010.
44. Ancoli-Israel S, Cole R, Alessi C, Chambers M, Moorcroft W, Pollak CP. The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *Sleep*. 2003;26(3):342-92. doi: 10.1093/sleep/26.3.342.
45. Cellini NB, Buman MP, McDevitt EA, Ricker AA, Mednick SC. Direct comparison of two actigraphy devices with polysomnographically recorded naps in healthy young adults. *Chronobiol Int*. 2013;30(5):691-8. doi: 10.3109/07420528.2013.782312.
46. Sadeh A. The role and validity of actigraphy in sleep medicine: An update. *Sleep Med Rev*. 2011;15(4):259-67. doi: 10.1016/j.smrv.2010.10.001.
47. Aitken L, Elliott R, Mitchell M, Davis C, Macfarlane B, Ullman A, et al. Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Aust Crit Care*. 2016;30(2):1-7. doi: 10.1016/j.aucc.2016.04.001.
48. Purath J, Keck A, Fitzgerald CE. Motivational interviewing for older adults in primary care: A systematic review. *Geriatr Nurs*. 2014;35(3):219-24. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.02.002.
49. Buysse D, Germain A, Moul D, Franzen P, Brar L, Fletcher M, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med*. 2011;171(10):887-95. doi: 10.1001/archinternmed.2010.535.
50. Savard J, Ivers H, Savard M.-H, Morin C. Is a video-based cognitive behavioral therapy for insomnia as efficacious as a professionally administered treatment in breast cancer? Results of a randomized controlled trial. *Sleep*. 2014;37(8):1305-14. doi: 10.5665/sleep.3918.
51. Ote J, Carpenter J, Manchanda S, Rand K, Skaar T, Weaver M, et al. Systematic review of sleep disorders in cancer patients: Can the prevalence of sleep disorders be ascertained? *Cancer Med*. 2015;4(2):183-200. doi: 10.1002/cam4.356.
52. Dikeos D, Georgantopoulos G. Medical comorbidity of sleep disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(4):346-54. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283473375.
53. Ardiç S, Demir A, Uçar Z, Fırat H, Işıl O, Karadeniz D, et al. Prevalence and associated factors of sleep-disordered breathing in the Turkish adult population. *Sleep and Biological Rhythms*. 2013;11(1):29-39. doi: 10.1111/sbr.12000.
54. Townsend-Roccichelli JS. Managing sleep disorder in elderly. *Nurse Pract*. 2010;35(5):30-7. doi: 10.1097/01.NPR.0000371296.98371.7e.
55. Ancoli-Israel S, Ayalon L. Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Feb;14(2):95-103. doi: 10.1097/01.JGP.0000196627.12010.d1.
56. World Health Organisation. WHO technical meeting on sleep and health. Bonn: WHO; 2004.
57. Kredlow M, Capozzoli M, Hearon B, Calkins A, Otto M. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 2015;38:427-49. doi: 10.1007/s10865-015-9617-6.
58. Kim M, Chun, C, Han J. A study on bedroom environment and sleep quality in Korea. *Indoor and Built Environment*. 2010;19(1):123-8. doi: 10.1177/1420326X09358031.
59. Okamoto-Mizuno K, Mizuno K. Effects of thermal environment on sleep and circadian rhythm. *J Physiol Anthropol*. 2012;31(14):1-9. doi: 10.1186/1880-6805-31-14.
60. Orr N, Lettieri C. Sleep disturbances and posttraumatic stress disorder; 2011. Available from: [http://www.medscape.com/viewarticle/738669\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/738669_1)
61. Linder L. Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: Implication for pediatric oncology nursing. *J Pdiatr Oncol Nurs*. 2010;26(6):316-24. doi: 10.1177/1043454210368532.