

PARKİNSON HASTALARINDA UYKU BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Serap PARLAR*

Kabul Tarihi: 02.06.2006

ÖZET

Uyku, insanın gerek fiziksel gerekse ruhsal sağlığı yönünden çok önemli bir gereksinimdir. Uyku yeteri kadar karşılanmadığı zaman çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunun yanında bazı hastalıklar da uyku kalitesini etkilemekte ve uyku bozukluğuna yol açmaktadır.

Parkinson Hastalığı (PH)'nda uyku bozukluğu, pek çok nedene bağlı ortaya çıkabilen ve hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Uyku bozukluğunun hastalığın primer patolojisine, semptomlara, kullanılan ilaçlara veya eşlik eden primer uyku bozukluklarına bağlı olabileceği bildirilmektedir. PH'da görülebilen uyku sorunları; insomnia, canlı rüyalar, uyku davranış bozukluğu, anormal nokturnal hareketler, gündüz aşırı uyuklama ve yorgunluktur.

Bir hastanın uyku gereksiniminin karşılanmasına yardım etmek için hemşire, uykunun doğasını, uykuyu etkileyen etmenleri ve hastanın uyku alışkanlıklarını bilmelidir. Bu nedenle hemşire uykunun fizyolojisini ve uykuyu artıran veya bozan durumları bilmeli ve yeterli uykunun sağlanmasına yardımcı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Parkinson hastalığı, uyku, hemşirelik yönetimi

ABSTRACT

Sleep Disturbances and Nursing Management in Parkinson's Patients

Sleep is a significant need in terms of physical as well as spiritual health. When there is a lack of sleep, it may cause a number of problems to appear. In addition, certain diseases also affect the quality of sleep and result in sleep disturbances.

The sleep disturbance in Parkinson's disease (PD) is one the significant factors that emerge depending on a number of reasons and that affect patients' quality of life. It has been reported that sleep disturbance might be associated with the primary pathology of the disease, the symptoms, the medication used and the accompanying primary sleep disturbances. The sleep problems seen in PD are; insomnia, live dreams, sleep-misbehaviors, abnormal nocturnal conducts, oversleepiness in daytime and fatigue.

In order for a nurse to help a patient to meet his/her sleep requirement she must aware of the nature of the sleep, the factors affecting the sleep and patient's sleep habits. Therefore, nurse should recognize the physiology of sleep and the situations that promote or disturb sleep and should help that sufficient sleep is received.

Keywords: Parkinson's disease, sleep, nursing management.

GİRİŞ

Uyku yalnız vücut için değil aynı zamanda zihnin sağlıklı fonksiyon görmesi için de gereklidir. Uykunun normal mekanizması tam bilinmemesine karşın, beynin özel aktivitesini ve mekanizmalarını tam ve ayrıntılı olarak kontrol eden bir süreçtir (Askenasy 2003).

Normal uyku, fizyolojik ölçümlerle ayırtedilen birbirinden farklı

periyodik iki evreden oluşmaktadır. Bunlar; hızlı göz hareketlerinin olmadığı NREM (non rapid eye movement) uyku ve hızlı göz hareketlerinin olduğu REM (rapid eye movement) uykusudur (Askenasy 2003). Yetişkinlerde uyku genellikle NREM uyku ile başlar ve bunun birbirini izleyen dört evresi vardır. NREM uyku derin ve dinlendirici uykudur.

*Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu (Arş. Gör.)

Tlf- faks: 0 232 3881103- 0 232 3886374-127 E-mail adresi: serap.parlar@mynet.com

İlk iki evresinde (I,II) uyku hafiftir ve birey kolaylıkla uyanabilir, son iki evresinde (III,IV) ise uyku derindir ve bireyi uyandırmak güçtür. REM uykusu sırasında kişiyi uyandırmak NREM uykusu evresine göre daha zordur. Ancak bu evrede çok sık kendiliğinden uyanmalar görülür (Gökdoğan 1990, Pal et al. 1999).

NREM uykusu, motor sistemin birçok düzeyinde aktivitenin azaldığı, REM uykusu ise artmış santral motor aktiviteye karşın motor nöron seviyesinde inhibitör etkinin hakim olduğu ve hareketin gözlenmediği bir bilinç durumudur (Kaynak 2002). Genç yetişkinlerde normal uykunun %75-80'ini NREM uyku oluştururken %20-25'ini ise REM uyku oluşturmaktadır (Akcan 2005).

Yeterli uyku ve dinlenmenin olmaması bazı sorunlara yol açar. Güne yorgun olarak başlanır, dikkat ve konsantrasyonda sapmalar ile birlikte normal çalışma veriminde azalma görülür. Sarhoşluk hali, konuya uygun olmayan ses tonlamaları ve sözü ağız içinde geveleme olabilir. Bulanık görme, gözlerde kaşınma, mide bulantısı ve baş ağrısı yaygın görülen belirtilerdir (Gökdoğan 1990).

Uyku süresini kişinin; fizyolojik metabolizması, fiziksel durumu, yaptığı iş, egzersiz düzeyi ve yaş gibi pek çok önemli faktörler etkilemektedir. Hastalıklar da “normal uyku” seyrini değiştiren etmenlerdir (Pal et al. 1999). Kesin etyolojisi bilinmemesine karşın Parkinson hastalığı olan hastalarda uyku ile ilgili sorunlar sıklıkla görülmektedir (Happe et al 2002). Uyku problemleri Parkinson hastalarının semptomlarını daha fazla artırmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastaların yeterli ve kaliteli uyku almaları semptomlarının hafifletilmesinde yardımcı olacağından uyku sorunlarına yönelik hemşirelik girişimleri öncelikler arasında yer almalıdır.

PARKİNSON HASTALARINDA GÖRÜLEN UYKU BOZUKLUKLARI

Parkinson hastalığı (PH) başlangıcı/nedeni kesin bilinmeyen bir bazal ganglion hastalığıdır. Bu hastalık Hoehn ve Yahr tarafından tanımlanan evrelerin ağırlık derecesine göre sınıflandırılır ve hastalığın derecesi Parkinson Hastalığı Şiddet Skalası (Unified Parkinson's Disease Rating Scale – UPDRS) yöntemi ile belirlenir (Happe et al. 2002, Askenasy 2003). Hastalığın süresi, şiddeti ve uygulanan tedavi farklı ve değişik şiddette uyku bozukluklarına yol açabilir (Pacchetti 2003). PH'da uyku bozuklukları %67-98 oranında görülmektedir ve depresyon, bağımlılık ile birlikte bu hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (Oerlemans and Weerd 2002). İngiltere'de 220 Parkinson hastasıyla yapılan bir çalışmada, bu hastaların 215'inde uyku bozukluğu olduğu saptanmıştır (Cynthia and Comella 1997).

Yapılan bir çalışmada Parkinson hastalarının %76'sı uyku bölünmeleri rapor etmelerine karşın, sadece %18'i uyku kalitelerinin kötü olduğunu ve uykularını düzeltmek için 1/3'ü ilaç tedavisi aldıklarını belirtmişlerdir (Friedman and Chou 2004). Yapılan bir çalışmada Parkinson hastalarında uyku bozukluğu değerlendirilmiş ve kadınlarda bu oranın %48, erkeklerde ise %25 olduğu saptanmıştır (Garcia et al. 2003).

PH'da görülen uyku bozuklukları dört ana grup altında toplanmaktadır (Kaynak 2002);

- Uyku-uyanıklık organizasyonunda bozukluk
- Uykuda motor aktivite
- Uykuda solunum bozuklukları
- Uykuyu etkileyen nöropsikiyatrik bozukluklar

Ayrıca PH'da uyku bozuklukları primer ve sekonder olarak da sınıflandırılabilir. Primer uyku bozuklukları, PH'da görülen temel bozukluktur. Sekonder uyku bozuklukları PH'da

kullanılan ilaç tedavisine ve hiperaktivite veya tremor gibi PH'nin diğer belirtilerine bağlanabilir (Cynthia and Comella 1997, Friedman and Chou 2004, Pal et al. 1999).

1. UYKU-UYANIKLIK ORGANİZASYONUNDA BOZUKLUK

Uyku latensi uzamış, gece içi uyanıklık süresi ve NREM I-II evreleri artmış, REM uykusu ve derin yavaş uyku azalmıştır. Hafif düzeyde ve yeni tanı konmuş Parkinson hastalarında bu bulgular hafiftir. Rijiditenin (sertlik/katılık) belirgin olduğu hastalarda REM uykusundaki azalma daha da belirgindir. EEG'ye ait değişiklikler, uyku iğlerinin frekans ve amplitüdünde azalma, REM uykusu sırasında alfa aktivitesinde belirginleşme şeklindedir (Kaynak 2002).

İnsomnia (Uykusuzluk)

İnsomnia, uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan uyku olarak kabul edilmektedir (Sateia and Nowell 2004, Aydın 2004). Uyku bölünmesi en sık görülen uyku bozukluğudur ve uykuyu sürdürmede zorluk ile şekillenen insomnia'ya neden olur (Kaynak 2002). Uyku bölünmesi PH'da en erken ve en sık görülen uyku bozukluğudur ve gün içinde aşırı uykululuğa yol açar. Norveç'te yapılan bir çalışmada Parkinson hastalarının %15.5'inde, Diyabet hastalarının %5'inde, yaşlıların ise %1'inde gündüz aşırı uykululuk durumu saptanmıştır (Roth et al. 2003).

Parkinson hastaları uykuda geçen zamanın %30-40'ını gece sık sık uyanarak geçirirler. PH'da spontan uyanmalar da normale göre daha siktir (Oerlemans and Weerd 2002, Pal et al. 1999). Uykuyu başlatmada zorluk PH'da sık görülmemektedir ve eğer görülürse depresyon veya huzursuz bacak sendromu düşünülmelidir. Sabah erken uyanma şeklinde ortaya çıkan uykusuzluk ise depresyonun varlığını destekler (Kaynak 2002). Kontrol çalışmalarında insomnia'nın prevelansı

yaşlı kontrol grubuna benzer bulunmasına karşın PH'da Levadopa'nın amfetamin gibi yan etkisinin, hastalığın şiddetinin, huzursuz bacak sendromunun ve sürekli sıkıntı ve huzursuzluğun insomniaya neden olabileceği belirtilmiştir (Pal et al. 2002).

Gündüz Aşırı Uykululuk

Gündüz aşırı uykululuk; normal uyku zamanı dışında istenmeyen uyuma durumdur. Gündüz uyku eğilimi görülen olgularda, semptomlar şiddetine göre hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılmaktadır (Pal et al. 2002).

Gündüz aşırı uyku eğilimini saptamak için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (Cynthia and Comella 2002). Bunlar:

- “Epworth Uykululuk Skalası” (Epworth Sleepiness Scale-ESS) subjektif bir ölçektir
- “Multiple Sleep Latency Test” (MSLT) objektif bir ölçektir
- “Maintenance Wakefulness Test” (MWT) objektif bir ölçektir.

PH'da hem gündüz aşırı uykululuk hem de yorgunluk sık görülür. Nedeni, çoğunlukla uyku bölünmesidir. Fakat uykuda periyodik hareket bozukluğu, uykuda solunum bozukluğu, depresyon, uykunun sirkadeyn kontrolünün bozulması ya da tedavi de bu duruma yol açabilir. PH'da gece uykusunun kalitesi bozulurken aslında 24 saat içindeki uyku süresi azalmaz ve gün içine kayar (Kaynak 2002, Cynthia and Comella 2002).

Bir çalışmada, Parkinson hastaları ve normal yaşlı kontrol grubunda gün içi şekerlemenin benzer olmasına karşın kendiliğinden uyuklamanın Parkinson hastalarında daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Happe et al. 2002). Başka bir çalışmada gündüz aşırı uykululuk sağlıklı kontrol grubunda %6 oranında iken, Parkinson hastalarında %45 oranında görülmüştür (Friedman and Chou 2004).

2. UYKUDA MOTOR AKTİVİTE

PH'da motor semptomlar uyanıklıkta belirgin olmakla birlikte, uykuda tamamen ortadan kalkmaz. Tremor ve kas tonüsü değişiklikleri, farklı uyku evrelerinde değişiklikler gösterir. PH'da uykuda kas tonusu artışı ve anormal basit ve kompleks aktiviteler siktir. Uyurgezerlik (Somnambulism), uykuda periyodik hareket bozukluğu, REM uykusu davranış bozukluğu PH'da siktir (Kaynak 2002).

Gece boyu yapılan uyku kayıtları, hastaların tümünde REM uykusu sırasında, iskelet kaslarının neredeyse paralizisi durumunda olduğu anormal motor davranışlar bulunduğunu göstermiştir. Üç hastada, REM döneminin ardından delüzyonlar (hayal) görülmüştür (Lamberg 2001).

Parkinson hastaları ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada Parkinson hastalarında uyku sorunlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda uykuda motor anormalliklerin görülmesi dikkat çekmiştir. Bu anormallikler hastalık ve kontrol grubu için aşağıdaki şekilde verilmiştir (Cynthia and Comella 1997);

- Uykuda rahatsız edici hareketler (hastalık %40, kontrol %7.1)
- Yatakta zorlukla dönmek (hastalık %67.1, kontrol %5.9)
- Yataktan sıçramak veya düşmek (hastalık %27.5, kontrol %5.9)
- Uykuda konuşma (hastalık %42.2, kontrol %5.9)

Parasomnia

Uykuya bağlı motor bozukluklardır. Gün içi yapılan şekerlemeler gece uykusunda sık uyanışlara neden olur. Bu motor davranışlar; panik atak, uyurgezerlik, Uykuda Korku Bozukluğu (uyku terörü), kabus görme, REM uykusu davranış bozukluğu, halüsinasyon, uyku sırasında parlak ışık veya gürültü ile sıçramalar gibi istenmeyen

davranışlardır ve yalnız uyku sırasında olurlar (Pal et al. 1999).

Yapılan bir çalışmada, Parkinson hastalarının "yeni uyku deneyimleri"nde L-Dopa (Levodopa)'nın yüksek bir insidans gösterdiği ve bu durumun L-Dopa tedavisinden önce görülmediği rapor edilmiştir. Bu uyku deneyimleri; canlı rüya (%22.7), uyku terörü (%6.8), kabus (%5.7) olup, L-Dopa tedavisi süresince ilişkili prevelansını göstermektedir (Garcia et al. 2003).

Uyku terörü olan hastalarda uyku düzeninde değişiklik yokken halüsinasyonu olan hastalarda uyku düzeninde değişiklik görülmektedir. PH'da kabus görme; Dopamin tedavilerine bağlı, demansa bağlı veya idiyopatik olabilir. Dopaminerjik tedavi uygulanan PH vakaları çoğu zaman uyanırken görsel halüsinasyonlar ve uyku sırasında olağanüstü canlı rüyalar gördüklerinden yakınmaktadır (Oerlemans and Weerd 2002, Lamberg 2001).

Demans bulunmayan ve uzun süredir L-Dopa'ya yanıt veren Parkinson'lu on hastada görülen halüsinasyonların değerlendirildiği çalışmada; hastaların çoğunun; yaşamlarını tehlikede hissettikleri, kendilerinin izlendikleri, tehdit edildikleri ya da eşlerinin sahtekar ya da sadakatsiz oldukları düşüncesinde buldukları saptanmıştır. Halüsinasyonları olan Parkinson hastaları, halüsinasyonları olmayan Parkinson hastalarına göre, gündüzleri daha fazla uyuma eğilimindedirler. Halüsinasyon gören hastalarda aynı zamanda, gündüz vakti uyuklama sırasında daha fazla REM dönemi kaydedilmekte ve genellikle bu dönemin ardından halüsinasyonlar ortaya çıkmaktadır (Lamberg 2001).

REM Uykusu Davranış Bozukluğu-RDB (REM Sleep Behavior Disorder)

Normalde uykunun REM döneminde kaybolması gereken kas tonusunun, aralıklı ya da uzun sürelerle artarak stereotipik (anlamsız söz ve

davranışların ardışık tekrarlanması) hareketlere yol açması ile karakterizedir (Roth et al. 2003, Aydın 2004). RDB idiyopatik (çoğunluğu) ve sekonder olmak üzere iki farklı şekilde görülmektedir. Nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığa bağlı olmadan ortaya çıkan formu *idiyopatik RDB* olarak adlandırılır ve %42 oranında görülür. *Sekonder* forma eşlik eden nörolojik hastalıklar, parkinson hastalığı, multisistem atrofiler, demans, serebrovasküler hastalıklar, multipl skleroz ve beyin sapı tümörleridir. RDB'nin PH ile ilişkisi önemlidir, çünkü RDB, PH'nın ilk belirtisi olabilir (Kaynak 2004).

Hastalık klinik olarak basit ve kompleks olmak üzere iki farklı şekilde ortaya çıkabilir. *Basit formunda* çılgılık, konuşma, seyirmeler, *kompleks formunda* ise aranma hareketleri, organize amaçlı konuşma, saldırgan davranışlar, tekme-yumruk atma, etraftaki eşyaları-cisimleri tutup fırlatma, yataktan atlama ve yataktan kalkıp yürüme gibi motor hareketler görülebilir (Kaynak 2003).

PH'da RDB'nin kesin insidansı bilinmemektedir. Yapılan bir çalışmada polisomnografik olarak dopaminerjik tedavi gören deprese ve demans olmayan on Parkinson hastası değerlendirilmiş ve hastaların beşinde RDB rapor edilmiştir. Halüsinasyonlara neden olan dopaminerjik ilaç kullanan beş Parkinson hastasının dördünde önemli derecede REM uyku bozuklukları saptanmıştır. Bir çalışmada; 50 yaş üstü RDB'li 29 erkek hasta izlenmiş ve bu hastaların 11'de (%38.1) PH görülmüştür (Pal et al. 1999).

3. UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUKLARI

Uyku sırasında, istemsiz olarak on saniyeyi aşan solunumun kesintiye uğraması olarak tanımlanır. Uyku apne sendromu tanısı için uykunun her saati için beş apne veya on apne-hipopne kombinasyonları gereklidir. Ortalama olarak, apneler 30-40 saniye sürer, ancak 10 sn ile 3 dakika arasında değişebilir.

Bir saatlik uykuda ortaya çıkan apne ve hipopne sayısı 5-15 ise hafif, 15-30 ise orta ve 30'dan fazlaysa ileri derecede apne sendromundan söz edilir (Özgen 2003, <http://www.armpsikiyatri.com/uyku.asp> 2005).

Orta ve ileri PH'ta uykuda obstruktif tipte solunum yetersizliğine sıkça rastlanmaktadır. Bunun nedeni üst solunum yolu kas tonusu değişiklikleri ile respiratuar kas tonusu koordinasyonunun bozulmasıdır. Otonom bozukluğu olan hastalarda uykuda solunum bozukluğu daha sık görülür (Kaynak 2002).

4. UYKUYU ETKİLEYEN NÖROPSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Major depresif bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğunda uykuya dalmada güçlük ve gece uyanmalar önemli derecede uykusuzluk sorunlarına ve gündüz uykululuğuna neden olabilir. Özellikle anksiyeteli hastalarda uykuya dalmada güçlük vardır fakat gece uyanmalar daha azdır (Örnek ve ark 1992). Anksiyete PH'da yaygın olarak görülür. Depresyon PH'nın seyri sırasında %50 oranında görülür ve sıklıkla uyku bozukluğuna yol açabilmektedir (Friedman and Chou 2004).

Yapılan bir çalışmada, kognitif performans bozukluğu olan Parkinson hastalarında uyku kalitesinin daha fazla bozulduğu, bu hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla uykuya dalmada, uykuyu sürdürmede ve gece hareket etmede daha fazla zorluk çektikleri saptanmıştır. Bu hastalarda depresyon gelişme olasılığı da daha yüksek bulunmuştur ve depresyon ağırlaştıkça bellek bozukluğunda da artış görülmüştür. Bir çalışmada bu hastalarda uyku ve depresyon tedavi edildiğinde kognitif performansın da düzelebileceği ileri sürülmüştür (Lamberg 2001).

PH'DA UYKU BOZUKLUKLARININ NEDENLERİ

1. Yaş

2. PH'lığının etkileri

- Uyku-uyanıklık düzeninde bozukluk
- Uyku bölünmeleri ve motor değişiklikler (diskinezi/istemli hareketlerin bozulması, soğuk vs), bradikinezi/yavaş hareket etme, katılık, tremor/titreme gibi parkinsona ait motor semptomların etkileri

3. PH'da yaygın görülen gece anormal motor aktiviteler

- Basit motor aktiviteler:** NREM uykusu sırasında hızlı göz hareketleri, uykunun başlangıcında tekrarlanan göz kırpmaları, NREM uykusu sırasında uzayan tonik kol kas kontraksiyonları.
- Kompleks motor aktiviteler:** Klonik kasılmalar, uykuda periyodik bacak hareketleri, huzursuz bacak sendromu, gece sıkıntı ve huzursuzluk, parasomnia ile ilgili hareketler.

4. Fiziksel ve psikiyatrik durumların bir arada olması:

Parkinson hastaları dispne, prostat hipertrofisi ve ağrı gibi yaşla ilgili sorunlara karşı duyarlıdırlar. Bütün bunlar hastaların sık sık uyanmalarına ve uyku sorunlarına neden olabilir (Pal et al. 1999). Ağrısı olan hastalar, olmayanlara kıyasla uykuyu daha zorlukla sürdürürler ve daha fazla kabus görürler. Depresyon ve uyku bozuklukları arasındaki etkileşim ağrısı olanlarda olmayanlara göre önemli derecededir (Oerlemans and Weerd 2002).

5. Tedavinin yan etkisi:

- Dopaminerjik ilaç tedavisi: Ani uyanmalar, kasılmalar, sirkadeyn ritm bozukluğu, canlı rüya ve kabuslara neden olabilir. Birçok çalışmada L-Dopa tedavisinin başlaması ile uyku bölünmelerinin düzeldiği gösterilmektedir. Pratikte genellikle görülen durum, başlangıçta uyku üzerine olumlu etkisi olan dopaminerjik tedavinin kronik kullanımda uykuyu bozmasıdır.

Dopaminerjik tedavi gören hastaların %33'ünde yan etki olarak görsel halüsinasyonlar bildirilmiştir. Bunda rol oynayan faktörlerin; L-Dopa tedavisinin süresinin, Antikolinergik ya da Amantadine kullanımının, demansın varlığının, PH'ın başlangıç yaşının ve PH'ın süresinin olduğu belirtilmiştir (Kaynak 2002, Garcia 2003).

- İnsomniaya neden olan ilaçların/ maddelerin yaygın kullanımı: Antihipertansifler (Propranolol, Atenolol, Pindolol gibi Beta blokerler, Klonidine), Bronkodilatörler (Metaproterenol, Albuterol), Teofilin, dekonjestanlar, hormonlar (tiroid preparatları, kortizon, progesteron), antikolinergikler, nikotin, kafein.
- Uyku düzeninde değişikliğe neden olan ilaçlar: Benzodiazepinler; II. uyku evresinde uzama, III.-IV. uyku evrelerinde ve REM uykusunda azalma, gündüz aşırı uykululuğa neden olabilir. Antidepresanlar; REM uykusunu gizleyebilir ve uykuda motor aktivite düzeylerinde artma olabilir. Antipsikotikler; REM uykusu ve 3.-4. uyku evrelerinde artma. Antikolinergikler; REM uykusunu gizleyebilir (Pal et al. 1999).

UYKUNUN PARKİNSON HASTALARINA ETKİSİ

Uykunun motor hareketlerde anormallikler, vücut hareketlerinde azalma, hızlı göz hareketleri, NREM uykusunda hızlı göz hareketlerinde zorlanma, REM davranış bozukluğuna ve aşırı periyodik hareket bozukluğuna neden olduğu belirtilmektedir (Cynthia and Comella 2002). Ancak uykunun PH semptomlarında %10-33 oranında düzeltici etkisi olduğu bildirilmiştir. Özellikle tremorun sabah uyanıklığı takiben ilk iki saat içinde azaldığı ve kaybolduğu, uykunun tremor üzerine olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu özellik, erken yaşta başlayan, uzun süreli ve yüksek dozda L-Dopa kullanan hastalarda görülür. Uykunun PH

semptomlarında düzeltici etkisinin olduğu hastaların polisomnografik özelliklerine bakıldığında, gece içi uyanıklıklarının daha fazla, REM uykuların ise daha bozuk olduğu gösterilmiştir. Sabah hafif olan ve gün içinde artan katılık, gün içinde kısa süreli uykudan da yarar görmektedir. Mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, L-Dopa'ya kısa ya da uzun süreli cevap ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Kaynak 2002).

PARKİNSON HASTALARINDAKİ UYKU SORUNLARININ HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Bireyin uyku sorunlarının neden ya da nedenlerini belirlemede hemşirelik aktiviteleri önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirelerin hasta bakımında uykuya yönelik girişimlere yer verebilmesi için, öncelikle uykunun özellikleri ve fonksiyonlarını bilmesi gereklidir. Ayrıca, hastanın genel uyku düzenini, genel yatma zamanını, alışkanlıklarını ve uyku sorununun nedenlerini de belirlemelidir (Fesci ve Görgülü 2005).

Parkinson Hastalığı yönetiminde, hastanın rutin uyku davranışları ile ilgili detaylı bilgi almak hem hasta hem de eşi veya bakım vericisi açısından önemlidir. Aşağıdaki maddelerin dikkatle araştırılması ve incelenmesi gerekir (Pal et al. 1999):

- Uyku bozuklukları veya PH'nın semptomlarının izlenmesi
- Tüm kullanılan ilaçların araştırılması
- Gündüz uyku durumu/ şekerleme
- Depresyon veya anksiyete varlığı
- Tıbbi hastalıklarının bir arada olması durumu
- Uyku bozukluğunun aile hikayesi
- Bir aydan fazla uyku kaydı

Uyku bozukluklarının tedavisindeki ilk adım elbette uyku sorunlarının doğru tanılanmasına bağlıdır (tıbbi, psikolojik, psikososyal faktörler). Uyku seyrinde normal yaşla ilgili değişiklikler üzerinde durma hasta ve

bakım verici açısından önemlidir (Askenasy 2003). Hastaların uykusunun doğru değerlendirilmesinde; hem hasta hem de bakım verici tarafından verilen aile öyküsü (geçmiş), kullandığı ilaçlar, önceki uyku alışkanlıkları ve psikiyatrik değerlendirmenin yanında hemşirelerin gözlemleri de yararlıdır. Uyku sorunlarının değerlendirilmesinde diğer bir yöntem ise polisomnografidir. Yapılan bir araştırmada, polisomnografi ile hastaların uyku uyanıklık durumunun değerlendirilmesi ile hemşirelerin değerlendirmeleri karşılaştırılmış ve hemşirelerin %88'inin hastanın uyuma/ uyanıklık durumuna doğru karar verdiği belirlenmiştir (Fesci ve Görgülü 2005).

Uyku hijyeni, uykuyu etkileyen davranış değişiklikleri olan insomniyalı hastalara yardım etmek için bazı önerileri kapsar. İyi bir uyku hijyeni uyku bozukluklarını önlemede önemlidir. İnsomnia için davranış programları; uyarıcı kontrol terapi, uyku sınırlama terapisi, relaksasyon (gevşeme) terapisi, bilişsel terapi, kronoterapi ve parlak ışık terapisi. Bu terapiler tıbbi hastalıkların bir arada olmasına ve uyku bozukluklarının temelinde yatan nedenlerine göre uygulanır (Pal et al. 1999).

Parkinson hastalarında iyi bir uyku düzeninin sağlanması için verilen öneriler şunlardır (Pal et al. 1999, Askenasy 2003, Garcia et al. 2003);

- Yatak odası havalandırılmalı ve sıcaklığı ayarlanmalı, gece ışığı azaltılmalı ve yatak rahatsız edici olmayan sertlikte olmalıdır. Hasta ilaçlarına ve suya kolaylıkla ulaşılabilir olmalıdır. Banyo yolunun aydınlatılması iyi olmalıdır.
- Aşırı yavaş hareket etme veya katılık olduğunda; hastalara yatakta veya yatak dışında yardımcı olunacak malzemelerle yardım edilmelidir. Rehabilitasyon uzmanı kişisel gereksinimler için uygun önerilerde bulunmalıdır.
- Düzenli egzersiz (akşamları güç egzersizlerden kaçınmak), gevşeme

terapisi uygulamalı ve kafeinli içkiler, sigara, aşırı yiyecekler ve alkollü içeceklerden kaçınılmalıdır.

- Geceleri sık idrara çıkan hastalar akşam dörtten sonra sınırlı içecek almalıdır.
- Uykudan iki saat önce sıcak bir banyo yapılmalı, hafif yemek yenilmeli ya da bir bardak ılık süt içilmelidir.
- Başlangıçta insomnia'nın üstesinden gelmede, başatmede hastanın düzenli okuması sağlanmalıdır.
- Yatağa uzanmak yerine rahat bir sandalyeye oturmak uyku için yararlı olabilir. Ancak sandalye uygun biçimde ayarlanmalıdır.
- Düzenli uyku için uyku şeması önerilmelidir. Her sabah aynı saatte uyanmak, sirkadeyn ritm bozukluğunun düzelmesinde önemlidir.
- Eğer hasta gece uyanırsa, gevşeme egzersizleri uykunun tekrar sağlanmasında yardımcı olur. Rehabilitasyon terapistleri gevşeme tekniklerini öğretmede yardımcı olmalıdır.
- Depresyona bağlı olmadıkça ve sakıncası yoksa sabah erken uyanmak, günlük yaşam aktivitelerine devam etmede iyi bir yöntemdir.
- Sirkadeyn ritmi devam ettirmede yardımcı olduğundan sabahları yeterli güneş ışığından yararlanılmalıdır.
- Hastaların çoğu gündüz şekerleme yapmayı yararlı bulurlar. Bunlar canlı rüyalar ile birleştirilmedikçe (REM uykusu nedeniyle) veya çok sık olmadıkça zararsızdır.
- Hergün aynı saatte yatmaya ve uyanmaya çalışılmalıdır. Bu bedenin biyolojik saatinin düzenlenmesinde yardımcı olur.
- Uyku için gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Yatağın mümkün olduğunca rahat olması sağlanmalıdır.
- Yatmadan bir saat önce ve yatarken çok fazla zihinsel uyarandan kaçınmak önemlidir. Gece bir roman okunmalı veya gevşeme sağlayan bir TV programı seyredilmelidir.

- Aynı zamanda bakım vericilerin de uykuya gereksinimleri vardır. Hasta ve bakım vericilerin ayrı yatak odalarında veya aynı odada ayrı yataklarda yatmalarının önemi vurgulanmalıdır. Bu önlemler hastanın hareketleri ile yatakta yanındaki kişiye zarar vermesini önler.

PARKİNSON HASTALARINDA GÖRÜLEN UYKU BOZUKLUKLARINDA FARMAKOLOJİK YÖNETİM

Genellikle kullanılan yöntemler:

A) Dopamin kullanımı

B) Sedatif ve Hipnotiklerin kullanımı: Sedatif ve hipnotikler uzun zamandır kullanılmalarına karşın istenilen düzeyde değildir. Uyku bozukluğu olan Parkinson hastaların çoğunluğu hastalıkları süresince mutlaka bu ilaçlara gereksinim duyarlar. Benzodiazepinler yaygınlıkla kullanılmaktadır. Gündüz sedasyon, motor inkoordinasyon ve kognitif bozukluklara neden olma riskleri vardır. Bu yan etkiler kognitif disfonksiyonu olan ve yaşlı kişilerde daha sık görülür. Eğer devam ederse fiziksel bağımlılık ve insomnia'nın tekrarlamasına neden olabilir (Pal et al. 1999).

Kupfer ve Reynolds kronik insomnia için farmakoterapinin beş temel prensibini özetlemiştir. Bunlar; en düşük etkili dozun kullanımı, aralıklı doz kullanımı (haftada 2-4 defa), kısa dönem için reçete edilen ilaçların kullanımı (3-4 haftadan daha uzun olamayan kullanımında), ilaçların dozunun azaltılarak bırakılması ve insomnia'nın belirtileri tekrarladığında ilaçlara devam edilmesi (Kupfer and Reynolds 1997).

Uyku gereksiniminin nicelik ve kalitesi hasta ve bakım vericilerin gerçekçi umutlarını, düşüncelerini, bir arada var olan psikiyatrik sorunların tedavisini ve hastanın yaygın duygularını içerir. Parkinson ilaçlarının zamanlanması, uygun hipnotik, anksiyolitik ve antidepresanların kullanımı, bu ilaçların dozunun düzenlenmesi

yararlıdır. Ayrıca bakım vericilerin de uyku bozukluğu sorunlarının tedavi edilmesi gereklidir (Pal et al. 1999).

Hastaların uyku gereksinimlerinin sağlanmasında hemşirelerin aktif rolü vardır. Ancak yapılan araştırmalar, gerek hemşirelerin gerekse hekimlerin hasta bireyin uyku sorununu ciddi bir şekilde ele almadığı ve hastanın uyumasına yardımcı olabilecek girişimlerin yapılmadığını göstermektedir. Aynı zamanda, hastaların da çoğu zaman var olan uyku sorunlarını, günlük yaşam aktivitelerine etki ettiği halde hekim ya da hemşireye bildirmedikleri belirtilmektedir. Hastanede yatan hastalarda uyku sorunlarını azaltmak için hemşirelerin planlı bir bakım uygulaması ve hemşirelik rutinlerine hastanın uyumunu

sağlaması önerilmektedir. Bunun yanında hemşirelerin, uyku sorunu yaşayan hastaların ailelerini de stres ya da rahatsızlık yaşayabileceği endişesiyle desteklemeleri gerekmektedir (Fesci ve Görgülü 2005).

Parkinson hastalarında görülen uyku sorunları, varolan semptomları ağırlaştırıp hemşirenin ve hastaya bakım veren ailesinin iş yükünü artırmakta ve hastanın iyileşme sürecini uzatmaktadır. Bu nedenle Parkinson hastalarında bağımsız hemşirelik fonksiyonlarından olan nitelikli uykunun sağlanması, hastaların semptomlarının hafifletilmesinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:

..... (2005). Sağlıklı Uyku ve Uyku Hijyeni. <http://www.armpsikiyatri.com/uyku.asp>. (Erişim:12.10.2005)

Akcan A (2005). Uyku Düzensizlikleri. <http://gridergi.8k.com/yasam/uyku.htm>. (Erişim:12.10.2005)

Askenasy JJM (2003). Sleep Disturbances in Parkinsonism. *Journal of Neural Transmission* 110:125-150.

Aydın H (2004). Yaşlılıkta Uyku. III. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, 79-83.

Cynthia L, Comella MD (2002). Daytime Sleepiness, Agonist Therapy, and Driving in Parkinson Disease. *The Journal of The American Medical Association* 287(4):509-511.

Cynthia L, Comella MD (1997). Sleep Disturbances in Parkinson's Disease Changes in Sleep With Aging. *American Academy of Neurology 49th Annual Meeting*. Boston, MA. April 12-19.

Fesci H, Görgülü Ü (2005). Uyku Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sendrom* 17 (2):103-106.

Friedman J, Chou K (2004). Sleep and Fatigue in Parkinson's Disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 10:27-35.

Garcia Borroquero D, Larossa O, Bravo M (2003). Parkinson's Disease and Sleep. *Sleep Medicine Reviews* 7(2):115-129.

Gökdoğan F (1990). Normal Uyku, Doğal veya Tedaviye Bağlı Uyku Problemlerine

İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, 242-251.

Happe S, Lüdemann P, Klaus B (2002). The Association Between Disease Severity and Sleep-Related Problems in Patient with Parkinson's Disease. *Neuropsychobiology* 46:90-96.

Kaynak D (2002). Özgün Hareket Bozukluklarında Uyku. 38. Ulusal Nöroloji Kongresi Kitabı, 32-35.

Kaynak D (2003). Uykuda Hareket Bozuklukları. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, 78-81.

Kaynak D (2004). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. *Aktüel Tıp Dergisi. Geriatri Özel Sayısı* 9(2-3):30-34.

Kupfer DJ, Reynolds CF (1997). Management of Insomnia. *New England Journal of Medicine* 336: 341-346.

Lamberg L (2001). Genellikle Fark Edilmeyen Uyku Bozuklukları Birçok Fiziksel Hastalığın Komplikasyonu Olarak Ortaya Çıkabiliyor. *The Journal of The American Medical Association* 14(7):330.

Oerlemans WGH, Weerd AW (2002). The Prevalence of Sleep Disorders in Patients With Parkinson's Disease A Self-Reported, Community-Based Survey. *Sleep Medicine* 3:147-149.

Örnek T, Bayraktar E, Özmen E (1992). Geriatrik Psikiyatri. Normal Yaşlılığın

Biyolojik Yönleri. Saray Tıp Kitabevleri. İzmir, 15-27.

Özgen F (2003). Yaşlılarda Uykuda Solunum Bozuklukları. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, 82-85.

Pacchetti C, Martignoni E, Terzaghi M et al. (2003). Sleep Attacks in Parkinson's Disease: A Clinical and Polysomnographic study. Journal of the Neurological Sciences 24:195-196.

Pal PK, Calne S, Ali Sami et al. (1999). A Review of Normal Sleep and Its Disturbances in Parkinson's Disease. Parkinsonism and Related Disorders 5:1-17.

Roth T, Rye DB, Borchert LD et al. (2003). Assessment of Sleepiness and Unintended Sleep in Parkinson's Disease Patients Taking Dopamine Agonists. Sleep Medicine 4: 275-280.

Sateia MJ, Nowell PD (2004). İnsomnia. The Lancet 364(9449):1959-1973.