



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZİ

KURUMSAL BAKIM ALAN YAŞLILARA UYGULANAN
AKUPRESÜRÜN UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZLEM ALTINBAŞ AKKAŞ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ZELİHA TÜLEK

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

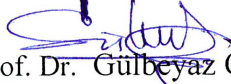
İSTANBUL-2019

Bu çalışma 27.12.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

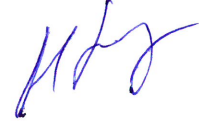
TEZ JÜRİSİ



Doç. Dr. Zeliha TÜLEK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Fatma EKER
Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÖZAKGÜL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.


ÖZLEM ALTINBAŞ AKKAŞ

İTHAF

“Bu çalışmayı annem ve rahmetli babama ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Lisanüstü eğitimim boyunca ve tez çalışmamda bana destek olan ve mesleki gelişimime katkı sağlayan, zaman ayırıp emek veren, bana güvenen ve inanan her türlü desteği esirgemeyen öğrencisi olduğum için gurur duyduğum çok değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Zeliha TÜLEK'e,

Doktora eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübelerini paylaşarak destek olan tez izleme jürisinde yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Gülbeyaz CAN ve Dr. Öğretim Üyesi Aylin ÖZAKGÜL'e,

Doktora eğitimim boyunca her türlü katkılarından dolayı İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında bulunan çok kıymetli hocalarıma,

Mesleki yaşantım ve eğitimim süresince her türlü imkânı ve desteği sunan Düzce Üniversitesi yöneticileri ile Doç.Dr.Fatma EKER, Doç.Dr.Sevda ARSLAN, Dr.Öğretim Üyesi Serap BAYRAM, Dr.Öğretim Üyesi Nuriye YILDIRIM, Dr.Öğretim Üyesi Dilek KONUK ŞENER, Öğr.Gör.Dr.Esra USTA ve diğer çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmasının yapılabilmesi için akupresür uygulaması konusunda gerekli bilgi, tecrübe, eğitim ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Öğr. Gör. Nihat AYÇEMAN'a

Düzce'de çalışmanın yapıldığı kurumlardaki yöneticiler, hemşireler ve çalışanlar ile çalışmaya katılan geçmişimiz ve geleceğimizin aynası çok kıymetli kurum sakinlerine,

Sevgilerini her zaman hissettiğim aileme ve özellikle bu dönemin bittiğini göremeyen rahmetli babama, uzun zamandır hasta olan anneme ve can yoldaşım ablama,

Varlığı ile güç bulduğum, beni her zaman destekleyen sabırlı, anlayışlı, her zaman yanımda ve arkamda olan hayat arkadaşım eşim Eşref AKKAŞ'a ve iyi ki var dediğim sevgimi kelimelerle ifade edemeyeceğim canımın içi göz bebeklerim ruhum ve kalbim yaşam enerjilerim yavrularım Orkun, Ömer Alp ve Asel Nil'e bana gösterdikleri sabır, anlayış ve destek için çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİ
ÖZET.....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma.....	6
2.1.1. Yaşlılık ve Yaşlanmanın Tanımı.....	6
2.1.2. Yaşlanmanın Sınıflandırılması.....	6
2.1.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Epidemiyolojisi.....	8
2.2. Uyku.....	12
2.2.1. Uykunun Tanımı.....	12
2.2.2. Uykunun Fizyolojisi.....	13
2.2.3. Uykunun Evreleri.....	14
2.2.4. Uyku Kalitesi.....	17
2.2.5. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	17
2.2.6. Uyku Bozukluklarının Sınıflaması.....	22
2.3. Yaşlılık Döneminde Görülen Uyku Bozuklukları.....	24
2.3.1. Uyku Bozukluklarına Yaklaşımlar.....	27
2.3.1.1. Uyku Bozukluklarında Farmakolojik Tedavi.....	27
2.3.1.2. Uyku Bozukluklarına Yönelik Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ..	28
2.3.1.3. Uyku Bozukluklarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	28
2.3.1.4. Uyku İle İlgili Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Uygulamaları.....	30
2.3.1.5. Uyku İle İlgili Hemşirelik Girişimleri İçin Beklenen Sonuçlar.....	32

2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları.....	32
2.5. Akupresür	36
2.5.1. Akupresür Noktaları ve Meridyenleri.....	37
2.5.2. Akupresür Noktasının Belirlenmesi	39
2.5.3. Akupresürün Etki Mekanizması.....	40
2.5.4. Akupresür ile Tedavi Edilebilen Hastalıklar ve Endikasyonlar	42
2.5.5. Akupresürün Uykusuzluk Üzerine Etkisi	43
2.5.6. Akupresür Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gerekenler	43
2.5.7. Hemşirelerin Akupresür Uygulamasında Sorumlulukları	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM	47
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	47
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	47
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	47
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	48
3.4.1. Araştırmanın Evreni	48
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi	48
3.4.3. Örneklem Seçim Kriterleri.....	49
3.5. Veri Toplama Araçları.....	49
3.5.1. Yaşlı Birey Bilgi Formu (EK-2).....	50
3.5.2. Mini Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (Mini Cognitive Assessment Instrument-Mini-Cog) (EK-3).....	50
3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-4).....	51
3.5.4. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) (EK-5).....	52
3.6. Verilerin Toplanması.....	53
3.6.1. Akupresür Uygulaması	54
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	58
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	58
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	58
3.9.1. Bağımsız Değişkenler	58
3.9.2. Bağımlı Değişkenler	58
3.10. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	59
4. BULGULAR	61
4.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	61

4.2. Yaşlı Bireylerin Kurumsal Bakım Aldığı Yerlerin Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	66
4.3. Yaşlı Bireylerin Uyku İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	67
4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarına İlişkin Bulgular	68
4.5. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular.....	72
5. TARTIŞMA.....	73
5.1. Kurumda Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik ve Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76
5.3. Epworth Uykululuk Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması....	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
KAYNAKLAR.....	88
FORMLAR.....	108
İZİNLER	122
ETİK KURUL KARARI	129
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	131
ÖZGEÇMİŞ	132

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2-1: AASM ICSD 3 uyku bozuklukları sınıflandırması	23
Tablo 2-2: DSM V uyku bozuklukları sınıflandırması	24
Tablo 2-3: Akupresür meridyenleri	39
Tablo 3-1: Girişim uygulama takvimi	54
Tablo 3-2: Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistik analizler	59
Tablo 4-1: Girişim ve kontrol grubunun demografik değişkenler yönünden karşılaştırılması.....	61
Tablo 4-2: Girişim ve kontrol grubunun kronik hastalıkla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması.....	63
Tablo 4-3: Girişim ve kontrol grubunun sigara ve alkol kullanımı yönünden karşılaştırılması.....	64
Tablo 4-4: Girişim ve kontrol grubunun çay-kahve tüketimi yönünden karşılaştırılması .	65
Tablo 4-5: Girişim ve kontrol grubunun kurumda/huzurevinde kalma ile ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması	66
Tablo 4-6: Girişim ve kontrol grubunun uyku ile ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması.....	67
Tablo 4-7: Girişim ve kontrol grubunun Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) bileşenleri ve toplam puan ortalamasının karşılaştırılması	69
Tablo 4-8: Girişim ve kontrol grubunun uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan bir ay sonra Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	72

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Dünyada ve Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresinin değişimi	9
Şekil 2-2: Dünyada yaşlı nüfusun (60 yaş ve üzeri) sayısal büyüklüğünün değişimi	10
Şekil 2-3: Türkiye’de yaşlı nüfusun (60 yaş ve üzeri) sayısal büyüklüğünün değişimi	11
Şekil 2-4: Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı	12
Şekil 2-5: Normal uyku döngüsü	15
Şekil 2-6: Uyku siklusunun fizyolojisi	16
Şekil 2-7: 12 çift ana meridyen Yin-Yang	38
Şekil 2-8: Vücut üzerinde cun ölçüm değerleri ile parmak genişliği ve cun ölçüm değerleri	40
Şekil 2-9: Uykusuzluk üzerinde etkili olan akupresür noktaları	43
Şekil 3-1: Mini-cog test uygulama şeması.....	51
Şekil 3-2: Shenmen/HT 7	56
Şekil 3-3: Neiguan/PC 6	57
Şekil 3-4: Sanyinjiao/SP 6	57
Şekil 3-5: Araştırma uygulama şeması	60

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- BSR** : Bulbar Synchroizing Region (Bulbar Senkronize Edici Sistem)
- DSM** :The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
- NANDA** :North American Nursing Diagnosis Association-International
(Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflama Sistemi)
- NIC** : Nursing Intervention Classification (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması)
- NonREM** : NonRapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin olmadığı)
- PUKİ** : Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
- REM** : Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin olduğu)
- TUİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- ICSD-3** : International Classification of Sleep Disorders-3
- WHO(DSÖ)**: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- EUÖ** : Epworth Uykululuk Ölçeği
- TAT** : Tamamlayıcı ve Alternatif Terapiler
- ASDA** : American Association of Sleep Disorders (Amerikan Uyku Bozuklukları Birliği)
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- NCCAM** : National Center for Complementary and Alternative Medicine (Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)
- NCCIM** : National Center for Complementary and Integrative Medicine (Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleşik Tıp Merkezi)
- RKÇ** : Randomize Kontrollü Çalışmalar
- RAS** : Reticular Activating System (Retiküler Aktivasyon Sistemi)
- AASM** : American Academy of Sleep Medicine
- APA** : American Psychiatric Association
- YÖK** : Yükseköğretim Kurulu
- UN(BM)** : United Nations (Birleşmiş Milletler)
- OECD** : Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
- GABA** : Gamma-aminobutirik asit
- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- NSF** : The National Sleep Foundation (Amerikan Ulusal Uyku Derneği)

ÖZET

Akkaş Altınbaş, Ö. (2019). Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, yaşlı bakım evinde yaşayan bireylere araştırmacı tarafından uygulanan akupresürün uyku kalitesi ve gündüz uykululuk üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla prospektif randomize kontrollü deneysel tasarım düzeninde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Düzce ilinde bulunan üç ayrı bakım kurumunda kalan ve çalışmaya katılma kriterlerine uygun 38 girişim ve 37 kontrol grubunda olmak üzere toplam 75 yaşlı birey oluşturmuştur. Verilerinin toplanmasında Yaşlı birey bilgi formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır. Girişim grubundaki bireylere, dört hafta boyunca haftada üç kez gınaşırı olmak üzere toplam on iki seans akupresür uygulanmıştır. Akupresür uygulaması, Shenmen (HT7), Neiguan (P6), Sanyinjiao (SP6) akupresür noktalarına yapılmıştır. Girişim grubundaki yaşlılara uygulama öncesi ve sonrasında, kontrol grubundaki yaşlılara uygulama öncesi ve girişim grubuna uygulanan 12 seans akupresür uygulamasının bitiminde PUKİ ve EUÖ uygulanmıştır. PUKİ ve EUÖ son uygulamadan bir ay sonra her iki gruba tekrar uygulanmıştır. Kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde akupresür uygulaması ile; öznel uyku kalitesi ve uyku süresinin arttığı, uykuya dalma süresinin kısaldığı, alışılmış uyku etkinliğinin düzenlendiği, uyku bozukluğunun ve gündüz işlev bozukluğunun azaldığı bulunmuştur. Uygulama sonrası girişim grubunda PUKİ toplam puanının azalarak uyku kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Uygulama sonrası girişim grubunda EUÖ puanının azaldığı ve gündüz uykululuğun azaldığı belirlenmiştir. Sonuç olarak akupresür uygulamasının yaşlı bireylerde uyku bozukluklarında kullanılabilecek tamamlayıcı ve destekleyici yöntem olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akupresür, yaşlılar, uyku kalitesi, hemşirelik,

ABSTRACT

Akkaş Altınbaş, Ö. (2019). The Effect of Acupressure on Sleep Quality Among Elderly People in Institutional Care. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Medical Nursing. Doctoral Dissertation. Istanbul.

This study was carried out in a prospective randomized controlled experimental design in order to evaluate the effect of acupressure on sleep quality and day sleepiness in individuals living in an elderly care center. The study sample consisted of 75 elderly individuals, 38 in experimental and 37 in control groups, who met the inclusion criteria, living in three different care institutions in Düzce. The data were collected using the Elderly Information Form, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the Epworth Sleepiness Scale (ESS). Twelve sessions of acupressure were applied to the individuals in the experimental group every other day three times a week for four weeks. Acupressure was applied to Shenmen (HT7), Neiguan (P6), and Sanyinjiao (SP6) acupressure points. The PSQI and ESS were applied on the elderly in the experimental group before and after the application, and on the elderly in the control group before the application and at the end of the 12-session acupressure application in the experimental group. The PSQI and ESS were applied in both groups again one month after the last application. It was found that subjective sleep quality and sleep duration increased, sleep latency decreased, habitual sleep efficiency was regulated, and sleep disorders and daytime dysfunction declined through the application of acupressure in the elderly receiving institutional care. It was determined that the total PSQI score decreased and the quality of sleep increased in the experimental group following the application. Moreover, the ESS score and day sleepiness decreased in the experimental group following the application. Consequently, it was concluded that acupressure could be a supplementary and supportive method to be used for sleep disorders in the elderly.

Keywords: Acupressure, elderly, quality of sleep, nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık anne karnında başlayan ve ölüme kadar süren, her bireyin kaçınılmaz olarak deneyimleyeceği doğal bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre yaşlılık “canlıların çevresel koşullara uyum sağlama becerisindeki azalmadır.” (Akça ve Şahin 2008; Karadakovan 2010). Bir başka deyişle yaşlılık, önüne geçilmesi ve geri dönüşü mümkün olmayan, kronolojik yaşı ilerlemesiyle beraber biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönlerden değişikliklerin olduğu bir dönemdir (Komşu 2014; Soygüden ve Cerit 2015; Venkatapuram ve ark. 2017).

Yaşlanma ise doğal bir süreç olup zamanla organizmada hücrelerde, dokularda ve sistemlerde tüm işlevlerde azalmaya neden olan geri dönüşsüz, evrensel, aynı zamanda yaşlılığa verilen anlamın farklı olması nedeniyle bireysel bir durumdur. Yaşlanma sürecini genetik ve çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, yaşam koşulları, geçirilen ve var olan hastalıklar ile kişilik özellikleri etkilemekte bireyin yaşlanma sürecinin de farklı olmasına neden olmaktadır (Karadakovan 2010; Gökçe Kutsal 2015).

Ülkemizdeki yaşlı nüfus oranı dünyadaki eğilime paralel olarak gün geçtikçe artmaktadır. Teknoloji ile birlikte tıpta meydana gelen gelişmeler, salgın hastalıkların azalması, yaşam kalitesinin ve standartlarının artması ve yeterli beslenme olanaklarının sağlanması gibi nedenlerle doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması sonucu dünyadaki yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Bu nedenle yaşlılık ister gelişmiş ister gelişmekte olan olsun, gelecekte bir çok ülkeyi hem sosyal hem de ekonomik olarak etkileyebilecek önemli bir konudur (UN 2015a; Akyar 2011; WHO 2015; Bayramova 2015; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

Yaşlılık ile birlikte bireylerde pek çok değişiklik yaşanmaktadır. Bu dönem bireyin bilişsel ve ruhsal sorunlarının artması, fiziksel açıdan gerilemelerin meydana gelmesi, kişilerarası ilişkilerinin azalması, yaşam kalitesinin düşmesi ve sağlık durumundaki değişimlerin daha fazla görülmesi nedeniyle daha fazla ilgi ve dikkat gerektirmektedir (Altınparmak 2009; Kurt ve ark. 2010; Karadakovan 2014; Komşu 2014; Azri ve ark. 2016; Şimşek ve ark. 2016; Yerli 2017). Yaşlılık ile birlikte tüm bu değişimler sebebiyle uyku yapısında ve uyku evrelerinin döngüsünde de farklılaşmalar olmaktadır.

Uyku, karşılanması gereken temel fizyolojik bir gereksinimdir. Bireylerin duyuşsal uyarınlarla uyandırılabilereği bir bilinçsizlik durumudur (Keser Özcan 2008; Karadeniz 2008; Kılıç Şentürk 2015; Karakaş ve ark. 2017). Normal uykunun birbirinden farklı özellikleri olan iki evresi vardır. Birincisi NonREM (Non-Rapid Eye Movement) evresidir, bu evrenin en önemli özelliği hızlı göz hareketlerinin olmamasıdır. İkincisi REM (Rapid Eye Movement) evresidir ve bu evrede hızlı göz hareketleri vardır. Uykunun başlamasından sonraki 90 dakikalık zamanda ilk REM dönemi başlamaktadır (Tezel Filik 2011; Ardıç 2012; Gündüz ve ark. 2015; Algın ve ark. 2016; Hernandez ve Feinsilver 2016; Honma ve ark. 2016; Sorathia ve Ghorı 2016; Patel ve ark. 2018). Yaşlılarda NonREM uykusunun 3. ve 4. evreleri daha kısa iken, 1. ve 2. evrelerinin daha uzun olma eğilimi vardır. Yaşlılıkta ortaya çıkan bu farklılık REM uykusunu da kapsamakta, uykunun niteliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Özgür ve Baysan 2005; Bloom ve ark. 2009; Tuncel ve Orhan 2010; Algın ve ark. 2016; Ogan ve Baha 2017; Tosun Taşar ve Şahin 2017; Li, Vitiello ve Gooneratne 2018; Patel ve ark. 2018).

Yaşlanmayla birlikte uyku döngülerinin sayısının artması, sürelerinin kısalması sonucu uykuya dalma süresi ve yatakta uyanık kalma süresi uzun olmaktadır. Bu durum yaşlılarda sabah erken uyanmaya, gündüz uyuklamalarının olmasına, uyku süresinin kısalmasına, geceleri sık uyanmaya neden olmaktadır. Bunun yanında yaşlılardaki sağlık sorunları, ilaç tedavileri, sık idrara çıkma gibi nedenler uykuya geçişte sorunlara, gece sık uyanmaya bağlı uyku kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Sonuç olarak, uyku sorunlarının yaygınlığı yaşlanmayla birlikte artmaktadır (Özgür ve Baysan 2005; Fadiloğlu ve ark. 2006; Göктаş ve Özkan 2006; Picarsic ve ark. 2008; Bloom ve ark. 2009; Babacan Gümüş ve ark. 2009; Yazgan 2009; Trevorrow 2010; Gündüz ve ark. 2015; Çınar Yücel ve ark. 2016; Ogan ve Baha 2017; Tufan ve Bahat 2017; Li, Vitiello ve Gooneratne 2018; Praharağ ve ark. 2018).

Yaşlılarda uyku sorunlarına yol ačan problemler incelendiğinde, uyku saatleri yetişkinlerinkine yakın olmasına rağmen bazı tıbbi durumlar, psikososyal, davranışsal, çevresel nedenler ve çoklu ilaç kullanımı gibi nedenlerin uyku bozukluklarına yol ağtığı görülmektedir. Özellikle osteoartrit, kanser ve diyabet olan bireylerde oluşan kronik ağrı ile hipertansiyon, depresyonda kullanılan ilaçlar uyku bozuklukları gelişme riskini

arttırmakta uyku kalitesini düşürmektedir (Neikrug ve Ancoli-Israel 2009; Bloom ve ark. 2009).

Uyku kalitesinin bozulması birçok sağlık sorununa neden olabildiği gibi, sağlık sorunlarının varlığı da uyku kalitesini etkileyebilmektedir. Uyku düzeninde ve kalitesindeki bozulmalar ise günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Uyku bozuklukları bireylerde yorgunluğa, anksiyeteye, sinirliliğe, gündüz uyuklamaya, dikkat, hatırlama, anlama ve kavrama yeteneklerinde bozulmaya ve depresyona neden olmaktadır (Tosun Taşar ve Şahin 2017; Özol ve Özvuramaz 2018). Bu nedenle uyku ve uyku bozuklukları yaşam kalitesi açısından ele alınması gereken bir durumdur (Azri ve ark. 2016).

Uyku bozukluklarının tedavisinde kullanılan yöntemler farmakolojik (ilaç tedavisi) ve nonfarmakolojik yöntemlerdir (Rodakowski ve ark. 2015; Suziki ve ark. 2017). Farmakolojik yöntemde kullanılan sedatif, hipnotik ilaçların uyku semptomları üzerinde çok az etkisi olduğu ve yan etkilerinin fazla olduğu görülmektedir. Aynı zamanda uzun süreli uyku ilacı kullanımı, toplumda ve huzurevi ortamında düşme riskini arttırmakta, toplum içinde yaşayan yaşlılarda da mortaliteyi yükseltebilmektedir. Bu nedenle çok az ya da sıfır yan etki gösteren nonfarmakolojik (farmakolojik olmayan) yöntemlerin, yaşlı insanlarda uyku sorunlarının tedavisinde güvenli bir yaklaşım olarak kullanılması önem taşımaktadır (Capezuti ve ark. 2018; MacLeod ve ark. 2018).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinden biri olan akupresür, derinin yüzeyindeki akupunktur noktası ve meridyen çizgileri uyarmak için belli bir miktarda kuvvetle parmak ve avuç içlerinin kullanıldığı enerji kanallarının düzgün çalışmasını sağlayan bir masaj tekniğidir. Geleneksel Çin Tıbbı'na göre vücudun kan dolaşımı için vasküler sisteme benzer bir enerji kanalı veya meridyen doku ağı vardır. Meridyenler boyunca akupunktur noktaları bir ağ oluşturur ve ağ bozulduğunda sağlık etkilenir. Bu nedenle tıkanmış meridyenleri akupunktur ve akupresür ile uyarmak gereklidir (Doğan ve Taşcı 2015; Mucuk ve Ceyhan 2015; Song ve ark. 2015; Rindahl ve ark. 2016; Mehta ve ark. 2017; Özdelikara ve Arslan 2017; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

Akupresür uygulamasında aynı meridyenlerin ve aynı noktaların üzerinde çalışılması nedeniyle akupunktur ile benzerlik göstermektedir. Akupunkturdan farkı ise iğne yerine el ve parmaklarla belirlenen vücut bölgelerine basınç uygulanmasıdır. Aynı zamanda invaziv olmayan, doğal, güvenli, maliyetsiz, yan etkisi olmayan, öğrenilmesi

ve uygulanması kolay olan bir yöntem olması nedeniyle tercih edilmektedir (Doğan ve Taşcı 2015; Song ve ark. 2015; Rindahl ve ark. 2016; Mehta ve ark. 2017; Özdelikara ve Arslan 2017; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

Akupresürün vücudun enerji akışını geri kazandırması, iyileşme sürecini kolaylaştırması, kan dolaşımını geliştirerek oksijenin vücudun tüm bölgelerine daha etkili bir şekilde taşınmasını sağlaması sonucu, enerjinin artması ve bağışıklık sisteminin güçlenmesi nedeniyle bel ağrısı, boyun ağrısı, diş ağrısı, kas iskelet sistemi ağrısı, menstrüel ağrı, fibromiyalji ağrısı, osteoartrit ağrısı, ameliyat öncesi ve sonrası ağrı, mide ağrısı ve hazımsızlık, kronik ağrı gibi durumlarda sık kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca, postoperatif ve kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmayı önlemek, uyku kalitesini artırmak ve yorgunluğu azaltmak için de kullanılmaktadır (WHO 2002; Mucuk ve Ceyhan 2015; Mehta ve ark. 2017).

Uykusuzluk tedavisinde kullanılan akupresürün kronobiyolojik aktiviteyi etkileyen bir nörohormon olan melatonin üretimini düzenlediği ve normal uyku döngüsünde melatonin seviyesini iyileştirdiği düşünülmektedir. Buna ek olarak akupresürün, endojen opioid sistemi aktive ederek ağrıyı azalttığı ve böylece ağrıya bağlı uyku bozukluğunu azalttığı veya ortadan kaldırdığı gösterilmiştir. Böylece vücudun rahatlamasını sağlayıp uyku kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (Mucuk ve Ceyhan 2015; Ceyhan ve Tasa Yiğit 2016; Waits ve ark. 2018).

Yaşlı bireylere bakım veren hemşirelerin sıklıkla kullandığı uyku ile ilgili hemşirelik tanılarının girişimlerinde akupresür gibi tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir. Akupresür, Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasında (NIC) “Ağrıyı azaltmak, gevşemeyi sağlamak, bulantıyı önlemek ya da azaltmak için vücudun belirli noktalarına sürekli bası uygulanması” olarak tanımlanmaktadır (Erdemir ve ark. 2017). Akupresür uygulaması hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını artıran, hasta hemşire etkileşimini geliştiren bir yöntemdir. Noninvaziv ve etkili bir yöntem olan akupresürü hemşireler uygulamalarında güvenle kullanabilirler (Hakverdioğlu ve Türk 2006).

Sonuç olarak; yaşlı insanlarda uyku problemleri ile sık karşılaşılmaktadır. Bu nedenle uyku sorunlarının erken teşhisi ve uyku kalitesini iyileştirme müdahaleleri çok önemlidir, çünkü uzun süre devam eden uyku bozuklukları genel sağlık ve fonksiyonel durumu bozabilir, böylece yaşam kalitesini etkiler. Tedavide ilaç kullanımı her zaman

uygun olmamakta, olumlu sonuç vermemektedir. Akupresür yaşlılarda uyku kalitesini artırmak için kullanılabilir etkili, güvenli ve farmakolojik olmayan bir yöntemdir.

Hemşireler bireylerin uyku problemlerini tanımlamalı, uyku sorunların çözümüne yönelik planlamalar ve uygulamalar yapmalı, uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini değerlendirerek gerekli önlemleri almalıdır. Bunun için yapılabilecek yöntemlerden biri olan akupresür henüz yaygınlaşmamış olmasına rağmen hemşirelik girişimi olarak birçok ülkede uygulanabilmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin, hasta ya da ailelerinin uyku bozukluklarını yönetmek için basit, müdahalesiz ve ekonomik bir yöntem olarak akupresürü kullanabileceği görülmektedir. Literatür incelendiğinde Türkiye’de yaşlı bireylerde bu konuda yapılmış benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda çalışma kurumda yaşayan yaşlı bireylere hemşire araştırmacı tarafından uygulanan akupresür uygulamasının uyku kalitesi ve gündüz uykululuğu üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma

2.1.1. Yaşlılık ve Yaşlanmanın Tanımı

Yaşlılık, zihinsel fonksiyonlar ile fiziksel fonksiyonların gerilediği, hastalık riskinin arttığı, üretkenliğin ve sosyal faaliyetlerin azaldığı kısacası fizyolojik, sosyolojik, psikolojik boyutları ile değişimlerin görüldüğü insan ömrünün son zamanı olarak algılanan bir dönemdir (Komşu 2014; Soygüden ve Cerit 2015; Venkatapuram ve ark. 2017). Yaşlılık, bireylerin kronolojik olarak belirli bir süreyi tamamlamış olması olarak tanımlanabileceği gibi, belirli bir zamanı tamamlamamasına rağmen belirli kayıplar neticesinde gelinen durumu da ifade edebilmektedir. (Ünal ve ark. 2012). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlılık, “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin, yaşamsal fonksiyonların ve tüm organizmanın verimliliğinin azalması” olarak tanımlanmaktadır (Kurt ve ark. 2010).

Yaşlanma ise bütün canlılarda görülen, zamanla organizmada hücrelerde, dokularda ve sistemlerde, geriye dönüşümsüz değişikliklere neden olan, bireyde ruhsal, fiziksel, sosyal açıdan gerilemelerin olduğu yapısal ve işlevsel değişimleri kapsayan kaçınılmaz bir süreçtir (Hablemitoğlu ve Özmete 2010; Gökçe Kutsal 2015). Yaşlanma sürecini bireyin yaşam koşulları, beslenme durumu, kronik hastalıkları, genetik özellikleri, bireysel özellikleri gibi durumlar etkilemektedir. (Arulat 2009). Yaşlı nüfus için çeşitli uluslararası kuruluşlar farklı yaş gruplarını kullanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü/OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 65 yaş ve üzeri nüfusu yaşlı nüfus olarak kabul ederken, Birleşmiş Milletler (United Nations/UN) 60 yaş ve üstünü yaşlı nüfus olarak nitelendirmektedir. Bu nedenle ülkemizde kurumsal bakım verilen yerlere 60 yaş ve üzerindeki bireyler kabul edilmektedirler (UN 2015; Demir 2016).

2.1.2. Yaşlanmanın Sınıflandırılması

Yaşlanma kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve toplumsal yaşlanma olarak beş grupta incelenebilir.

Kronolojik Yaşlanma: Bireyin doğumundan itibaren başlayan ve yaşadığı sürece devam eden ve ilerleyen zamanı, yılları tanımlar. DSÖ kronolojik yaşlılığı 65 yaş ve yukarısı olarak belirlemiştir. Genç erken yaşlılığı “65-74 yaş”, ’ileri (orta) yaşlılığı “75-84 yaş”, çok ileri yaşlılığı (ihtiyarlık) ise “85 yaş ve üzeri” olarak kabul etmiştir (Kurt ve ark. 2010; Komşu 2014; Tülek 2014; Şimşek ve ark. 2016; Yerli 2017; Samancı Tekin ve Kara 2018). Bunun yanında kişilerin yaşam tarzına göre yaşlılık göstergeleri değişebilmektedir. Örneğin bir kişi 80 yaşında çok dinç olabilirken, başka bir kişi 60 yaşında bakıma muhtaç olabilmektedir (Beğer ve Yavuzer 2012; Yılmaz 2013; Yerli 2017).

Biyolojik Yaşlanma: İntrauterin hayatta başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden, bireyin hücre, doku ve organlarında yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin meydana gelmesini tanımlayan yaşlanmadır. Burada bireyin genetik yapısı, yaşam şekli, hastalıkları, alışkanlıkları ve kişisel özellikleri nedeniyle bireyselleşmiş bir farklılık ve yaşlanma görülmektedir (Kurt ve ark. 2010; Karadakovan 2014; Komşu 2014; Şimşek ve ark. 2016; Yerli 2017). Biyolojik yaş, yaşlanmanın fiziksel ve duyuşsal bozulmaları ve değişikliklerini ifade etmektedir (Samancı Tekin ve Kara 2018).

Psikolojik Yaşlanma: Bireylerde problem çözme ve öğrenme becerisi gibi zihinsel kabiliyetlerin bozulması, algılamalarında, duygularında ve davranışlarında değişiklikler ve uyum yeteneğinde bozulmalar meydana gelmesidir. Psikolojik yaşlanmada yaşlılığa hazırlıklı olmama, işe yaramama duygusu, yetersizlik hissi ve ailelerine yük olma kaygısı etkili olmaktadır (Kurt ve ark. 2010; Karadakovan 2014; Komşu 2014; Şimşek ve ark. 2016; Yerli 2017). Psikolojik yaş, bireyin kendini nasıl hissettiğini göstermektedir. Bireyin duygudurumu, motivasyonu, bilişsel becerileri, tutumlarına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Samancı Tekin ve Kara 2018).

Sosyolojik Yaşlanma: Bireyin bulunduğu toplumdaki statüsü ve rolleri, toplumsal değerler ve gelenekler bakımından toplumdan topluma değişiklik gösteren yaşlanmadır. Burada, emeklilik, eş kaybı, bireysel farklılıklar, sosyal destek unsurları, fizyolojik ve psikolojik olarak kayıplar ve toplumun bireye yüklediği sorumluluklar belirleyici olmaktadır (Kurt ve ark. 2010; Karadakovan 2014; Komşu 2014; Şimşek ve ark. 2016; Yerli 2017). Sosyal yaş, bireyin alışkanlıkları ve toplum içindeki sosyal rolleri sonucu belirlenmektedir (Samancı Tekin ve Kara 2018).

Toplumsal Yaşlanma: Fiziksel yaşlanmayla beraber bireyin günlük aktivitelerinin ve yaşamının etkilenmesi sonucu toplum içindeki rollerini uygun şekilde yapamaması nedeniyle toplum tarafından bireye yüklenen yaşlılık durumudur (Karadakovan 2014). Bu durumda toplumdaki genel nüfusun 60-65 yaş üzerinde olma oranına bakılarak toplumsal yaşlanmadan bahsedilmektedir. Bu doğrultuda 65 yaş üzeri nüfus %4'den az olursa "Genç Toplum", 65 yaş ve üzeri nüfus %4-7 arasında olursa "Olgun Toplum", 65 yaş üzeri nüfus %7-10 arasında olursa "Yaşlı Toplum", 65 yaş üzeri nüfus %10'un üzerinde olursa "Çok Yaşlı Toplum" olarak nitelendirilmektedir (Karadakovan 2014; Korkmaz Arslan 2017; Yerli 2017).

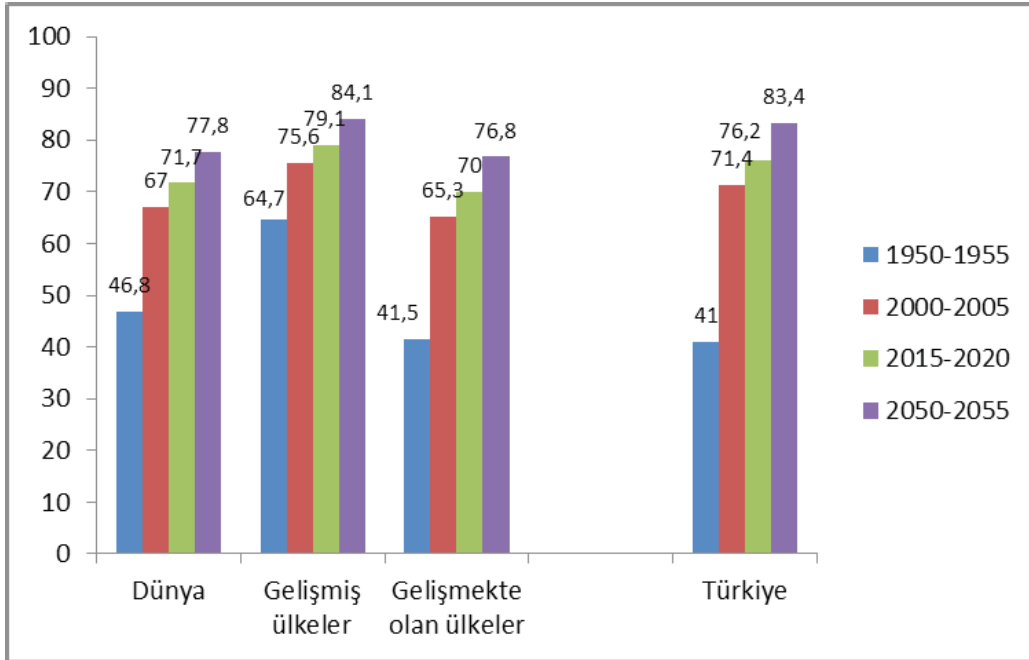
Yaşlı kişilerde yaşla birlikte genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişiye özgü olmakla birlikte ortak birçok değişiklik görülmektedir. Bu değişikliklerden bazıları fiziksel ve bilişsel yetersizlikler, öğrenme ve algılama güçlüğü, konsantrasyon ve dikkat azalması, bellek bozuklukları ve hafıza problemleri, düşünme ve konuşma becerilerinde yavaşlama, durgunluk ve depresyon, duygu durumunda bozulmalar, günlük yaşamı sürdürmede zorluk olmasıdır. Bunun yanında duyu organları, kalp/damar sistemi, endokrin ve metabolik sistem, kas-iskelet sistemi, üriner sistem ve özellikle sinir sisteminde çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir (Komşu, 2014). Özellikle sinir sisteminde hücre sayısındaki azalma ve dejenerasyon ile beyne kan akımının azalması nedeniyle dikkat, konsantrasyon, algılama gibi bilişsel fonksiyonlarda ve uykuda bozukluklar görülmektedir (Pehlivan ve Karadakovan 2013; Rosso ve ark. 2013; Tülek 2014).

2.1.3. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlı Epidemiyolojisi

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Son yıllarda neredeyse dünyadaki her ülkede yaşlı bireylerin sayısında büyük oranda artış görülmektedir. Önümüzdeki yıllarda da artışın devam edeceği tahmin edilmektedir (UN 2015b). DSÖ'nün 2015'te yayınladığı rapora göre, nüfus yaşlanmasının iki ana sebebi bulunmaktadır. İlki hastalık tanısında ve tedavisindeki gelişmeler nedeniyle yaşam süresinin uzamış olması, ikincisi ise doğum oranlarının, doğum kontrol yöntemlerinin ve toplumda cinsiyet rollerinin değişmesidir (Akyar 2011; Sağlık Bakanlığı 2015; WHO 2015; Bayramova Alankaya 2015; Ovayolu ve Ovayolu 2017). Nüfus yaşlanması neredeyse tüm dünya ülkelerinde yaşanmaktadır. 60 yaş ve üzeri grubun küresel payı 1990 yılında %9,2 (202 milyon)

iken, 2013’de %11,7’ye (841 milyon) yükselmiştir. 2050 yılında ise yükselmeye devam ederek %21,1’e (2 milyar) ulaşacağı tahmin edilmektedir (UN 2015b).

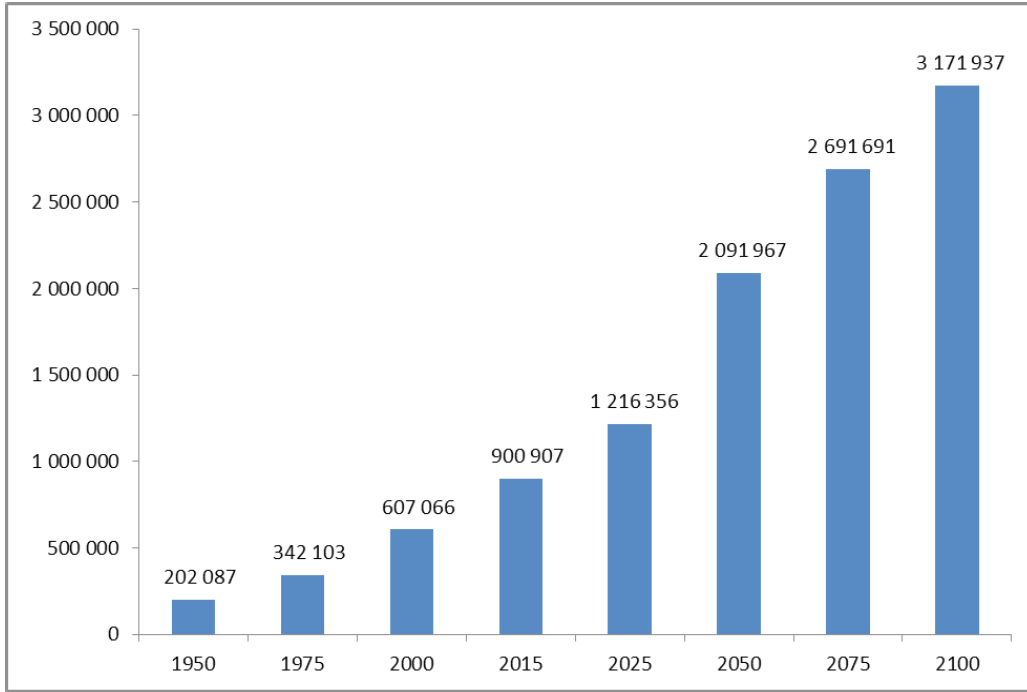
Sağlık alanında ve sosyo-ekonomik düzeydeki olumlu gelişmeler sonucunda çoğu ülkede 1950’lerde doğuştan beklenen yaşam süresi 50 yaş ve altındayken, bugün pek çok ülkede beklenen yaşam süresi 70’in üzerine çıkmış, gelişmiş ülkelerde ise 80’e kadar varmıştır. Örneğin ülkemizde 1950’li yıllarda doğuştan beklenen yaşam süresi 41 yıl iken bugün 76 yıla çıkmıştır (Şekil 2-1). Aynı zamanda yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı da artmıştır (UN 2015a; Demir 2016).



Şekil 2-1: Dünyada ve Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresinin değişimi

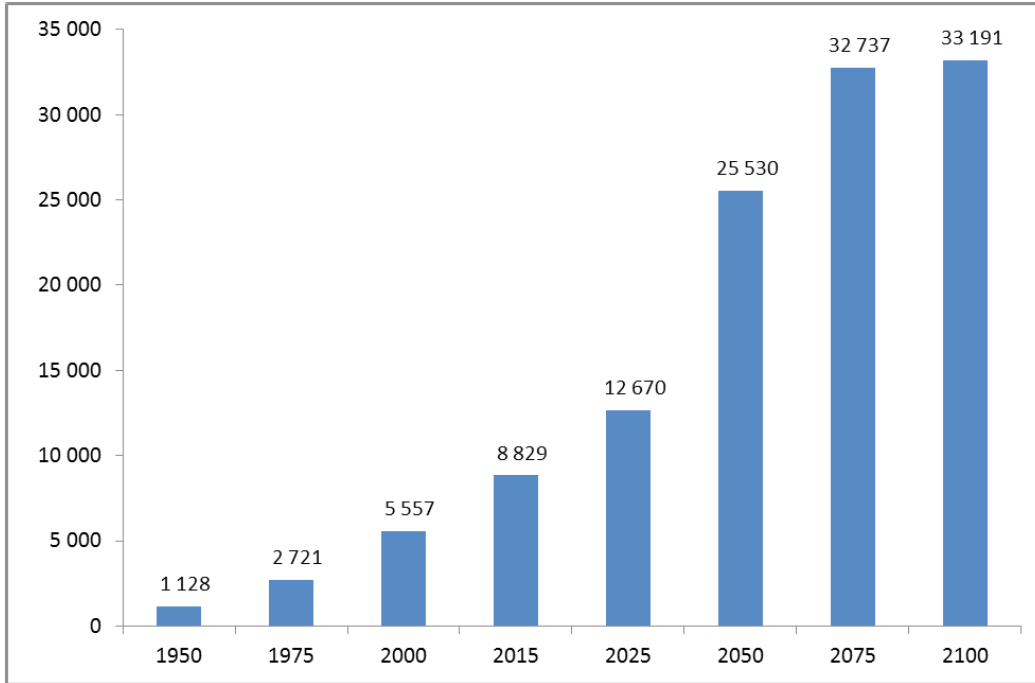
1950-2050 (Yüzde) (UN, 2015a)

Dünyada 1950 yılında 60 yaş ve üzerindeki bireylerin nüfusa oranı %8 iken (~200 milyon) iken günümüzde %12’i (~900 milyon) geçmiştir. Bu sayının 2050 yılında 2 milyar (%22) olması beklenmektedir (Şekil 2-2) (UN 2015a).



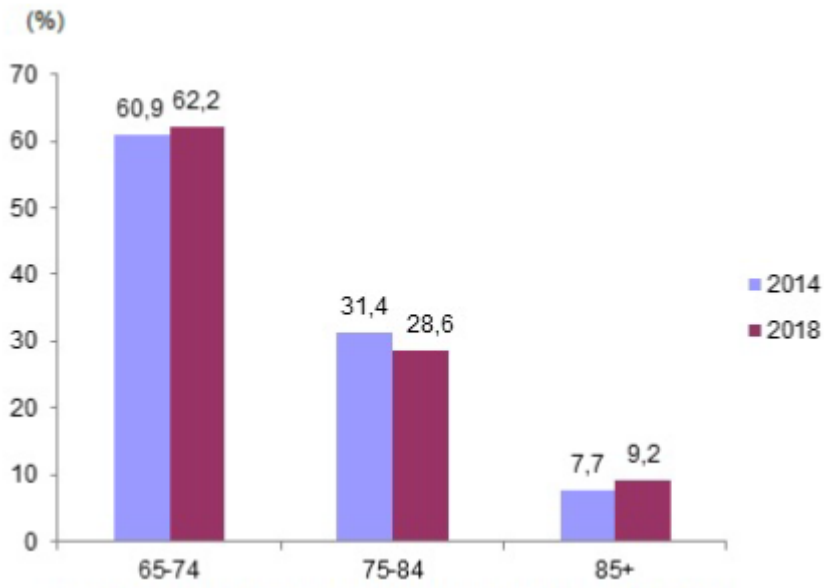
Şekil 2-2: Dünyada yaşlı nüfusun (60 yaş ve üzeri) sayısal büyüklüğünün değişimi
(Bin) (UN 2015a)

Ülkemizde 1950 yılında 60 yaş ve üzerindeki birey sayısı 1,1 milyon (%5) iken günümüzde 9 milyonu (%12), bulmuştur, 2050 yılında ise 25 milyon (%27) olması öngörülmektedir (Şekil 2-3) (UN 2015a; Demir 2016). Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada 2000-2030 yılları süresince 65 yaş ve üstü nüfusun 550 milyondan 973 milyona çıkması beklenmektedir. Dünyada toplam nüfusun 65 yaş ve üstü nüfusa oranının %6,9'dan %12'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (WHO 2015).



Şekil 2-3: Türkiye’de yaşlı nüfusun (60 yaş ve üzeri) sayısal büyüklüğünün değişimi
(Bin) (UN, 2015a)

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in 2018 yılında yayınladığı istatistiklere göre 2014 yılında 65 yaş ve üzerindeki birey sayısı, 6 192 962 kişi iken 2018 yılında %16 artış göstererek 7 186 204 olmuştur. Toplam nüfusa yaşlı nüfusunu oranladığımızda 2014 yılında bu oran %8 iken, 2018 yılında %8,8’dir. Bu doğrultuda Türkiye yaşlı toplum grubuna girmektedir. Cinsiyete göre bakıldığında ise yaşlı nüfusunun %55,9’unu kadınlar, %44,1’ini erkekler oluşturmuştur (TÜİK 2018). Yine ülkemizde nüfus göstergelerine göre, yaşlı nüfus oranının yıllara göre artacağı 2023 senesinde %10,2 iken bu oranın 2030 senesinde %12,9, 2040 senesinde %16,3, 2060 senesinde %22,6 ve 2080 senesinde %25,6 olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusa yaş gruplarına göre bakıldığında, yaşlı nüfusun 2014 yılında %60,9’unun 65-74 yaş grubunda, %31,4’ünün 75-84 yaş grubunda ve %7,7’sinin 85 ve daha üstü yaş grubunda iken, 2018 yılında %62,2’sinin 65-74 yaş grubunda, %28,6’sının 75-84 yaş grubunda ve %9,2’sinin 85 ve daha üzerinde olduğu görülmektedir (Şekil 2-4) (TÜİK 2018).



Şekil 2-4: Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı

(TÜİK 2018)

2.2. Uyku

2.2.1. Uykunun Tanımı

Uyku, bir insanın ömrünün ortalama 1/3'nü geçirdiği; dolaşım, solunum, boşaltım, beslenme gibi önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisinde de temel fizyolojik gereksinimler arasındadır ve bu nedenle sağlığın, iyilik halinin, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin önemli bir faktörüdür (Üstün ve Çınar Yücel 2011; Dikmen 2013; Engin ve Ergün 2014; Günaydın 2014; Azri ve ark. 2016).

Literatürde uykunun birçok tanımı bulunmaktadır. En yaygın kullanılan tanımı; “bireyin duyuşsal ya da başka uyaranlarla uyandırılabilceği bir bilinçsizlik durumudur”. Bir başka tanıma göre “düzenli ve tekrarlayan, dış uyaranlara yanıt eşliğinin yükseldiği ve göreceli hareketsizlikle belirli bedensel işlevler ile bağlantılı olan karmaşık, biyolojik bir ritimdir” (Keser Özcan 2008; Karadeniz 2008; Kılıç Şentürk 2015; Karakaş ve ark. 2017; Mukku ve ark. 2018). Fizyolojik olarak uyku, vücudun çevreyle iletişiminin, ısı, ışık, gürültü ve buna benzer çeşitli uyarıcılarla, geçici olarak geriye döndürülebilir şekilde, kısmen ve süreli olarak kesilmesidir. Aynı zamanda istemli düşünce ve hareketlerin bir kısmının veya tamamının olmadığı, kas aktivitelerinin azaldığı ve tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir durumdur (İtil 2008; Dikmen 2013; Karakaş ve

ark. 2017; Tufan ve Bahat 2017). Bu nedenle enerjiyi koruyan, dokuların gelişim ve tamirini sağlayan, sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik yapının pek çok boyutları ile bağlantısı olan doğal bir süreçtir (Talaz ve Kızılcı 2015). Bilişsel ve otomatik işlevleri, davranışları, hücre içi çalışmalarını kontrol eder. Bedenin dinlenmesini, beyin işlevlerinin güçlenmesini, düzenlenmesini ve onarılmasını sağlayarak bireyi yeni bir güne hazırlayan aktif bir yenilenme dönemi olarak da tanımlanabilmektedir (Üstün ve Çınar Yücel 2011; Şenol ve ark. 2013).

Bedenin her gün ihtiyacı olan ve yeterli olmazsa birçok problemin olabileceği bir bilinçsizlik döngüsüdür (www.sleepcouncil.org). Bu nedenle insan vücudu uyanık olarak 2-3 günden fazla kalamamaktadır. Bu bağlamda uyanıklık süresi arttıkça uykuya olan gereksinimde artmaktadır (Hernandez ve Feinsilver 2016).

Amerikan Ulusal Uyku Derneği (The National Sleep Foundation NSF)' nin son yayınladığı rapora göre yaş gruplarına göre uyku süreleri şu şekilde gösterilmiştir. Yenidoğan 14-17 saat/gün, 4-11 ay bebekler 12-15 saat/gün, 1-2 yaş bebekler 11-14 saat/gün, 3-5 yaş okul öncesi çocuklar 10-13 saat/gün, 6-13 yaş okul çağındaki çocuklar 9-11 saat/gün, 14-17 yaş gençler 8-10 saat/gün, 18-25 yaş genç yetişkinler ve 26-64 yaş yetişkinler 7-9 saat/gün ve 65 yaş ve üstü yaşlılar 7-8 saat şeklinde belirlenmiştir (Hirshkowitz ve ark. 2015).

2.2.2. Uykunun Fizyolojisi

Uykunun başlayabilmesi ve devam ettirilmesi için subkortikal ile kortikal pek çok beyin bölümü görev almaktadır. Borbely'i insanlarda uyku/uyanıklık döngüsünü "ikili aşamalı uyku düzenleme modeli (ikili süreç modeli)" ile açıklanmıştır. Modele göre bu döngü homeostatik durumların ve döngüsel durumların etkisiyle oluşmaktadır. Homeostatik etkenler, vücudumuzdan salınan hormonlardan oluşurken, döngüsel etkenler ise zaman, ışık ve benzerlerinden oluşmaktadır (Borbely 1982; Ertuğrul ve Rezaki 2004).

Homeostatik etkenler beyin sapında spinal kordda ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS) ve Medullada bulunan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR) tarafından kontrol edilmektedir. Bu merkezler belli aralıklarla azaltıcı ve arttırıcı etki yaparak çalışmaktadırlar. Azaltıcı etki uyumayı sağlarken, arttırıcı etki uyanık kalmayı sağlamaktadır. Uykunun başlaması nöronların aktivitesinin yavaşlaması sonucu korteks

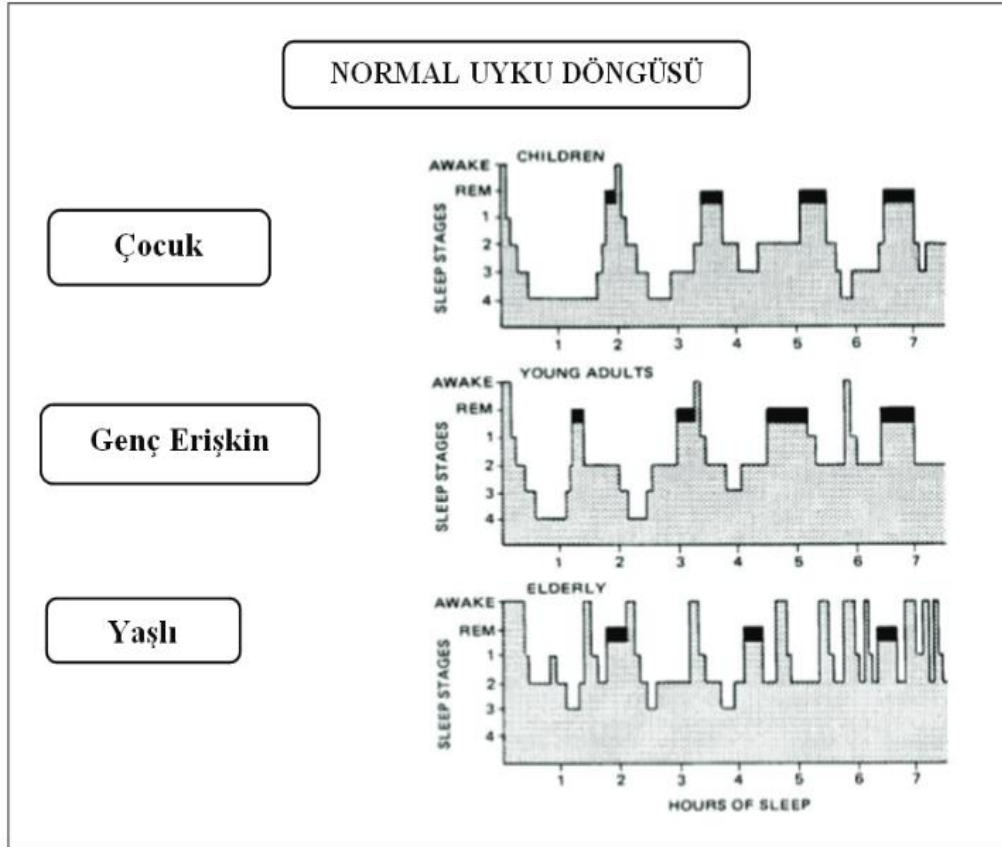
ile çevresel sınırların RAS'a olan olumlu geri bildirimlerin azalmasıyla başlamaktadır. Bu aşamada RAS duyuşsal uyarıları almaktadır. Bu uyarılar serebral korteksin üst merkezinde arttırıcı etki oluşturmakta ve RAS uyarılmaktadır. Uyarıların artması uyanıklık süresince devam etmektedir. Çevresel koşulların uygunluğu RAS'ın etkisini azaltırken, BSR'nin etkisini arttırarak uykuya dalmayı sağlanmaktadır. Birey uyuduğu sürece bu sistem devam etmektedir. Kişi RAS'ın tekrar uyarılması ile birlikte uyanmaktadır. Bu kişinin RAS aktif olduğunda uyanık, BSR aktif olduğunda ise uyku sürecinde olduğunu gösterir (Ertuğrul ve Rezaki 2004; Guyton ve Hall 2006; Şahin ve Aşçıoğlu 2013; Engin ve Ergün 2014).

Retiküler Aktivasyon Sistemi (RAS)'tan dopamin, histamin, serotonin, norepinefrin, gamaaminobütrik asit (GABA), asetilkolin gibi nörotransmitter maddeler salınmaktadır ve uykuda önemli bir yere sahiptirler. Bu nörotransmitterlerden biri olan ve uykuyu başlatmada en etkili rolü bulunan serotonin RAS'da bulunan "rafe çekirdeğinden" salgılanmakta ve salınımının artmasıyla RAS baskılanmaktadır. Diğer bir nörotransmitter madde olan asetilkolin uykuyu sürdürmede etkili olurken norepinefrin ve dopamin de uykudan uyanmayı etkilemektedir (Ertuğrul ve Rezaki 2004; Guyton ve Hall 2006; Hauri 2011; Şahin ve Aşçıoğlu 2013; Engin ve Ergün 2014).

2.2.3. Uykunun Evreleri

Normal uykunun iki farklı evresi bulunmaktadır. Birincisi hızlı göz hareketlerinin olmadığı NonREM (Non-Rapid Eye Movement- Hızlı Olmayan Göz Hareketleri Evresi) evresi, ikincisi ise hızlı göz hareketlerinin olduğu REM (Rapid Eye Movement-Hızlı Göz Hareketleri Evresi) evresidir. Uykunun NonREM ve REM dönemleri, gece boyunca dönüşümlü olmaktadır. NonREM uykusu ile REM uykusu arasında çift taraflı bir etkileşim bulunmaktadır. Birinin etkisi zayıflarken diğeri güçlenerek uykuyu sağlamaktadır. Uyku başlangıcından ilk REM evresinin bitimine kadar olan zamana bir uyku döngüsü denilmektedir (Şekil 2-5). Uyku döngüsü NonREM dönemi ile başlamaktadır ve REM dönemi ile sonlanmaktadır. Gece uykusunun ilk yarısında sayı ve süre bakımından NonREM, ikinci yarısında ise REM evresi daha baskın olmaktadır (Tezel Filik 2011; Hauri 2011; Ardıç 2012; Karadakovan 2014; Zengin 2015; Algın ve ark. 2016; Hernandez ve Feinsilver 2016; Honma ve ark. 2016; Sorathia ve Ghori 2016; Mukku ve ark. 2018; Patel ve ark. 2018).

Uyku döngüsünün NonREM Evre 1-2-3 ve REM evrelerinin gece uyku süresince çocuk ile yetişkinlerde düzenli olarak 4-5 kez tekrarlandığı, yaşlı bireylerde ise sık uykudan uyanmaların olduğu ve NonREM evre-3'te ise derin uykunun azaldığı görülmektedir (Şekil 2-5) (Özol ve Özvurmaz 2018).



Şekil 2-5: Normal uyku döngüsü

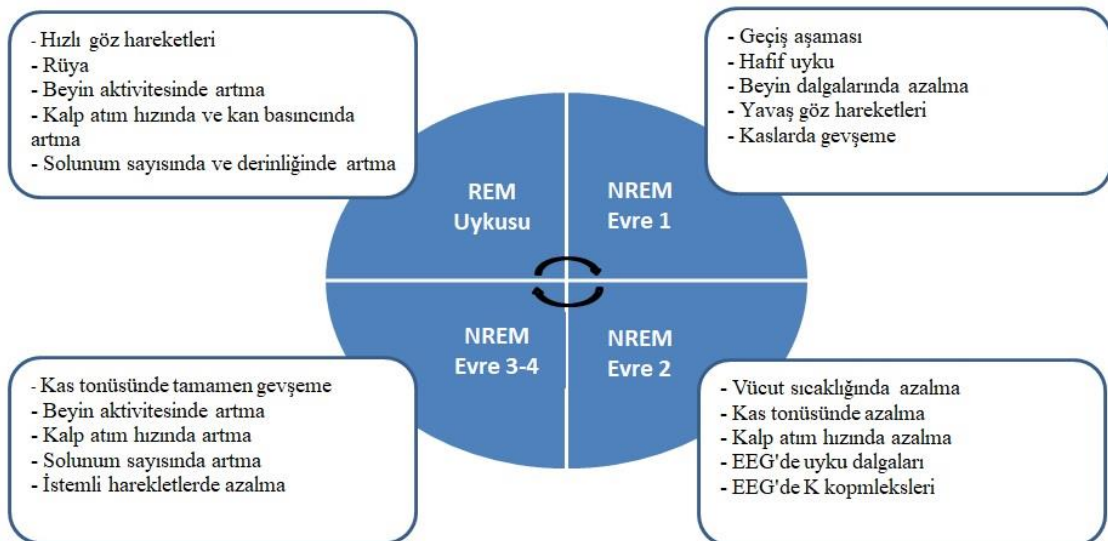
(Özol ve Özvurmaz 2018)

Non-REM evre uyku periyodunun yaklaşık %75-80'lik bölümünü kapsamaktadır. Uykunun bu döneminde hızlı göz hareketleri yoktur. Uykuya ilk dalma anıdır ve uykunun ilk saatlerinde görülmektedir. Bu dönemde kan basıncı, solunum hızı, periferik damar tonüsü ve bazal metabolizma %10-30 oranında azalmaktadır (Şekil 2.6). NonREM uykusu dört evreden oluşmaktadır. Evre 1, uyanıklık ile uyku arasındaki bir dönemdir ve uykunun %2-5'ini kapsar. Evre 2, hafif, yüzeysel uykunun olduğu dönemdir ve uykunun %45-55'ini oluşturur. Evre 3 ve 4 delta uykusu da denilen derin uyku dönemidir. Uykunun %20-25'ini içermektedir. Dinlenmenin olduğu ve kişileri uyandırmanın zor olduğu bir evredir. Ayrıca somatotropin ve büyüme hormonu da bu

evrede salgılanmaktadır (Tezel Filik 2011; Köse ve Aslan 2013; Lyman 2013; Şahin ve Aşçıoğlu 2013; Yetkin ve Aydın 2014; Vyazovskiy ve Delogu 2014; Chouchou ve ark. 2014; Karadakovan 2014; Algın ve ark. 2016; Sorathia ve Ghori 2016; Patel ve ark. 2018).

Uyku döneminin yaklaşık %20-25'ini REM evresi kapsar. Hızlı göz hareketlerinin ve hızlı zihinsel aktivitenin olduğu kas tonüsünün azalarak düzensiz kas hareketlerinin geliştiği bir evredir. Uyku başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM dönemi başlamaktadır ve bir gecede 4-6 kez REM uyku döneminden geçilmektedir (Şekil 2.6). Bu evrede beyin metabolizmasında %20 oranında artış olmakta, rüyalar bu dönemde gerçekleşmektedir (Tezel Filik 2011; Hauri 2011; Köse ve Aslan 2013; Lyman 2013; Şahin ve Aşçıoğlu 2013; Erdöl 2014; Vyazovskiy ve Delogu 2014; Karadakovan 2014; Algın ve ark. 2016; Sorathia ve Ghori 2016; Patel 2018).

REM uykusu tonik ve fazik olmak üzere iki evreye ayrılmaktadır. REM uykusunun tonik evresinde iskelet kas gruplarında atoni oluşarak, refleksler baskılanmaktadır. Fazik evrede ise hızlı göz hareketleri meydana gelmekte, kan basıncında, kalp hızında ve solunumda değişiklikler olmaktadır. Bunun yanında dil hareketleri ve kas seyirmeleri de görülmektedir (Ardıç 2012; Şahin Aşçıoğlu 2013; Erdöl 2014; Sorathia ve Ghori 2016).



Şekil 2-6: Uyku siklusunun fizyolojisi

(Sorathia ve Glori 2016)

2.2.4. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, fiziksel, sosyal, mental ve davranışsal iyilik halinin oluşmasını sağlamaktadır. Bu nedenle sağlıklı uyku, uygun zamanda, yeterli oranda, zinde uyanmayı sağlayacak biçimde verimliliği sağlayan bir uyku olmalıdır. Bu doğrultuda uyku kalitesini değerlendirmesinde kullanılan parametreler şunlardır;

1) *Uyku süresi*: 24 saatteki uyku süresini gösterir,

2) *Uykunun sürekliliği ve verimliliği*: Uykuya hızlı dalabilme ve uyku bölündüğünde çabuk uykuya dönebilmedir,

3) *Zamanlama*: Uykunun 24 saatte hangi zaman bölümünde gerçekleştiğidir,

4) *Uyku ve uyanık olma*: Uyanıklık durumunu devam ettirebilmedir,

5) *Memnuniyet*: Uykunun kişisel olarak iyi ya da kötü şekilde algılanmasıdır (Buysse 2014).

Uyku kalitesi, kişinin kendini uykudan sonraki zamanda dinç, dinlenmiş, yenilenmiş ve gündelik yaşantıya hazır hissetmesidir (Cohen 2009; Şenol ve ark. 2013; Karakaş ve ark. 2017; Durgun ve Kaya 2018). Bunun yanında uyku kalitesi; uyku zamanı, uykuya dalma süresi, toplam uyku süresi ve bir gecede uyanma sıklığı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uyku derinliği, dinlenmiş olma durumu, uyku hijyeni gibi öznel durumları da içermektedir. (Üstün ve Çınar Yücel 2011; Günaydın 2014; Ohayon ve ark. 2017; Macleod ve ark. 2018). Yetişkinlerin %30-40'ında uyku ile ilgili bozuklukların görüldüğü bildirilmektedir. Yaşlı bireylerde ise yapılan çalışmalarda yaşlıların %40-50'sinde uyku problemlerinin olduğu belirtilmektedir (Stranges ve ark. 2012; Tsou 2013; Akıncı ve Orhan 2016). Uyku kalitesi düştükçe yaşlı bireylerde zihinsel ve fiziksel sağlık olumsuz etkilenmekte, mental fonksiyonlarda ve hafızada problem olmakta, yorgunluk, anksiyete, depresyon ile düşme riskinde artış görülmekte, yaşam kalitesi azalmakta ve mortalite artmaktadır (Neikrug ve Ancoli-Israel 2009, Marasinghe 2014; Barone ve Krieger 2015; Rodriguez ve ark. 2015; Azri ve ark. 2016; Da Silva ve ark. 2016; Tosun Taşar ve Şahin 2017; Macleod ve ark. 2018; Özvurmaz ve ark. 2018).

2.2.5. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku, beden dinlenmesini, bağışıklığın artmasını, beyin fonksiyonlarının güçlenmesini, ve onarılmasını sağlayarak, gün içindeki aktiviteleri gerçekleştirebilmek

için gereklidir. Yaşlılarda uyku gereksinimi genellikle azalır (Cooke ve Ancoli-Israel 2011; Dikmen 2013; Kızırlanslanoğlu ve Cankurtaran 2015; Mukku ve ark. 2018). Uykunun kalitesini ve süresini; yaş, cinsiyet, hastalıklar, ilaçlar, yaşam biçimi, emosyonel durum, fiziksel aktiviteler, çalışma koşulları, alkol kullanımı gibi pek çok faktör etkilemektedir (Demir 2012; Brown ve ark. 2012; Miyata ve ark. 2013; Korkmaz Arslan 2017).

Yaş: Uyku kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Yaşlanma ile meydana gelen birçok değişiklik bireyin uyku yapısını, uyku kalitesini, niteliğini ve süresini etkilemektedir. Bu değişimler arasında; psikolojik değişiklikler, kronik hastalıklar, fazla sayıda ilaç kullanımı ve bunların etkileri, yaşam tarzı değişiklikleri, iş ve uğraşların azalması yer almaktadır (Vitiello 2009; Trevorrow 2010; Blazer ve ark. 2015). Bunların yanında yaşlılarda, melatonin üretiminde azalma, nöroendokrin sistemde sirkadiyen ritimde değişiklikler olmaktadır. Bütün bu değişimler sonucunda da uyku süresi ve derinliğinde azalma, uykuya dalmada güçlük gibi durumlar meydana gelmektedir. Sağlıklı bir uyku için gerekli olan koşullar gerçekleşmediği için uyku bozuklukları ortaya çıkmakta uyku kalitesi bozulmaktadır (Potter Pery 2003; Yetkin ve Aydın 2014; Akıncı ve Orhan 2016).

Cinsiyet: Uyku kalitesini etkileyen faktörlerden biri de cinsiyettir. Yaşlanmaya bağlı olarak erkeklerde kadınlara göre daha yavaş dalga uykusu olmakta ve uykunun etkinliği azalmaktadır. Buna rağmen kadınların erkeklere göre daha fazla uykuya gereksinim duydukları, uyku kalitelerinin erkeklere oranla daha kötü olduğu ve erkeklere göre daha fazla uyku bozuklukları yaşadıkları görülmektedir. Kadınlardaki bu durumun toplum ve aile içindeki rolleri nedeniyle birden fazla işlevi yerine getirmeleri, gün boyu beyin aktivitelerinin fazla olması nedeniyle olduğu düşünölmektedir (Krishnan ve Collop 2006; Keser Özcan 2008; Espana ve Scammell 2011; Meadows ve Arber 2012; Arslan 2017; Patel ve ark. 2018).

Hastalıklar: Hastalıklar, özellikle yaşlı bireylerde oluşan kronik hastalıklar psikolojik ve fizyolojik değişimlere neden olarak uyku kalitesi ve süresinin bozulmasına neden olmaktadır. Hastalıklarda uykuya geçiş dönemi (NonREM I ve II) uzamakta, dinlenmenin sağlandığı derin uyku dönemine (NonREM III ve IV) daha az zaman kalmaktadır. Kronik hastalıklardan KOAH, astım, hipertansiyon gibi kalp akciğer hastalıkları, nörolojik hastalıklar, gastroözefagial reflü gibi gastrointesinal hastalıklar,

inkontinans, noktüri, prostat hipertrofisi gibi üriner sorunlar, diyabet gibi endokrin sistem hastalıkları, akut ve kronik ağrı, menopoz, Alzheimer, demans gibi durumlar uyku problemlerine neden olan fizyolojik nedenler arasında yer almaktadır. Bunun yanında anksiyete, depresyon ve stres ise uykuyu etkileyen psikolojik sorunlardandır. Bu ve benzeri durumlar yaşlı bireylerde uykuya dalma ve sürdürmede güçlük ve sık uyanmaya neden olduğu için uyku kalitesini bozmaktadır (Vitiello 2009; Kaymak ve ark. 2010; Trevorrow 2010; Dikmen 2013; Yılmaz ve ark. 2014; Alcantara ve ark. 2016; Arslan 2017; Mukku ve ark. 2018; Patel ve ark. 2018).

İlaçlar: Yaşlı bireylerde hem sayı hem de miktar olarak çoklu ilaç kullanımı fazladır ve kullanılan bazı ilaçlar uykunun kalitesini değiştirmektedir. Uyku kalitesini ve düzenini etkileyen merkezi sinir sistemi ilaçları benzodiazepinler, nonbenzodiazepin reseptör agonistleri, antidepresanlar, anksiyolitikler, antiepileptik ilaçlar ve analjeziklerdir. Benzodiazepinler ve nonbenzodiazepin reseptör agonistleri uykuya dalmayı kolaylaştırması, uyanma sıklığını azaltması, uyku süresini artırması ve gündüz uykululuğunu azaltması etkileri ile uyku bozukluklarında kullanılan ilaçlardandır. Ancak gün içinde uykulu olmaya da neden olabilmektedirler. Bazı alerji ilaçları ile kardiyak ve pulmoner hastalıklar için kullanılan ilaçlar da uyku problemlerine neden olmaktadır. Bunlardan antihipertansif ilaç grubundan özellikle Beta blokerler uykuya dalmayı güçleştirip uykuda kabus görmeyi artırmakta uykudan sık uyanmaya neden olmakta ve uyku kalitesini etkilemektedir. Ayrıca diüretik ilaçlarda gece idrara çıkmayı arttırdığı için sık uyanmaya neden olarak uykuyu ve kalitesini bozmaktadırlar (Keser Özcan 2008; Karagözoğlu ve Bingöl 2008; Vitiello 2009; Trevorrow 2010; Roehrs ve Roth 2012; Yüksel Deniz 2014; Mukku ve ark. 2018; Patel ve ark. 2018).

Fiziksel aktivite: Egzersiz uyku için önemli bir parametredir. Egzersiz uykuya geçiş süresini kısaltarak, uyku süresini ve derin uykuyu artırmaktadır. Yorgunluk bireyin REM evresinde kısalmaya, dinlenmek REM evresinde uzamaya neden olmaktadır. Bu durum egzersiz yaparken salgılanan serotonin hormonunun miktarının artmasıyla gerçekleşmektedir. Egzersiz öğleden sonra ve akşam saatlerinde düzenli yapıldığında uyku kalitesini arttırmaktadır. Gece yatma zamanından önce yapılan egzersizler stres etkisi oluşturarak otonomik aktiviteyi arttırmaktadır. Bu durum uykuda huzursuzluğa, derin uykuda azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenlerle sabah erken ve gece geç vakit yapılan egzersizlerin uykuya etkisinin olmadığı, öğleden sonra ile akşama yakın

zamanda yapılan egzersizin uykuyu etkilediği ve egzersiz için en uygun zamanlar olduğu belirtilmektedir. Düzenli ve sürekli olarak uygun zamanda yapılan egzersiz uyku kalitesini artırırken; düzensiz ve uygun olmayan zamanda yapılan egzersiz uyku kalitesini azaltmaktadır (Vardar 2005; Yılmaz ve ark. 2014; Patel ve ark. 2018).

Beslenme: Karbonhidrat içeren yiyecekler serotonin salgılanmasına ve vücutta rahatlamaya neden olarak uykuyu arttırmaktadır. Yüksek proteinli besinlerde serotonin ön maddesi olan triptofan aminoasidini içinde bulundurmaktadır. Triptofan uykuyu artıran aminoasittir ve melatonin seviyesini yükselterek uykuya dalmayı kolaylaştırmakta, uyku süresinin ve kalitesinin artırılmasına neden olmaktadır. Bu nedenle yatmadan önce süt, yoğurt, peynir gibi proteinli besinlerin tüketilmesinin uyku için olumlu olduğu bildirilmektedir. Uyku zamanına yakın ağır ve fazla besin tüketmek ise sindirim sistemini aktive ederek uyku kalitesini bozmaktadır (Morin ve ark. 2006; Ay 2008; Dikmen 2013; Yılmaz ve ark. 2014).

Alkol Kullanımı: Alkol bir santral sinir sistemi depresanıdır. Alkol az veya orta miktarda alınsa bile uykuyu bozmaktadır. Alkol kullandıktan kısa bir süre sonra uykuya geçişi hızlandırarak, uykuyu derinleştirmektedir. Buna karşın alkol metabolize olduktan sonra çekilme bulguları ortaya çıkmaya başlamaktadır. Bu durumda uykuda bölünmelere ve uyku süresinde kısalmalara neden olmaktadır. Kısacası uykudan önce alınan alkol, NonRem ve REM uykusunda azalma ile evreler arasında geçişleri arttırmaktadır. Gece kabusları ile uyanmalar olmakta ve uyku kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Yılmaz ve ark. 2014; Patel ve ark. 2018).

Kafein içeren içecekler: Kafein bir merkezi sinir sistemi uyarandır ve çoğunlukla uyanıklığı artırmak için kullanılan bir maddedir. Kafein, çay ve kahvenin yanı sıra, soda, çikolata ve kola gibi yiyecek ve içeceklerde de bulunmaktadır. Uyku zamanından 30-60 dakika önce alındığında; uykuya geçişi zorlaştırmaktadır. Uykudan uyanma sayısını arttırarak, uyku süresini ve derin uykuyu azaltmaktadır. Bu şekilde uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Yılmaz ve ark. 2014).

Nikotin: Nikotin bir merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır. Kanda düşük yoğunlukta kısa süreli sedasyon etkisi yaparken, yüksek yoğunlukta kan basıncında ve kalp hızında artışa neden olmaktadır. Ayrıca katekolominlerin miktarında artış görülmekte otonomik aktivasyon oluşturmaktadır. Bunun sonucunda nikotin uykuya geçişi zorlaştırırken,

uykuya başlama ve devam ettirme güçlüğüne neden olarak uyku kalitesini bozmaktadır (Yılmaz ve ark. 2014; Chaudhary ve ark. 2016; Patel ve ark. 2018).

Çevresel faktörler: Çevresel faktörlerden ışık (aydınlatma), ısı, ses (gürültü), uyku kalitesini değiştiren etmenler arasında yer almaktadır. Uykuyu etkileyen çevresel etmenlerden birincisi ışıktır. Işık uykunun düzenlenmesinde önemli ve en temel faktördür. Çünkü sirkadiyen ritim dışarıdan alınan ışıktan etkilenmekte ve düzenlenmektedir (Yılmaz ve ark. 2014; Yüksel Deniz 2014; Arslan 2017; Mukku ve ark. 2018). Ayrıca melatonin hormonu ışısız ortamda en yüksek seviyeye çıkmakta bu durum uyku mekanizmasına katkı sağlamaktadır. Melatonin hormonu, uyku süresini etkilememekle birlikte uykuya dalmayı kolaylaştırarak uyku kalitesini arttırmaktadır. Bu nedenle karanlık ortamda uyumak gerekmektedir. (Şahin ve Aşçıoğlu 2013).

Uykuyu etkileyen çevresel etmenlerden ikincisi ise; ısıdır. Oda ısısının aşırı sıcak veya aşırı soğuk olması uykuyu bozmaktadır. Odanın sıcaklığının 24°C'den düşük, 12°C yüksek olmaması ortalama 18°C olması gerekmektedir. Odanın sıcaklığı 24°C'nin üzerinde olması uyanıklık sayısını, beden hareketlerini ve dönem geçiş sayısını arttırarak, derin uyku ve REM uykusunu azaltmaktadır. Oda sıcaklığının 12°C'nin altında olması ise rahatsız bir uykuya neden olarak rüyaların olumsuz içerikli olmasına neden olmaktadır (Yılmaz ve ark. 2014; Yüksel Deniz 2014; Arslan 2017). Uykuyu etkileyen çevresel etmenlerden üçüncüsü ise; ses yani gürültüdür. Kişiden kişiye ve hassasiyetlerine göre farklılık gösterse de gürültü uykunun bölünmesine neden olarak uyku kalitesini bozmaktadır. Sessiz, gürültülü olmayan bir ortamda uyumak kişinin uyku kalitesini arttırmaktadır (Yılmaz ve ark. 2014; Yüksel Deniz 2014; Arslan 2017; Capezuti ve ark. 2018).

Emosyonel durumlar: Günlük hayatta karşılaşılan stres, anksiyete, depresyon gibi faktörler uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanında üzüntü, sevinç, korku, yas, endişe gibi duygusal değişimler kişilerin rahatlamasını önleyerek uykuyu engellemektedir. Ayrıca yaşlılarda evden ayrılma veya kurumda kalma, yeni bir ortam, emeklilik, yalnızlık, sosyal izolasyon, hareketsiz yaşam gibi durumlar da uyku ve uyku kalitesini etkilemektedir (Akkuş ve Kapucu 2008; Vitiello 2009; Amini ve ark. 2016; Mukku ve ark. 2018; Patel ve ark. 2018).

2.2.6. Uyku Bozukluklarının Sınıflaması

Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması sonucu uykunun bozulması santral sinir sistemi işlevlerini etkilemektedir. Uzun süreli uykusuzluk; vücut ısısı kontrolünde, beslenme ve metabolizmada, bağışıklık sisteminde ve düzenleyici diğer sistemlerde bozulmaya yol açmaktadır. Bu nedenle uyku bozukluklarının sınıflandırılması ve bu yönde incelenmesi önemli olmaktadır (Şahin ve Aşcıoğlu 2013).

Uyku bozuklukları ile ilgili ilk sınıflama 1979 yılında yapılmıştır. Daha sonra American Academy of Sleep Medicine (AASM) tarafından revize edilerek “International Classification of Sleep Disorders (Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması, ICSD)” adında 1991 yılında ICSD-1 ve 2005 yılında ICSD-2 olarak yayınlanmıştır. Son olarak AASM tarafından 2014 yılında ICSD-3 sınıflandırılması yapılmış ve uyku bozuklukları 7 ana başlık altında toplanmıştır (Tablo 2-1) (AASM 2014; Sateia 2014; Zucconi ve Ferri 2014; Yılmaz ve ark. 2014; Genç ve Dikmen 2017; Keskin ve Tamam 2018).

Tablo 2-1: AASM ICSD 3 uyku bozuklukları sınıflandırması

<p>1. İNSOMNİLER</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kronik insomnia -Kısa süreli insomnia -Diğer insomnialar -İzole semptom ve varyantlar <ul style="list-style-type: none"> .Aşırı yatakta kalmalar .Kısa uyuyanlar <p>2. UYKU İLE İLİŞKİLİ SOLUNUM BOZUKLUKLARI</p> <ul style="list-style-type: none"> -Obstrüktif uyku apne sendromu -Santral uyku apne sendromu -Uyku ile ilişkili hipoventilasyon sendromları -Uyku ile ilişkili hipoksemi sendromu -İzole semptom ve varyantlar <ul style="list-style-type: none"> .Horlama .Katatreni <p>3. HİPERSOMNİ İLE SEYREDEN SANTRAL HASTALIKLAR</p> <ul style="list-style-type: none"> -Narkolepsi tip 1 -Narkolepsi tip 2 -İdyopatik hipersomni -Kleine-Levin sendromu -Medikal hastalıklara bağlı hipersomni -İlaç ve madde kullanımına bağlı hipersomni -Psikiyatrik hastalıklara bağlı hipersomni -Yetersiz uyku sendromu -İzole semptom ve varyantlar <ul style="list-style-type: none"> .Uzun uyuyanlar <p>4. SİRKADİYEN RİTİM UYKU-UYANIKLIK BOZUKLUKLARI</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gecikmiş uyku-uyanıklık fazı bozukluğu -İleri uyku-uyanıklık fazı bozukluğu -Düzensiz uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu -24 saatlik olmayan uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu -Vardiyalı çalışma -Jet-lag -Spesifiye edilemeyen sirkadiyen ritim bozuklukları 	<p>5. PARASOMNİLER</p> <ul style="list-style-type: none"> -Non-REM ilişkili parasomniler <ul style="list-style-type: none"> .Non-Re'm uykusundan uyanma bozukluğu .Konfüzyonel uyanma .Uykuda yürüme .Uyku terörü .Uyku ilişkili yeme bozuklukları -REM ile ilişkili parasomniler <ul style="list-style-type: none"> .REM uykusu davranış bozukluğu .Tekrarlayıcı izole uyku paralizi .Kabus bozuklukları -Diğer parasomniler <ul style="list-style-type: none"> .Patlayan kafa sendromu .Uyku ilişkili hallüsinasyonlar .Uyku enürezis .Medikal durumlara bağlı parasomniler .İlaç veya madde kullanımına bağlı parasomniler .Parasomnia belirlenmemiş - İzole semptom ve varyantlar <ul style="list-style-type: none"> .Uykuda konuşma <p>6. UYKU İLE İLİŞKİLİ HAREKET BOZUKLUKLARI</p> <ul style="list-style-type: none"> -Huzursuz bacak sendromu -Periyodik bacak hareketleri -Uyku ilişkili bacak krampları -Uyku ilişkili bruksizm -Uyku ilişkili ritmik hareket bozuklukları -Bebeklik döneminin benign uyku myoklonusu -Uyku başlangıcında propriospinal myoklonus -Medikal hastalıklara bağlı uyku ilişkili hareket bozuklukları <ul style="list-style-type: none"> .İlaç veya madde kullanımına bağlı uyku ilişkili hareket bozuklukları .Spesifiye edilemeyen uyku ilişkili hareket bozuklukları - İzole semptom ve varyantlar <ul style="list-style-type: none"> .Aşırı parçalı miyoklonus .Hipnagogik ayak tremoru ve alternan bacak kas aktivasyonu .Uyku irkilmeleri (Hipnik sıçramalar) <p>7. DİĞER UYKU HASTALIKLARI</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uyku ile ilişkili medikal ve nörolojik hastalıklar <ul style="list-style-type: none"> .Fatal familyal insomnia .Uyku ilişkili epilepsi .Uyku ilişkili baş ağrısı .Uyku ile ilişkili laringospazm .Uyku ile ilişkili gastroözofajial reflü .Uyku ile ilişkili miyokardiyal iskemi
---	---

Diğer taraftan 2013 yılında yayımlanan The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)'e göre ise uyku bozuklukları “Uyku-Uyanıklık Bozuklukları” başlığı altında toplanmıştır (Tablo 2-2). (APA 2013).

Tablo 2-2: DSM V uyku bozuklukları sınıflandırması

1.İmsomnia
2.Hipersomni
3. Narkolepsi
4.Solunumla ilgili uyku bozuklukları
-Tıkaıcı uyku apne hipopnesi
-Santral uyku apnesi, uyku ile ilişkili hipoventilasyon
5.Sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları
6. Parasomnialar
-NonREM uykusundan uyanma bozuklukları uyurgezerlik
-Uyku terörü, karabasan
-REM uykusu davranış bozukluğu
7. Huzursuz bacaklar sendromu
8. Madde/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu
9. Tanımlanmış diğer
10. Tanımlanmamış uyku bozukluğu

(APA 2013)

2.3. Yaşlılık Döneminde Görülen Uyku Bozuklukları

Yaşlı bireylerde yaşlanma ile birlikte uykuda meydana gelen birçok değişiklik olmaktadır. Sabah erken uyanma, akşam erken uyuma, uykuya dalma süresinin uzaması, uykuya geçişte sorun yaşama, yatakta uyanık kalma süresinde uzama, uyku siklusleri arasında dalgalanma yaşanması, gece sık uyanma, uykunun daha çok bölünmesi, uykudan uyandıktan sonra yeniden uykuya geçebilmek için daha çok zaman harcama ve toplam uyku süresinin azalması görülmektedir (Özgür ve Baysan 2005; Fadiloğlu ve ark. 2006; Picarsic ve ark. 2008; Bloom ve ark. 2009; Yazgan 2009; Trevorrow 2010; Karadakovan 2014; Zengin 2015; Çınar Yücel ve ark. 2016; Korkmaz Arslan 2017; Ogan ve Baha 2017; Tufan ve Bahat 2017; Li, Vitiello ve Gooneratne 2018; Praharaj ve ark. 2018).

Yaşlı bireylerde uyku evrelerine bakıldığında, NonREM uykusunun 1. ve 2. evrelerinin daha uzun, 3. ve 4. evrelerinin ise daha az ve kısa geçirildiği görülmektedir. Bu değişiklikler REM uykusunun da niteliğini değiştirmektedir. Bunun yanında yaşlı

bireylerin, sağlık sorunları ve uyku bozuklukları nedeniyle gece uyanmaları sık olduğundan gece uykusu yüzeysel olmaktadır. Yaşlılık döneminde uyku siklusunun sayısı artmakta, süreleri de kısalmaktadır (Özgür ve Baysan 2005; Bloom ve ark. 2009; Tuncel ve Orhan 2010; Karadakovan 2014; Algin ve ark. 2016; Ogan ve Baha 2017; Tosun Taşar ve Şahin 2017; Li, Vitiello ve Gooneratne 2018; Patel ve ark. 2018).

Yaşlanmayla birlikte uyku bozukluğu görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlı bireylerde, yaşa bağlı sağlık problemleri, fazla ilaç kullanımı, zihinsel faaliyetlerin ve hareket kabiliyetinin azalması ve uykunun yapısında oluşan değişiklikler insomniaya neden olmaktadır (Tuncel ve Orhan 2010; Fung ve ark. 2016; Suzuki ve ark. 2017; Capezuti ve ark. 2018; Mukku ve ark. 2018). Yaşlıların %40-70'inin kronik uyku problemleri yaşadığı belirtilmektedir (Alessi ve Vitiello 2015; Praharaj ve ark. 2018). Yaşlı bireylerde uyku bozukluklarından en sık insomnia görülmektedir. Yapılan çalışmalarda insomnianın yaşlı kişilerde %30-60 oranında olduğu bildirilmektedir (Kaymak ve ark. 2010; Tsou 2013; Kızırlaranoğlu ve Cankurtaran 2015; Rodriguez ve ark. 2015). Yaşlı bireylerde insomniada görülen belirtiler; yorgunluk, halsizlik, yoğunlaşma güçlüğü, dikkatte azalma, unutkanlık, sabahları baş ağrısı olması, horlama, nefes almada zorluk ile uyanma, uykuya dalmada zorluk çekme, uykudan sık sık uyanma, uykudan uyandığında yeniden uykuya dalmada zorluk, gündüz uyku uyuma ve uyku apnesidir (Akkuş ve Kapucu 2008; Tuncel ve Orhan 2010; Rodriguez ve ark. 2015; Özvurmaz ve Özal 2018).

Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda insomnia yaygınlığının ortalama %15-70 arasında olduğu belirtilmiştir. Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda yaşlılarda insomnia yaygınlığı Fransa'da %70 (Jausse ve ark. 2011), İtalya'da %44.2 (Bonanni ve ark. 2010), İspanya'da %36,1 (López-Torres ve ark. 2011) ve Yunanistan'da %25,3 (Paparrigopoulos ve ark. 2010) ve Avrupa'daki 16 ülkeyi kapsayan bir çalışmada %16,6 ile %31,2 arasında (Van de Straat ve Bracke 2015) bulunmuştur. Uzak doğu ülkelerinde yapılan çalışmalarda yaşlılarda insomnia yaygınlığı Nepal'de %40,6 ile %61,5 (Timalsina 2017; Shrestha ve ark. 2017), Tayvan'da %41 (Tsou 2013), Çin'de %10,4-49,7 (Yu ve ark. 2016; Cao ve ark. 2017; Li ve ark. 2013), Güney Kore'de %29,2 (Kim ve ark. 2013), Singapur'da %13,7 (Sagayadevan ve ark. 2016) olarak belirlenmiştir. Ortadoğu ve Afrika'da yapılan çalışmalarda yaşlılarda insomnia yaygınlığı Mısır'da %33,4, %62,1 (Ayoub ve ark. 2014; Allah ve ark. 2014; Bakr ve ark. 2011; El-Gilany

ve ark. 2017), Malezya'da %53 (Shahar ve ark. 2011), İran'da %39,2 (Mousavi ve ark. 2012), Hindistan'da %32 (Gambhir ve ark. 2014), Hindistan Ladakh bölgesinde %15,2 (Sakamoto ve ark. 2017), Nijerya'da %27,5 (Ogunbode ve ark. 2014) ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %21,3 (Ford ve ark. 2015) olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalar yaşlılarda uyku bozukluklarının yüksek oranda olduğunu göstermiştir (Wu ve ark. 2012; Chien ve Chen 2015; Landry ve ark. 2015; Rezaepandari ve ark. 2015; Van de Straat ve Baracke 2015; Azri ve ark. 2016; Silva ve ark. 2017; Ştefan ve ark. 2018).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise bu oran %15-80 arasındadır. Benzer şekilde Türkiye'de yapılan çalışmalarda da yaşlılarda uyku bozukluklarının yüksek oranda olduğu görülmektedir (Akyar ve Akdemir 2011; Düzgün 2012; Tel 2013; Şenol ve ark. 2013; Dağlar ve ark. 2014; Altan Sarıkaya ve Oğuz 2016; Özvurmaz ve ark. 2018). Yapılan en önemli ve geniş kapsamlı çalışma Demir ve arkadaşlarının 2015 yılında 5021 birey üzerinde yaptığı Türkiye'de Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi (TAPES) çalışmasıdır. Burada insomnia oranı %18,4, gündüz aşırı uyku hali %8,9 bulunmuştur. Ayrıca Benbir ve ark. (2014) genel nüfusta yaptığı çalışmada yaşlılarda uyku bozukluğu sıklığının %13,9 olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda ise kendi evlerinde yaşayan yaşlı bireylerin %52,7'sinde uyku bozukluğu olduğu, %50'sinde insomnia, %51'inde uyku apnesi, %17'sinde REM uyku davranış bozukluğu ile birlikte saptanmıştır (Güler ve ark. 2009; Karagül ve ark. 2011). Önal ve ark. (2012)'nin 448 yaşlı bireyle yaptığı çalışmada da benzer şekilde yaşlı bireylerin %52,7'sinin uyku sorunu yaşadığı ve uyku sorunu yaşayanların %40,3'ünün uykuya dalmada güçlük çektiği, %21,6'sının ise uyuduktan kısa süre sonra uyandıkları, %8,5'inin uyuşa bile dinlenemeyip yorgun kalktığı, %4,7'sinin gündüz uykusuna karşı koyamadığı ve birden başlayan kısa süren uyku durumlarının olduğu belirlenmiştir (Önal ve ark. 2012).

Babacan Gümüş ve ark. (2009)'nin çalışmasında huzurevinde kalan bireylerin %58,3'ünün gece sık uyandığı, %56,1'nin uyandıktan sonra dinlenmemiş hissettiği, %47,8'inin uykuya dalmakta güçlük çektiği ve %49,3'ünün de uyandıktan sonra tekrar uykuya dalmakta güçlük çektiği tespit edilmiştir. Bilgili ve ark. (2012)'nin huzurevinde ve evde kalan bireyler ile yaptığı çalışmada bireylerin %50,5'inin kötü uyku kalitesine sahip oldukları ve yaşla birlikte uyku kalitesinin kötüye gittiği görülmüştür. Şenol ve ark. (2013)'nin yaptığı başka bir çalışmada da yaşlı bireylerin %55,1'inin kötü uyku

kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Babacan Gümüş ve ark. 2009; Bilgili ve ark. 2012; Şenol ve ark. 2013) Esenyel'in (2012) huzurevinde yaptığı çalışmada ise bireylerin %79,5'inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır.

2.3.1. Uyku Bozukluklarına Yaklaşımlar

Yaşlı bireylerde oluşan uyku sorunları iyi bir şekilde tedavi edilip kontrol altına alınmadığında, bireylerin uyku kalitesini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek uyku problemlerine ilişkin mortalite ve morbidite oranını arttırmaktadır (Azri ve ark. 2016; MacLeod ve ark. 2018). Bu nedenle, yaşlı bireylerde uyku problemlerinin yönetilmesinde ve tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik (ilaçsız) tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bu yöntemlerden yaşlı bireyler için en uygun olanın kullanılması önerilmektedir (Rodakowski ve ark. 2015; Suziki ve ark. 2017).

2.3.1.1. Uyku Bozukluklarında Farmakolojik Tedavi

Yaşlı bireylerin çoğu uyku problemlerinin çözümünde ilk önce uyku ilacı kullanmayı tercih etmektedirler. Ancak farmakolojik yöntemlerin yan etkilerinin çok olması sebebiyle, yaşlı bireylerde uyku problemlerinin tedavisinde uyku ilacı kullanımının uygun ve güvenli bir yöntem olmadığı belirtilmektedir (Capezuti ve ark. 2018; MacLeod ve ark. 2018). Uyku bozukluklarının farmakolojik tedavisi hastalığa göre farklılık göstermekle birlikte ilaçlar en çok insomnia tedavisinde kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavide genel amaç, gece uykusundaki sorunların giderilmesi ve uykusuzluğun gün içindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaktır. Bunun içinde çoğunlukla hipnotik ilaçlar kullanılmaktadır. Hipnotik özellikleri nedeniyle insomnia tedavisinde kullanılan ilaçlar; benzodiazepinler, benzodiazepin olmayan benzodiazepin reseptör agonistleri, antidepresanlar, histamin antagonistleri, melatonin ve melatonin reseptör antagonistleri, bitkisel bileşenler olarak sayılabilirler (Yılmaz ve ark. 2014; Lie ve ark. 2015; Chun ve Lee 2016; Suziki ve ark. 2016; Karadağ 2016; Schroeck ve ark. 2016; Sateia ve ark. 2017; Mukku ve ark. 2018; Patel ve ark. 2018).

Uyku bozukluklarında kullanılan ilaçların üç ana farmakolojik etkileri bulunmaktadır. Bunlar gamma-aminobutirik asit (GABA) cevabının modülatörü, melatonin reseptör agonisti ve histamin reseptör antagonistidirler. Bu ilaç grupları özellikle insomniada, spesifik olarak uyku başlangıcında, uykunun sürdürülmesinde veya uyanıklık sonrası yeniden uykuya dönülmesi için kullanılmaktadır. Hipnotik ilaçların kullanımı, hastanın uykusuzluk şikayetlerine ve etki süresine göre

belirlenmektedir. Hipnotik ilaçlardan kısa etkili olanlar uykuya dalma güçlüğü olan hastalarda; orta etki süreli olanlar uykuya başlama ve devam ettirme güçlüğünde, uzun etki süreli olanlar ise sabah erken uyanma, gün içi anksiyetesi olanlarda kullanılmaktadırlar. Uyku ilaçları özellikle yaşlılarda kullanılırken yan etkilerinin fazla olması, vücutta birikim göstermeleri ve günlük fonksiyonları bozabilmeleri nedeni ile dikkatli kullanılmalıdırlar (Yılmaz ve ark. 2014; Lie ve ark. 2015; Karadağ 2016; Schroeck ve ark. 2016; Sateia ve ark. 2017).

2.3.1.2. Uyku Bozukluklarına Yönelik Farmakolojik Olmayan Uygulamalar

Uykusuzluğun tedavisinde yaşlılarda birden fazla kronik hastalığın olması, çoklu ilaç kullanımı ve buna bağlı ilaç etkileşimleri, uzun süreli kullanımda ilaç bağımlılığı ve bilişsel faaliyetlerde bozulma olması, ilaçların yan etkileri ve yüksek maliyetin olması nedeniyle farmakolojik tedavide hipnotik ilaçlar kullanılmadan önce nonfarmakolojik (ilaçsız) tedavi yaklaşımları kullanılmalıdır (MacLeod ve ark. 2018). Nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden uyku hijyeni eğitimi, yaşam tarzı değişiklikleri, uyaran kontrol tedavisi, uyku kısıtlama tedavisi, ışık tedavisi, gevşeme yöntemleri, bilişsel terapi sıklıkla kullanılan uygulamalardır (Montgomery ve Dennis 2004; Joshi 2008; Roland 2011; Sateia 2014; Yılmaz ve ark. 2014; Alessi ve Vitiello 2015; Rodakowski ve ark. 2015; Chun ve Lee 2016; Schroeck ve ark. 2016; Rawtaer ve ark. 2017; Patel ve ark. 2018; Macleod ve ark. 2018; Mukku ve ark. 2018). Bunun yanında uyku bozukluklarının tedavisinde nonfarmakolojik tedavi yöntemleri arasında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından akupunktur, akupresür, fitoterapi, apiterapi, hipnoz, homeopati, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji, müzik terapi ve aromaterapi yer almaktadır (WHO 2013; Yılmaz ve ark. 2014; Gundersen 2018).

2.3.1.3. Uyku Bozukluklarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Uyku bireyler için yaşamın her döneminde önemli bir gereksinimdir ve bozulduğunda ciddi sağlık problemlerinin meydana gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hemşirelik uygulamaları içinde önemli bir yere sahip olmaktadır. Hemşirelik uyku gereksinimlerinin de bulunduğu temel insan gereksinimlerinin karşılanmasına ve değerlendirilmesine yardım eden bir meslektir (Üstün ve Çınar Yücel 2011; Şahin ve Aşçıoğlu 2013). Hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale 1859 yılında yayınlanan Hemşirelik Üzerine Notlar (Note's on Nursing) adlı kitabında hemşirelik ve uygulamaları ile ilgili pek çok öneride bulunmuştur. Bunlardan biri de uyku ile ilgili

hemşirelere verdiği tavsiyelerdir. Hemşirelerin bireylerin yeterli uyku uyumalarında önemli sorumlulukları olduğu bu nedenle sağlıklı veya hasta bireyin uykusuna önem vermeleri gerektiğini belirtilmektedir. Bunun yanında yeterli uykunun sağlanabilmesi için bireylerin isteyerek ya da istemeden uyandırılmaması, kesintisiz uykunun sağlanması ve gürültü gibi çevresel faktörlerin kontrol altında tutulmasının önemli olduğu ifade edilmektedir. Bütün bunları sağlamada hemşirenin önemli bir fonksiyonu olduğu bu nedenle kaliteli bir uyku için uykunun değerlendirilmesi ve gerekli hemşirelik bakımının uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Basavanthappa 2007; McEven ve Wills 2011; Hanönü 2017).

Hemşirelik kuramcılarında Virginia Henderson'ın kuramında yer alan ve insanın fizyolojik, biyolojik, sosyal, psikolojik ve spiritüel boyutlarını içeren 14 temel insan gereksiniminden biri de uykudur. Bu 14 temel gereksinimden "uyku ve istirahat" beşinci gereksinim olarak bulunmaktadır. Burada hemşirelerin uyku gereksinimiyle ilgili görevi "hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" olarak belirtilmektedir (Sitzman ve Eichelberger 2004; Pektekin 2013; Ahtisham ve Jacoline 2015; Avşar 2017).

Uyku bir başka hemşirelik kuramcısı Faye Glenn Abdellah'ın ele aldığı 21 hemşirelik problemi içinde ikinci olarak egzersiz ve istirahat içerisinde "optimal aktiviteye ulaşmakta" yer almaktadır. (Tomey ve Alligood 2006; Basavanthappa 2007; Karadağ 2016). Günlük yaşam aktiviteleri modelini geliştiren hemşirelik kuramcıları Roper, Logan ve Thierney'in modelinde, on iki yaşam aktivitesi bulunmaktadır. Uyku yaşam aktiviteleri içinde, on birinci sırada yer almaktadır ve "uykusuzluğun bireyin sağlığı üzerinde önemli olumsuz etkileri bulunmaktadır" şeklinde belirtilmektedir (Tomey ve Alligood 2006; Holland ve ark. 2008; Bulut ve Demir 2017).

Bunun yanında Marjory Gordon'un 11 fonksiyonel sağlık örüntüsünden beşincisi de uyku- dinlenme örüntüsüdür. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association/NANDA) tarafından geliştirilen hemşirelik tanıları Gordon'un 11 fonksiyonel sağlık örüntüsüne göre gruplandırılmaktadır (Gordon 2008; Carpenito 2012; Can 2017; Türk 2017).

2.3.1.4. Uyku İle İlgili Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Uygulamaları

Uyku ile ilgili problemler, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için önemlidir. Uykunun temel gereksinimler arasında bulunması, onarıcı ve iyileştirici yararlarının olması ve bireysel olması nedeniyle hemşirelerin uyku fizyolojisi, uyku sorunları ve uykuyu etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda uyku sorunlarını çözümüne yönelik hemşirelik tanıları koyarak girişimlerini planlayıp uygulamalı ve değerlendirmelidirler (Çınar ve Eşer 2012; Çınar Yücel ve ark. 2016). NANDA'nın 2017 yılında yenilenen tanı listesinde yer alan "Uykusuzluk", "Uyku Yoksunluğu", "Uyku Örüntüsünde Bozulma", "Uyku (Kalitesini) Güçlendirmeye Hazır Oluş" gibi tanımlar yaşlı bireylerde uyku bozukluklarında kullanılabilecek hemşirelik tanılarıdır.

1.Uykusuzluk (00095): Uyku süresinin ve kalitesinin fonksiyonları olumsuz etkileyecek şekilde bozulmasıdır.

2.Uyku Yoksunluğu (00096): Uykusuz geçen uzamış zaman periyodlarının olmasıdır.

3.Uyku Örüntüsünde Bozulma (00198): Dışsal faktörler nedeniyle uyku süresi ve kalitesinin zaman zaman kesintiye uğramasıdır.

4.Uykuyu İyileştirme İsteği (00165): Dinlenmeyi sağlamak ve istenilen yaşam tarzını sürdürebilmek amacıyla doğal ve periyodik uyku örüntüsünün güçlendirilmesidir (Erdemir ve ark. 2017; Acaroğlu ve Kaya 2018; Gürhan ve ark. 2019; Karahan ve Kav 2019).

Yaşlı bireylerde uyku problemleri ile ilgili hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik uygulamaları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1.Yaşlı bireylerin ağrı, depresyon ve bunun gibi farklı sorunları nedeniyle kullanılan ilaçların neler olduğunun belirlenmesi,

2.Yaşlı bireylerin uyku apnesi yönünden değerlendirilmesi,

3.Yaşlı bireylerin egzersiz yapmaları için desteklenmesi,

4. Yaşlı bireyin uyku alışkanlıklarının ve özelliklerinin belirlenmesi,

5.Yaşlı birey ile yaşa bağlı olarak uykuda olabilecek değişikliklerin değerlendirilmesi,

- 6.Uyku düzenini bozan durumların tespit edilmesi,
- 7.Uyku kalitesinin iyileştirilmesi için uygun olan girişimlerin belirlenmesi ve uygulanması,
- 8.Yaşlı bireylerin aktivite yaparken diğer bireylerle iletişim içinde bulunmasının sağlanması,
- 9.Gece uykusu süresi ile olması gereken uyku süresinin takip edilerek belirlenmesi,
- 10.Uykudan önce yaptığı rutin uygulamalar ve rahatlamayı sağlayan tamamlayıcı uygulamalar ile ilgili bilgi alınması,
- 11.Düzenli bir uyku programının planlanması,
- 12.Gündüz uykusunun mümkünse olmaması, olur ise uzun süreli olmasının engellenmesi,
- 13.Hergün aynı saatte yatılması ve aynı saatte kalkılmasının sağlanması,
- 14.Kafein (çay, kahve vb.) ve alkolden kaçınılması,
- 15.Gece yatmadan önce yemek yemekten kaçınılması,
- 16.Yatmadan önce gevşeme egzersizleri gibi rahatlatıcı uygulamaların yapılması,
- 17.Uykuyu etkileyen bireysel ve çevresel faktörlerin tanımlanması,
- 18.Uyku için odanın sessiz sakin ve karanlık olması,
- 19.Gün içerisinde yeterli ışığın alınması,
- 20.Yüksek ses, gece takip ve tedavileri gibi uyku bölünmesine neden olan durumlar için saat ayarlanmasının yapılması (Erdemir ve ark. 2017; Gürhan ve ark. 2019; Şenol ve Karadağ 2019).
21. Yaşlı bireye tamamlayıcı tıp uygulamalarından uyku kalitesini artıran (tai chi, akupunktur, akupresür, yoga, meditasyon) yöntemlerinin uygulanması (Goonoratte 2008; Erdemir ve ark. 2017).

2.3.1.5. Uyku İle İlgili Hemşirelik Girişimleri İçin Beklenen Sonuçlar

Uyku problemlerine yönelik yapılacak hemşirelik girişimleri sonucunda beklenen çıktılar şöyledir;

- Bireylerin haftanın en az dört günü daha az zorlukla uykuya dalması,
- Bireylerin haftanın en az dört günü, geceleri daha az sıklıkla uyanması,
- Bireylerin çoğu gece en az 6 saat, ihtiyaç halinde belirtilen sonucu karşılamak için daha fazla uyuması,
- Bireylerin dinç uyanması ve gün içerisinde çoğu vakit bitkinlik hissetmemesi.

Yapılacak değerlendirmeler göstergeler üzerinden yapılır. Göstergelerin bazıları subjektif olsa da, gözlem, öz-bildirim ölçekleri ve uyku laboratuvarı değerlendirmeleri gibi uykunun objektif değerlendirmeleri de değerli sonuçlar vermektedir.

Uyku ile ilgili göstergeler; uyku süresi, uyku örüntüsü, uyku kalitesi, uyku yeterliliği, uykudan sonra dinç hissetme, gece boyunca kesintisiz uyuma olarak belirtilmektedir (Moorhead ve ark. 2018).

2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) (Complementary- Alternative Medicine-CAM), tıbbın kavramsal çerçevesini çeşitlendirerek, ya da geleneksel olarak karşılanamayan talepleri karşılayarak, temel tıbbı bir bütünlük katarak oluşan tanı, tedavi ve koruma sistemidir. Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi; TAT'ı henüz modern tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları olarak tanımlamaktadır. Bu doğrultuda tanımları iyi yapmak ve birbirlerinin yerine kullanmamak gerekir (Herdman 2007; Doğan ve ark. 2012; Harris ve ark. 2012; Ünal ve ark. 2019).

Alternatif tıp; tıbbi tedavilerin yerine geçen, modern biyotıp ya da tedaviler tarafından kabul edilmeyen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı tıp; ise tıbbi tedavi ile birlikte, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavi ve bakım sistemidir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp terimleri genellikle bir başlık altında toplanmaktadır. Kısacası alternatif tıp genellikle bağımsız ya da klasik tedavi yerine kullanılan yöntemleri ifade ederken, tamamlayıcı tıp ise temel olarak klasik tedaviye eşlik eden ya da onu tamamlayan yöntemler olarak tarif edilir. Bu tedaviler birlikte,

TAT olarak adlandırılırlar (Khorshid ve Yapucu 2005; Doğan ve ark. 2012; Can 2014; Ilgaz ve Güzüm 2016).

Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün yaptığı tanıma göre; “tamamlayıcı ve alternatif tıp; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanı” olarak tanımlamaktadır (Karayağız ve Öztürk 2008; Ceyhan ve Tasa Yiğit 2016).

Hemşirelerin rol ve sorumlulukları sağlık alanındaki teknolojik gelişmelere ve bilimsel bilginin artmasına bağlı olarak değişimler göstermiştir. Bu değişimler sonucunda hemşirelerin hasta bakımında etkin ve doğru şekilde tamamlayıcı terapilere yer vermeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri bu konuda yönlendirilmeleri beklenmektedir (Turan ve ark. 2010).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de 1991 yılında kurulan ve Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health NIH)'e bağlı bulunan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine NCCAM), tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini incelemek için kurulmuştur. (Bossi ve ark 2008; Moquin ve ark. 2009; Can 2014; Başer ve Taşçı 2015; NCCIH.NIH 2018). Daha sonra alternatif kelimesi yerine İntegratif (Bütünleştirici) kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu merkezin ismi Aralık 2014'te Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) tarafından Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Medicine-NCCIM) olarak değiştirilmiştir. Bu doğrultuda NCCIM'a göre tamamlayıcı ve bütünleşik yöntemler “halihazırda modern tıbbın bir yöntemi olarak düşünülmeyen ve bu tedaviler içinde bulunmayan farklı tıbbi sağlık sistemleri, bakım uygulamaları ve ürünleri” şeklinde tanımlanmaktadır. Bütünleştirici yöntem yüksek kaliteli, güvenilir ve kanıta dayalı olan modern tedavi planları ile tamamlayıcı ve destekleyici yaklaşımların birleştirilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bütünleştirici tıp, tıbbi teşhis, tedavi ve korunmada, tamamlayıcı ve modern tedavilerin en iyisini bir araya getiren kapsamlı, disiplinlerarası bir bakış açısidir. Bütünleştirici sağlık uygulamaları genellikle modern ve tamamlayıcı yaklaşımları koordineli bir şekilde bir araya getirerek bütüncül bir tedavi ve bakımı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda bütünleşik yaklaşım genel sağlık durumunu korumak,

iyileştirmek, hastalığı önlemek, semptomların yönetimini sağlamak için kullanılan bir yöntemlerdir. Tamamlayıcı ve bütünleştirici yaklaşımları NCCIH göre 5 gruba ayrılmıştır. Bunlar bilişsel davranışsal yaklaşımlar, manipülatif yaklaşımlar, enerji yaklaşımları, alternatif tıbbi sistemler ve biyolojik yaklaşımlardır (NCCIH. NIH 2018).

1) Zihin beden temelli yaklaşımlar (Bilişsel Davranışsal müdahaleler): Bu grupta meditasyon, hipnoz, gevşeme egzersizleri, sanat terapisi, dans terapisi, müzik terapisi, hasta eğitimi, bilişsel davranışsal terapiler, biofeedback (uygulamalı fizyo-psikolojik geribildirim), ibadet (dua) etme, hayal kurma, yoga ve Tai Chi bulunmaktadır.

2) Manipülatif ve beden temelli yaklaşımlar: Manipülatif ve beden temelli yaklaşımlar içerisinde masaj, egzersiz, refleksoloji, akupresür, karyopraksi, hidroterapi ve osteopati yer almaktadır.

3) Biyolojik temelli yaklaşımlar: Gıda destekleri, bitkisel preparatlar, fitoterapi, vitaminler ve aromaterapi yöntemleri bu grubun içindedir.

4) Alternatif tıbbi sistemler: Akupunktur, ayurveda, homeopati, natüropati ve geleneksel Çin tıbbi bu grubu oluşturmaktadır.

5) Enerji yaklaşımları: Bu grupta ise terapötik dokunma, reiki ve gibi kişinin biyoenerjisini hareketlendiren enerji yaklaşımları yer almaktadır. (Bossi ve ark 2008; Moquin ve ark. 2009; Can 2014; Başer ve Taşçı 2015)

Ayrıca son zamanlarda NCCIH tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını üç ana grupta incelemektedir. Bunlar;

1. Doğal ürünler; Şifalı bitkiler, vitaminler, mineraller, probiyotikler

2. Zihin ve beden uygulamaları; yoga, kiropraktik ve osteopatik manipülasyon, meditasyon, akupunktur, gevşeme teknikleri (nefes alma egzersizleri, yönlendirilmiş görüntü, progresif gevşeme egzersizleri), tai chi, qi gong, hipnoterapi

3. Diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımları; Ayurveda tıbbi, geleneksel Çin tıbbi, homeopati, natüropati ve fonksiyonel tıp uygulamalarıdır (NCCIH. NIH 2018).

Hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde yaşanan yenilikler ve gelişmeler sağlık sorunlarına çözüm bulmakta yeterli olmamaktadır. Bu nedenle farmakolojik yöntemlerle birlikte tamamlayıcı ve bütünleştirici, destekleyici yöntemlerin kullanımı artmaktadır. Hemşireliğin uygulama alanları ve tamamlayıcı ve bütünleştirici

yöntemlerinin temeli birbiri ile örtüşmektedir. Her ikisinde de bireye holistik yaklaşım sağlayarak, sağlığın geliştirilmesi ve bireyin aktif olarak uygulamalarda yer alması gerekmektedir. Bu nedenle bireylerin inanışları, yaşam şekilleri ve kültürel farklılıkları tamamlayıcı ve bütünleştirici, destekleyici yöntemlerin kullanımını etkilemektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin bireyin tüm bu özelliklerini iyi bilmesi ve buna yönelik olarak ihtiyaçlarını karşılaması gerekmektedir (Taşçı 2015).

Dünyada bu konu ile ilgili son yıllarda hızlı bir gelişme görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’de bu konu ile ilgili “Geleneksel Tıp Stratejisi 2014/2023” adlı planlamasını yaparak ülkeden ülkeye değişebilen geleneksel tıp, konvansiyonel olmayan tıp ve tamamlayıcı tıp isimlendirmelerinin kullanıldığı yöntemlerle ilgili önemli stratejiler belirlemiştir. Bu kapsamda Geleneksel Tıbbi “açıklanabilen yada açıklanamayan farklı kültürlere özgü teorilere, İnanışlara ve tecrübelerine dayanan fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, onların teşhis, iyileşme ve tedavisi gibi sağlığın korunması için kullanılan bilgi, yetenek ve uygulamaların toplamıdır” şeklinde tanımlamaktadır (WHO 2013).

Ülkemizde ise 2011 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” kurulmuştur ve çalışmalara başlanmıştır. Daha sonra Sağlık Bakanlığı’nın, 2014 yılı Ekim ayında 29158 sayılı resmi gazetede yayımladığı “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile pek çok yöntem uygulaması resmi olarak kabul edilmiş ve bu alandaki gelişmelere ve değişikliklere yer verilmiştir. Yönetmelikte; amaç, kapsam, dayanak ve tanımlar bulunmaktadır Bunun yanında uygulamaların kimler tarafından yapılabileceği, eğitimlerin nasıl olacağı ve yöntemlerin uygulanacağı sağlık kurumlarının yapısı ve özellikleri ile uygulamaların hangi durum ve hastalıklarda yapılabileceği yer almıştır. Akupunktur dışındaki diğer geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları bu yönetmelik ile tanımlanmıştır. Bu uygulamalar; Akupunktur, Apiterapi, Fitoterapi, Hipnoz, Sülük uygulaması, Homeopati, Kayropratik, Kupa Uygulaması, Larva Uygulaması, Mezoterapi, Proloterapi, Osteopati, Ozon uygulaması, Refleksoloji ve Müzik terapi’dir (Sağlık Bakanlığı 2014; Resmi gazete.2014; Mollahaliloğlu ve ark. 2015).

Uygulamaların birçoğunda hemşirelerin uygulama yetkisi bulunmamaktadır. Ancak hemşirelerin akupresür gibi bazı tamamlayıcı terapileri, hemşirelik girişimi olarak uygulayabileceği görülmektedir. Bu bağlamda tamamlayıcı terapilerin, kuramsal

bilgiye ve bilimsel sorun çözüme becerisine sahip, profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri kapsamında ele alınması uygun görülmektedir. Bunun yanında hemşirelerin bazı tamamlayıcı yöntemleri yapma yetkisi olmamasına rağmen bu yöntemlere ilgi göstermesi, bilgi sahibi olması, hasta ve hasta yakınlarına rehberlik yapması gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin sadece uygulayıcı olabildiği yöntemlerle ilgili değil bütün tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilerinin olması önemli olmaktadır (Turan ve ark. 2010).

2.5. Akupresür

Çin ve diğer Uzakdoğu ülkelerinde sıklıkla kullanılan ve batılı toplumlarda en çok bilinen yöntemlerden biri olan akupunktur; derin doku ve organlardaki fonksiyon bozukluğu gibi patolojik durumları ortadan kaldırmaya yönelik, altın, gümüş ya da çelik gibi malzemelerden yapılmış çok ince iğneler kullanılarak, deri üzerinden belirli noktalara iğnelerin batırılmasıyla yapılan tedavidir (Xu ve ark. 2018; Amorim ve ark. 2018). Akupunktur, invaziv yani girişimsel ve noninvaziv girişimsel olmayan yöntemler olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. İnvaziv yöntemler, akupunktur iğnesinin cilde batırılması, elektroakupunktur ve kalıcı intradermal iğne yerleştirilmesi şeklinde iken invaziv olmayanlar akupresür, elektrik stimülasyonu, lazer ve ped uygulamalarıdır. Akupunkturun invaziv olmayan bir yöntemi olan akupresür, akupunkturun yaptığı tüm etkileri gösterebilme özelliğine sahip bir yöntemdir (Acar 2015; Mehta ve ark. 2017).

Akupresür; geleneksel Çin tıbbına dayanan ve Çin’de 2000 yıldan daha uzun süredir uygulanan tamamlayıcı tıp yöntemlerinden biridir. Batı tıbbında ise son yıllarda uygulanmaya başlanmıştır ve günümüzde çeşitli hastalık ve rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan bir tamamlayıcı uygulama haline gelmiştir (Hakverdioğlu ve Türk 2006; Çilingir ve Uzun Şahin 2015; Özşar 2017).

Akupres (Shiatsu), shi=parmak ve atsu=basınç kelimelerinden oluşmaktadır. Akupunktur meridyenleri ve akupunktur noktalarına parmaklar, avuç içi, el bileği, dirsek ve özel stimülasyon bantları ile basınç yapılarak uyarılmasıyla gerçekleştirilen bir masaj yöntemidir (Hakverdioğlu ve Türk 2006; Mucuk ve Ceyhan 2015; Song ve ark. 2015; Wagner 2015; Zheng ve ark. 2016; Rindahl ve ark. 2016; Çevik ve Taşcı 2017; Özdelikara ve Arslan 2017).

Akupresür’ün akupunkturdan en önemli farkı iğne kullanılmamasıdır ve iğne kullanılmadığı için ağrısız, kolay, yan etkisi bulunmayan, ekonomik, etkili ve güvenli

bir uygulamadır. Ayrıca öğrenilmesi ve uygulamasının kolay olması nedeniyle eğitim alınarak bireylerin kendi kendilerine de uygulayabildikleri kolay bir yöntemdir (Doğan ve Taşçı 2015; Song ve ark. 2015; Rindahl ve ark. 2016; Mehta ve ark. 2017; Özdelikara ve Arslan 2017; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

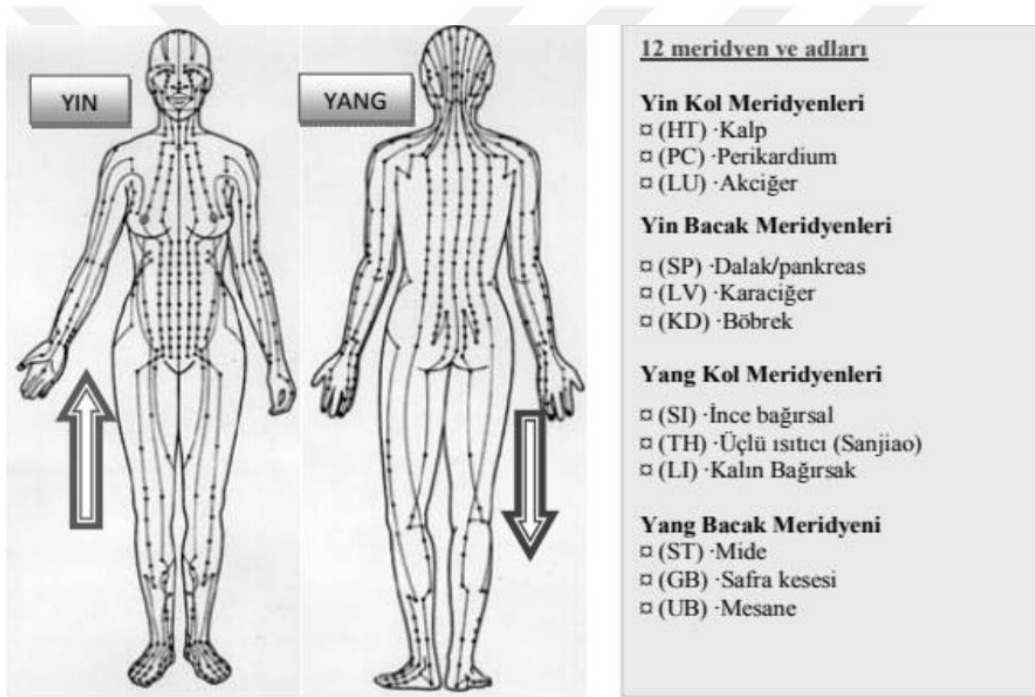
2.5.1. Akupresür Noktaları ve Meridyenleri

Çin ve Uzak doğu tıbbına göre insan bedeninin kendi kendini onarma ve yenileme gücü bulunmaktadır. Bedenimizdeki bu gücü harekete geçiren ve vücudun her iki tarafında aynı yerde bulunan uyarı noktalarına “aku noktaları” denir. Bu bası noktaları, enerjinin bir sonraki noktaya gidebilmesi için gerekli pompalamanın yapıldığı noktalardır. Aynı zamanda bedenimizin enerji dolaşımını normale getiren düzenleyici sisteme girişi sağlayan kapılar olarak tanımlanabilir (Acar 2015; Kovich 2018). Akupunktur noktaları, vücutta bulunan meridyenler üzerinde sinir hücrelerinden zengin yerlerde bulunduğu için de kolayca uyarılabilmektedir (Lozano 2014).

Geleneksel Çin tıbbında bütün yaşam süreçlerini biçimlendirdiğine inanılan Chi (Qi) yaşam enerjisi önemlidir ve Chi'nin ruhun ve bedenin dengeli bir şekilde çalışmasını sağladığı düşünülmektedir (Wagner 2015; Özşar 2017). Vücudumuzda farklı biçimlerde bulunabilen ve doğumdan ölüme kadar bütün yaşam süreçlerinde belirleyici rol oynayan yaşam gücü enerjisi olarak tanımlanan Chi; Hint kültüründe Prana, Japonyada Ki, Çin tıbbında Chi olarak isimlendirilmektedir. (Weiss Farnan 2014) Chi, vücudumuzda akupunktur noktalarının bulunduğu ana ve yan meridyen kanallarında dolaşmaktadır. Bedenimizi dolaşan Chi yaşam enerjisinin meridyenler içerisinden akararak organlarımızı beslediği, fiziksel bedenimizin zindeliğini sağladığı ve sağlığın temelini oluşturduğu düşünülmektedir. (Özdemir ve Taşçı 2017; Özşar 2017; Koç Özkan ve Balcı 2018). Akupresür uygulaması ile vücudumuzda enerji taşıyan meridyenlerin üstündeki bölgelere bası yaparak yaşam enerjisi olan Chi (Qi, ki) enerjisinin sağlıklı bir şekilde akışını sağlamaktır (Mehta ve ark. 2017; Kovich 2018).

İnsan vücudunda organları temsil eden ve bu organlara denk gelen 12 çift simetrik ana meridyen ve 2 tek yardımcı meridyen olmak üzere toplamda 14 meridyen vardır (Rindahl ve ark. 2016; Mehta ve ark. 2017; Kovich 2018). Ana meridyen olan 12 çift meridyen yaşam enerjisinin akış yönünde el ve ayak parmaklarının uçlarından başlayarak ya da biterek sıralı bir şekilde bulunmaktadır. Yaşam enerjisi için ana meridyenler arasındaki bağlantılarla Chi dolaşımı ve Yin-Yang dengesi sağlanmakta 24

saat süresince akış devam etmektedir (Şekil 2.7) (Mucuk ve ark. 2015; Rindahl ve ark. 2016). Bu 12 çift ana meridyen sağ ve sol da 6 yin ve 6 yang olmak üzere bulunmaktadır. Yin meridyenler; vücudun ön tarafında 6 adettir ve enerji akışı ayaklardan yukarıya doğrudur ve iç organlara erişimi vardır. Yin meridyenleri salgı ya da depo organlar olan; kalp, böbrek, karaciğer, dalak, pankreas ve akciğer meridyenleridir. Yang meridyenler ise; vücudun arka tarafında 6 tanedir ve enerji akışı baş bölgesinden aşağıya doğru olmaktadır. Yang'ın ana organları ise ince ve kalın bağırsak, mide, idrar kesesi, safra kesesi ve üçlü ısıtıcı gibi aktif olan organlardır (Andrews ve Dempsey 2007; Weiss Farnan 2014; Rindahl ve ark. 2016).



Şekil 2-7: 12 çift ana meridyen Yin-Yang

(Ayçeman, 2016)

Vücuttaki iki yardımcı meridyen ise, ön orta kanal (ÖK, Ren=Conception Vessel=CV) ve arka orta (AK, Du=Governing Vessel=GV) kanaldır ve bunların üstünde de akupunktur noktaları bulunmaktadır (Şekil 2-7) (Mehta ve ark. 2017, Kovich 2018). Bu meridyenler üzerinde devam eden enerji akışının çeşitli sebeplerle bozulması ve

dengeinin zarar görmesi durumunda akupunktur noktalarına basınç yapılarak dengeinin yeniden meydana gelmesi sağlanmaktadır (Mucuk ve Ceyhan 2015; Rindahl ve ark. 2016).

İnsan vücudunda 12 ana meridyen üzerinde bilinen 2000'den fazla akupunktur noktası bulunmaktadır. Ancak bunlardan 365 akupunktur noktası sıklıkla kullanılmakta ve bu noktaların uyarılması ile enerji akışı sağlanmaktadır. Çin tıbbında bu noktalar bulunduğu yere ve tedavi için kullanıldıkları hastalıklara göre adlandırılmaktadır. Batı tıbbında ise akupunktur noktaları hangi meridyen üzerinde bulunuyor ise sayı verilerek isimlendirilmektedir (Tablo 2-3) (Acar 2015; Mucuk ve Ceyhan 2015).

Tablo 2-3: Akupresür meridyenleri

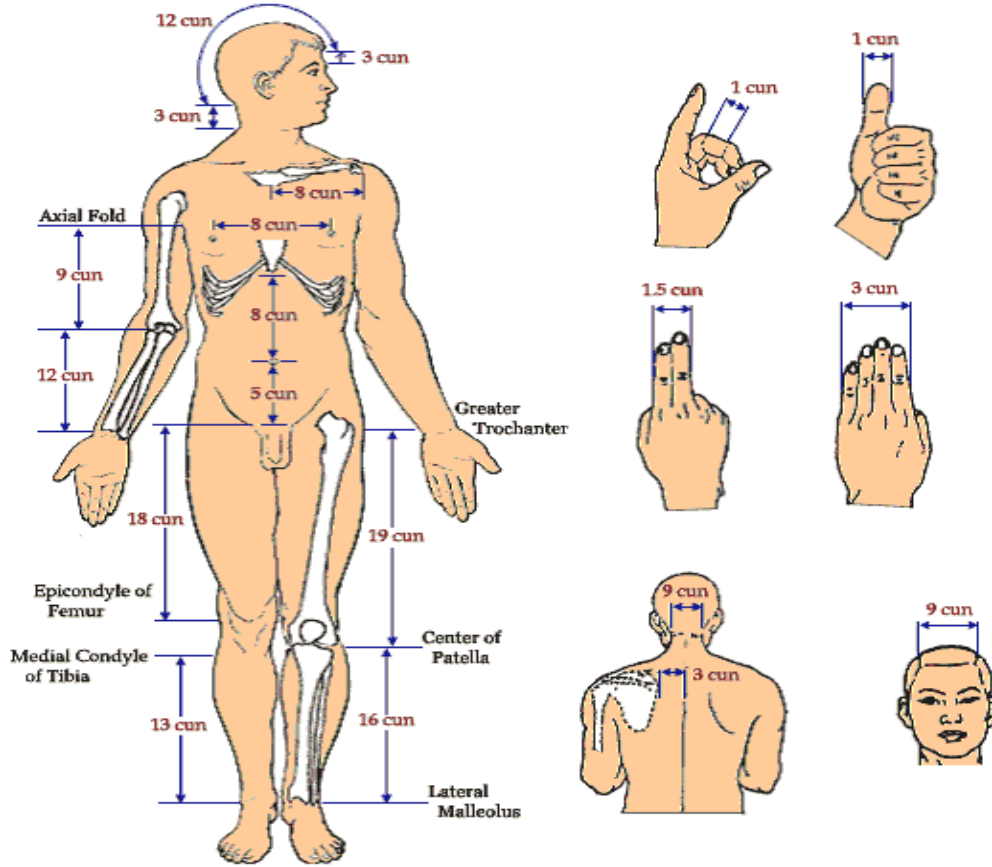
No	Meridyen İsmi	Sembolü/Kısaltma	Yin/Yang	Ekstremitte	Başlama ve Sonlanma Noktaları
1	Akciğer	Lung= LU	Yin	Kol	LU1-LU11
2	Kalın Barsak	Large Intestine= LI	Yang	Kol	LI1- LI20
3	Mide	Stomach= ST	Yang	Bacak	ST1-ST45
4	Dalak	Spleen= SP	Yin	Bacak	SP1-SP21
5	Kalp	Heart= H, HT	Yin	Kol	H1- H9
6	İnce Barsak	Small Intestine= SI	Yang	Kol	Sİ1-Sİ19
7	Mesane	Bladder Meridian= UB, BL	Yang	Bacak	UB1-UB67
8	Böbrek	Kidney= KD, KI	Yin	Bacak	K1-K27
9	Perikardium	Perikardial= P, PC, HC	Yin	Kol	P1-P9
10	Üçlü Isıtıcı	Sanjiao, Triple Warmer= SJ, TW,TH	Yang	Kol	SJ1-SJ23
11	Safra Kesesi	Gall Bladder= GB	Yang	Bacak	GB1-GB44
12	Karaciğer	Liver= Liv, LV, LI	Yin	Bacak	LİV1-İV14
13	Ön Orta Kanal	Conception Vessel=CV, REN	Yang	Gövde-arka	CV1-CV24
14	Arka Orta Kanal	Governing Vessel=GV, DU	Yin	Gövde-ön	GV1-GV28

(Gouyan ve Naigang 2013; Ahmedov 2015; Ayçeman 2016)

2.5.2. Akupresür Noktasının Belirlenmesi

Akupunktur noktalarının doğru şekilde tespit edilmesi akupresür uygulamasının doğru yapılması ve istenilen etkinin sağlanabilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle “Cun” denilen ölçü birimi kullanılarak bir akupunktur noktasının başka bir yere uzaklığı belirlenmektedir. 1 Cun yaklaşık 2,5 cm değerindedir. Başparmağın genişliği 1 cun, iki parmağın genişliği 1.5 Cun, dört parmak 3 Cun'dur. Kişilerde cilt yüzeyinin 3-15 mm altında olan akupunktur noktasının bulunabilmesinde “Cun” ölçüsü olarak bireyin kendi

parmağı kullanılmaktadır (Şekil 2-8). Çünkü beden indeksi kişiden kişiye değişiklik göstermekte her bireyin parmak kalınlığı farklı olmaktadır (Cross 2010).



Şekil 2-8: Vücut üzerinde cun ölçüm değerleri ile parmak genişliği ve cun ölçüm değerleri

(https://www.tcmstudent.com/study_tools/Cun%20Measurements.html; Cross 2010)

2.5.3. Akupresürün Etki Mekanizması

Akupresür uygulamasında amaç, bası ile sempatik ve parasempatik sistem üzerinde etki sağlamaktır. Basıncı uygulanan noktalar oksijen ve kan akımının kısıtlı olduğu, bası ile hafif ağrılı kas spazmının olduğu noktalardır. Uygulanan bası ile bölgede oksijen ve kan akımı rahatlatılmakta homeostazis sürdürülmektedir. (Andrews ve Dempsey 2007; Chen and Wang 2014; Cooke ve ark. 2015). Akupresürün kan dolaşımını düzenleyerek, nörolojik etkileşimi sağlayarak ve kişinin ağrılarını azaltarak iyileştirici, rahatlatıcı ve güçlendirici bir etkisi vardır (Mehta ve ark. 2017).

Akupresür insan vücudunda analjezik, homeostatik, sedatif, psikolojik, otoimmün ve motor fonksiyonları iyileştirici etki göstermektedir (Özdağ ve ark. 2015;

Çevik ve Taşcı 2017, Ovayolu ve Ovayolu 2017). Bu etkilerden analjezik etkiyi merkezi sinir sisteminden endojen opioid salınımını uyararak ve hipotalamik limbik sistemi modüle ederek; homeostatik, sedatif, psikolojik etkiyi nörohormonlar ve nörotransmitterlerin salınımını arttırarak ve kan akımının santral ve periferik regülasyonunda değişmeyi sağlayarak; otoimmün etkisini ise histamin, sitokin, vazoaktif aminler ile endojen steroidler ve lenfosit salgılanmasını arttırarak sağlamaktadır (Mucuk ve Ceyhan 2015; Ceyhan ve Tasa Yiğit 2016).

Akupresür'ün bütün bu etkileri sonucu oluşan faydaları genel olarak şu şekilde sıralanabilir;

- Dolaşımı rahatlatarak kan akımını arttırır,
- Bedende sakinlik ve derin gevşeme sağlayarak stresi azaltır,
- Enerji düzeyi dengesinin geri kazanılmasına ve onarılmasına yardımcı olur,
- Zindelik hissi oluşturur,
- Çok sayıda rahatsızlığın (uykusuzluk, ağrı, bulantı, kusma vb) hafiflemesi ve iyileşmesinde yardımcı olur,
- Kaslardaki sertlik ve gerginliği giderir ve postürü iyileştirir,
- Vücuttan toksinlerin atılmasına yardımcı olur,
- Bağışıklık sistemini güçlendirir,
- Yara iyileşmesini hızlandırır,
- Emosyonel olarak iyi hissetmeyi sağlar,
- Kimyasal veya hormonal dengeyi sağlar,
- Bozulmuş sinir uyarılarını onarır ve
- Endorfin salınımını aktive ederek ağrıyı azaltır (Andrews ve Dempsey 2007; Mucuk ve Ceyhan 2015; Ayçeman 2016; Rindahl ve ark. 2016; Ovayolu ve Ovayolu 2017; Koç Özkan ve Balcı 2018).

Akupresür'ün uygulamasının vücutta sağladığı faydaların yanında uygulama avantajları da bulunmaktadır. Bunlar;

- Non-invaziv bir yöntem olması,

- Herhangi bir belirtinin şiddetinde artışa neden olmaması,
- Yan etkisinin bulunmaması,
- Uygulanmadığında kesilme belirtilerine neden olmaması,
- İlaç kullanan bireylerde de güvenli olması,
- Vücudun bir parçasına değil bütününe odaklanması, bu nedenle genel sağlık durumunda iyileşme sağlanması,
- Akupresür uygulamasını öğrenmenin kolay olması,
- Her yerde ve her zaman uygulanabilir olması ve
- Akupresür uygulamasını bireylerin kendi kendine yapabilmesidir (Mucuk ve Ceyhan 2015).

2.5.4. Akupresür ile Tedavi Edilebilen Hastalıklar ve Endikasyonlar

Akupresür DSÖ'nün belirlediği tedavi edilebilen hastalıklardan bazılarında öncelikli tedavi edici olarak kullanılabilirdiği gibi, destekleyici tedavi olarak da kullanılmaktadır. Buna göre akupresür ile tedavi edilebilen hastalıklar ve endikasyonları dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Grup: Etkin bir şekilde tedavi edilen tıbbi durumlar: Esansiyel hipertansiyon, primer hipotansiyon, inme, depresyon, kemoterapi ya da radyoterapiye bağlı olumsuz etkilerde, bulantı kusma, baş, boyun, diz, bel, diş ve ameliyat sonrası ağrılar.

2. Grup: Tedavi edici etkisi olup yapılan çalışmaların arttırmasına ihtiyaç duyulan tıbbi durumlar: Uykusuzluk, tip iki diyabet, bronşial astım, meniere hastalığı, obezite, raynaud sendromu, fibromiyalji, kanser ağrıları, karın ağrısı, kulak ağrıları, akut omurga ağrıları, doğum ağrıları, polikistik over sendromu, infertilite ve erkek üreme bozuklukları.

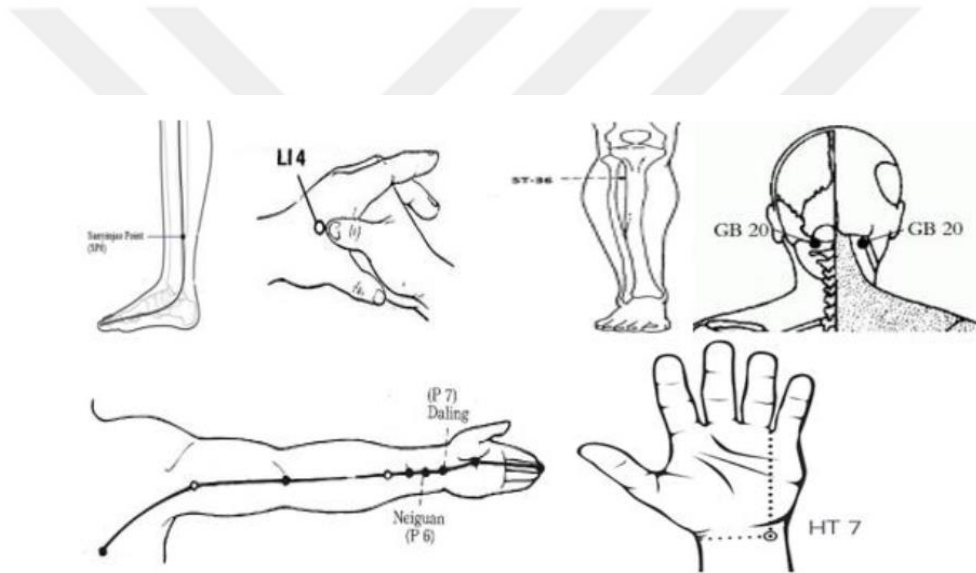
3. Grup: Geleneksel ve farklı tedavi yöntemleri ile kolay tedavi edilemeyen fakat akupresürle tedaviden bazen fayda görebilen tıbbi durumlar: renk körlüğü, sağırılık, irritabl bağırsak sendromu.

4. Grup: Gelişmiş medikal donanım altında olan ve akupresür uygulanabilecek tıbbi durumlar: Koma, akut koroner sendrom, çocuklarda ensefalit (viral), paralizilerdir (WHO 2002; Mucuk ve Ceyhan 2015).

2.5.5. Akupresürün Uykusuzluk Üzerine Etkisi

Geleneksel Çin tıbbına göre kalp ve karaciğer uyku bozukluklarında rol oynayan en önemli organlardır. Bu organlar ile ilgili bozukluklarda uyku aktivitelerinde problemler ve sıklıkla uykusuzluk ortaya çıkmaktadır. Uyku probleminde akupunktur noktalarına yapılan akupresür ile oluşan uyarılar sonucu bu organlarda biriken enerji dağıtılmakta, beyinden serotonin salgılanarak gevşeme sağlanmakta ve uyku sorunları düzeltilerek uyku kalitesi artırılmaktadır (Waits ve ark. 2018).

Geleneksel Çin tıbbında uykusuzluk üzerinde etkili olan akupresür noktaları; Shenmen: HT 7, Neiguan: PC 6, Sanyinjiao SP6, Feng Chi: GB 20, Da Ling: PC 7, Zusanli: ST36 ve Hegu: LI 4'dir (Şekil 2-9)



Şekil 2-9: Uykusuzluk üzerinde etkili olan akupresür noktaları

(Reza ve ark.2010, <https://healthy-ojas.com/sleep/insomnia-sleep-acupressure.html>)

Chen ve ark. (1999), Reza ve ark. (2010), Sun ve ark. (2010), Li ve ark. (2013), Simoncini ve ark. (2015), Zeng ve ark. (2016), Lai ve ark. (2017), Wu ve ark. (2012), Yeung ve ark. (2018) ve Chen ve ark. (2019) yaşlı bireylerde akupresürün uyku kalitesi üzerine etkilerini incelemişler ve akupresürün uyku kalitesi üzerine olumlu yönde etki ettiğini bulmuşlardır.

2.5.6. Akupresür Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Akupresür uygulaması öncesi, sırası ve sonrasında dikkat edilecek noktalar aşağıdaki gibi özetlenebilir (Ahmedov 2015; Özşar 2017).

- Akupresür uygulaması bireye açıklanmalı,
- Bireyin dokunmaya karşı psikolojik rahatlık düzeyi belirlenmeli,
- Akupresür uygulaması uygun oda ısısında, sessiz, sakin bir ortamda gerçekleştirilmeli,
- Uygulama yapan kişinin ellerinin ısısı normal olmalı ve tırnaklarının kısa olmasına dikkat edilmeli,
- Akupresür uygularken uygulanacak bası noktasına göre başparmak, orta parmak ile işaret parmağı basının uygun şekilde yapılabilmesi için kullanılmalı,
- Akupresür noktaları literatüre ve uzman görüşüne dayalı olarak belirlenmeli. Akupresür uygulanacak bası Aku noktaları iyi seçilmeli.
- Ciltte yaralanmalar olduğunda ve dolaşımın bozuk olduğu bölgelere uygulama yapılmamalı,
- Akut hastalığı veya ateşli bir durumu olan bireye uygulama yapılmamalı,
- Akupresür uygulamasında yapılacak noktaların sıralaması baştan ayağa doğru olmalı,
- Akupresür uygulamasında kullanılan aku noktası çift taraflı ve simetrik olarak kullanılmalı,
- Akupresür uygulamasında aşırı basıdan kaçınılmalı uygun basınç kullanılmalı ve bası yarıda bırakılmamalı,
- Bireyin mahremiyetine dikkat edilerek uygun pozisyonda (oturarak, yatarak, yarı oturur pozisyon) yapılmalı,
- Uygulama süresince birey ile iletişim sürdürülmeli ve
- Akupresür uygulaması kayıt edilmeli.

2.5.7. Hemşirelerin Akupresür Uygulamasında Sorumlulukları

Hemşireler tarafından kullanılan tamamlayıcı tedaviler üç gruba ayrılmaktadır. Birinci grupta, masaj, akupresür, refleksoloji, aromaterapi, terapötik dokunma gibi hemşirelerin doğrudan uygulama yaptığı tedaviler, ikinci grupta, bitkisel terapiler, beslenme terapileri, hipnoterapi; hemşirelik uygulamalarına kısmen dahil edilen tedaviler, üçüncü grupta, akupunktur ve şiropraksi. Bunlar hemşirelik uygulamalarına

kolaylıkla dahil edilemeyen ancak hemşirelerin öneride bulunabilecekleri tedaviler olarak literatürde yer almaktadır (Turan ve ark. 2010; Çakmak ve Nural 2017).

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'nda yer alan akupresür uygulaması hemşirenin bütüncül sağlık bakımı yapabilmesi için bağımsız fonksiyonlarını ve birey hemşire etkileşimini arttıran bir tedavi yöntemidir (Özkan ve Balcı 2018). Özellikle semptom kontrolünde kullanılan TAT yöntemlerinden biri olması hemşirelerin bakım planlarında bu yönteme sık sık yer vermesi gerektiğini göstermektedir. (Kwon ve Lee 2018).

•Hemşirenin bakım verdiği hastanın sağlık durumunu, akupresürün beklenen etkilerini, yan etkilerini, potansiyel yarar ve risklerini ve beklenen sonucunu bilmesi gerekmektedir (Khorshid ve Yapucu 2005; Çakmak ve Nural 2017). Bunun yanında tamamlayıcı tedavi uygulamalarını hemşirelik bakım planlarına dahil edebilmek için hemşirelik sürecini kullanmalıdırlar (Khorshid ve Yapucu 2005; Arnon ve ark. 2018). Hemşireler akupresürün hastanın sağlık durumu üzerindeki etkilerini değerlendirebilmeli ve buna ek olarak bilgi, beceri ve uzmanlık gerektiğinde ise gerekli desteği almalıdırlar (Khorshid ve Yapucu 2005; Arnon ve ark. 2018).

• Bireylerinde akupresür yöntemi, akupresürün etkisi, olası yan etkileri, yararları ve diğer konular hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir (Khorshid ve Yapucu 2005; Çakmak ve Nural 2017). Kendi kendilerine uygulanabilen bir yöntem olduğundan bireyler akupresürü etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda hemşireler tarafından yönlendirilmelidirler (Khorshid ve Yapucu 2005; Arnon ve ark. 2018)

Hemşirelerin holistik bakım odaklı çalışmaları içerisinde tamamlayıcı ve destekleyici tedavilerinde ve uygulamalarda yer alması uygun görülmektedir (Weiss Farnan 2014). Bu nedenle hemşirelik bakımında pek çok ülkede akupresür uygulaması uzun yıllardır yapılmakta ve hemşirelik bakım planlarının içerisinde yer almaktadır. Hemşirelik uygulamalarında kullanılan bu yöntem bütüncül hemşirelik yaklaşımları ile hasta bakımına katkı sağlamaktadır (Wagner 2015). Ayrıca akupresür kültürel temelli bakımı sağlarken holistik bakımı kolaylaştırıcı olarak uygulanabilmekte ve kişiler arasındaki iletişimi geliştirebilmektedir (Özdemir ve Taşçı 2017).

Akupresür hastanın kendi bakımında ve hastalık yönetiminde yer almasını istediğimiz birey ve ailenin de kolay öğrenebileceği ve uygulayabileceği bir yöntemdir.

Bu nedenle hemşire, bakımı ve eğitimi planlarken akupresür yöntemi bireylere öğreterek bakım içerisinde yer almasını sağlanabilmektedir. (Özdemir ve Taşçı 2017).

Hemşirenin bütüncül sağlık bakımı yaparak bağımsız fonksiyonlarını artıran ve destekleyen, hasta hemşire etkileşimini geliştiren bir yöntem olan akupresür uygulaması; birçok ülkede yaygın olarak kullanılan güvenli, noninvaziv ve etkili bir yöntemdir. Son yıllarda uyku ile ilgili literatürde yer almaya başlamıştır (Hakverdioğlu ve Türk 2006; Özdemir ve Taşçı 2017; Özkan ve Balcı 2018). Hemşirelik girişimleri (NIC) Taksonomisinde “Fizyolojik” temel alanı içinde “Fiziksel Rahatlığı Geliştirme” sınıfındaki girişimler içerisinde bulunmaktadır. (Erdemir ve ark. 2017; Butcher ve ark. 2018) Akupresürün hastalıklarda ve semptom kontrolünde kullanılan bir TAT yöntemi olduğu ve hemşirelerin bakım planlarında yer alması gerektiği belirtilmektedir (Kwon ve Lee 2018).

Çalışmalara bakıldığında dünyada hemşirelik alanında akupresür girişiminin pek çok durumda ve hastalıkta kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Hemşirelerin akupresür ile ilgili yaptığı çalışmalardan ağrıyı azaltmak için, (Movahedi ve ark. 2017); anksiyeteyi azaltmak için, (Akbarzadeh ve ark. 2015; Samadi ve ark. 2018); konstipasyon için, (Wong, Chien ve Lee 2015); kadınlarda menapoz sonrası uyku sorunları için, (Ahmadinezhad ve ark. 2017); hemodiyaliz hastalarında yorgunluğu azaltmak için, (Sabouhi ve ark. 2013; Hadadian ve ark. 2016) ve uyku bozuklukları için, (Hmwe ve ark. 2016) etkilerini ortaya koymuştur.

Son yıllarda ülkemizde de akupresür ile ilgili hemşirelik alanında yapılan çalışmalara sıklıkla rastlanmaktadır. Bu çalışmalar genellikle bulantı kusma, ağrı, uyku, yorgunluk, gibi durumlarda ile kanser, böbrek yetersizlikleri (hemodiyaliz), solunum ve kalp hastalıkları olan bireylerde yapılmış ve akupresürün etkili olduğu görülmüştür (Yök Tez Tarama: 2019). Literatür bilgisi ve yapılan çalışmalar sonucunda yaşlı bireylerin uyku kalitesini artırmada akupresürün oldukça güvenli ve hemşireler tarafından kolaylıkla yönetilebilen bir yöntem olduğu görülmektedir (Roland 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, yaşlı bakım evinde yaşayan bireylere hemşire araştırmacı tarafından uygulanan akupresürün uyku kalitesi ve gündüz uykululuk üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla prospektif randomize kontrollü deneysel tasarım düzeninde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların uygulama sonrası uyku kalite düzeyleri, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha yüksektir.

H2: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların uygulamadan bir ay sonraki uyku kalite düzeyleri, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha yüksektir.

H3: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların uygulama sonrası uykululuk durumu, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha düşüktür.

H4: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların uygulamadan bir ay sonraki uykululuk durumu, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha düşüktür.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma 1 Nisan 2018- 30 Haziran 2018 tarihleri arasında Düzce ilinde bulunan Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Neriman Çilingir Huzurevi ve Muharrem Sancaklı Huzurevi ile Türk Kızılayı Genel Müdürlüğü'ne bağlı Akçakoca Huzurevinde gerçekleştirilmiştir.

Neriman Çilingir Huzurevi; 2018 yılında açılmış, 73 yatak kapasitesine sahip, çalışma yapılan dönemde 43 yaşlı bireyin bulunduğu bir kurumdur. Kurumda 30 adet çift kişilik, 13 adet tek kişilik oda mevcuttur. Kurumda revir, yemekhane, aktivite odası, dinlenme odası, toplantı salonu, spor salonu, çamaşırhane, çay ocağı ve hobi bahçesi bulunmaktadır. Bir müdür, bir hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı, 22 bakım personeli, bir satın alma memuru, bir teknisyen yardımcısı, bir kaloriferci, dört güvenlik görevlisi olmak üzere toplamda 33 kişi görev yapmaktadır. Geceleri bir nöbetçi amir, iki bakım personeli ve bir güvenlik görevlisi çalışmaktadır.

Muharrem Sancaklı Huzurevi; 2014 yılında açılmış, 47 yatak kapasitesine sahip, çalışma yapılan dönemde 47 yaşlı bireyin bulunduğu bir kurumdur. Kurumda tek kişilik (1+1), iki kişilik (2+1) ve üç kişilik (3+1) odalardan oluşan daireler mevcuttur. Kurumda revir, yemekhane, aktivite odası, dinlenme odası, toplantı salonu, çamaşırhane, çay ocağı ve hobi bahçesi ve misafirhane bulunmaktadır. Bir müdür, iki hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı, bir öğretmen, 12 bakım personeli, bir din görevlisi, iki teknisyen yardımcısı, bir hizmetli, beş temizlik personeli, bir kaloriferci, dört özel güvenlik görevlisi olmak üzere toplamda 31 çalışan görev yapmaktadır. Gece bir nöbetçi amir, iki bakım personeli ve bir güvenlik görevlisi çalışmaktadır.

Akçakoca Huzurevi; 1983 yılında açılmış Türk Kızılay Derneği Genel Müdürlüğüne bağlı olarak hizmet veren 110 yatak kapasitesine sahip, çalışma yapılan dönemde 40 yaşlı bireyin bulunduğu bir kurumdur. Kurumda tek kişilik ve çift kişilik odalar mevcuttur. Reviri, yemekhanesi, aktivite odası, dinlenme odası, toplantı salonu, çamaşırhanesi, mutfağı ve hobi bahçesi bulunmaktadır. Bir müdür, 5 hemşire, iki birim şefi, bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolog, 9 bakım personeli, bir aşçı, 11 sorumlu kadrosu ve 7 destek elemanı olmak üzere toplamda 38 çalışan görev yapmaktadır. Gece bir hemşire, iki bakım personeli ve bir yardımcı personel çalışmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı huzurevlerinde (Neriman Çilingir Huzurevi, Muharrem Sancaklı Huzurevi ve Akçakoca Huzurevi) kalan toplam 130 yaşlı birey oluşturmuştur.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizi yöntemi kullanılmıştır. Güç analizinde 0,80 güç ile 0,05 yanılma düzeyi, 0,25 standart etki büyüklüğü öngörülerek girişim ve kontrol gruplarına minimum 30'ar katılımcının alınması hesaplanmıştır. Oluşabilecek kayıplar düşünülerek girişim ve kontrol grubundaki katılımcı sayıları %10 arttırılarak (her grup için üçer kişi) örneklem sayısının en az 66 kişi olması planlanmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 76 yaşlı birey çalışmanın ilerleyen dönemlerinde kayıplar olabileceği düşünülerek örnekleme dahil edilmiştir. Randomizasyonda rastgele sayılar tablosu kullanılarak 1:1

olacak şekilde girişim ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Kontrol grubundan bir kişi uyku ilacı kullanmaya başladığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışma 38 girişim 37 kontrol grubu olmak üzere toplam 75 yaşlı birey ile tamamlanmıştır.

3.4.3. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri (EK-1)

- 65 yaş ve üzeri olan,
- İletişim kurmayı engelleyecek herhangi bir işitme, konuşma, dil problemi ve mental hastalığı olmayan,
- Uyku ilacı kullanmayan,
- Uyku sorunu olan (Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanı 5 ve üzerinde olan),
- Gündüz uykululuk sorunu olan (Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) puanı 11 ve üzerinde olan),
- Bilişsel işlev bozukluğu olmayan (Mini Kognitif Değerlendirme (Mini-Cog) puanı 3'ün üzerinde olan),
- Tanısı konmuş uyku hastalığı bulunmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olarak kabul eden bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırma dışı tutulma kriterleri:

- Son bir ay içinde kronik bir hastalık atağı geçirmiş olan,
- Çalışmanın yapılacağı dönemde akut hastalık geçiren,
- Bilişsel işlev bozulması olan (Demans vb.),
- Akupresür uygulaması yapılan bölgelerde (el bileği, kol ve bacak) herhangi bir hastalığı olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamak amacıyla, Yaşlı Birey Bilgi Formu (EK-2), Mini Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (Mini-Cognitive Assessment Instrument- Mini-Cog) (EK-3), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-4) ve Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) (EK-5) kullanılmıştır.

3.5.1. Yaşlı Birey Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan form yaşlıların sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları, sağlık durumu, kurum ile ilgili bilgileri ve yaşlı bireyin uyku ile ilgili özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Formun doldurulması 5-10 dakika sürmüştür (Foley ve ark. 1995; Özgür ve Baysan 2005; Fadiloğlu ve ark. 2006; Kaymak ve ark. 2010).

3.5.2. Mini Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (Mini Cognitive Assessment Instrument-Mini-Cog) (EK-3)

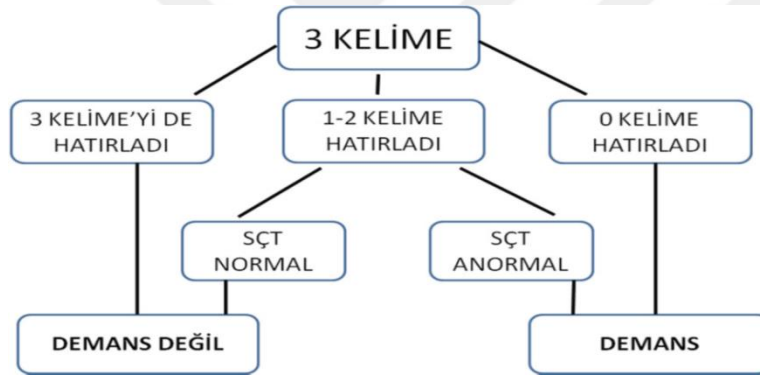
Mini-Cog testi Borson ve ark. (2000) tarafından geliştirilen yaşlılarda bilişsel fonksiyon bozukluğunu taramada sık kullanılan, demanslı kişilerin normal kişilerden ayırt edilebilmesini sağlayan bir araçtır. Amerikan Ulusal Yaşlanma Enstitüsü tarafından yaşlılarda bilişsel işlev değerlendirmesinde kullanımı önerilen bir testtir. Bu test eğitim seviyesi, yaş aralığı, dil farklılıkları ve diğer değişkenlerden etkilenmeden tüm yaşlı bireyler için uygundur. Yaklaşık üç dakikada kolay bir şekilde uygulanabilmekte, özel bir eğitim ve yetkinlik gerektirmemektedir (Borson ve ark. 2000; Scanlan ve Borson 2001; Borson ve ark. 2003; Fage ve ark. 2015).

Mini-Cog testi bilişsel bozukluğu değerlendirmek için kullanılan üç kelime hatırlama testi ve saat çizme testinin (SÇT) birleşiminden oluşmaktadır. Bireylere birbirleriyle ilişkili olmayan üç kelime söylenir ve bu üç kelimeyi tekrarlaması istenir. Bu kelimeleri aklında tutması, daha sonra bu kelimeleri tekrarlamasının isteneceği söylenerek saat çizme testine geçilir. İkinci aşamada bireyden saat çizmesi istenir ve kişiye ya daire çizilmiş olarak verilir ya da bireye daire çizmesi söylenir. Sonrasında hastadan saatin içine rakamları yazıp 11.10'u gösterecek şekilde akrep ve yelkovan çizmesi istenir. Saat çizme testi (SÇT) için hastaya üç dakika süre verilir ve saati çizdikten sonra önceden söylenen üç kelimeyi tekrarlaması istenir (Gedik 2015).

Mini-Cog değerlendirilirken üç kelime hatırlamada hatırlanan her kelime için bir puan (0-3puan) verilir. Eğer hasta üç kelimeyi de hatırladıysa demans olmadığı düşünülür. Eğer 1-2 kelime hatırladıysa Saat çizme testine (SÇT) bakılır. Saat doğru çizilmişse normal saat 2 puan verilerek demans olmadığı, saat bozuk çizildi ise anormal saat 0 puan verilerek demans olduğu düşünülür. Toplam puanlama üç kelime hatırlama ve saat puanının toplamıyla (0-5 puan) bulunur (Şekil 3-1). Toplam puan üç puandan

küçük ise kognitif bozukluk olasılığını, dört ve dört'ten büyük ise kognitif bozukluk olmadığını gösterir (Borson ve ark. 2000; Borson ve ark. 2003).

Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Gedik (2015) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda Mini-Cog testinin duyarlılığı %87, özgüllüğü %95 olarak saptanmıştır (Gedik 2015). Yapılan çalışmalarda Mini-Cog testinin %95 güven aralığında, özgüllüğünün (spesifite) %89-93 ve duyarlılığının (sensitivite) %76-99 arasında olduğu bulunmuştur (Borson ve ark. 2000; Borson ve ark. 2003; Fage ve ark. 2015, Bayram ve ark. 2019). Bu çalışmada araştırmaya dahil etme-dışlama kriterlerinden olan yaşlıların demans açısından değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Şekil 3.1' de Mini-Cog testinin uygulaması verilmiştir. Uygulama sonunda demans olmayanlar araştırmaya dahil edilmiştir.



Şekil 3-1: Mini-cog test uygulama şeması

(Babacan, 2012)

3.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-4)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (The Pittsburgh Sleep Quality Index/PUKİ), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. PUKİ, “iyi uykunun” ve “kötü uykunun” tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü vermektedir. Son bir ay içindeki uyku kalitesini, miktarını, uyku bozukluğunun varlığını ve şiddetini değerlendirmektedir. 24 sorudan oluşan bu ölçeğin 19 maddesi öz-bildirim sorusudur. 5 soru ise eşi veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanarak yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz.

Öz bildirim sorularında uyku kalitesi ile ilgili yedi faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; Öznel Uyku Kalitesi, Uykuya Dalma Süresi (Uyku Latansı), Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Uyku Bozukluğu bileşenlerinden oluşmaktadır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü oluşuna işaret eder. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) skorunun 5 veya üzerinde olması ise uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu göstermektedir. Bu şekilde veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü (5-21 puan) olarak yorumlanmaktadır (Buysse ve ark. 1989).

Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmış, PUKİ'nin tanısız duyarlılığı %89,5, özgüllüğü %86,5 olarak belirlenmiştir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,80 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada PUKİ'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)'nin hesaplanması için gerekli puanlama yönergesi EK-4'te verilmiştir (<http://www.toraks.org.tr>).

3.5.4. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) (EK-5)

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) 1991 yılında Johns tarafından erişkinlerde genel uykululuk düzeyini belirlemek için geliştirilen, 8 maddeden oluşan, öz bildirime dayalı bir ölçektir. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ)'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı uyku bozukluğu bulunanlarda 0,88 olarak belirtilmiştir (Johns 1991). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış olup; Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin diğer bir Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ise Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak belirtilmiştir (İzci ve ark. 2008).

Epworth Uykululuk Ölçeği ile bireyin genel uykululuk düzeyi sorgulanır. Ölçekle 8 farklı günlük yaşam durumunda uykuya dalma ya da uyuklama durumu değerlendirilir ve kişinin aşırı yorgun olmadığı sıradan bir günde, belli durumlarda uykuya dalma olasılığı sorgulanır. Ölçekte sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve birey 0-24 arası bir puan alarak değerlendirilir. Ölçekten alınan toplam değer 2-10 puan arasında ise normal, 11 puan ve üzerinde ise gün içi artmış uykululuktan söz edilmektedir. Bu çalışmada EUÖ'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce araştırmacının kişisel olarak akupresür konusunda teorik ve deneyim açısından hazırlığını (EK 6- Kurs Sertifikası) takiben kurum izinleri alınmıştır. Kurum yöneticileri ve personellerine araştırmanın amacı önemi ve yöntemi konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Her kurumda uygulamanın yapılacağı sessiz, sakın, havalandırılabilir ve ısıyı ayarlanabilir, uygulamanın kesintiye uğramadan yapılabileceği bir oda belirlenerek ortam düzenlemesi sağlanmıştır.

Örnekleme belirlemek için evreni oluşturan 130 yaşlı bireye çalışmaya alınma kriterleri açısından değerlendirilmiş ve yapılan değerlendirme sonrasında 76 kişinin araştırmaya dahil etme kriterlerine uyduğu belirlenmiştir.

Çalışmadan önce Yaşlı Birey Bilgi Formu'nun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 yaşlı bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda form üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadığından ön uygulamadaki 10 kişi örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin metodolojik çalışmaları daha önce uzmanlar tarafından yapıldığından, tekrar geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

Girişim ve kontrol grubunun belirlenmesinde kontrol değişkeni olarak cinsiyet, yaş grubu, PUKİ ve EUÖ puanları kullanılmıştır. 38'er kişiden oluşan girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireyler bu değişkenlere göre bire bir denk gelecek şekilde eşleştirilmiştir. Araştırmada bazı bireylerin araştırmaya katılmaktan ya da devam etmekten cayma olasılıkları nedeniyle girişim ve kontrol grubuna yedek katılımcılar eklenmiştir. Bu çalışmada girişim ve kontrol grubundan müdahaleyi terk eden herhangi bir katılımcı olmamıştır. Ancak kontrol grubundaki bir katılımcı araştırmanın yapıldığı dönemde uyku ilacı kullanmaya başladığından araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Araştırma 75 yaşlı birey ile tamamlanmıştır.

Akupresür uygulanan girişim grubundaki yaşlıların müdahalesi 1 Nisan-30 Haziran 2018 tarihleri arasında kurumlarda belirlenen uygulama odasında sessiz bir ortam sağlanarak katılımcılardan sözel ve yazılı onam alındıktan sonra yapılmıştır. Girişim grubundaki bireylere, dört hafta boyunca haftada üç kez günün başında olmak üzere toplam on iki seans akupresür uygulanmıştır. Bir uygulama ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Girişim grubundaki yaşlılara akupresür öncesi başlangıçta (T0), 12 seans akupresür uygulamasının bitiminde (T1) ve son seanstan bir ay sonrasında (T2) PUKİ

ve EUÖ uygulanmıştır (Şekil 3-5). Ayrıca yaşlıların uykularındaki değişikliklere ilişkin subjektif değerlendirmeleri alınsa da bu bilgiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Kontrol grubunda bulunan yaşlı bireyler de girişim grubundaki gibi uygulama odasına alınmış, ancak herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Kontrol grubundaki yaşlılara akupresür öncesi başlangıçta, girişim grubuna uygulanan 12 seans akupresür uygulamasının bitiminde ve son seanstan bir ay sonrasında PUKİ ve EUÖ uygulanmıştır (Tablo 3-1).

Tablo 3-1: Girişim uygulama takvimi

Yapılan İşler	Uygulama Takvimi (Ay)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Çalışmaya Alınma Kriterleri Formu, Mini-Cog, Yaşlı Birey Bilgi Formu, PUKİ, EUÖ uygulanması ile Girişim ve Kontrol gruplarının belirlenmesi (1. Değerlendirme)	X	X	X							
Girişim grubuna 12 seans akupresür uygulanması				X	X	X				
2. Değerlendirme						X				
3. Değerlendirme							X			

3.6.1. Akupresür Uygulaması

Uygulama Ortamı

Akupresür uygulaması için sıcaklığı 22-24°C aralığında, sessiz ve aydınlatma açısından uygun şartlara sahip bir oda düzenlenmiştir. Uygulama sırasında bireyler tek tek içeri alınmış, araştırmacı ve yaşlı birey dışında kişiler odaya alınmayacak şekilde mahremiyete dikkat edilmiştir.

Uygulama Pozisyonu

Akupresür uygulaması için bireyin mahremiyeti dikkate alınarak rahat edebileceği en uygun pozisyon verilmiştir. Öncelikle sırt üstü (supine) yatış pozisyonu tercih edilmiş, sırt üstü pozisyonda rahat edemeyenler için alternatif olarak yan yatış

(lateral) veya oturuş pozisyonu (semi fowler veya fowler) verilmiştir. Uygulama bitiminde de bireylerin rahat ettiği pozisyonda olmaları sağlanmıştır.

Uygulama Sayısı/sıklığı

Yaşlı bireylere dört hafta boyunca haftada üç kez gūnaşırı olmak üzere toplam on iki seans uygulama yapılmıştır.

Uygulama Zamanı

Uygulama her yaşlı bireye haftanın aynı günleri (gūn aşırı) ve aynı saatte olacak şekilde yemek öncesi veya yemekten en az bir saat sonra yapılmıştır.

Uygulama Süresi

Seçilen nokta sayısı ve her nokta üzerine yapılacak bası süresine baēlı olacak şekilde; bir bireyin seans süresi yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Uygulamada ilk üç-beş dakikada hastaya yaklaşım ve uygun pozisyon verilmiş, her iki kol (HT 7, P 6) ve her iki bacakta (SP 6); seçilen noktalara ikişer adet olmak üzere toplam 6 noktaya uygulama yapılmıştır. Uygulama yapılan 6 noktanın her birine 30 saniyelik hazırlığın ardından ikişer dakikalık akupresür uygulaması yapılarak bir seans ortalama 25 dakikada tamamlanmıştır.

Uygulama Tekniēi

Basılar Shenmen (HT 7) baş parmak, Neiguan (P 6) ve Sanyinjiao (SP 6) işaret ve orta parmak kullanılarak manuel olarak uygulanmıştır. Her nokta üzerinde ortalama iki dakika sürecek şekilde basılar tekrarlanmıştır. Doku hasarı oluşmaması için bireyin aērı eşiēi (duyarlılığına) dikkate alınarak bası uygulanmıştır. Tekrarlı basılar bireyi sakinleştirici etkide, acı uyandırmayan ve rahatsız etmeyen bir frekansta uygulanmıştır. Nokta üzerine direkt bası yapmadan önce nokta alanı üzerinde ısıtıcı, gevşetici ve hazırlayıcı nitelikte yaklaşık 30 saniyelik hafif ovma yapılmıştır.

Uygulama Noktaları

Akupresür uygulaması, Shenmen (HT 7) (Kalp meridyeni), Neiguan (P 6) (Perikardiyum Meridyeni), Sanyinjiao (SP 6) (Dalak Meridyeni) akupresür noktalarına yapılmıştır. Belirlenen akupresür noktaları Şekil 3-2, Şekil 3-3 ve Şekil 3-4'de gösterilmiştir (Gao 1997; Ohashi 2001; Cowmeadow 2002; Ayçeman 2015; Mucuk ve

Ceyhan 2015). Ayrıca girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireyler çalışma süresince akupresür veya herhangi bir masaj yaptırmaması konusunda bilgilendirilmiştir.

1. Kalp Meridyeni 7. nokta (Shenmen/HT 7)

Lokasyon: Elin avuç içi tarafında, flexor carpi ulnariskas tendonunun radial bölgesinde bulunur. Yani küçük parmak hizasında bilek kırımında yer alır.

Uygulama Tekniği: Noktaya başparmak ile iki dakika boyunca dairesel bası yapılır. Bireye yapılacak bası şiddetinin belirlenmesinde kişinin ağrı eşiğine gelindiğinde uygulama yapılır. Uygulama ardışık, sirküler şeklinde olmalıdır.



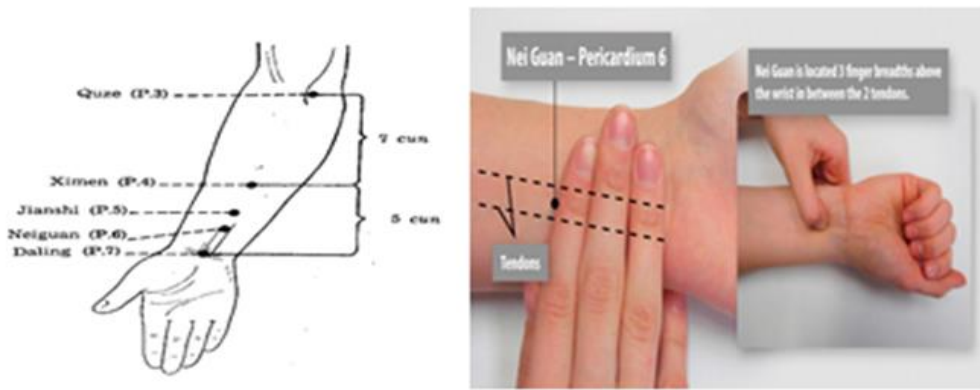
Şekil 3-2: Shenmen/HT 7

<https://www.internalartsinternational.com/member/ma-dan-yang-acupuncture-the-12-miraculous-points-part-11/>
http://bigtreehealing.com/wp-content/uploads/2013/06/HT_7.jpg (Erişim tarihi 07.08.2019)

2. Perikard 6. nokta (Neiguan/PC 6)

Lokasyon: Bilek kırımından iki cun (iki baş parmak genişliği) ya da üç parmak (işaret, yüzük, orta parmaklar) yukarıda iki tendon arasında ön kolun orta hattında yer alır.

Uygulama Tekniği: Noktaya işaret ve orta parmak ile iki dakika süreyle meridyen hattı boyunca (yukarı aşağı) bası yapılır. Bireye yapılacak bası şiddetinin belirlenmesinde kişinin ağrı eşiğine gelindiğinde uygulama yapılır. Uygulama ardışık, sirküler şeklinde olmalıdır.



Şekil 3-3: Neiguan/PC 6

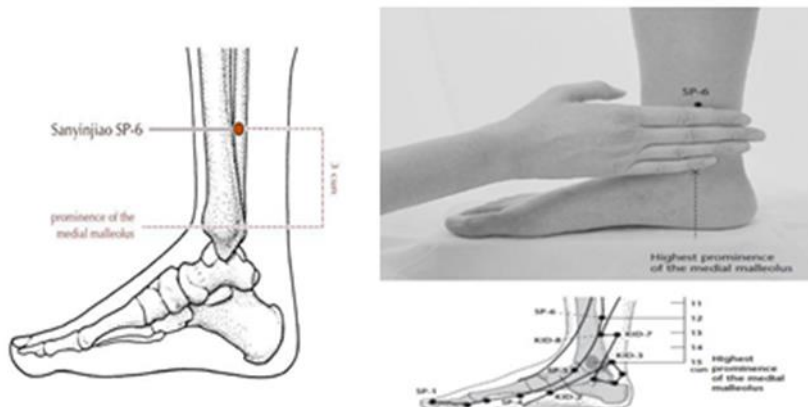
<http://www.innerpath.com.au/acupuncture/channels/channelpc/PC3-7.jpg>

<https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S1701216316394646-gr1.jpg> (Erişim tarihi 07.08.2019)

3. Dalak Meridyeni 6. nokta (Sanyinjiao/SP 6)

Lokasyon: Medial malleolusun uç bölgesinin üç cun (sun) proksimalinde, tibianın kaudal kenarı üzerinde bulunur. Yani iç malleol çıkıntısından üç cun (üç baş parmak genişliği) ya da dört parmak (işaret, yüzük, orta, küçük parmaklar) yukarıda tibianın iç bitişiğinde yer alır.

Uygulama Tekniği: Noktaya işaret ve orta parmak ile iki dakika süreyle meridyen hattı boyunca (yukarı aşağı) bası yapılır. Bireye yapılacak bası şiddetinin belirlenmesinde kişinin ağrı eşiğine gelindiğinde uygulama yapılır. Uygulama ardışık, sirküler şekilde olmalıdır.



Şekil 3-4: Sanyinjiao/SP 6

<http://www.angelabellacupuncture.com/wp-content/uploads/2018/03/spleen6.jpg>

https://www.researchgate.net/profile/Sedigheh_Kamali/publication/235757011/figure/fig2/AS:202795308326913@1425361577059/Location-of-Sanyinjiao-point.png (Erişim tarihi 07.08.2019)

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Bu araştırma Düzce ilindeki huzurevlerinde ve konukevlerinde kurumsal bakım alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerle sınırlıdır, tüm yaşlı bireylere genellenemez. Uyku kalitesinin değerlendirilmesi PUKİ ve EUÖ maddeleri ile sınırlıdır, uyku objektif testler ile değerlendirilememiştir. Bu çalışmanın girişim ve kontrol grubunda randomizasyonun sağlanarak randomize kontrollü bir deneysel çalışma olması, araştırmanın güçlü yönleridir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulaması için Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar No2018/25 Tarih:19.02.2018) alınmıştır. TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndan (EK-7. Kurum İzinleri) ve Türk Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü'nden (EK-8. Kurum İzni) çalışmanın yapılacağı kurumlar için izin alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılacak Mini-Cog için Borson ve Gedik'ten (EK-9. Ölçek Kullanım İzni), PUKİ ve EUÖ için Ağargün'den (EK-10, EK-11 Ölçek kullanım İzni), e-mail yoluyla yazılı izin alınmıştır. Bunun yanında araştırmaya katılacak olan yaşlı bireylere araştırmanın türü, amacı, uygulama süreci ve bu süreç içerisinde sahip oldukları hakları açıklanarak, katılım için gerekli sözlü ve yazılı onamları (EK-12 Bilgilendirilmiş Onam Formu) alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumların yönetici ve çalışanlarına çalışmanın amacı ve uygulama süreci hakkında bilgi verilerek destek olmaları sağlanmıştır. Araştırmanın verileri toplama süreci bittikten sonra kontrol grubundan talep edenlere akupresür uygulaması yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız Değişkenler

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin, sosyo demografik özellikleri ve akupresür uygulaması araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.9.2. Bağımlı Değişkenler

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Epworth Uykululuk Ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.10. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmadan toplanan veriler SPSS Windows 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Düzce Üniversitesi) programı kullanılarak değerlendirildi. Elde edilen sonuçlar “%95’lik” güven aralığında ve “ $p<0,05$ ” düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Araştırmada kullanılan istatistik analiz yöntemleri (Tablo 3-2)’de gösterilmiştir.

Tablo 3-2: Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistik analizler

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
Verilerin dağılımının normalliği	Kolmogorov Smirnov Test Shapiro Wilks Test
Girişim ve kontrol gruplarının homojenliği	Tanımlayıcı analizler (ortalama, standart sapma, sayı, yüzde) Pearson Ki-kare Testi Student t Test Fisher Exact Test Mann Whitney U Testi
Girişim ve kontrol gruplarındaki PUKİ ve EUÖ puanlarının zamansal değişiminin karşılaştırılması	Friedman Test Mann Whitney U Testi Wilcoxon Signed Rank Test

4. BULGULAR

Bu bölümde, kurumda yaşayan yaşlı bireylere uygulanan akupresürün uyku kalitesi ve gündüz uykululuk üzerine etkisini belirlemek amacıyla prospektif randomize kontrollü deneysel tasarım olarak yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda yer alan beş başlık altında incelenmiştir.

- 1) Yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- 2) Yaşlı bireylerin kurumsal bakım aldığı yerlerin özelliklerine ilişkin bulgular
- 3) Yaşlı bireylerin uyku ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular
- 4) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanlarına ilişkin bulgular
- 5) Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) puanlarına ilişkin bulgular

4.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki girişim ve kontrol grubunda bulunan yaşlı bireylerin demografik özelliklerine, kronik hastalıklarına, sigara/alkol kullanımına ve çay kahve tüketimine ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Girişim ve kontrol grubunun demografik değişkenler yönünden karşılaştırılması

Demografik Değişkenler	Girişim		Kontrol		Test İstatistiği	P	
	n	%	n	%			
Huzurevi	Muharrem Sancaklı	9	23,7	10	27,0	0,124*	0,940
	Neriman Çilingir	20	52,6	19	51,4		
	Akçakoca Huzurevi	9	23,7	8	21,6		
Cinsiyet	Kadın	9	23,7	11	29,7	0,35*	0,55
	Erkek	29	76,3	26	70,3		
Yaş	Ort. ±SS	74,00±6,37		76,64±7,22		-1,68**	0,09
Medeni Durum	Evli	2	5,3	0	0,0	2,00*	0,16
	Bekâr/Dul	36	94,7	37	100,0		
Eğitim Durumu	Okur- yazar	11	28,9	15	40,5	1,47*	0,69
	İlkokulu	15	39,5	14	37,9		
	Ortaokul	5	13,2	3	8,1		
	Lise ve üstü	7	18,4	5	13,5		

*Pearson Chi-Square (χ^2) **Student t test (t)

Tablo 4.1'de araştırma kapsamındaki girişim ve kontrol grubundaki bireyler demografik değişkenler yönünden karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi girişim grubunun %23,7'si kontrol grubunun %27,0'ı Muharrem Sancaklı, girişim grubunun %52,6'sı, kontrol grubunun %51,4'ü Neriman Çilingir, girişim grubunun %23,7'si, kontrol grubunun %21,6'sı Akçakoca Huzurevinde kalmaktadır ($\chi^2=0,12$; $p=0,94$). Girişim grubunun %76,3'ü, kontrol grubunun %70,3'ü erkektir ve gruplar benzer özelliktedir ($\chi^2=0,35$; $p=0,55$). Girişim grubunun yaş ortalaması $74,00\pm 6,37$ olup, kontrol grubununki $76,64\pm 7,22$ 'dir, gruplar yaş ortalaması bakımından benzerdir ($t=-1,68$; $p=0,09$). Medeni durum açısından girişim grubunun %94,7'si bekar/dul, kontrol grubunun %100'ü bekar/duldur ve gruplar benzer özelliktedir ($\chi^2=2,00$; $p=0,16$). Eğitim durumu açısından girişim grubunun %39,5'i ilkokul, %28,9'u okur-yazar, kontrol grubunun %37,8'i ilkokul, %40,5'i okur-yazardır ($\chi^2=1,47$; $p=0,69$). Gruplar huzurevi, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu bakımından benzerdir ($p>0,05$).

Tablo 4-2: Girişim ve kontrol grubunun kronik hastalıkla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması

Kronik Hastalıkla İlgili Özellikler		Girişim		Kontrol		Test İstatistiği	P
		n	%	n	%		
Kronik Hastalık Varlığı	Olan	33	86,8	35	94,6	1,33**	0,43
	Olmayan	5	13,2	2	5,4		
Diyabet	Olan	9	27,3	12	34,3	0,39*	0,53
	Olmayan	24	72,7	23	65,7		
Kalp-Damar Hastalığı- Hipertansiyon	Olan	20	60,6	25	71,4	3,64*	0,06
	Olmayan	26	39,4	10	28,6		
Kas-İskelet-Romatizmal hastalık, herni Kronik Böbrek Yetersizliği, prostat hipertrofisi, inkontinans	Olan	8	24,2	12	34,3	0,89*	0,35
	Olmayan	25	75,8	23	65,7		
KOAH	Olan	8	24,2	9	25,7	0,02*	0,89
	Olmayan	25	75,8	26	74,3		
Ülser-Reflü	Olan	9	27,3	5	14,3	1,75*	0,19
	Olmayan	24	72,7	30	85,7		
Fibromiyalji	Olan	2	6,1	1	2,9	0,41**	0,61
	Olmayan	31	93,9	34	97,1		
Hiperlipidemi-Hiperkolesterolemi	Olan	3	9,1	1	2,9	1,19 **	0,35
	Olmayan	30	90,9	34	97,1		
Anemi	Olan	4	12,1	5	14,3	0,07**	1,00
	Olmayan	29	87,9	30	85,7		
Hipertrioidi	Olan	2	6,1	2	5,7	0,00**	1,00
	Olmayan	31	93,9	33	94,3		
Nörolojik Hastalıklar- inme parkinson, epilepsi,	Olan	5	15,2	2	5,7	1,64**	0,25
	Olmayan	28	84,8	33	94,3		
Duyusal Hastalıklar	Olan	4	12,1	2	5,7	0,87 **	0,42
	Olmayan	29	87,9	33	94,3		
İlaç Kullanımı	Olan	3	9,1	2	5,7	0,28**	0,67
	Olmayan	30	90,9	33	94,3		
	Olan	33	86,8	36	97,3	2,78**	0,20
	Olmayan	5	13,2	1	2,7		

* Pearson Chi-Square (χ^2), ** Fisher Exact Test (χ^2)

Tablo 4.2’de araştırma kapsamındaki yaşlı bireyler kronik hastalıklar açısından karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi girişim grubunun %86,8’inin kontrol grubunun %94,6’sının kronik hastalığı vardır. Kronik hastalıkların dağılımına bakıldığında girişim grubunun %27,3’ü, kontrol grubunun %34,3’ünde diyabet, girişim grubunun %60,6’sı, kontrol grubunun %71,4’ü kalp-damar hastalığı, girişim grubunun %24,2’si kontrol grubunun %34,3’ü kas-iskelet sistemi hastalığı, girişim grubunun %24,2’si kontrol grubunun %25,7’si üriner sistem hastalığı, girişim grubunun %27,3’ü kontrol grubunun %14,3’ü KOAH, girişim grubunun %6,1’i kontrol grubunun %2,9’u

ülser-reflü, girişim grubunun %9,1'i kontrol grubunun %2,9'u fibromiyalji, girişim grubunun %12,1'i kontrol grubunun %14,3'ü hiperlipidemi-hiperkolestrolemi, girişim grubunun %6,1'i kontrol grubunun %5,7'si anemi, girişim grubunun %15,2'si kontrol grubunun %5,7'si hipertroidi, girişim grubunun %12,1'i, kontrol grubunun %5,7'si nörolojik hastalık, girişim grubunun %9,1'si kontrol grubunun %5,7'si duyuşal hastalıklara sahiptir. İlaç kullanımı girişim grubunun %86,8'inde kontrol grubunun %97,3'ünde vardır. Gruplar kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı açısından benzerdir ($p>0,05$).

Tablo 4-3: Girişim ve kontrol grubunun sigara ve alkol kullanımı yönünden karşılaştırılması

		Girişim		Kontrol		Test İstatistiği	p
		n	%	n	%		
Sigara Kullanımı	Kullanan	17	44,7	13	35,2	1,36*	0,51
	Kullanmayan	18	34,2	12	32,4		
	Bırakmış	8	21,1	12	32,4		
Sigara Kullanımı	Paket.yıl	44.03±34.20		49.44±33.84		-0,56**	0,58
Alkol Kullanımı	Kullanan	3	7,9	2	5,4	1,25*	0,54
	Kullanmayan	22	57,9	26	70,3		
	Bırakmış	13	34,2	9	24,3		
Alkol Kullanımı	Kadeh/Gün	1,94±1,34		1,27±0,65		1,52**	0,14
Alkol Kullanım Süresi	Yıl	26,00±13,96		37,09±19,21		-1,74**	0,09

* Pearson Chi-Square (χ^2), **Student t test (t)

Tablo 4.3'de girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireyler sigara ve alkol kullanımı özellikleri yönünden karşılaştırıldığında; girişim grubunun %44,7'si kontrol grubunun %35,1'i sigara kullandığı görülmektedir. Paket.yıl ortalamaları girişim grubunda 44,03±34,20, kontrol grubunda 49,44±33,84'dür. Girişim grubunun %7,9'ü, kontrol grubunun %5,4'ü alkol kullanmaktadır. Kadeh/gün ortalamaları girişim grubunda 1,94±1,34, kontrol grubunda 1,27±0,65'dir. Alkol kullanım yılı girişim grubunda 26,00±13,96 yıl, kontrol grubunda 37,09±19,21'dir. Gruplar sigara ve alkol kullanımı özellikleri açısından benzerdir ($p>0,05$).

Tablo 4-4: Girişim ve kontrol grubunun çay-kahve tüketimi yönünden karşılaştırılması

Çay-Kahve Tüketimi		Girişim		Kontrol		Test İstatistiği	P
		n	%	n	%		
Çay İçme	İçen	37	97,3	36	97,3	0,000*	1,000
	İçmeyen	1	2,7	1	2,7		
Çay Türü	Bitki Çayı	1	2,7	2	5,6	0,38*	0,62
	Siyah Çay	36	97,3	34	94,4		
Çay Tüketim	Fincan/Gün	4,95±5,33		3,75±3,36		1,14***	0,26
Çay Tüketimi	Yıl	49,54±9,47		46,72±13,53		-0,73****	0,47
Çay Tüketim Zamanı	Sabah	10	27,0	17	47,2	5,38**	0,07
	Sabah-öğle	3	8,1	0	0,0		
	Gün boyunca	24	64,9	19	52,8		
Kahve İçme	İçen	30	78,9	16	43,2	10,077**	0,002
	İçmeyen	8	21,1	21	56,8		
Kahve Türü	Türk Kahvesi	13	43,3	8	50,0	0,19**	0,67
	Hazır Kahve	17	56,7	8	50,0		
Kahve Tüketim	Fincan/Gün	1,23±0,50		1,44±0,89		-0,53****	0,60
Kahve Tüketim Süresi	Yıl	21,33±13,83		21,63±18,13		-0,69****	0,49
Kahve Tüketim Zamanı	Sabah	1	3,3	0	0,0	3,18**	0,37
	Öğle	3	10,0	4	25,0		
	Sabah-öğle	2	6,7	0	0,0		
	Gün içi	24	80,0	12	75,0		

* Fisher Exact Test (χ^2), ** Pearson Chi-Square (χ^2), *** Student t test (t), **** Mann Whitney U (z)

Tablo 4.4’de araştırma kapsamındaki girişim ve kontrol grubundaki yaşlılar çay-kahve tüketimi açısından karşılaştırılmıştır. Girişim grubunun %97,4’ü kontrol grubunun %97,3’ü çay tüketmektedir. Tüketilen çay girişim grubunun %97,3’ünde ve kontrol grubunun %94,4’ünde siyah çaydır. Günlük çay tüketimi ortalaması girişim grubunda 4,95±5,33 kontrol grubunda 3,75±3,36 fincandır. Çay tüketim yıl ortalamaları girişim grubunda 49,54±9,47 yıl, kontrol grubunda 46,72±13,53 yıldır. Çay tüketim zamanı girişim grubunun %64,9’unda, kontrol grubunun %52,8’i gün boyunca çay tüketmektedir. Kahve içme girişim grubunun %78,9’unda kontrol grubunun %43,2’sinde vardır. Bu değişken açısından girişim ve kontrol grupları anlamlı olarak farklıdır ($\chi^2=10,077$; p=0,002). Girişim grubunun %56,7’si kontrol grubunun %50,0’si hazır kahve tüketmektedir. Günlük kahve tüketimi ortalaması girişim grubunda 1,23±0,50 iken kontrol grubunda 1,44±0,89 fincandır. Kahve tüketim yıl ortalamaları girişim grubunda 21,33±13,83 yıl, kontrol grubunda 21,63±18,13 yıldır. Girişim

grubunun %80,0'ni, kontrol grubunun ise %75'i gün boyunca kahve tüketmektedir. Gruplar çay, kahve tüketimi ile ilgili diğer özellikler açısından benzerdir ($p>0,05$).

4.2. Yaşlı Bireylerin Kurumsal Bakım Aldığı Yerlerin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin bakım-dinlenme evinde kalma özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4-5: Girişim ve kontrol grubunun kurumda/huzurevinde kalma ile ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması

Kurumda Kalma İle İlgili Özellikler	Girişim		Kontrol		Test İstatistiği	P	
	n	%	n	%			
Kalma Nedeni	Kendi bakımını tek başına yapamama	3	7,9	8	21,6	4,55*	0,21
	Hiç kimsesinin olmama	18	47,4	16	43,3		
	Ailesi tarafından kabul edilmeme	2	5,3	4	10,8		
	Ailesine yük olmayı istememe	15	39,5	9	24,3		
Kurumda Kalma Süresi	Yıl	4,68±6,53		4,30±5,45		0,28**	0,78
Kurumdan Memnun Olma Durumu	Memnun olan	37	97,4	35	94,6	0,38****	0,62
	Biraz memnun olan	1	2,6	2	5,4		
Kurum Dışına Çıkma Sıklığı	Hiç	4	10,6	7	18,9	1,19*	0,55
	Haftada 1-2	20	52,6	19	51,4		
Odadaki Kişi Sayısı	Her gün	14	36,8	11	29,7	1,74*	0,19
	Tek kişilik	20	52,6	25	67,6		
Oda Arkadaşı Nedeniyle Uyku Problemi Yaşama	İki kişilik	18	47,4	12	32,4	1,97****	0,19
	Yaşayan	3	7,9	7	18,9		
Oda Arkadaşıyla Yaşanan Problem	Yaşamayan	35	92,1	30	81,1	0,32****	100
	Horlama	2	66,7	5	83,3		
Odanın Uyku Açısından Uygunluğu	Gezinme	1	33,3	1	16,7		
	Uygun olan	38	100,0	37	100,0		
Odanın Gece Aydınlanma Durumu	Uygun olmayan	0	0	0	0	1,77*	0,18
	Karanlık	9	23,7	14	37,8		
	Aydınlık	29	76,3	23	62,2		

*Pearson Chi-Square (χ^2), **Student t test (t), *** Fisher Exact Test (χ^2)

Tablo 4.5'de girişim ve kontrol grubundaki yaşlıların kurumda/huzurevinde kalma ile ilgili özellikleri yönünden karşılaştırılması bulunmaktadır. Tabloda görüldüğü gibi girişim grubunun %47,4'ü kontrol grubunun %43,2'si hiç kimsesi olmadığı için huzurevinde kaldığını belirtmiştir. Kurumda kalma süresi ortalaması girişim grubunda

4,68±6,53, kontrol grubunda 4,30±5,45 yıldır. Girişim grubunun %97,4'ü kontrol grubunun %94,6'sı kurumdan memnun olduğunu belirtmiştir. Girişim grubunun %52,6'sı kontrol grubunun %51,4'ü haftada bir-iki gün kurum dışına çıkabilmektedir. Girişim grubunun %52,6'sı kontrol grubunun %67,6'sı tek kişilik odada kalmaktadır. Girişim grubunun %7,9'u kontrol grubunun %18,9'u oda arkadaşı nedeniyle problem yaşadığını ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubunun tamamı odanın uykusu açısından uygun olduğunu belirtmiştir. Girişim grubunun %76,3'ü kontrol grubunun %62,2'si odanın gece aydınlatması olduğunu belirtmiştir. Gruplar kurum/huzurevinde kalma ile özellikleri açısından benzerdir ($p>0,05$).

4.3. Yaşlı Bireylerin Uykusu İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin uykusu ile ilgili özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4-6: Girişim ve kontrol grubunun uykusu ile ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması

Uykusu İle İlgili Özellikler		Girişim		Kontrol		Test İstatistiği	P
		n	%	n	%		
Günlük Ortalama Uykusu Süresi		6,00±0,74		5,81±0,74		-0,93**	0,35
Gece Uykudan Uyanma Sıklığı	1 defa uyananlar	14	36,8	9	24,3	1,38*	0,24
	2 ve daha fazla uyananlar	24	63,2	28	75,7		
Uykusu Düzeninin Bozulma Nedeni	Fiziki koşullar	28	73,7	25	67,6	0,34*	0,56
	Ağrı vb. semptomlar	9	23,7	11	29,7	0,35*	0,55
	Üzüntü	12	31,6	13	35,1	0,11*	0,74
	Gece tuvalet ihtiyacı	5	13,2	9	24,3	0,54*	0,22
Uykuya Dalmak İçin Yapılan Alışkanlık Durumu							
Uykuya Dalmak İçin Kullanılan Alışkanlık***	Olan	29	76,3	27	74,7	0,11*	0,74
	Olmayan	9	23,7	10	25,3		
Uykuya Dalmak İçin Kullanılan Alışkanlık***	Fiziksel olarak aktif olunan alışkanlıkları olan	23	79,3	14	51,9	4,70*	0,03
	Sıcak uygulamaları içeren alışkanlıkları olan	3	10,3	5	18,5	0,76*	0,38
	Manevi gücü destekleyen alışkanlıkları olan	8	27,6	11	40,7	1,08*	0,30

*Pearson Chi-Square (χ^2), ** Mann Whitney U (z), ***Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir

Tablo 4.6’da girişim ve kontrol grubundaki yaşlıların uyku özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Girişim grubunun ortalama günlük uyku süresi $6,00 \pm 0,74$ saat, kontrol grubunun ise $5,81 \pm 0,74$ saattir. Girişim grubunun %36,8’i kontrol grubunun %24,3’ü gece bir defa uykudan uyandığını, yine girişim grubunun %63,2’si kontrol grubunun ise %75,7’si gece iki veya daha fazla sayıda uykudan uyandığını belirtmiştir. Girişim grubunun %73,7’si kontrol grubunun %67,6’sı uyku düzeninin bozulma nedenini fiziki koşullar olarak belirtmiştir. Uykuya dalmak için yapılan alışkanlıklar açısından; girişim grubunun %79,3’ü kontrol grubunun %51,9’u fiziksel olarak aktif olunan alışkanlıkları olduğunu bildirmiştir. Gruplar uyku ile ilgili özellikler açısından benzerdir ($p > 0,05$).

4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin PUKİ ve alt bileşenlerinden aldıkları puanlara ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.7’de, PUKİ bileşen 1 (Öznel Uyku kalitesi) uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda $1,71 \pm 0,57$, kontrol grubunda $1,84 \pm 0,65$ ’dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir. Bileşen 1, uygulama sonrası puan ortalaması girişim grubunda $0,34 \pm 0,48$, kontrol grubunda $2,00 \pm 0,53$ ’dür. Gruplar uygulama sonrası puan ortalamaları yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($Z_{MWU} = -7,48$; $p = 0,000$). Bileşen 1, son uygulamadan bir ay sonra puan ortalaması girişim grubunda $0,34 \pm 0,48$, kontrol grubunda $2,03 \pm 0,50$ ’dir. Gruplar son uygulamadan bir ay sonra puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($Z_{MWU} = -7,57$; $p = 0,000$). Grupların kendi içindeki bileşen 1 puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($F_1 = 72,69$; $p = 0,000$), kontrol grubunda ise anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur ($F_1 = 6,4$; $p = 0,040$).

Tablo 4-7: Girişim ve kontrol grubunun Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) bileşenleri ve toplam puan ortalamasının karşılaştırılması

PUKİ Puanları	Girişim	Kontrol	Test İstatistiği	p
Öznel Uyku Kalitesi				
PUKİ Bileşen 1 T ₀	1,71±0,57	1,84±0,65	-0,82**	0,41
PUKİ Bileşen 1 T ₁	0,34±0,48(T ₀)***	2,00±0,53	-7,48**	0,000
PUKİ Bileşen 1 T ₂	0,34±0,48(T ₀)***	2,03±0,50(T ₀)***	-7,57**	0,000
Test İstatistiği	72,69*	6,44*		
p	0,000	0,040		
Uykuya Dalma Süresi				
PUKİ Bileşen 2 T ₀	3,71±1,13	3,70±1,20	-0,10**	0,92
PUKİ Bileşen 2 T ₁	0,13±0,34(T ₀)***	2,30±0,57(T ₀)***	-7,87**	0,000
PUKİ Bileşen 2 T ₂	0,13±0,34(T ₀)***	2,46±0,56(T ₀)***	-7,88**	0,000
Test İstatistiği	76,00*	47,84*		
p	0,000	0,000		
Uyku süresi				
PUKİ Bileşen 3 T ₀	1,05±0,77	1,27±0,77	-1,19**	0,23
PUKİ Bileşen 3 T ₁	0,26±0,50(T ₀)***	2,05±0,33(T ₀)***	-7,85**	0,000
PUKİ Bileşen 3 T ₂	0,26±0,50(T ₀)***	2,05±0,33(T ₀)***	-7,85**	0,000
Test İstatistiği	42,32*	48,00*		
p	0,000	0,000		
Alışılmış Uyku Etkinliği				
PUKİ Bileşen 4 T ₀	0,47±0,69	0,70±0,85	-1,17**	0,24
PUKİ Bileşen 4 T ₁	0,13±0,34(T ₀)***	0,43±0,55	-2,69**	0,007
PUKİ Bileşen 4 T ₂	0,13±0,34(T ₀)***	0,43±0,55	-2,69**	0,007
Test İstatistiği	18,62*	6,26*		
p	0,000	0,044		
Uyku Bozukluğu				
PUKİ Bileşen 5 T ₀	1,68±0,57	1,81±0,57	-0,96**	0,34
PUKİ Bileşen 5 T ₁	0,95±0,23(T ₀)***	2,00±0,47(T ₀)***	-7,52**	0,000
PUKİ Bileşen 5 T ₂	0,92±0,27(T ₀)***	2,05±0,47(T ₀)***	-7,65**	0,000
Test İstatistiği	51,37*	13,40*		
p	0,000	0,001		
Uyku İlacı Kullanımı				
PUKİ Bileşen 6 T ₀	0,00±0,00	0,00±0,00		n/a****
PUKİ Bileşen 6 T ₁	0,00±0,00	0,00±0,00		n/a****
PUKİ Bileşen 6 T ₂	0,00±0,00	0,00±0,00		n/a****
Test İstatistiği				n/a
P	n/a****	n/a****		
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu				
PUKİ Bileşen 7 T ₀	2,29±1,09	2,24±1,19	-0,18**	0,85
PUKİ Bileşen 7 T ₁	0,03±0,16(T ₀)***	1,89±0,52	-8,13**	0,000
PUKİ Bileşen 7 T ₂	0,03±0,16(T ₀)***	1,97±0,50	-8,16**	0,000
Test İstatistiği	76,00*	2,71*		
p	0,000	0,258		
PUKİ Bileşen Toplam T ₀	11,45±2,98	11,30±2,96	-0,085**	0,93
PUKİ Bileşen Toplam T ₁	1,82±1,18(T ₀)***	10,68±1,72	-7,51**	0,000
PUKİ Bileşen Toplam T ₂	1,89±1,13(T ₀)***	11,03±1,82	-7,52**	0,000
Test İstatistiği	74,21*	5,80*		
p	0,000	0,05		

*Friedman Test (χ^2), **Mann Whitney U (z), *** Wilcoxon Signed Rank Test , ****n/a: p>0,05

PUKİ bileşen 2 (Uykuya Dalma Süresi) uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda $3,71 \pm 1,13$, kontrol grubunda $3,70 \pm 1,20$ 'dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir. Bileşen 2, uygulama sonrası puan ortalaması girişim grubunda $0,13 \pm 0,34$, kontrol grubunda $2,30 \pm 0,57$ 'dir. Gruplar uygulama sonrası puan ortalamaları yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU} = -7,87$; $p = 0,000$). Bileşen 2, son uygulamadan bir ay sonraki puanı girişim grubunda $0,13 \pm 0,34$, kontrol grubunda $2,46 \pm 0,56$ 'dir. Gruplar son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU} = -7,88$; $p = 0,000$). Grupların kendi içindeki bileşen 2 puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda ($F_1 = 76,00$; $p = 0,000$) ve kontrol grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı bulunmuştur ($F_1 = 47,84$, $p = 0,040$).

PUKİ bileşen 3 (Uyku Süresi) uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda $1,05 \pm 0,77$, kontrol grubunda $1,27 \pm 0,77$ 'dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir. Bileşen 3, uygulama sonrası hem de son uygulamadan bir ay sonra puanı girişim grubunda $0,26 \pm 0,50$, kontrol grubunda $2,05 \pm 0,33$ 'dir. Gruplar uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU} = -7,85$; $p = 0,000$). Grupların kendi içindeki bileşen 3, puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($F_1 = 42,32$; $p = 0,000$) ve kontrol grubunda çok ileri düzeyde anlamlı arttığı bulunmuştur ($F_1 = 48,00$; $p = 0,040$).

PUKİ bileşen 4 (Alışılmış Uyku Etkinliği) uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda $0,47 \pm 0,69$, kontrol grubunda $0,70 \pm 0,85$ 'dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir. Bileşen 4, uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması girişim grubunda $0,13 \pm 0,34$, kontrol grubunda $0,43 \pm 0,55$ 'dir. Gruplar uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanları yönünden ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU} = 2,69$; $p = 0,007$). Grupların kendi içindeki bileşen 4 puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($F_1 = 76,00$; $p = 0,000$) ve kontrol grubunda anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur ($F_1 = 6,26$; $p = 0,044$).

PUKİ bileşen 5 (Uyku Bozukluğu) uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda $1,68 \pm 0,57$, kontrol grubunda $1,81 \pm 0,57$ 'dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir. Bileşen 5, uygulama sonrası puan ortalaması girişim grubunda

0,95±0,23, kontrol grubunda 1,89±0,52'dir. Gruplar uygulama sonrası puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU}=-7,52$; $p=0,000$). Bileşen 5, son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması girişim grubunda 0,92±0,27, kontrol grubunda 2,05±0,47'dir. Gruplar son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU}=-7,65$; $p=0,000$). Grupların kendi içindeki bileşen 5 puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($F_t=74,21$; $p=0,000$) ve kontrol grubunda ileri düzeyde anlamlı arttığı bulunmuştur ($F_t=13,40$; $p=0,001$).

PUKİ bileşen 6 (Uyku İlacı Kullanımı) puanları girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerde ilaç kullanımı yok olduğu için 0 olarak değerlendirildi. PUKİ bileşen 7 (Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu) uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda 2,29±1,09, kontrol grubunda 2,24±1,19'dur. Gruplar uygulama öncesi puan ortalaması yönünden benzerdir. Bileşen 7, uygulama sonrası puan ortalaması girişim grubunda 0,03±0,16, kontrol grubunda 2,00±0,47'dir. Gruplar uygulama sonrası puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU}=8,13$; $p=0,000$). Bileşen 7, son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması girişim grubunda 0,03±0,16, kontrol grubunda 1,97±0,50'dir. Gruplar son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU}=-8,16$; $p=0,000$). Grupların kendi içindeki bileşen 7 puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($F_t=76,00$; $p=0,000$) ve kontrol grubunda ise değişmediği bulunmuştur ($F_t=2,71$; $p=0,258$).

PUKİ toplam uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda 11,45±2,98, kontrol grubunda 11,30±2,96'dur. Gruplar uygulama öncesi puan ortalaması yönünden benzerdir. PUKİ toplam uygulama sonrası puan ortalaması girişim grubunda 1,82±1,18, kontrol grubunda 10,68±1,72'dir. Gruplar uygulama sonrası puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU}=-7,51$; $p=0,000$). PUKİ toplam son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması girişim grubunda 1,89±1,13, kontrol grubunda 11,03±1,82'dir. Gruplar son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($z_{MWU}=-7,52$; $p=0,000$). Grupların kendi içindeki PUKİ toplam puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($F_t=76,00$; $p=0,000$) ve kontrol grubunda ise değişmediği bulunmuştur ($F_t=5,80$; $p=0,05$).

4.5. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin Epworth Uykululuk Ölçeğinden (EUÖ) aldıkları puanlara ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4-8: Girişim ve kontrol grubunun uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan bir ay sonra Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması

EUÖ Puanları	Girişim	Kontrol	Test İstatistiği	p
	12,89±3,50		-1,33**	0,18
EUÖ T ₀	1,74±1,65(T ₀)***	13,16±3,12	-7,50**	0,000
EUÖ T ₁	2,00±1,64(T ₀)***	13,49±3,02	-7,48**	0,000
EUÖ T ₂		13,92±2,75(T ₀)***		
Test İstatistiği	73,23*	9,91*		
p	0,000	0,007		

*Friedman Test (χ^2), **Mann Whitney U (z), *** Wilcoxon Signed Rank Test

Tablo 4.8’de girişim ve kontrol grubunun Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) uygulama öncesi-uygulama sonrası-son uygulamadan bir ay sonra puan ortalamasının karşılaştırmaları bulunmaktadır. EUÖ uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubunda 12,89±3,50, kontrol grubunda 13,16±3,12’dir. Gruplar uygulama öncesi puan ortalamaları yönünden benzerdir ($p>0,05$). EUÖ toplam uygulama sonrası puan ortalaması girişim grubunda 1,74±1,65, kontrol grubunda ise 13,49±3,02’dir. Gruplar uygulama sonrası puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($Z_{MWU}=-7,50$; $p=0,000$). EUÖ toplam son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması girişim grubunda 2,00±1,64, kontrol grubunda ise 13,92±2,75’dir. Gruplar son uygulamadan bir ay sonra puan ortalaması yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($Z_{MWU}=-7,48$; $p=0,000$). Grupların kendi içindeki EUÖ toplam puan ortalamasının zamansal değişimi incelendiğinde; girişim grubunda çok ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($F_T=73,227$; $p=0,000$) ve kontrol grubunda ise ileri düzeyde anlamlı arttığı bulunmuştur ($F_T=9,910$; $p=0,007$).

5. TARTIŞMA

Uyku, insan hayatının hayati bir bileşeni olarak normal yaşlanma sürecinden etkilenebilecek dinamik ve karmaşık ritmik bir durumdur. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan insomnia gibi uyku bozuklukları, bireylerin yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir (Karakaş ve ark. 2017). Yapılan çalışmalarda uyku bozukluğu oranının yaşlılarda yüksek olduğu görülmüştür (Akyar ve Akdemir 2011; Düzgün 2012; Mousavi ve ark. 2012; Wu ve ark. 2012; Şenol ve ark. 2013; Tel 2013; Dağlar ve ark. 2014; Chien ve Chen 2015; Landry ve ark. 2015; Rezaepandari ve ark. 2015; Van de Straat ve Baracke 2015; Altan Sarıkaya ve Oğuz 2016; Azri ve ark. 2016; Silva ve ark. 2017; Stefan ve ark. 2018; Özvurmaz ve ark. 2018). Uzun süreli bakım kurumlarında yaşayan yaşlılar arasında ise bu sorunun daha da fazla olduğu belirtilmektedir (Babacan Gümüş ve ark. 2009; Reza ve ark. 2010; Bilgili ve ark. 2012; Esenyel 2012; Şenol ve ark. 2013). Kurumlarda yaşayan yaşlı bireylerdeki insomnia gibi uyku problemleri halsizlik, bilişsel gerileme, kronik yorgunluk ile kaza ve düşme riskindeki artışa sebep olması nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte, aynı zamanda mortalite riskini artırabilmekte, dolayısıyla müdahale edilmesi gereken önemli bir durum ortaya çıkmaktadır (Neikrug ve Ancoli-Israel 2009; Marasinghe 2014; Barone ve Krieger 2015; Rodriguez ve ark. 2015; Azri ve ark. 2016; Da Silva ve ark. 2016; Tosun Taşar ve Şahin 2017; Özvurmaz ve ark. 2018).

Kurumlarda yaşayan yaşlıların uyku problemlerinde ilk tercih edilen yöntem genellikle farmakolojik ajanlar, özellikle yatıştırıcı-hipnotik ilaçlardır. Ancak yapılan çalışmalarda; bu gruptaki ilaçların huzurevinde yaşayan bireylerin uyku semptomları üzerinde çok az etkisinin olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda uzun süreli hipnotik ilaç kullanımının huzurevi ortamında düşme riskini artırdığı, toplum içinde yaşayan yaşlılarda da mortaliteyi yükselttiği belirlenmiştir. Bu nedenle, yaşlı insanlarda uyku sorunlarının tedavisinde yan etkisi olmayan ya da çok az olan non-farmakolojik yöntemlerin gerekliliği ortaya çıkmıştır (MacLeod ve ark. 2018). Non-farmakolojik yöntemlerden biri olan ve hemşireler tarafından güvenle uygulanabilen yöntemlerden “Akupresür” yaşlı bireylerde uyku kalitesini arttırmak için kullanılacak tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar arasında yer almaktadır (Roland 2011; Can 2014; Başer ve

Taşçı 2015; Doğan ve Taşçı 2015; Song ve ark. 2015; Rindahl ve ark. 2016; Mehta ve ark. 2017; Özdelikara ve Arslan 2017; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

Bu çalışmada; kurumda yaşayan ve uyku sorunu olan yaşlı bireylerde uyku kalitesini arttırmak için kullanılabilir tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalardan aküpresürün etkinliği incelenmiştir. Prospektif randomize kontrollü deneysel tasarım düzeninde yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda üç bölümde tartışılmıştır.

1. Kurumda Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik ve Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

3. Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Kurumda Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sosyodemografik ve Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Girişimsel çalışmalarda grupların tanımlayıcı özelliklerinin benzer olması ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmaması istendik bir durumdur. Bu çalışmada da araştırma sonucunu etkileyebilecek değişkenlerin homojen olmasına dikkat edilmiştir. Girişim (G) ve Kontrol (K) grubundaki bireylerin özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun erkek (G:%76; K:%70), bekar/dul (G:%94; K:%100) ve düşük eğitim düzeyinde (G:%70; K: %77) (Tablo 4.1) oldukları, en az bir kronik hastalığa sahip oldukları (G:%86; K:%94) (Tablo 4.2), yaklaşık yarıya yakınının sigara kullandığı (G:%44; K:%35) (Tablo 4.3) çoğunluğunun her gün çay (G:%97; K:%97) ve/veya kahve (G:%78; K:%43) (Tablo 4.3) tükettikleri görülmüştür. Girişim ve kontrol grubundaki yaşlıların sosyodemografik özellikler açısından denk oldukları, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Yaşlıların kurumsal bakım özelliklerine göre; huzurevinde kalma nedeni olarak en çok “kimsesiz olmaları” (G: %47; K: %43) (Tablo 4.5) gösterilmiştir. Kurumda kalma süre ortalaması girişim grubunda $4,68\pm 6,53$ yıl, kontrol grubunda benzer şekilde $4,30\pm 5,45$ yıldır. Yaşlıların çoğunluğu kurum bakımından memnun olduğunu ifade etmiştir (G: %97; K: %94). Araştırmaya katılan bireylerin hepsi (%100) kaldıkları kurumun fiziksel şartlarının uyku açısından uygun olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca

yaşlıların çoğunluğu (G: %76; K: %62) kaldıkları odalardaki gece aydınlatmasının yeterli olduğunu bildirmiştir. Yaşlılar genellikle tek kişilik odada kalmaktadırlar. İki kişilik odada kalan yaşlı bireylerin çoğunluğu (G: %92; K: %81) ise oda arkadaşı ile problem yaşamadığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki yaşlıların ortalama uyku süresi ~6 saat/gündür (Tablo 4.6). The National Sleep Foundation (NSF) 65 yaş ve üstü yaşlılar için yeterli olabilecek ortalama uyku süresini 7-8 saat olarak bildirmiştir (Hirshkowitz ve ark. 2015). Araştırma grubundaki yaşlıların uyku süresinin NSF'nin önerdiği süreden daha kısa olması bütün deneklerin kurum bakımı altında olmaları ve eşlik eden kronik hastalıklarla açıklanabilir. Dinlenmiş olarak uyanma, gündüz uykululuğunun olmaması, konsantrasyon eksikliği ve yorgunluğun olmaması gibi değişkenler de önemli olduğundan gece uyku süresi uyku kalitesi açısından tek başına düşünülmemelidir. Ayrıca uyku kalitesini değerlendirmede kişinin bildirimine dayanan sübjektif yöntemler yanında objektif yöntemler de kullanılmalıdır.

Gece uykudan uyanma sıklığına bakıldığında G grubunun %36,8'i K grubunun %24,3'ü gece bir defa uykudan uyandığını, yine G grubunun %63,2'si K grubunun ise %75,7'si gece iki veya daha fazla sayıda uykudan uyandığını belirtmiştir. Gece uykusunun bölünmesi uyku kalitesi ve dinlenmiş olarak uyanma açısından önemli bir bulgudur. Yaşlı erkeklerde benign prostat hipertrofisi, yaşlı kadınlarda mesane kaslarının gevşemesi ve inkontinans, her iki cinsiyette diyabet sonucu sık idrara çıkmalarına neden olabilmektedir. Bunun yanında KOAH ve kalp yetersizliği hastalarının dispne ile uyanmaları; kalp-damar hastalıkları ve hipertansiyonda kullanılan ilaçların yan etkileri ve kronik ağrı vb. nedenler en fazla uyku bölünmesine yol açan faktörler olarak düşünülebilir (Vitiello 2009; Kaymak ve ark. 2010; Trevorrow 2010; Dikmen 2013; Yılmaz ve ark. 2014; Alcantara ve ark. 2016; Arslan 2017; Patel ve ark. 2018). Bu nedenle yaşlı bireylerin uyku kalitesi açısından kronik hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve uykuyu bölebilecek semptomları risk faktörü olarak değerlendirmeye katılmalıdır.

Araştırmaya katılan bireylerin uykuya dalmak için yaptıkları alışkanlıklar incelendiğinde en çok fiziksel olarak aktif olunan uygulamaları (G: %67,6; K: %46,7) (Tablo 4.6) yaptıkları, bunların televizyon izleme, kitap okuma, müzik dinleme, el işi yapma vb. aktiviteleri içerdiği belirlenmiştir. Uykuya dalmayı kolaylaştırmak için, uyku

saatinden kısa bir süre önce yapılan hafif fiziksel egzersizin yararlı olabileceği, ağır egzersizin de uykuya dalmayı engelleyebileceği bildirilmektedir (Yılmaz ve ark. 2014). Her ne kadar fiziksel olarak aktif olunan alışkanlıklar dendiğinde hafif fiziksel egzersizler, yürüyüş anlaşılrsa da kültürel özellikler, olanakların yetersizliği ve spor alışkanlığının olmaması gibi nedenlerin grupta daha pasif eylemlerin gerçekleştirilmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Uykuya dalmak için yapılan alışkanlıklarda ikinci sırada manevi gücü destekleyen uygulamalar (G: %23,6; K: %36,7) (Tablo 4.6) yer almaktadır. Bu uygulamaların namaz kılma, Kuran okuma ve dua etme gibi ibadetler olduğu bildirilmiştir. Yaşlılığın pek çok toplumda yaklaşan ölümü çağrıştırmaması ve maneviyatın bireyin ruh sağlığını güçlendiren yönü nedeniyle, yaşamının kalan kısmını kurum bakımı altında geçiren bireyler için inancına uygun ibadetlerin yapılması rahatlatıcı bir etki yaratmaktadır. Bu nedenle bu uygulamaları yapabilmeleri için gerekli olanakların sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada kurumsal bakım alan yaşlıların uyku kaliteleri PUKİ bileşenleri yönünden değerlendirilmiştir. PUKİ Bileşen 1 (Öznel Uyku Kalitesi) uygulama öncesi puan ortalaması G grubunda (\bar{x} :1,71±0,57), K grubunda (\bar{x} :1,84±0,65) bulunmuştur. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir ($p>0,05$). Öznel Uyku Kalitesi uygulama sonrası puan ortalaması G grubunda (\bar{x} :0,34±0,48), K grubuna (\bar{x} :2,00±0,53) göre daha fazla düşmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$). Öznel Uyku Kalitesi son uygulamadan bir ay sonra puan ortalaması da G grubunda (\bar{x} :0,34±0,48), K (\bar{x} :2,03±0,50) grubuna göre ileri düzeyde düşüktür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p=0,000$) (Tablo 4.7).

Öznel Uyku Kalitesi puan ortalamasındaki zamansal değişim G ve K gruplarında ayrı olarak değerlendirilmiştir. G grubunda uygulama öncesi ile uygulama sonrası puan ortalaması karşılaştırılmış uygulama sonrası puanında azalma yönünde bir değişiklik olduğu, son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamasının aynı düzeyde devam ettiği görülmüştür ($p=0,000$). K grubunda ise Öznel Uyku Kalitesi uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanının uygulama öncesine göre arttığı, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,040$). PUKİ Ölçeğinin

birinci bileşeni olan “Öznel Uyku Kalitesi” puanının azalmasının anlamı, akupresürün uyku kalitesi üzerindeki olumlu etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Chen ve ark. (1999)’nın kurumlarda yaşayan yaşlılarda akupresürün etkinliğini inceledikleri araştırmasında girişim grubuna akupresür uygulanmış, kontrol gruplarından birine sham akupresür uygulanmış, diğer kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Araştırma sonucunda G grubunun Öznel Uyku Kalitesi alt ölçeği uygulama sonrası puanı ile K gruplarının uygulama sonrası puanları arasındaki fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Reza ve ark. (2010)’nın kurum bakımı altındaki 90 yaşlı bireyle yaptıkları başka bir çalışmada; akupresür uygulanan girişim grubunda, kontrol grubu ve sahte akupresür grubuna nazaran son test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Li ve ark. (2013)’nin Tayvan’daki geriatrik psikiyatri kliniğinde tedavi edilen yaşlılarla yaptıkları çalışmada da G grubunun kendi içindeki farklılığı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı iken, K grubunun kendi içindeki değişim de anlamlı olarak farklı bulunmuştur. İncelenen çalışmalardan elde edilen Öznel Uyku Kalitesi bileşenindeki değişimler bu çalışmanın sonuçlarıyla aynı doğrultudadır ve literatür bulguları araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Yukarıdaki literatürden farklı olarak, Chen ve ark. (2019) yaşlı bakımevinde yaptıkları bir çalışmada akupresür uygulanan G grubunun ve K grubunun Öznel Uyku Kalitesi puan ortalamalarında uygulama öncesi ve sonrası ve tekrar test arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmanın bulguları Chen ve ark. (2019)’nın sonuçlarından farklıdır.

Çalışmada Öznel Uyku Kalitesi bileşeniyle ilgili elde edilen sonuçlar akupresürün kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde öznel uyku kalitesini belirgin bir şekilde düzelttiğini göstermiştir. Bu iyileşmenin literatüre göre daha belirgin olması akupresürün uygulandığı Shenmen (HT7), Neiguan, Sanyinjiao (SP6) gibi çeşitli akupunktur noktalarının serotonin salınımını arttırması ve melatoninin vücudu rahatlatan etkisini ortaya çıkarması sonucu uykuya dalmayı kolaylaştırması ile açıklanabilir. Ayrıca araştırmacının yaşlılarla uzun süre zaman geçirmesi ve onlarla bütüncül olarak ilgilenmesi, sadece girişim grubundaki yaşlılarla değil kontrol grubundakilerle de iletişimi sürdürmesi öznel uyku kalitesi üzerinde etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada G ve K grubu dışında bir sahte (sham) akupresür grubu oluşturulmamıştır. Nitekim bu konuda yapılan iki çalışmada akupresürün etkisini sahte (sham) akupresür grubu ve kontrol grubu oluşturularak karşılaştırıldığı görülmüştür. Bu çalışmalardan ikisinde de sahte akupresür grubunda da iyileşmenin olduğu ancak bunun akupresür grubundan daha iyi olmadığı belirlenmiştir (Chen ve ark. 1999; Reza ve ark. 2010). Akupresür yapılsa bile dokunma ve masajın yaşlıların uyku kalitesi üzerinde benzer etkileri olabileceği, sonuçta akupresürün etkinliğinin değerlendirilmesini zorlaştırabileceği düşünülmektedir. Akupunktur noktası olmayan yerlere bile bası olmaksızın düzgün bir şekilde dokunmanın ve yapılan masajın uyku üzerinde olumlu etki gösterme potansiyeli bulunmaktadır. Masajın serotonin salınımını artırması sonucu ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik etkisinden kaynaklı olan değişiklikler uyku üzerinde de etkili olabilir (Waits ve ark. 2018). Bu doğrultuda Li ve ark. 2013 ve Chen ve ark. 2019 çalışmalarında olduğu gibi sham akupresür grubunun akupresür uygulanan gruptan üstünlüğü olmadığı belirtildiğinden sham akupresür grubu oluşturulmamıştır.

PUKİ Bileşen 2’de değerlendirilen “Uykuya Dalma Süresi-Uyku Latansı”; bireyin uyumak için yatağa yatması ile uykunun başlaması arasında geçen süredir (Köktürk 2013). Genellikle ilk 15 dakika içinde uykuya dalma olur ve uykuya dalma süresi uyku kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bileşenlerden biri olarak ele alınır. Bu çalışmada PUKİ bileşen 2 (Uykuya Dalma Süresi) uygulama öncesi puan ortalaması girişim grubu (\bar{x} :3,71±1,13) ile kontrol grubunda (\bar{x} :3,70±1,20) benzerdir, grupların uygulama öncesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Uykuya Dalma Süresi uygulama sonrası puan ortalamasının G grubunda K grubuna göre ileri düzeyde azaldığı (\bar{x} :0,13±0,34), gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,000$). Uykuya Dalma Süresi son uygulamadan bir ay sonraki puanı yine G grubunda (\bar{x} :0,13±0,34) ileri derecede düşük iken, K grubunda (\bar{x} :2,46±0,56) azalma daha az düzeydedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p=0,000$) (Tablo 4.7).

Uykuya Dalma Süresi puan ortalamasındaki zamansal değişim G ve K gruplarında ayrı ayrı değerlendirilmiştir. G grubunda uygulama öncesi (\bar{x} :3,71±1,13) ile uygulama sonrası puan ortalaması (\bar{x} :0,13±0,34) karşılaştırılmış uygulama sonrası puanında ileri derecede azalma yönünde bir değişiklik olduğu, son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamasının aynı düzeyde devam ettiği görülmüştür ($p=0,000$). K

grubunda ise Uykuya Dalma Süresi uygulama sonrası (\bar{x} :2,30±0,57) puanındaki azalmanın uygulama öncesine (\bar{x} :3,70±1,20) göre daha az olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,000).

Bu çalışmada akupresür uygulandıktan sonra girişim grubundaki yaşlı bireylerin uykuya dalma süresinin azaldığı ve daha kısa sürede uykuya geçtikleri belirlenmiştir. Bu sonuç akupresürün yaşlıların uykuya dalma süresi üzerindeki etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Akupresürün yaşlıların uykuya dalma süresi üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçlar bu araştırmadaki bulguları destekler niteliktedir (Chen ve ark. 1999; Reza ve ark. 2010; Li ve ark. 2013; Chen ve ark. 2019). G ve K gruplarının uygulama öncesi ile 12 seanslık uygulama sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaşlı bireylerde normal uyku fizyolojisinin aşamalarından olan NonREM ve REM evrelerinde bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireyin uyumak üzere yatağa uzanması ile uykunun başlaması arasında geçen süresi yani uykuya dalma süresi uzamakta (Zengin 2015; Ogan ve Baha 2017), REM latansına geçmekte sorun yaşanmakta sonuç olarak uyku kalitesi etkilenmektedir. Bu nedenle akupresür ile uykuya geçme süresinin kısaltılabileceği düşünülmektedir.

PUKİ Bileşen 3'te değerlendirilen "Uyku Süresi"; hastanın gece boyunca ara ara uyandığı zamanlar da çıkarılmak üzere uykuda geçirdiği toplam süredir (Köktürk 2013). Yatakta uyanık kalınan sürenin, yatakta kalınan toplam süreden çıkarılması sonucunda kalan net uyku süresidir. NSF 65 yaş ve üstü yaşlılar için toplam uyku süresini 7-8 saat olarak bildirmiştir (Hirshkowitz ve ark. 2015). Bu çalışmada PUKİ Bileşen 3 (Uyku Süresi) uygulama öncesi puanı G grubunda (\bar{x} :1,05±0,77) iken K grubunda (\bar{x} :1,77±0,77)'dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir (p>0,05). G grubunda Uyku Süresi bileşeni uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması (\bar{x} :0,26±0,50) azalmış iken, K grubunda (\bar{x} :2,05±0,33) artış olduğu belirlenmiştir. Uyku süresi puanının azalmasının anlamı kaliteli uyku süresinin artması olarak değerlendirildiğinden, akupresürün uyku üzerindeki olumlu etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

PUKİ Uyku Süresi puanının zamansal değişimi incelendiğinde G ve K grubundaki uygulama öncesi ile uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ise de, ortaya çıkan değişim G

grubunda olumlu iken, K grubunda olumsuz anlam taşımaktadır ($p=0,000$) (Tablo 4.7). Akupresürün yaşlıların uyku süresi üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir (Chen ve ark.1999; Reza ve ark. 2010; Li ve ark. 2013; Chen ve ark. 2019). G ve K gruplarının uygulama öncesi ile uygulama sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak akupresür uygulamasının kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde uyku süresini arttırdığı bulunmuştur.

PUKİ Bileşen 4'te değerlendirilen "Alışılmış Uyku Etkinliği"; uykuda geçirilen zamanın yatakta geçirilen zamana oranıdır ve normal uyku için oranın %85'in üstünde olması gerekmektedir (Köktürk 2013; American Sleep Apnea Assosiation 2017). Bu çalışmada PUKİ Bileşen 4 (Alışılmış Uyku Etkinliği) uygulama öncesi puanı G grubunda ($\bar{x}:0,47\pm0,69$), K grubunda ($\bar{x}:0,70\pm0,85$)'dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir ($p>0,05$). Alışılmış Uyku Etkinliği uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanı girişim grubunda ($\bar{x}:0,13\pm0,34$), iken kontrol grubunda ($\bar{x}:0,43\pm0,55$)'dir. Grupların uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonra puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p=0,007$) (Tablo 4.7).

Grupların kendi içindeki Alışılmış Uyku Etkinliği puanının zamansal değişimi ayrı ayrı incelendiğinde; G grubunda puan ortalamasının uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki ($\bar{x}:0,13\pm0,34$) uygulamaya öncesine ($\bar{x}:0,47\pm0,69$) göre ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($p=0,000$); K grubundaki azalma daha az olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p=0,044$) (Tablo 4.7). Bu doğrultuda çalışmada girişim grubuna uygulanan akupresür sonucunda yaşlı bireylerin yatakta geçirdikleri zamana oranla uyku etkinliğinin anlamlı derece arttığı görülmüştür. Akupresürün yaşlıların uyku etkinliği üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel çalışmalarda elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir (Chen ve ark.1999; Reza ve ark. 2010; Li ve ark. 2013; Chen ve ark. 2019). Çalışmanın sonucunda literatürle uyumlu olarak, akupresür uygulamasının kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde uyku etkinliğini arttırdığı bulunmuştur.

PUKİ Bileşen 5'te değerlendirilen "Uyku Bozukluğunun"; olup olmadığının belirlenmesi bireyin uyku kalitesini değerlendirmede önemli bir bileşendir. PUKİ Bileşen 5 (Uyku Bozukluğu) uygulama öncesi puanı G grubunda ($\bar{x}:1,68\pm0,57$), K

grubunda ($\bar{x}:1,81\pm0,57$)’dir. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir ($p>0,05$). G grubunda Uyku Bozukluğu bileşeni uygulama sonrası puan ortalaması ($\bar{x}:0,95\pm0,23$) azalmış iken, K grubunda ($\bar{x}:2,00\pm0,47$) artış olduğu belirlenmiştir. Uyku bozukluğu puanının azalmasının anlamı uyku kalitesinin artması olarak değerlendirildiğinden, akupresürün uyku üzerindeki olumlu etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

PUKİ Uyku Bozukluğu puanının zamansal değişimi incelendiğinde G ve K grubundaki uygulama öncesi ile uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ise de, ortaya çıkan değişim G grubunda olumlu iken, K grubunda olumsuz anlam taşımaktadır ($p=0,000$) (Tablo 4.7). Akupresürün yaşlıların uyku bozukluğu üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçların deneysel kısmı bu çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir (Chen ve ark. 1999; Reza ve ark. 2010; Li ve ark. 2013; Chen ve ark. 2019). Uygulama sonrası puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, bu çalışmada kontrol grubunda uygulama sonrası uyku bozukluğu puanının daha da arttığı, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada literatürdeki girişim gruplarıyla uyumlu, fakat kontrol gruplarından farklı olarak akupresürün kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde uyku bozukluğunu azalttığı bulunmuştur.

PUKİ Bileşen 7’te değerlendirilen “Gündüz Uyku İşlev Bozukluğunda”; yaşlılarda uykuda meydana gelen değişikliklerde sadece gece uykusunun miktarı ve niteliği değil bireyin gündüz işlevselliğini sürdürme durumu da değerlendirilmelidir. Kişinin sabahları dinlenmiş olarak uyanması ile birlikte konsantrasyon eksikliğinin olmayışı ve yaptığı işe odaklanabilme yetisi ele alınır (Selvi ve ark. 2016). PUKİ Bileşen 7 (Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu) uygulama öncesi puanı G grubunda ($\bar{x}:2,29\pm1,09$), K grubunda ($\bar{x}:2,24\pm1,19$)’dur. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir ($p<0,05$). Grupların uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p=0,000$) (Tablo 4.7).

Grupların kendi içindeki Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu puanının zamansal değişimi ayrı ayrı incelendiğinde; G grubunda puan ortalamasının uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki ($\bar{x}:0,03\pm0,16$) uygulama öncesine ($\bar{x}:2,29\pm1,09$) göre ileri düzeyde anlamlı azaldığı ($p=0,000$); K grubundaki azalmanın daha az olduğu ve

gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0,258$) (Tablo 4.7). Bu sonuç akupresürün yaşlıların gündüz işlevselliği üzerindeki olumlu etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Akupresürün yaşlıların gündüz işlev bozukluğu üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir (Chen ve ark. 1999; Reza ve ark. 2010; Li ve ark. 2013; Chen ve ark. 2019).

Uyku kalitesini değerlendirmede kullanılan PUKİ 7 bileşenden oluşmakta, toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanın 5 ve 5'den büyük olması "kötü uyku kalitesini", 0-4 arasında olması "iyi uyku kalitesi"ni göstermektedir (Buysse ve ark. 1989). Çalışmada G ve K grubunun uygulama öncesi PUKİ Toplam puan ortalamasının 5'den büyük olduğu, yani her iki grubun da "kötü uyku kalitesi"ne sahip oldukları belirlenmiştir. PUKİ toplam uygulama öncesi puanı G grubunda ($\bar{x}:11,45\pm2,98$), K grubunda ($\bar{x}:11,30\pm2,96$)'dır. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Girişim grubunda PUKİ toplam uygulama sonrası puan ortalamasının ($\bar{x}:1,82\pm1,18$) ileri derecede azaldığı, son uygulamadan bir ay sonraki ($\bar{x}:1,89\pm1,13$) puan ortalamasının da benzer şekilde devam ettiği görülmüştür. Yani kurumda yaşayan bireylere uygulanan akupresür ile uyku kalitelerinin "iyi uyku kalitesi" yönünde değiştiği belirlenmiştir. K grubunda ise uygulama sonrası ($\bar{x}:10,68\pm1,72$) puan ortalamasının uygulama öncesi puanına göre fazla azalmadığı, hatta son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamasında ($\bar{x}:11,03\pm1,82$) artma yönünde değişiklik olduğu, yani K grubunda "kötü uyku kalitesi" nin devam ettiği bulunmuştur. Grupların uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p=0,000$) (Tablo 4.7). Araştırmanın bulguları doğrultusunda araştırma hipotezi olan H1: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların uygulama sonrası uyku kalite düzeyleri, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha yüksektir doğrulanmıştır.

PUKİ toplam puanın zamansal değişiminde G grubunda uygulama öncesi ile karşılaştırıldığında uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Kontrol grubunda ise zamansal farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,05$). Elde edilen sonuçla, akupresür grubunda uyku kalitesinin

arttığı ve uzun vadedeki etkisinin azalmadan devam ettiği tespit edilmiştir. Akupresürün uyku kalitesi üzerindeki uzun vadeli etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Akupresürün yaşlıların uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir (Chen ve ark. 1999; Sun ve ark. 2010; Reza ve ark. 2010; Li ve ark. 2013; Simoncini ve ark. 2015; Zeng ve ark. 2016; Chen ve ark. 2019). Literatürle karşılaştırıldığında çalışmadaki uygulama öncesi ile uygulama sonrası puan farkının (~10 puan) çok yüksek olduğu, daha önceki çalışmaların hepsinde G grubunda puan azalması olmasına rağmen hiçbir çalışmada uygulama sonrası puan ortalamasının 5'in altına düşmediği, yani uyku kalitesi üzerinde "kısmen" etkili olduğu görülmüştür. Araştırmanın bulguları doğrultusunda H2: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların son uygulamadan bir ay sonraki uyku kalite düzeyleri, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha yüksektir doğrulanmıştır.

Literatürde farklı vaka gruplarında akupresür uygulamasının uyku kalitesi üzerindeki etkinliğine bakılmış, çalışmaların tamamında uyku kalitesinin arttığı sonucu elde edilmiştir. Üzerinde çalışılan gruplar çeşitlilik göstermiştir. En çok çalışılan popülasyonlar hipertansiyonu olan yaşlı bireyler (Lie ve ark. 2015; Zheng ve ark. 2016), koroner yoğun bakım ünitesindeki akut koroner sendromlu hastalar (Bagheri Nesami ve ark. 2015), kronik bel ağrıları olan bireyler (Yeh ve ark. 2015), hemodiyaliz hastaları (Arab ve ark. 2016; İster 2017), menopoz dönemindeki kadınlar (Abedian ve ark. 2015; Ahmedinezhad ve ark. 2017), doğum sonrası uykusuzluk çeken lohusalar (Ko ve ark. 2016) ve kanser hastaları (Fan ve ark. 2015; Kumar ve Uma 2015) gibi uyku kalitesini olumsuz etkileyebilecek durum ve hastalıklardır. Bu araştırmanın sonuçları ile akupresürün diğer popülasyonlarda uyku kalitesini artırma üzerindeki etkisini inceleyen literatür sonuçları benzer ve tutarlıdır.

Kanıt dayalı uygulamalar açısından yapılan müdahalenin etkinliğinin araştırılması ve kanıt düzeyinin yükseltilmesi için yapılan randomize kontrollü deneysel araştırmaların karşılaştırılması gerekmektedir. Son yıllarda akupresürün uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel araştırmalar arttığından, konu ile ilgili sistematik derleme sayısında da artış görülmüştür. Akupresürün etkisi ile ilgili yapılan sistematik derlemelerin hepsi (Song ve ark. 2015; Hmwe ve ark. 2016; Zidan ve Winnie

2017; Yeung ve ark. 2018; Waits ve ark. 2018) akupresürün uyku kalitesini arttırdığını göstermiştir.

5.3. Epworth Uykululuk Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi ICSD-3'e göre "Gündüz Aşırı Uykululuğu" normal şartlarda gün içinde uyku uyanıklık periyodunda uyanık kalmada zorluk ve istemsiz uyuklamalar şeklinde tanımlamıştır (AASM 2014).

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) bireyin genel uykululuk düzeyini sorgulayan bir ölçektir. Bu ölçek ile sekiz farklı günlük yaşam durumunda (kitap okurken, televizyon seyerederken, topluluk içinde sukunetle otururken, yolculuk yaparken, öğleden sonra uzanmışken, kişilerle konuşurken, öğle yemeği sonrası otururken, trafikte kısa bir süre durmuş bir arabadayken) uykuya dalma ya da uyuklama olasılığının değerlendirilmesi amaçlanır. Ölçekten elde edilen 11 puan ve üzeri puanların anlamı artan uykululuğu göstermektedir (Johns 1991, Ağargün ve ark. 1999, İzci ve ark. 2008). Bu çalışmada EUÖ uygulama öncesi puan ortalaması G grubunda (\bar{x} :12,89±3,50), K grubunda (\bar{x} :13,16±3,12)'dir. Her iki grubun da gündüz uykululuğunun olduğu görülmüştür. Gruplar uygulama öncesi puanları yönünden benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

EUÖ toplam uygulama sonrası puanı G grubunda (\bar{x} :1,74±1,65), K grubunda ise (\bar{x} :13,49±3,02)'dir. Grupların uygulama sonrası puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$). EUÖ toplam son uygulamadan bir ay sonraki puan ortalaması G grubunda (\bar{x} :2,00±1,64), K grubunda (\bar{x} :13,92±2,75)'dir. Gruplar uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanları yönünden çok ileri düzeyde anlamlı farklıdır ($p=0,000$). Bu bulgu akupresürün uygulandığı yaşlı bireylerin gündüz uykululuğu üzerindeki olumlu etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Araştırmanın bulguları doğrultusunda H3: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların uygulama sonrası uykululuk durumu, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha düşüktür doğrulanmıştır.

Grupların EUÖ toplam puanının zamansal değişimi ayrı olarak incelendiğinde; G grubundaki uygulama sonrası ve son uygulamadan bir ay sonraki puanlarındaki azalmanın (uykululuk durumundaki iyileşmenin) çok ileri düzeyde olduğu, uygulama öncesi ile karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı

olduğu ($p=0,000$) belirlenmiştir. K grubunda ise puanın zaman içinde daha da arttığı, uygulama öncesi ile son uygulamadan bir ay sonraki puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,007$). Araştırmanın bulguları doğrultusunda H4: Akupresür girişimi uygulanan yaşlıların son uygulamadan bir ay sonraki uykululuk durumu, girişim uygulanmayan yaşlılardan daha dūřüktür doğrulanmıştır.

Gündüz uykululuđu gece uykusunun kalitesiyle ters orantılıdır. Gece yeterince dinlenemeyen bedenin yeniden canlanması için bir süre enerjisini koruması olarak deđerlendirilebilir. Ancak gündüz uykululuđu dūřme ve kazalara eđilimi artırması ile sosyalizasyonu olumsuz yönde etkilemesi, bütün bunların yanında bedeninin dinlenmesine yardımcı olmaması nedeniyle dikkat edilmesi gereken önemli bir durumdur (Onen ve ark. 2013; Selvi ve ark. 2016). Dūřük kalitedeki gece uykusunun en belirgin sonucu olarak dūřünülebilir.

Akupresürün yaşlıların uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği Zheng ve ark. (2016) çalışmasında gündüz uykululuk düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Elde edilen sonuç bu çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir. Ayrıca diğer gruplarda (hemodiyaliz ve kanser hastaları) yapılan araştırmalarda gündüz uykululuk düzeyine bakılmış ve akupresürün gündüz uykululuk düzeyini azalttığı tespit edilmiştir (Fan ve ark. 2015; İster 2017). Bu çalışma diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak akupresür uygulaması yapılan yaşlı bireylerde gündüz uykululuk düzeyinin azaldığı belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı bireylere uygulanan akupresürün uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel tasarım olarak yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

-Girişim ve kontrol grubundaki yaşlıların sosyodemografik özellikler açısından benzer oldukları,

Kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde akupresür uygulaması ile;

- “Öznel uyku kalitesinin (bileşen 1)” arttığı,
- “Uykuya dalma sürecinin (uyku latansı) (bileşen 2)” kısaldığı,
- “Uyku süresinin (bileşen 3)” arttığı,
- “Alışılmış uyku etkinliğinin (bileşen 4)” düzenlendiği,
- “Uyku bozukluğunun (bileşen 5)” azaldığı,
- “Gündüz işlev bozukluğunun (bileşen 7)” azaldığı,
- PUKİ toplam puanının azalarak uyku kalitesinin arttığı,
- EUÖ puanının düştüğü ve gündüz uykululuğun azaldığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Akupresürün yaşlı bireylerde uyku bozukluklarında etkili, tamamlayıcı ve destekleyici non farmakolojik yöntemlerden biri olarak kullanılması,

Akupresür noktalarından Shenmen, Neuguan ve Sanyinjiao noktalarının uyku bozukluklarında etkin olabildiği ve kullanılması,

Akupresürün yaşlı bireylerin uyku kalitesini arttırmada hemşirelik girişimi olarak uygulanması,

Kurumda çalışan hemşirelere akupresür uygulaması eğitimleri verilerek akupresürü uyku bozukluğu olan yaşlı bireylere uygulamalarının sağlanması,

Yaşlı bireylerde uyku bozuklukları görülebilen farklı hastalık ve durumlarda akupresür uygulamasının etkinliğine bakılabilecek çalışmaların yapılması ve kanıt düzeyinin artırılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Abedian, Z., Eskandari, L., Abdi, H. ve Ebrahimzadeh, S. (2015). The effect of acupressure on sleep quality in menopausal women: A randomized control trial. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 40, 328-334.

Acar, H.V. (2015). Türk halk hekimliğinde akupunktur ve bağlantılı teknikler-acupuncture and related techniques in turkish folk medicine. *Lokman Hekim Dergisi*, 6, 10-18.

Acaroğlu, R., ve Kaya, H. (2018). NANDA International Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017. (10. Baskı). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.

Ağargün, M.Y., Kara, H. ve Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.

Ağargün, M.Y., Çilli, A.S., Kara, H., Bilici, M., Telcioğlu, M., Semiz, Ü.B. ve Başoğlu, C. (1999). Epworth uykululuk ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 261-267.

Ahtisham, Y. ve Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450.

Ahmadinezhad, M., Kargar, M., Vizeshfah, F., ve Hadianfard M.J. (2017). Comparison of the effect of acupressure and pilates-based exercises on sleep quality of postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(2), 140-146.

Ahmedov, Ş. (2015). Akupresür El Kitabı. (1. Baskı) Ankara, Spor Yayınevi ve Kitabevi.

Akbarzadeh, M., Masoudi, Z., Zare, N. ve Vaziri, F. (2015). Comparison of the effects of doula supportive care and acupressure at the BL32 point on the mother's anxiety level and delivery outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(2), 239-246.

Akça, F. ve Şahin, G. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile ortamında yaşayan yaşlıların psikolojik belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11(4), 190-199.

Akkuş, Y. ve Kapucu, S. (2008). Yaşlı bireylerde uyku sorunları. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(3), 131-135.

Akıncı, E., ve Orhan, F.Ö. (2016). Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2):178-89.

Akyar, İ. (2011). Akdemir N. Yaşlı Bireylerde uyku sorunlarının çözümünde ışık tedavisinin kullanımı. *Akad Geriatri*. 3: 71-75.

Akyar, İ. (2011). Geriatrik bireyin değerlendirilmesi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 69-71.

Alessi, C. ve Vitiello, M.V. (2015). Insomnia (primary) in older people: Non-drug treatments. *BMJ Clinical Evidence*, 13, 1-27.

Alcantara, C., Biggs, M.L., Davidson, K.W., Delaney, J.A., Jackson, C.L., Zee, P.C., Shea, S.J. ve Redline, S. (2016). Sleep disturbances and depression in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Journal of Sleep*, 39(4), 915-925.

Algın, İ.D., Akdağ, G. ve Erdiñç, O.O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 29-34.

Allah, E.S.A., Abdel-Aziz, H.R. ve El-Seoud, A.R.A. (2014). Insomnia: Prevalence, risk factors and its effects on quality of life among elderly in Zagazig city. *Egyptian Journal of Nursing Education and Practice*, 4, 52-69.

Altan Sarıkaya, N. ve Oğuz, S. (2016). Effect of passive music therapy on sleep quality in elderly nursing home residents. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 55-60.

Altınparmak, S. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3), 159-164.

American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM V). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014) The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual (3rd ed.) (ICSD-3). Darien, IL, American Academy of Sleep Medicine.

Amini, E., Goudarzi, I., Masoudi, R., Ahmadi, A. ve Momeni, A. (2016). Effect of progressive muscle relaxation and aerobic exercise on anxiety, sleep quality, and fatigue in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 8(12), 1634-1639.

Amorim, D., Amado, J., Brito, I., Fiuza, S.M., Amorim, N., Costeira, C. ve Machado, J. (2018). Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31, 31-37.

Andrews, S. ve Dempsey, B. (2007). *Acupressure and Reflexology Essentials in Acupressure*. New Jersey, USA: Wiley Publisher.

Arab, Z., Shariati, A.R., Asayesh, H., Vakili, M.A., Bahrami-Taghanaki, H. ve Azizi, A. (2016). A sham-controlled trial of acupressure on the quality of sleep and life in haemodialysis patients. *Acupuncture in Medicine*, 34(1).

Ardıç, S. (2012). Normal insan uyku. İçinde, Ardıç, S. ve Keleşoğlu, A. (Ed.), *Uyku Tıbbının Esasları*. Ankara: Atlas Kitapçılık, 1-4.

Ardıç, S., Demir, A., Uçar, Z., Fırat, H., İtıl, O., Karadeniz, D. ve Oktay, B. (2013). Prevalence and associated factors of sleep-disordered breathing in the Turkish adult population. *Sleep and Biological Rhythms*, 11, 29-39.

Arnon, Z., Steinberger, D., Attias, S., Grimberg, O., Peterfreund, I., Schiff, E. ve Keshet, Y. (2018). Nurses as boundary actors: Promoting integrative medicine in hospital wards. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31, 96-103.

Arslan, F. E. (2017) Sağlıkın değerlendirilmesi ve klinik karar verme. Akademisyen Tıp Kitapevi. 22-250

Arulat, T. (2009). Aile hekimlerinin birinci basamakta yaşlı hasta değerlendirmesindeki sorunlar. *Akademik Geriatri Kongresi*, 17-22.

Avşar, P.(2017). Virginia Henderson. Hemşirelik bakımında 14 temel gereksinimin Teorisi. İçinde A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.), Hemşirelik teorileri ve modelleri, İstanbul, Akademi Basım ve Yayıncılık.

Ayçeman, N. (2016). 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kurs Notları. *Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi*, 9-14.

Ayoub, A.I., Attia, M., El Kady, H.M. ve Ashour, A. (2014) Insomnia among community dwelling elderly in Alexandria, Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 89, 136-142.

Azri, M.A., Dahlan, A., Masuri, M.G. ve Anuar, K. (2016). Sleep quality among older persons in institutions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 234, 74-82.

Babacan Gümüş, A., Engin, E. ve Özgür, G. (2009). Bir huzurevinde yaşayan ve bilişsel bozukluğu olmayan yaşlıların uyku düzeni özelliklerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12, 138-146.

Bagheri-Nesami, M., Gorji, M. A. H., Rezaie, S., Pouresmail, Z., & Cherati, J. Y. (2015). Effect of acupressure with valerian oil 2.5% on the quality and quantity of sleep in patients with acute coronary syndrome in a cardiac intensive care unit. *Journal of traditional and complementary medicine*, 5(4), 241-247.

Bakr, I.M., El Ezz, N.F.A., Abd Elaziz, K.M., Khater, M.S. ve Fahim, H.I. (2011). Prevalence of insomnia in elderly living in geriatric homes in Cairo. *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 29(2), 53-65.

Barone, D.A. ve Krieger, A.C. (2015). The function of sleep. *AIMS Neuroscience*, 2(2), 71-90.

Basavanthappa, B.T. (2007). *Nursing Theories*. (1st ed). Yeni Delhi: India: Jaypee Publisher.

Başer, M. ve Taşçı, S. (2015). *Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*. (1. Baskı). Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi.

Bayram S, Usta E, Altınbaş Akkaş Ö (2019). Türkçe'ye uyarlanan Mini-cog testinin kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde psikometrik uygunluğu. Sözel Bildiri. 1. Uluslararası Aktif Yaşlanma ve Kuşaklar Arası Dayanışma Kongresi, İstanbul, 14 Mart, Kongre Bildiri Kitabı, ss. 31-38.

Bayramova Alankaya, N. (2015). Demografik Değişim ve Yaşlanan Nüfus. İçinde A. Karadakovan (Ed.) Yaşlı Bakımı Hemşireliği, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık; 43-60

Beğer, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25, 1-3.

Benbir, G., Demir, A.U., Aksu, M., Ardic, S., Firat, H., Itil, O., Ozgen, F. ve Yılmaz, H. (2015). Karadeniz D Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 543-552.

Bilgili, N., Kitiş, Y. ve Ayaz, S. (2012). Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(1), 81-88.

Blazer, D.G., Yaffe, K. and Liverman, C.T. (2015). Characterizing and Assessing Cognitive Aging. İçinde (Ed.) *In Cognitive Aging*. Washington DC: The National Academies Press; 31-75.

Bloom, H.G., Ahmed, I., Alessi, C.A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D.J., Kryger, M.H., Phillips, B.A., Thorpy, M.J., Vitiello, M.V. ve Zee, P.C. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 761-789.

Bonanni, E., Tognoni, G., Maestri, M., Salvati, N., Fabbrini, M., Borghetti, D., Di Coscio, E., Choub A., Sposito, R., Pagni, C., Iudice, A. ve Murri, L. (2010). Sleep disturbances in elderly subjects: An epidemiological survey in an Italian district. *Acta Neurol Scand*, 122(6), 389-397.

Borbely, A.A. (1982). A two-process model of sleep regulation. *Human Neurobiology*, 1(3), 195-204.

Borson, S., Scanlan, J.M. Brush, Vitaliano, P. ve Dokmak, A.(2000). The mini-cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1021-1027.

Borson, S., Scanlan, J.M., Chen, P. ve Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1451-1454.

Bossi, L.M., Jane Ott, M. ve De Cristofaro, S. (2008). Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 489-494.

Brown, R.E., Basheer, R., McKenna, J.T. ve ark. (2012). Control of sleep and wakefulness. *Physiological Reviews*, 92(3), 1087-1187.

Bulut, H. ve Demir, M. (2017). Nancy Roper, Winifred W Logan, Alison J Tierney, yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli, İçinde A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri*, İstanbul, Akademi Basım; 532-573.

Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. ve Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (7th ed.). Amsterdam, Hollanda: Elsevier.

Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. ve Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.

Can, G. (2014). *İç Hastalıkları Hemşireliği Hasta Bakımında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarının Yeri*. İçinde, N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 472-481.

Can, G. (2017). *İç Hastalıkları Hemşireliği Klinik Uygulama Rehberi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.

Cao, X.L., Wang, S.B., Zhong, B.L., Zhang, L., Ungvari, G.S., Ng, C.H., Chiu, H.F., Lok, G.K., Lu, J.P., Jia F.J. veXiang Y.T. (2017). The prevalence of insomnia in the general population in China: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(2).

Capezuti, E., Zadeh, R.S., Pain, K., Basara, A., Jiang, N.Z. ve Kriege, A.C. (2018). A systematic review of non-pharmacological interventions to improve nighttime sleep among residents of long-term care settings. *BMC Geriatrics*, 18(1), 143.

Ceyhan, D. ve Tasa Yiğit, T. (2016). Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 178-189.

Chaudhary, N.S., Grandner, M.A., Jackson, N.J. ve Chakravorty, S. (2016). Caffeine consumption, insomnia, and sleep duration: Results from a nationally representative sample. *Nutrition*, 32(11-12), 1193-1199.

Chen, I.H., Yeh, T.P., Yeh, Y.C., Chi, M.J., Chen, M.W., Chou, K.R., Lien, Y.Y. ve Yuan C.F. (2019). Effects of acupressure on sleep quality and psychological distress in nursing home residents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(7), 822-829.

Chen, M.L., Lin, L.C., Wu, S.C. ve Lin J.G. (1999). The effectiveness of acupressure in improving the quality of sleep of institutionalized residents. *The Journals of Gerontology*, 54(8), 389-394.

Chen, Y.W. ve Wang, H.H. (2014). The effectiveness of acupressure on relieving pain: A systematic review. *Pain Management Nursing*, 15(2), 539-550.

Chien, M.Y. ve Chen, H.C. (2015). Poor sleep quality is independently associated with physical disability in older adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(3), 225-232.

Chouchou, F., Khoury, S., Chauny, J.M., Denis, R. ve Lavigne, G.J. (2014). Postoperative sleep disruptions: A potential catalyst of acute pain? *Sleep Medicine Reviews*, 18, 273-82.

Chun, S. ve Lee, E.K. (2016) Insomnia in the elderly: Update on assessment and management, *CGS Journal of CME*, 6(1).

Cross, J.R. (2010). *The Concise Book of Acupoints*. (1st ed). Chichester, England: Lotus Publishing.

Cooke, J.R. ve Ancoli-Israel, S. (2011). Normal and abnormal sleep in the elderly. İçinde P. Montagna and S. Chokroverty (Ed.), *Handbook of clinical neurology*. 3rd Series. USA: Elsevier B.V.; 653-665.

Cooke, M., Rapchuk, I., Doi, S.A., Spooner, A., Wendt, T., Best, J., Edwards, M., O'Connell, L., McCabe, D., McDonald, J., Fraser, J., ve Rickard, C. (2015). Wrist acupressure for post-operative nausea and vomiting (WrAP): A pilot study *Complementary Therapies in Medicine*, 23(3), 372-380.

Cowmeadow, O. (2002). *Shiatsu, A Praktical Introduction*. Element Books, UK.; 149-156

Çakmak, S. ve Nural, N. (2017). Complementary and alternative medicine applications in chronic diseases. *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*, 3, 57-64.

Çevik, B. ve Taşcı, S. (2017). Akupres uygulamasının ağrı yönetimine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26(3), 257-261.

Çınar, Ş. ve Eşer, İ. (2012). Effect on sleep quality of back massage in older adults in rest home. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1),2-7.

Çınar Yücel, Ş., Eşer, İ., Khorshid, L. ve Çelik, S. (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda müziğin uyku kalitesine etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 3939-3950.

Çilingir D. ve Uzun Şahin, C. (2015). *Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavinin (TAT) Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye Etkileri, Sağlığı Koruma ve Geliştirme*. (1nd ed.). Ankara, Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım; 307-327.

Dağlar, G., Pınar, Ş.E., Sabancıoğulları, S. ve Kav, S. (2014). Sleep quality in the elderly either living at home or in a nursing home. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 6-13.

Da Silva, A. A., De Mello, R.G.B., Schaan, C.W., Fuchs, F.D., Redline, S. ve Fuchs, S.C. (2016). Sleep duration and mortality in the elderly: A systematic review with meta-analysis. *BMJ*, 6(2), 108-119.

Demir, Y. (2012). Uyku ve Uyku ile İlgili Uygulamalar. İçinde: Ay F. A (Ed). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 682-94.

Demir, A.U., Ardic, S., Fırat, H., Karadeniz D., Aksu, M., Zeren Ucar, Z., Sevim, S., Ozgen, F., Yılmaz, H., İtil, O., Peker, Y., Aygul, F., Kıran, S., Gelbal, S., Cepni, Z. ve Akozer, M. (2015). Prevalence of sleep disorders in the turkish adult population epidemiology of sleep study, *Sleep and Biological Rhythms*, 13(4), 298-308.

Demir, T. (2016). *Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması*. İstanbul, Çizge Tanıtım ve Matbaacılık.

Dikmen Y. (2013). Uyku ve Uyku ile İlgili Uygulamalar. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 686-698.

Doğan, B., Karabudak, A.Ö. ve Karabacak, E. (2012). Tamamlayıcı/alternatif tıp ve dermatoloji. *Türkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*, 46(2), 62-66.

Doğan, N. ve Taşcı, S. (2015). Akciğer kanseri hastalarında dispne ve akupres uygulaması. *Spatula DD-Peer Reviewed Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery*, 5(4), 199-205.

Durgun, H. ve Kaya H. (2018). Yaşlı bireylerde ayak banyosunun uyku kalitesine etkisi: sistematik inceleme. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(3), 189-194.

El-Gilany, A.H., Saleh, N., Mohamed, H. ve Elsayed, E. (2017). Prevalence of insomnia and its associated factors among rural elderly: A community-based study. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 6(1), 56-62.

Engin, E. ve Ergün, G. (2014). Uyku ve Uyku Bozuklukları. İçinde E. Engin (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 519-528.

Erdemir, F. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (13. Baskı). Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.11-17.

Erdemir, F., Kav, S., ve Akman Yılmaz, A. (2017). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Altıncı Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.75/516-517.

Erdöl, H.Ş. (2014). Uyku. İçinde, T. Aştı Atabek, A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 1100-1113.

Ertuğrul, A. ve Rezaki, M. (2004). Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 300-308.

Esenyel, C. (2012) *Edirne Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Edirne.

Espana, R.A. ve Scammell, T.E. (2011). Sleep neurobiology from a clinical perspective. *Sleep*, 34(7), 845-58.

Fadıloğlu, Ç., İlkbay, Y. ve Yıldırım, Y. (2006). Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3), 165-169.

Fage, B.A., Chan, C.C., Gill, S.S., Noel-Storr, A.H., Herrmann, N., Smailagic, N., et al. (2015). Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a community setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3,2, CD010860. s:1-35.

Fan, C.I., Huang, H.L, Chen, Y.R., Hu, L.S., Tasi, S.H. ve Hung, S.H. (2015). The efficacy of using an auricular acupressure program to improve sleep disturbance in cancer patients. *Journal of Nursing & Healthcare Research*, 11(1), 3-12.

Foley, D.J., Monjan, A.A., Brown, S.L., Simonsick, E.M., Wallace, R.B. ve Blazer, D.G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18, 425-432.

Ford, E.S., Cunningham, T.J., Giles, W.H. ve Croft, JB. (2015). Trends in insomnia and excessive daytime sleepiness among U.S. adults from 2002 to 2012. *Sleep Medicine*, 16(3), 372-378.

Fung, C.H., Vitiello, M.V., Alessi, C.A. ve Kuchel, G.A. (2016). Report and research agenda of the American Geriatrics Society and National Institute on Aging bedside-to-bench conference on sleep, circadian rhythms, and aging: new avenues for improving brain health, physical health, and functioning. *Journal of The American Geriatric Society*, 64(12), 238-47.

Gambhir, I.S., Chakrabarti, S.S., Sharma, A.R. ve Saran, D.P. (2014) Insomnia in the elderly-A hospital based study from North India. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5(4), 117-121.

Gao, D., (1997). Chinese Medicine. The Complete Guide to Acupressure, Acupuncture, Chinese Herbal Medicine, Food Cures, Qi Gong. Thunders Mouth Press, USA, s:146-176

Gedik, G. (2015). *Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesinde Mini-Cog Testinin Minimal Teste Göre Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Genç, S. ve Dikmen, N. (2017). Yeni uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-3): ICSD-3 ile uykuda solunum bozuklukları sınıflamasındaki değişiklikler. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(31), 23-31.

Gooneratte, N. S. (2008). Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24: 121-138.

Gordon, M. (2008). Assess Notes: Nursing Assessment & Diagnostic Reasoning, F.A. Davis Company; 1st edition.

Gouyan, G. ve Naigang, L.Z. (2013). *Pocket Handbook of Particularly Effective Acupoints For Common Conditions Illustrated in Color*. (2nd ed.). London, UK: Singing Dragon.

Gökçe Kutsal, Y. (2015). Geriatrik Bilimler. İçinde *Hekim Gözüyle Yaşlılık Olgusu ve Algısı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi GEBAM Yayınları; 24-35.

Göktaş, K. ve Özkan, İ. (2006). Sleep disorders in the elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9, 226-233.

Gundersen, K. (2018). Non-Pharmacological Treatment Options for Quality Sleep in Elderly. <https://commons.und.edu/nurs-capstones/94>

Gündüz, E., Eskin, F., Gündüz, M., Bentli, R., Selçuk, E.B., Zengin, Y., İçer, M., Dursun, M., Durgun, H.M., Güllü, M.N., Gürbüz, H., Yeşil, Y. Ve Güloğlu, C. (2015). Effects of sleep quality, income level and comorbid conditions on quality of life in a Turkish elderly population: A multicentre study. *Turkish Journal of Geriatrics*, 18(2), 136-42.

Guyton, C.A. ve Hall, E.J. (2006). Tıbbı Fizyoloji. İçinde H. Çavuşoğlu (Ed.). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 689-691.

Güler, G., Güler, N. ve Kocataş, S. (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri Health care needs of elderly. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 367-373.

Günaydın, N. (2014). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 33-40.

Gürhan, N., Görgülü Polat, Ü., Eren Fidancı, F. (2019). Hemşirelik Tanıları El kitabı, Onbirinci Baskı, Ankara, Nobel Tıp kitapevi s: 544-546, 811-819.

Hablemitoğlu, Ş. ve Özmete, E. (2010). *Yaşlı Refahı: Yaşlılar için Sosyal Hizmet*. Ankara, Kilit Yayınları.

Hadadian, F., Sohrabi, N., Farokhpayam, M., Farokhpayam, H., Towhidi, F., Fayazi, S., Soroush, A. ve Abdi, A. (2016). The effects of transcutaneous electrical acupoint stimulation (TEAS) on fatigue in haemodialysis patients. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(9), YC01.

Hakverdioğlu, G. ve Türk, G. (2006). Acupressure. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 43-47.

Hanönü, E. (2017). Florence Nightingale çevre teorisi, İçinde A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.), Hemşirelik teorileri ve modelleri, İstanbul, Akademi Basım ve Yayıncılık, s:96-120.

Harris, P.E., Cooper, K.L., Relton, C. ve Thomas, K.J. (2012). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: A systematic review and update. *International Journal of Clinical Practice*, 66(10), 924-39.

Hauri, P. (2011). A publication of the National Sleep Foundation Erişim: 20.08.2019. <https://www.sleepfoundation.org/for-professionals>.

Herdman, E.A. (2007). Complementary and alternative medicine and nursing. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4(2), 2-3.

Hernandez, A.B. ve Feinsilver, S.H. (2016). Sleep in The Elderly: Normal and Abnormal. İçinde S.R. Pandi-Perumal (Ed.), *Synopsis of Sleep Medicine*. Waretown: Apple Academic Press; 421-442.

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, M. S, et al. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*, 1(4), 233-243.

Hmwe, N.T.T., Subramaniam, P. ve Tan, L.P. (2016). Effectiveness of acupressure in promoting sleep quality: A systematic review of randomized controlled trials. *Holistic Nursing Practice*, 30(5), 283-293.

Holland, K., Jenkins, J., Solomon, J. ve Whittam, S. (2008). Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice. 2nd Ed. Londra: Churchill Livingstone.

Honma, K., Hikosaka, M. ve Mochizuki, K. (2016). Loss of circadian rhythm of circulating insulin concentration induced by high-fat diet intake is associated with disrupted rhythmic expression of circadian clock genes in the liver. *Metabolism*, 65, 482- 491.

https://tcmstudent.com/study_tools/Cun%20Measurements.html (Erişim Tarihi: 12.02.2019).

<https://healthy-ojas.com/sleep/insomnia-sleep-acupressure.html> (Erişim Tarihi: 12.02.2019).

<https://internalartsinternational.com/member/ma-dan-yang-acupuncture-the-12-miraculous-points-part-11/> (Erişim tarihi 07.08.2019).

http://bigtreehealing.com/wp-content/uploads/2013/06/HT_7.jpg (Erişim tarihi: 07.08.2019).

<http://innerpath.com.au/acupuncture/channels/channelpc/PC3-7.jpg>
(Erişim tarihi: 07.08.2019).

<https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S1701216316394646-gr1.jpg>
(Erişim tarihi 07.08.2019).

<http://angelabellacupuncture.com/wp-content/uploads/2018/03/spleen6.jpg>
(Erişim tarihi 07.08.2019).

https://www.researchgate.net/profile/Sedigheh_Kamali/publication/235757011/figure/fig2/AS:202795308326913@1425361577059/Location-of-Sanyinjiao-point.png
(Erişim tarihi 07.08.2019).

Ilgaz, A. ve Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.

İster, E.D. (2017). Hemodiyaliz hastalarına uygulanan akupresurun gündüz uyukluluk düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi.

İtil O. (2008). Uyku Bozuklukları Sınıflaması. İçinde *Türk Toraks Derneği Okulu 11. Yıllık Kongre Kursları*. Ankara: Poyraz Tıbbi Yayıncılık; 423-427.

İzci, B., Ardic, S., Firat, H., Sahin, A., Altinors, M., ve Karacan, I. (2008). Relability and validty studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath, 12*, 161-168.

Jarmey, C., ve Tindall, J. (1991). Acupressure for Common Ailments. Gaia Books, s: 13-32.

Jaussent, I., Dauvilliers, Y., Ancelin, M.L., Dartigues, J.F., Tavernier, B., Touchon, J., Ritchie, K. ve Besset, A. (2011). Insomnia symptoms in older adults: Associated factors and gender differences. *The American Journal Geriatric Psychiatry, 19*(1), 88-97.

Johns, M.W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep, 14*(6), 540-545.

Joshi, S. (2008). Nonpharmacologic therapy for insomnia in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine, 24*(1), 107-119.

Karadağ, H. (2016). İnomniada Bilişsel ve Farmakolojik Tedaviler, *Journal of Turkish Sleep Medicine, 3*(1), 11-11.

Karadakovan A. (2010). Yaşlılık ve Bakım. İçinde Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (Ed.). Adana: Nobel Kitabevi Yayın; 113-139.

Karadakovan, A. (2014). Yaşlılığa Genel Bakış ve Yaşlı Bireyin Sağlık ve Temel Gereksinimleri, Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi.

Karadeniz, G. (2008). Uyku, Dinlenme ve Hemşirelik Yaklaşımları. İçinde *Geriatric Hemşireliği. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. Ankara: Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama; 70-86.

Karagözoğlu, S. ve Bingöl, N. (2008). Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nursing Outlook, 56*(6), 298-307.

Karagül, B., Oral, H., Şener, R. ve Yılmaz Küsbeci, Ö. (2011). Afyon bölgesindeki geriatric bireylerde uyku bozukluklarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics, 14*(4), 337-343.

Karahan, A. ve Kav, S. (2019). Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı, 10. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 323-328.

Karakaş, S., Gönültaş, N. ve Okanlı, A. (2017). Vardiyali çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(1), 17-26.

Karayağız, M. ve Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51*(1), 62-67.

Kaymak, S.U., Peker, S., Cankurtaran, E.Ş. ve Songür, A.H. (2010). Yaşlılarda uyku sorunları. *Akademik Geriatri Dergisi, 2*, 61-70.

Keser Özcan, N. (2008) Uyku ve Uyku Sorunları Olan Hastanın Bakımı. İçinde Akça Ay (Ed.), *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. (2. Baskı). İstanbul: Medikal Yayıncılık; 410-420.

Keskin, N. ve Tamam, L. (2018). Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. *Archives Medical Review Journal, 27*(2), 241-260.

Khorshid, L. ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 124-130.

Kılıç, Z. ve Şentürk, A. (2015). Görüş S Kronik hastalığı olan bireylerde uyku sorunlarında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı. *Spatula DD*, 5(2), 69-77.

Kızıllıslanoğlu, M.C. ve Cankurtaran, M. (2015). Yaşlılarda uyku bozuklukları tedavisine akılcı yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*, 1(1), 56-64.

Kim, W.H., Kim, B.S., Kim, S.K., Chang, S.M., Lee, D.W., Cho, M.J. ve Bae, J.N. (2013). Prevalence of insomnia and associated factors in a community sample of elderly individuals in South Korea. *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1729-1737.

Ko, Y.L., Lin, S.C. ve Lin, P.C. (2016). Effect of auricular acupressure for postpartum insomnia: an uncontrolled clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 332-339.

Koç Özkan, T. ve Balcı, S. (2018). Çocuklarda ağrı kontrolünde akupresür kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 234-239.

Komşu, U. (2014). Yaşlılık, yaşlı nüfusun sorunları ve yetişkin eğitimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 370-389.

Korkmaz Arslan, G. (2017). Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi. İçinde S. Ayaz Alkaya (Ed.), *Sağlığın Geliştirilmesi*. Ankara: Hedef CS Yayıncılık; 284-295.

Kovich, F. (2018). A new definition of an acupuncture meridian. *Journal of Acupuncture Meridian Studies*, 12(1), 37-41.

Köktürk, O. (2013). Uyku Kayıtlarının Skorlanması. *Solunum*, 15(2), 14-29.

Köse, E. ve Aslan, D. (2013). Uyku ve sağlık: Halk sağlığı bakış açısı. *Sağlık ve Toplum*, 23(1), 12-20.

Krishnan, V. ve Collop, N.A. (2006). Gender differences in sleep disorders. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 12(6), 383-389.

Kurt, G., Yücel Beyaztaş, F. ve Erkol, Z. (2010). Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2), 32-39.

Kwon, C. ve Lee, B. (2018). Clinical effects of acupressure on nakchim: A systematic review. *Integrative Medicine Research*, 7(3), 12-25.

Kumar, J.V.R. ve Uma, M. (2015). Effectiveness of acupressure on improving the quality of sleep among cancer patients. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(4), 513-517.

Lai, F.C., Chen, I.H., Chen, P.J., Chen, I.J., Chien, H.W. ve Yuan, C.F. (2017). Acupressure, sleep, and quality of life in institutionalized older adults: A randomized controlled trial. *Journal of The American Geriatric Society*, 65(5), 103-108.

Landry, G.J., Best, J.R. ve Liu-Ambrose, T. (2015). Measuring sleep quality in older adults: a comparison using subjective and objective methods. *Front Aging Neurosci*, 7: 166.

Li, J., Yao, Y.S., Dong, Q., Dong, Y.H., Liu, J.J., Yang, L.S. ve Huang F. (2013). Characterization and factors associated with sleep quality among rural elderly in China. *Archives Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 237-243.

Li, J., Vitiello, M. ve Gooneratne, N. (2018). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), 1-11.

Lie, J.D., Tu, K.N., Shen, D.D. ve Wong, B.M. (2015). Pharmacological treatment of insomnia pharmacy and therapeutics. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(11), 759- 771.

López-Torres, H.J., Navarro, B.B., Párraga, M.I., Andrés, P.F., Téllez, L.J. ve Gras, B.C. (2011). Understanding insomnia in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(10), 1086-1093.

Lozano, F. (2014). Basic theories of traditional Chinese medicine. İçinde Anonymous (Ed.), *Acupuncture for Pain Management*. Berlin, Almanya: Springer; 13-43.

Lyman, H.M. (2013). *Insomnia and Other Disorders of Sleep*. Chicago: R. Donnelley & Sons Printers.

MacLeod, S., Musich, S., Kraemer, S. ve Wicker, E. (2018). Practical non-pharmacological intervention approaches for sleep problems among older adults. *Geriatric Nursing*, 39(5), 506-512.

Marasinghe, C. (2014). Sleep disorders in elderly. *Journal of the Ceylon College of Physicians*, 43(1-2), 37-40.

McEwen, M. ve Wills, E.M. (2011) *Theoretical Basis for Nursing*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Meadows, R. ve Arber, S. (2012). Understanding sleep among couples: Gender and the social patterning of sleep maintenance among younger and older couples. *Longitudinal and Life Course Studies*, 3(1), 66-79.

Mehta, P., Dhapte, V., Kadam, S. ve Dhapte, V. (2017). Contemporary acupressure therapy: Adroit cure for painless recovery of therapeutic ailments. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 7, 251-263.

Miyata, S., Noda, A., Iwamoto, K., Kawano, N., Okuda, M. ve Ozaki, N. (2013). Poor sleep quality impairs cognitive performance in older adults. *Journal of Sleep Research*, 22(5), 535-541.

Mollahaliloğlu, S., Uğurlu F.G., Kalaycı, M.Z. ve Öztaş, D. (2015). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. *Ankara Medical Journal*, 15(2),102-105.

Montgomery, P. ve Dennis, J. (2004). A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Medicine Reviews*, 8(1), 47-62.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. ve Maas, M.L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. (6th Ed.). Amsterdam, Hollanda: Elsevier.

Moquin, B., Blackman, M.R., Mitty, E. ve Flores, S. (2009). Complementary and Alternative Medicine (CAM). *Geriatric Nursing*, 30, 196-203.

Morin, C.M., Leblanc, M. ve Daley, M. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalance, self-help treatments and consultation initiated, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7, 123-130.

Mousavi, F., Tavabi, A.A., Iran-Pour, E., Tabatabaei, R. ve Golestan, B. (2012). Prevalence and associated factors of insomnia syndrome in the elderly residing in kahrizak nursing home, Tehran, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 41(1), 96-106.

Movahedi, M., Ghafari, S., Nazari, F. ve Valiani, M. (2017). The effect of acupressure on fatigue among female nurses with chronic back pain. *Applied Nursing Research*, 36, 111-114.

Mucuk, S. ve Ceyhan, Ö. (2015). Akupres. İçinde M. Başer ve S. Taşçı (Ed.), *Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*. (1. Baskı). Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi; 205-210.

Mukku, S.S.R., Harbissettar, V. ve Sivakumar, P.T. (2018). Insomnia in elderly: A neglected epidemic. *Journal of Geriatric Mental Health*, 5, 84-93.

National Center for Complementary and Integrative Health – NIH <https://nccih.nih.gov>. (Erişim Tarihi. 02.02.2019)

Neikrug, A.B. ve Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep disorders in the older adult-a mini-review. *Gerontology*, 56(2), 181-189.

Nesami, M.B., Heidari Gorji, M.A., Rezaie, S., Pouresmail, Z. ve Cherati, J.Y. (2015). Effect of acupressure with valerian oil 2.5% on the quality and quantity of sleep in patients with acute coronary syndrome in a cardiac intensive care unit. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 5(4), 241-247.

Ogan, N. ve Baha, A. (2017). Geriatrik olgularda uyku bozuklukları. *Turkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*. 10, 215-22

Ogunbode, A.M., Adebusoye, L.A., Olowookere, O.O., Owolabi, M. ve Ogunniyi, A. (2014). Factors associated with insomnia among elderly patients attending a geriatric centre in Nigeria. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2014, 1-10.

Ohashi, W. (2001). Do-it Yourself Shiatsu. Penguin Compass, New York, 23-48

Ohayon, M., Wickwire, E.M., Hirshkowitz, M., Albert, S.M., Avidan, A. ve Daly, F.J. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: First report. *Sleep Health*, 3(1), 6-19.

Onen, F., Moreau, T., Gooneratne, N.S., Petit, C., Falissard, B. ve Onen, S.H. (2013). Limits of the Epworth Sleepiness Scale in older adults. *Sleep Breath*, 17(1), 343-50.

Ovayolu, Ö. ve Ovayolu, N. (2017). Geriatrik hematolojik malignansilerde akupresör ve yorgunluk. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4, 69-78.

Önal, A. E., Şeker, Ş., Temizkan, N., Kaya, İ., Tezoğlu, C., Önelge Gür, S., ve Güngör, G. (2012). Yaşlılıkta uyku sorunları ve ilgili Ffaktörler: +65 aktif yaşlanma projesi sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15, 390-395.

Özdağ, N., Mollahaliloğlu, S., Öztaş, D., ve Güzeldemirci, G.B. (2015). Ağrı tedavisinde akupunkturun yeri. *Ankara Medical Journal*, 15: 249-253.

Özdelikara, A. ve Arslan, B. (2017). Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 218-223.

Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2017). Yorgunluk yaşayan kanserli bireylerde bütünlük sağlığı uygulaması: Akupres. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26(3), 253-256.

Özgür, G. ve Baysan, L. (2005). Yaşlılarda uyku sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), 97-105.

Özkan, T.K. ve Balcı S. (2018). Çocuklarda ağrı kontrolünde akupresür kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 234-239.

Özol, D. ve Özvurmaz, S. (2018). Yaşlı Hastalarda Uyku ve Uyku Bozuklukları, A. Ertürk, A. Bahadır ve F. Koşar (Ed.) Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları. İstanbul: TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi; 345-355.

Özşar, L. (2017). *Akupresör ya da İğnesiz Akupunktur*. (2. Basım). İstanbul, Biblos Kitabevi/Yayımları.

Özvurmaz, S., Asgarpour, H. ve Güneş, Z. (2018). Yaşlılarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki: Kesitsel bir çalışma, *Medical Sciences*, 13(3): 72-79.

Özvurmaz, S. ve Özal, D. (2018). Yaşlı Hastalarda Uyku ve Uyku Bozuklukları. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 313-322.

Paparrigopoulos, T., Tzavara, C., Theleritis, C., Psarros, C., Soldatos, C. ve Tountas, Y. (2010). Insomnia and its correlates in a representative sample of the Greek population. *Biomed Central Public Health*, 10, 121-128.

Patel, D., Steinberg, J. ve Patel, P. (2018). Insomnia in the elderly: A review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(6), 1017-1024.

Pehlivan, S. ve Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanınması, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 385-395.

Pektetin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. (1. Baskı). İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.

Picarsic, J.L., Glynn, N.W., Taylor, C.A., Katula, J.A., Goldman, S.A., Studenski, S.A. ve Newman, M.A. (2008). Self-Reported napping and duration and quality of sleep in the lifestyle interventions and independence for elders pilot study. *Journal of The American Geriatrics Society*, 56(9), 1674-1680.

Potter, A.P. ve Perry, A.G. (2003). *Basic Nursing Essential for Practice* 5th Ed. England: Mosby; 689-706.

Praharaj, S.K., Gupta, R. ve Gaur, N. (2018). Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 383-396.

Rawtaer, I., Mahendran, R., Chan, H.Y., Lei, F. ve Kua, E.H. (2017). A nonpharmacological approach to improve sleep quality in older adults. *Asia-Pacific Psychiatry*, 10(2), 1-5.

Resmî Gazete (2014). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği., 29158. Erişim: 09.12.2018. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.html>.

Reza, H., Kian, N., Pouresmail, Z., Masood, K., Sadat Seyed Bagher, M. ve Cheraghi, M.A. (2010). The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16, 81-85.

Rezaepandari, I.H., Morowatisharifabad, M.A., Hashemi, S.J., ve Bahrevar, V. (2015). Sleep quality among older adults in Mehriz-Yazd Province. *Elderly Health Journal*, 1(1), 5-11.

Rindahl, K., Pinzon-Perez, H. ve Castle, G. (2016). Manipulative and Body-Based Practices. (H. Pinzón-Pérez ve M.A. Pérez), *Complementary, Alternative, and Integrative Health: A Multicultural Perspective*. New Jersey, USA: John Wiley&Sons, Incorporated; 94-101.

Rodakowski, J., Saghafi E., Butters M.A. and Skidmore E.R. (2015). Nonpharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: An updated scoping review. *Molecular Aspects of Medicine*, 43(44), 38-53.

Rodriguez, J.C., Dzierzewski, J.M. ve Alessi, C.A. (2015). Sleep problems in the elderly. *Medical Clinics of North America*, 99(2), 431-439.

Roehrs, T., ve Roth, T. (2012). Insomnia pharmacotherapy. *Neurotherapeutics*, 9(4), 728-738.

Roland, N. (2011). *Sleep disturbance among elderly people in Nursing home: A nonpharmacological approach*. Erişim: 29.11.2012. Helsinki: Arcada University, Human Ageing and Elderly Services.

Rosso, A.L., Studenski, S.A., Chen, W.G., Aizenstein, H. J., Alexander, N.B., Bennett, D.A., Black, S.E., Camicioli, R., Carlson, M.C., Ferrucci, L., Guralnick, J.M., Hausdorff, J.M., Kaye, J., Launer, L.J., Lipsitz, L.A., Verghese, J. ve Rosano, C. (2013). Aging, the central nervous system, and mobility. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(11), 1379- 1386.

Sabouhi, F., Kalani, L., Valiani, M., Mortazavi, M. ve Bemanian, M. (2013). Effect of acupressure on fatigue in patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research*, 18(6): 429-434.

Sagayadevan, V., Abdin, E., Binte Shafie B., Jeyagurunathan, A., Sambasivam, R., Zhang, Y., Picco, L., Vaingankar, J., Chong, S.A. ve Subramaniam. (2016). Prevalence and correlates of sleep problems among elderly Singaporeans. *Psychogeriatrics*, 17(1), 43-51.

Sağlık Bakanlığı. (2014). Sağlık Bakanlığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği. Erişim: 09.12.2018, <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8461/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamalari-yonetmeli.html>.

Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020. 960. Erişim: 09.12.2018. <https://sbu.saglik.gov.tr/>

Sakamoto, R., Okumiya, K., Norboo, T., Tsering, N., Yamaguchi, T., Nose, M., Tsukihara, T., Ishikawa, M., Nakajima, S., Wada, T., Fujisawa, M., Imai, H., Ishimoto, Y., Kimura, Y., Fukutomi, E. Chen, W., Otsuka, K. ve Matsubayashi, K. (2017). Sleep quality among elderly high-altitude dwellers in Ladakh. *Psychiatry Research*, 249, 51-57.

Samadi, P., Alipour, Z. ve Lamyian, M. (2018). The effect of acupressure at spleen 6 acupuncture point on the anxiety level and sedative and analgesics consumption of women during labor: A randomized, single-blind clinical trial. *Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research*, 23(2), 87-92.

Samancı Tekin, Ç. ve Kara, F. (2018). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel araştırmalar Dergisi*, 3(1), 219-229.

Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders. *Chest Journal*, 146(5), 1387-1394.

Sateia, M.J., Buysse, D.J., Krystal, A.D. ve Heald, J.L. (2017). Clinical Practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of sleep medicine clinical practice guideline. *Journal Of Clinical Sleep Medicine*, 13(2), 307-349.

Scanlan, J., ve Borson, S. (2001). The Mini- Cog: receiver operating characteristics with expert and naïve rates. *International Journal of geriatric psychiatry*, 16(2), 216-222.

Schroek, J.L., Ford, J., Conway, E.L., Kurtzhals, K.E., Gee, M.E., Vollmer, K.A. ve Mergenhagen, K.A. (2016). Review of safety and efficacy of sleep medicines in older adults, *Clinical Therapeutics*, 38(11), 2340-2372.

Selvi, Y., Kandeğer, Y. ve Sayın, A.A. (2016). Gündüz Aşırı Uykululuğu Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 8(2), 114-132.

Shahar, S., Hassan, J., Sundar, V.V., Kong, A.Y., Ping Chin, S., Ahmad, S.A. ve Lee, L.K. (2011). Determinants of depression and insomnia among elderly among institutionalized elderly people in Malaysia. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(3), 188-195.

Shrestha, S., Roka, T., Shrestha, S. ve Shakya, S. (2017). Prevalence and contributing factors of insomnia among elderly of pashupati old aged home (Bridhashram). *Mathews Journal of Psychiatry and Mental Health*, 2(2), 1-10.

Silva, J., Truzzi, A., Schaustz, F., Barros, R., Santos, M. ve Laks, J. (2017). Impact of insomnia on self-perceived health in the elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75(5), 277-281.

Simoncini, M., Gatti, A., Quirico, P.E., Balla, S., Capellero, B., Obialero, R., D’Agostino, S., Sandri, N. ve Pernigotti, L.M. (2015). Acupressure in insomnia and other sleep disorders in elderly institutionalized patients suffering from alzheimer’s disease. *Aging Clinical and Experimental Research*, 27(1), 37-42.

Sitzman, K. ve Eichelberger, L.W. (2004). Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning. Boston, USA: Jones & Bartlett; 63-66.

Sleep Cycles and Sleep Patterns - <https://www.sleepcouncil.org.uk> > sleep-hub > sleep-cy The Sleep Council (Erişim Tarihi: 12.02.2019).

Song, H.J., Seo, H.J., Lee, H., Son, H., Choi, S.M. ve Lee, S. (2015). Effect of self-acupressure for symptom management: a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(1), 68-78.

Sorathia, L.T. ve Ghorı, U.K. (2016). Sleep disorders in the elderly, *Current Geriatrics Reports*, 5(2).

Soygüden, A. ve Cerit, E. (2015). Yaşlılar için egzersiz uygulamalarının önemi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 197-224.

Stefan, L., Vrgoč, G., Rupčić, T., Sporiš, G. ve Sekulić, D. (2018). Sleep duration and sleep quality are associated with physical activity in elderly people living in nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11).

Stranges, S., Tigbe, W., Gómez-Olivé, F.X., Thorogood, M. ve Kandala, N.B. (2012). Sleep problems: An emerging global epidemic? Findings from the INDEPTH WHO-SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. *Sleep*, 35(8), 1173-1181.

Sun, J.L., Sung, M.S., Huang, M.Y., Cheng, G. ve Lin, C.C. (2010). Effectiveness of acupressure for residents of long-term care facilities with insomnia: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 798-805.

Suzuki, K., Miyamoto, M. ve Hirata, K. (2017). Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 18, 61-71.

Şahin, L. ve Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 93-98.

Şenol, S. ve Karadağ, A. (2019). Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler ve Sonuçlar. İçinde Anonim (Ed.), *Dahiliye ve Cerrahi Bakım Planları Yaşlı Bakımı Akademisi*. (1. Baskı). İstanbul, Basın ve Yayıncılık; 126-146.

Şenol, V., Soyuer, F. ve Şenol, P.N. (2013). Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesinin Pittsburgh, Epworth ve Sabahçıl-Akşamcıl Anketi Ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 16(1), 60-68.

Şenol, V., Soyuer, F. ve Argün, M. (2013). Quality of life of elderly nursing home residents and its correlates in Kayseri. A descriptive-analytical design: A cross-sectional study. *Health*, 5(2), 212-221.

Şimşek, A., Girgin, E., Lale, H. ve Güngör, Z. (2016). Yaşlılık Döneminde Beslenme. İçinde E. Göksu Şeker (Ed.), *Yaşlılık, Hastalıkları ve Beslenme*. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi; 31-54.

Talaz, D. ve Kızılcı, S. (2015). Tip 2 Diyabet riski ve hastalık sürecinde uykunun rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3), 203-208.

Taşçı, S. (2015). Transcultural Nursing and complementary/alternative treatment. *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*, 3, 34-40.

Tel, H. (2013). Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 19(1), 48-52.

Tezel Filik, İ. (2011). Yaşlıda Düzenli Uyku ve Uyku Bozuklukları. İçinde Ş.B. Özvarış, D. Aslan (Ed.), *Yaşlı Sağlığı Modülleri-Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi*. Ankara, Anıl Matbaacılık; 85-98.

Timalsina, R. (2017). Factors associated with insomnia among elderly of a selected community of lalitpur. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 6(2), 410-417.

Tomey, A.M. ve Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and Their Works*. (6th ed.). ABD: Mosby.

Tosun Taşar, P. ve Şahin, S. (2017). Yaşlıda uyku bozuklukları ve uyku bozukluklarında tedavi, *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*, 3(2),104-109.

Trevorrow, T. (2010). Assessing sleep problems of older adults. İçinde P.A. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology*. 2nd Edition. USA: Elsevier Academic Press; 405-426.

Tsou, M.T. (2013). Prevalence and risk factors for insomnia in community-dwelling elderly in northern Taiwan. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 4(3), 75-79.

Türk Toraks Derneği. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Polisomnografi Dışı Tanı Yöntemleri-Anketler. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2811201293350-3032.pdf>. Erişim tarihi:10.12.2018

Türkiye İstatistik Kurumu (2018). TÜİK istatistiklerle yaşlılar, **30699**. Erişim: 18.03.2019. www.tuik.gov.tr

Tuncel D. ve Orhan, F.Ö. (2010). Geriatrik sorunlar: Uyku Sorunları. *GeroFam*, 1(3), 1-24.

Tufan, A. ve Bahat, G. (2017). Yaşlıda uyku bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics*, 3(1), 58-61.

Turan, N., Öztürk, A. ve Kaya, N. (2010). Hemsirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 93-98.

Tülek, Z. (2014). Yaşlı Sağlığı. İçinde, N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri; 461-471

Türk, G. (2017). Marjory Gordon Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, İçinde A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri*, Akademi Basım, s:604-618.

United Nations. (2015a). Department of Economic and Social Affairs, population division. World population prospects: The 2015 revision, custom data acquired via website. Erişim: 26.08.2018. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

United Nations. (2015b) Department of Economic and Social Affairs, Population Division World Population Ageing 2015 Erişim: 06 Şubat 2018, (ST/ESA/SER.A/390).

Ünal, K.S., Gözüyeşil, E. ve Tar, E. (2019). Üniversite öğrencilerinde uykusuzluk, yorgunluk ve ağrıda kullanılan tamamlayıcı ve alternatif yöntemler. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 602-611.

Ünalan, D., Soyuer, F. ve Elmalı, F. (2012). Evaluation of the attitudes of the geriatric care center workers towards elderly patients. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 2(3), 115-120.

Üstün, Y. ve Çınar Yücel, Ş. (2011). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 29-38.

Van de Straat V. ve Bracke P.F. (2015). How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. *International Journal of Public Health*, 60(6), 643-650.

Vardar, S. (2005). Egzersiz ve uyku ilişkisi tam olarak biliniyor mu?. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 173-177.

Venkatapuram, S., Ehni, H.J. ve Saxena, A. (2017). Equity and healthy ageing. *Bulletin of The World Health Organization*, 95, 791-792.

Vitiello, M.V. (2009). Sleep and circadian rhythm disorders in human aging and dementia. İçinde L.R. Squire (Ed.), *Encyclopedia of neuroscience*. USA: Elsevier Academic Press; 887-893.

Vyazovskiy, V.V. ve Delogu, A. (2014). NREM and REM Sleep: Complementary roles in recovery after wakefulness. *The Neuroscientist*, 20(3), 203-219.

Wagner, J. (2015). Incorporating acupressure into nursing practice. *The American Journal of Nursing*, 115(12), 40-45.

Waits, A., Tang, Y.R., Cheng, H.M., Tai, C.J. ve Chien, L.Y. (2018). Acupressure effect on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 37, 24-34.

Weiss Farnan., P. (2014). Acupprecure. İçinde R. Lindquist, M. Snyder, M.F. Tracy (Ed.), *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. (7th ed.). New York, USA: Springer Publishing Company; 441-458.

World Health Organization (2002). Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trial. Erişim: 01.02.2019. <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=93&codcch=196>.

World Health Organization (2013). Traditional Medicine Strategy, 2014-2023, World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/

World Health Organization (2015), World Report on ageing and health, Erişim: 01.02.2019. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.

Wong, W.K., Chien, W.T. ve Lee, W.M. (2015). Self-administered acupressure for treating adult psychiatric patients with constipation: a randomized controlled trial. *Chinese Medicine*, 10(32), 2-10.

Wu, C.Y., Su, T.P., Fang, C.L. ve Chang, M.Y. (2012). Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *Journal of The Chinese Medical Association*, 75(2), 75-80.

Xu, Y., Guo, Y., Song, Y., Zhang, K., Zhang, Y., Li, Q., Hong, S., Liu, Y. ve Guo Y. (2018). A new theory for acupuncture: promoting robust regulation. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 11(1), 39-43.

Yazgan P. (2009). Yaşlıda uyku sorunu, Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 55(Özel Sayı 2), 67-68.

Yeh, C. H., Kwai-Ping Suen, L., Chien, L. C., Margolis, L., Liang, Z., Glick, R. M., & Morone, N. E. (2015). Day-to-day changes of auricular point acupressure to manage chronic low back pain: a 29-day randomized controlled study. *Pain Medicine*, *16*(10), 1857-1869.

Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *10*(52), 1278-1287.

Yetkin, S. ve Aydın, H. (2014). Bir semptom ve bir hastalık olarak uykusuzluk. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, *1*, 1-8.

Yeung, W.F., Ho, F.Y., Chung, K.F., Zhang, Z.J., Yu, B.Y., Suen, L.K., Chan, L.Y., Chen, H.Y., Ho, L.M ve L.X. (2018). Self-administered acupressure for insomnia disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Sleep Research*, *27*(2), 220-31.

Yılmaz, H., Kısabay, A., Akyıldız, U.O. ve Bakar, E.E. (2014). İnsomni. İçinde. Yılmaz ve Tuncel (Ed.), *Uyku Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Rehberi*. 2-36.

Yılmaz, A. (2013). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler. İçinde M. Altındış (Ed.), *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı*. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi; 1-8.

Yu, J., Rawtaer, I., Fam, J., Jiang, M.J., Feng, L., Kua, E.H. ve Mahendran, R. (2016). Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population. *Psychogeriatrics*, *16*(3), 191-195.

Yüksel Deniz, S. (2014). *Hastanede yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

YÖK tez tarama, <https://tez.yok.gov.tr>. Erişim Tarihi: 13.02.2019.

Zeng, H., Liu, M., Wang, P., Kang, J., Lu, F. ve Pan, L. (2016). The effects of acupressure training on sleep quality and cognitive function of older adults: A 1-year randomized controlled trial. *Research in Nursing & Health*, *39*, 328-336.

Zengin, N. (2015). Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hastalarda uyku sorunları ve çözüm önerileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, *19*(2), 80-87.

Zheng, C.H., Zhang, M.M., Huang, G.Y. ve Wang, W. (2016). Akupunkturun yardımcı üreme tekniklerinde rolü. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, *4*, 28-44.

Zidan, G. ve Winnie, Y. (2017). Effectiveness and characteristics of acupressure for elderly with insomnia: A systematical review. *Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, *2*(3), 555-586.

Zucconi, M. ve Ferri, R. (2014). European Sleep Research Society. *ESRS Sleep Medicine Textbook*, 95-109.

FORMLAR**EK-1: ÇALIŞMAYA ALINMA KRİTERLERİ FORMU****Adı Soyadı:****Kurumu:****1) Yaş:****2) Cinsiyeti:** 1) Kadın 2) Erkek**3) İletişiminizi engelleyen konuşma yada işitme sorunuz var mı?**

1) Evet 2) Hayır

4) Uyku ilacı kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

5) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanı:**6) Epworth Uykululuk Ölçeği Puanı:****7) Mini-Cog Değerlendirme Puanı:****8) Tanısı konmuş uyku hastalığınız var mı?**

1) Evet 2) Hayır

9) 1 aylık zaman içinde kronik bir hastalığın atağını geçirdiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

10) Çalışmanın yapıldığı dönemde akut bir hastalık geçirdiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

11) Demans yada Alzheimer tanınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

12) Çalışmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

EK-2: YAŞLI BİREY BİLGİ FORMU

Bu çalışmanın amacı yaşlı bireylere akupresür uygulamasının uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır. Bilgiler sadece araştırma kapsamında tutulacak olup gizli kalacaktır. Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Öğr.Gör.Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ

İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Doktora Öğrencisi

Adı Soyadı :

Kurum:

Oda no:

1)Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

1)Kadın 2) Erkek

3)Medeni Durumunuz:

1)Evli 2)Bekar 3)Dul

4) Eğitim durumunuz

1) Okur-Yazar Değil 2) Okur – yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise
6) Lisans ve lisans üstü

5) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

6) Evet ise hangi hastalıklarınız var?

1) Diyabet 2) Hipertansiyon 3) Kalp hastalığı 4) Osteoporoz
5) Prostat hipertrofisi 6) Depresyon 7) KOAH 8) İnme 9)Diğer.....

6) Kronik hastalığınız için kullandığınız bir ilaç var mı?

1) Evet 2) Hayır

7) Evet ise hangi ilaçları kullanıyorsunuz?.....

8) Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bırakmış

9) Kullanıyorsanız ne kadar (adet/gün)kaç yıldır?**10) Alkol kullanıyor musunuz?**

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bırakmış

11) Kullanıyorsanız ne kadar (kadeh/gün)kaç yıldır?**12) Çay içiyor musunuz?**

- 1) Evet 2) Hayır

13) Çay içiyorsanız hangi çeşit çay içiyorsunuz?

- 1) Bitki Çayı 2) Siyah Çayı 3) Diğer.....

14) Kullanıyorsanız ne kadar (Fincan/Gün)kaç yıldır?

Tüketim Sıklığı:

Tüketim Saati:

15) Kahve içiyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

16) Kahve içiyorsanız hangi çeşit içiyorsunuz?

- 1) Türk Kahvesi 2) Nescafe 3) Diğer.....

17) Kullanıyorsanız ne kadar fincan/gün)kaç yıldır?

Tüketim Sıklığı:

Tüketim Saati:

18) Bakım ve dinlenme evine yerleşme nedeniniz nedir?

- 1) Kendi bakımımı tek başıma yapamadığım için
 2) Hiç kimsem olmadığı için
 3) Ailem tarafından kabul edilmediğim için
 4) Aileme yük olmak istemediğim için

19) Ne zamandan beri kurumda kalıyorsunuz?.....**20) Huzurevinde kalmaktan memnun musunuz?**

- 1 () Memnunum 2 () Biraz memnunum 3 () Memnun değilim

21) Kurum dışına çıkma sıklığınız?

1) Hiç 2) Haftada 1-2 kez 3) Her gün

22) Kaç kişilik odada kalıyorsunuz?

1) Tek kişilik 2) İki kişilik 3) Üç Kişilik 4) Diğer.....

23) Oda arkadaşınızdan dolayı uyku problemi yaşıyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

24) Evet ise ne tür problemler yaşıyorsunuz?.....

25) Odanız rahat uyumanızı sağlayacak özellikte mi?

1) Evet 2) Hayır

26) Odanızın gece boyunca aydınlanma durumu nedir?

1) Tamamen karanlık 2) Gece lambası var 3) Işık açık kalıyor

27) Uyku sorunu yaşıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

27) Uykunuz düzenli mi?

1) Evet 2) Hayır

28) Günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

29) Gündüz uyuklama sorunuz var mı?

1) Evet 2) Hayır

30) Uykuya dalmakta sorun yaşıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

31) Yanıtınız evet ise uykuya dalmakta yaşadığınız sorunlar nelerdir?.....

32) Gece sık uyanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

33) Gecede kaç defa uykudan uyanıyorsunuz?

1) Bir defa 2) İki defa 3) Üç defa 4) Dört defa 5) Beş defa 6) Diğer.....

34) Gece uykunuzun kaçmasında ses ve ışık gibi çevresel faktörler etkili mi?

- 1) Evet 2) Hayır

35) Uyku düzeninizin bozulma nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1) Çok fazla kişi ile aynı odada kalma
 2) Fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma, ısıtma, havalandırma)
 4) Odaya çok fazla giriş-çıkış olması
 5) Ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler
 6) Gün içinde yaşanan olaylar
 7) Üzüntü
 8) Gece sık tuvalete kalkmak
 9) Gündüzleri uyumak
 10) Diğer (.....)

36) Uyumadan önce yaptığınız ve uykuya rahat dalmanızı sağlayan herhangi bir alışkanlığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

37) Yanıtınız evet ise alışkanlıklarınız nelerdir?

- 1) Sıcak duş alırım
 2) Kalkıp dolaşırım
 3) TV seyredirim
 4) Müzik dinlerim
 5) Kitap gazete okurum
 6) Sohbet ederim
 7) Ilık bir şeyler içerim (süt vb.)
 8) Uykumun gelmesini beklerim
 9) Dua okurum
 10) El işi yaparım
 11) Diğer.....

EK-3: MINI-COG

1) HASTANIN DİKKATİNİ ÇEKEREK ŞUNLARI SÖYLEYİNİZ: “Hafızanızı değerlendirebilir miyim? Dikkatinizi toplamınız gerekecek.

Şimdi ve sonrasında hatırlamanızı isteyeceğim 3 kelime söyleyeceğim. Bu kelimeler

Portakal Güneş Sandalye

“Lütfen şimdi tekrar söyleyiniz”(Gerekirse hastaya en fazla 3 denemeye kadar tekrarlanabilir. Üç deneme sonrası diğer kelimeye geçiniz).

Kişiye bir kalem ve boş bir sayfa veriniz. Önceden daire çizilmiş bir sayfa da tercih edilebilir.

2) TÜM BELİRTİLEN CÜMLELERİ SIRASIYLA SÖYLEYİNİZ: “Lütfen bir saat çizin. Çizmeye geniş bir daire ile başlayınız” (Önceden çizilmiş bir daire verdiyseniz bu basamağı atlayınız. Bu yapıldıktan sonra söyle söyleyiniz) “**Tüm rakamları daireye yerleştiriniz**” (Yapıldıktan sonra söyle söyleyiniz) “**Şimdi saat kollarını 11:10’ü (11’i 10 geçiyor) gösterir şekilde yerleştirin**”. Eğer kişi saat çizmeyi 3 dakikada bitirmez ise durdurup kelimeleri hatırlamasını isteyiniz. Tekrarlama aşamasında kişi hiçbir kelimeyi tekrarlamamış olsa bile kelimeleri sorarak puanlama yapmanız gerektiğini aklınızda tutunuz.

3) SÖYLEYİNİZ: “Sizden hatırlamanızı istediğim 3 kelime hangileriydi?” Kişinin sunduğu tüm kelimeleri aşağıdaki boşluklara yazınız

(Doğru hatırlanan her kelime için 1 puan veriniz)

3 Kelime Hatırlama Puanı

Saati puanlayınız (Uygulama için arka tarafa bakınız): Normal saat 2 puan

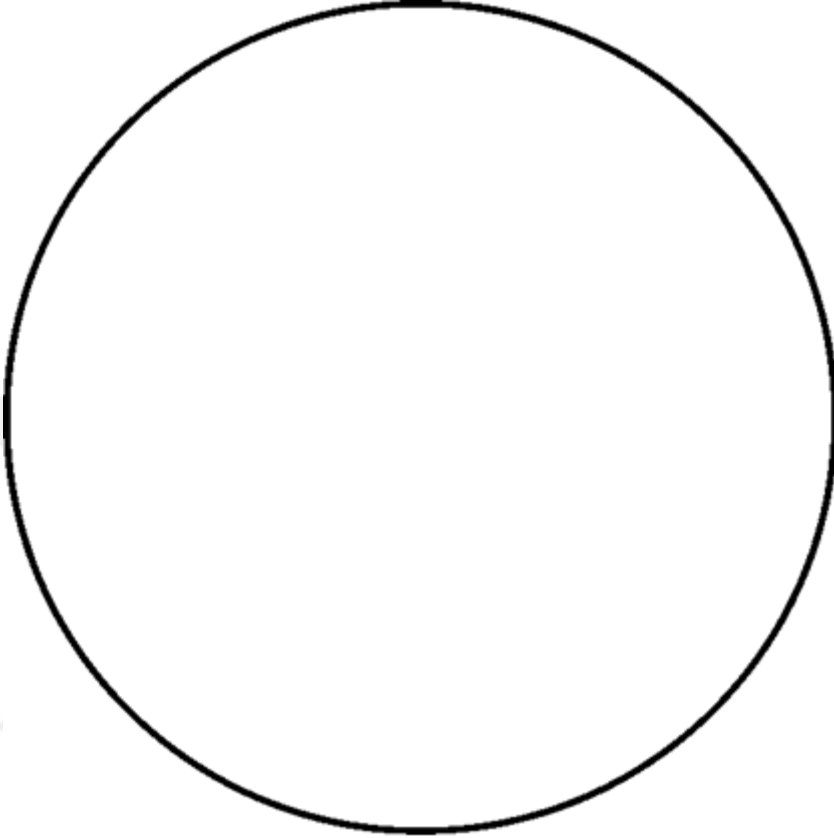
Anormal saat 0 puan

Saat Puanı

Toplam Puan = 3 kelime hatırlama + Saat puanı

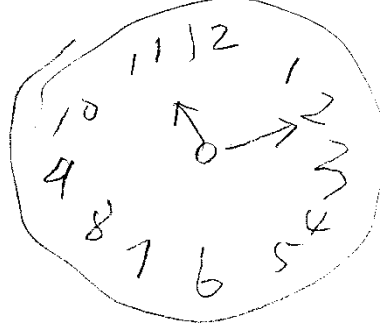
0, 1 ve 2 = Klinik ciddi kognitif bozukluk yüksek olasılık;

3, 4 ve 5 = Klinik ciddi kognitif bozukluk düşük olasılık;



SAAT PUANLAMASI

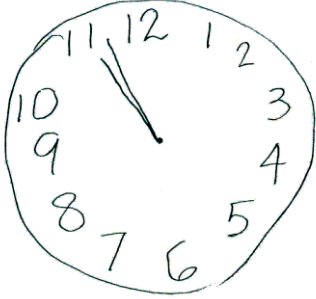
NORMAL SAAT



NORMAL SAAT AŞAĞIDAKİ TÜM MADDELERİ KARŞILAMALIDIR:

1-12 arası tüm rakamlar, hepsi yalnızca bir kez, doğru sıra ve yönde olmalıdır (saat yönünde). Saatin iki kolunun olması, birinin 11 diğerinin 2' yi göstermesi.

SAATTE BU MADDELERDEN HERHANGİ BİRİNİN OLMAMASI ANORMAL OLARAK PUANLANIR. SAAT ÇİZMENİN REDDEDİLMESİ ANORMAL OLARAK PUANLANIR. BAZI ANORMAL SAAT ÖRNEKLERİ (BİRÇOK DİĞER ÇEŞİDİ OLABİLİR)



Kolların yanlış olması



Rakamların eksik olması

EK-4: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki genel uyku alışkanlıklarınız ile ilgilidir.

Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1- Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız? Genel yatış saati:.....

2- Geçen ay, gece uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman aldı?.....Dk

3- Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Genel kalkış saati:.....

4- Geçen ay, geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz? Bir geceki uyku süresi:.....

5- Aşağıdaki durumları belirten uyku problemlerini ne sıklıkta yaşadınız?

a- 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

b- Gece yarısı veya sabah erken uyandınız

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

c- Banyo yapmak için kalkmak zorunda kaldınız

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

d- Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

e- Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

f- Aşırı derecede üşüdünüz

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

g- Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

i- Kötü rüya gördünüz

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

j- Ağrı duydunuz

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

k- Diğer nedenler, lütfen belirtiniz (Geçen ay bu nedenlerden dolayı ne kadar uyku problem yaşadınız?)

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

6- Geçen ay uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

7- Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli ve ya reçetesiz) aldınız?

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

8- Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

9- Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
2. Yalnızca çok az problem oluşturdu 4. Çok büyük problem oluşturdu

10-Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
2. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
3. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
4. Partneri aynı yatakta

11-Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşattınız.

a. Gürültülü horlama

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

b. Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

c. Uyurken bacaklarda seyirme veya sıçrama

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

d. Uyku esnasında uyumsuzluk ve şaşkınlık

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

e. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

1. Hiç 2. Haftada birden az 3. Haftada bir veya iki kez 4. Haftada 3 veya daha fazla

PUKİ PUANLAMA YÖNERGESİ

Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi: 6. sorunun puanı ile hesaplanır.

Soru 6'nın puanlaması

Çok iyi:0 puan, Oldukça iyi:1 puan, Oldukça kötü:2 puan, Çok kötü: 3 puan şeklinde yapılır ve bileşen 1 puanını oluşturur.

Bileşen 2: Uykuya dalma süresi (Uyku Latansı): 2 ve 5a soruları kullanılarak hesaplanır.

Soru 2; <15 dk=0 puan, 16-30 dk=1 puan, 31-60 dk=2 puan, >60 dk=3 puan olarak hesaplanır.

Soru 5'in a şıkkının puanlanmasında;

Hiç=0 puan, Haftada birden az=1 puan, Haftada bir veya iki kez=2 puan, Haftada üç veya daha fazla=3 puan olarak hesaplanır.

Kişinin 2. soru ve 5a. sorusundan aldığı puanlar toplanır ve elde edilen toplam;

0=0 puan, 1-2=1 puan, 3-4=2 puan, 5-6=3 puan olarak değerlendirilerek bileşen 2'nin puanını oluşturur.

Bileşen 3: Uyku süresi: 4. sorunun puanı ile hesaplanır. Soru 4'ün puanlaması

>7saat=0 puan, 6-7saat=1 puan, 5-6saat=2 puan, <5saat=3 puan şeklinde değerlendirilir ve bileşen 3'ün puanını oluşturur.

Bileşen 4: Alışılmış uyku etkinliği: Soru 1, soru 3. ve soru 4. ile hesaplanır.

Yatma saati (soru 1) ve kalkma saati (soru 3) arasındaki süre ile yatakta geçirilen süre hesaplanır;

Soru 4 ile uykuda geçirilen süre bulunur (Uykuda Geçirilen Zaman /Yatakta Geçirilen Zaman) X100 formülü ile alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

Alışılmış uyku etkinliği;

>85=0 puan, 75-84=1 puan, 65-74=2 puan, <65=3 puan olarak değerlendirilir ve bileşen 4'ün puanını oluşturur.

Bileşen 5: Uyku bozukluğu: 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i ve 5j'nin toplam puanı ile hesaplanır.

5b+5j toplamı; 0=0 puan, 1-9=2 puan, 10-18=2 puan, 19-27=3 puan şeklinde değerlendirilir ve bileşen 5'in puanını oluşturur.

Bileşen 6: Uyku ilacı kullanımı: 7. sorunun puanı ile hesaplanır.

Hiç=0 puan, Haftada birden az=1 puan, Haftada bir veya iki kez 2 puan,

Haftada üç veya daha fazla=3 puan olarak değerlendirilir ve bileşen 6'nın puanını oluşturur.

Bileşen 7: Gündüz uyku işlev bozukluğu: 8. ve 9. Sorular ile hesaplanır.

Soru 8'in puanlaması;

Hiç=0 puan, Haftada birden az=1 puan, Haftada bir veya iki kez =2 puan,

Haftada üç veya daha fazla=3 puan olarak hesaplanır

Soru 9'un puanlaması;

Hiç problem oluşturmadı=0 puan, Yalnızca çok az bir problem oluşturdu=1 puan,

Bir dereceye kadar problem oluşturdu=2 puan, Çok büyük bir problem oluşturdu=3 puan olarak hesaplanır.

8. Soru+9. Soru toplamı; 0=0 puan, 1-2=1 puan, 3-4=2 puan, 5-6=3 puan olur ve bileşen 7'nin puanını oluşturur.

PUKİ toplam= Bileşen (1+ 2+3+ 4+ 5+ 6+ 7) şeklinde yapılır.



EK-5: EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ

Son zamanlarda, günlük yaşantınız içinde, aşağıda belirtilen durumlarda hangi sıklıkla uyuklarsınız (buradan yorgun hissetmek değil, uyuklamak veya uyuya kalmak anlaşılmalıdır)? Bu şeylerden birini son zamanlarda yapmamış olsanız bile, böyle bir durumun, sizi nasıl etkileyeceğini düşünmeye çalışarak cevap veriniz.

	SORU	Hiçbir zaman uyuklamam (0)	Nadiren uyuklarım (1)	Zaman zaman uyuklarım (2)	Büyük olasılıkla uyuklarım (3)
1	Oturmuş bir şeyler okurken	0	1	2	3
2	Televizyon seyrederken	0	1	2	3
3	Toplum içinde hareketsizce otururken.(örneğin: herhangi bir toplantıda veya tiyatro gibi yerlerde)	0	1	2	3
4	Ara vermeden en az bir saat süren bir araba yolculuğunda yolcu olarak bulunurken	0	1	2	3
5	Öğleden sonra koşullar uygun olduğunda, dinlenmek için uzanmışken	0	1	2	3
6	Birisiyle oturmuş konuşurken	0	1	2	3
7	Alkol almadığım bir öğle yemeğinden sonra sessizce otururken	0	1	2	3
8	İçinde olduğum araba, trafikte bir kaç dakika için durduğunda	0	1	2	3
Toplam					

EK-6: AKUPRESÜR KURS SERTİFİKASI

ACADEMICANA

Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği
Health & Natural Therapies Association

certification

This is to certify that

Özlem Altınbaş Akkaş

has successfully completed the requirements of

“ ACUPRESSURE ”
(Basic Level)

training, thereby awarded this certificate on the
04th of March 2018

“ Akupresür ”
(Temel Seviye)

*eğitiminin başarı koşullarını yerine getirerek
bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.*

04 Mart 2018

[Signature]
Barış CABADAK
Yönetici
Executive Director

[Signature]
Nihat AYÇEMAN
Başkan / Eğitimci
President / Lecturer

INTERNATIONAL CERTIFICATION
★ ★ ★
★ Accredited-Approved ★
04032018-07101971

ACADEMICANA

COMPLEMENTARY
CTbA
THERAPISTS ASSOCIATION

EWI
European
wellness institute™

ITM
SINCE 1992

Bu belge, mesleki etik kurallarını ihlal etmemek kaydı ile verilmiş ve onaylanmıştır. Aksi takdirde, sertifikamın gen alınacağı ve iptal edileceği sertifika sahibi tarafından bilinmektedir.

İZİNLER

EK-7: AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI İZİNİ



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-E.14753
Konu : Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ

06/02/2018

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 29/01/2018 tarihli ve 11272 sayılı yazısı ile İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ' ın, Doç. Dr. Zeliha TÜLEK danışmanlığında “Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı tez çalışması kapsamında Düzce Neriman Çilingir Huzurevi Müdürlüğü ve Muharrem Sancaklı Huzurevi Müdürlüğünde anket ve uygulama yapabileme talebinin olumlu değerlendirildiği bildirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın İl Müdürlüğünün koordinesinde, kuruluş müdürlükleri denetiminde, kuruluşumuzda bakılmakta olan yaşlılarımızın günlük yaşantılarını aksatmayacak şekilde gönüllülük esasına dayalı olarak, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Abdulkerim GÜN
Daire Başkan V.

O L U R
06/02/2018

Ayşe KARDAŞ
Müsteşar Yardımcısı V.

EK :
1- 1 Sayfa

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (+B1rWb-ge77pU-CMV/1/-UIImWM-Njqd76Sb) kodunu yazınız.



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-E.14753
Konu : Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ

06/02/2018

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 29/01/2018 tarihli ve 11272 sayılı yazısı ile İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ' ın, Doç. Dr. Zeliha TÜLEK danışmanlığında; “Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı tez çalışması kapsamında Düzce Neriman Çilingir Huzurevi Müdürlüğü ve Muharrem Sancaklı Huzurevi Müdürlüğünde anket ve uygulama yapabilme talebinin olumlu değerlendirildiği bildirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın İl Müdürlüğünün koordinesinde, kuruluş müdürlükleri denetiminde, kuruluşumuzda bakılmakta olan yaşlılarımızın günlük yaşantılarını aksatmayacak şekilde gönüllülük esasına dayalı olarak, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Abdulkerim GÜN
Daire Başkan V.

O L U R
06/02/2018

Ayşe KARDAŞ
Müsteşar Yardımcısı V.

EK :
1- 1 Sayfa

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (+B1rWb-ge77pU-CMV/1/-UIImWM-Njqd76Sb) kodunu yazınız.

EK-8: TÜRK KIZILAY DERNEĞİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ

Sayı : 710298-510.01-E.51158
Konu : Tez Çalışması

15/03/2018

AKÇAKOCA HUZUREVİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14/03/2018 tarihli ve 784948-799-E.50293 sayılı Genel Müdürlük Oluru.

İlgilide yer alan Genel Müdürlük oluru ile Sn. Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ tarafından yapılacak olan tez çalışmasının Kurumumuza kaynak oluşturabileceği göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın bir çıktısının İnsan Kaynakları Direktörlüğüne teslim edilmesi ve yapılan çalışma çıktılarının doktora tez çalışmasından başka bir yerde kullanılmaması şartıyla yapılmasına yönelik karar verilmiştir.

Akçakoca Huzurevi Müdürlüğü tarafından Sn. Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ'a gerekli bilgilendirmenin yapılmasını rica ederim.

e-imzalıdır
İrem TUFAN
Müdür V.

Kurumsal Sosyal Hizmetler Birimi
TÜRK KIZILAYI ATAÇ-1 SOKAK NO: 32 YENİŞEHİR/ANKARA
Tel: 312 430 23 00 Faks: 312 430 01 75 www.kizilay.org.tr

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebys.kizilay.org.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden 0MLZ-327D-0386 kodu ile yapılabilir.

EK-9: MİNİ-COG ÖLÇEK İZİNLERİ

Re: mini cog kullanım izni

Kimden: [gulsumgedik](#)
Kime: [Ozlem ALTINBAS AKKAS](#)

24 Ocak 2018 20:33

Ozlem hanım merhaba;
Turkce gecerlilik calismasini yaptigim Mini-cog testini calismanizda kullanabilirsiniz.Çalismanızda basarilar kolay gelsin

On Tue, 1/23/18, Ozlem ALTINBAS AKKAS <ozlemakkas@duzce.edu.tr> wrote:

Subject: mini cog kullanım izni
To: gulsumgedik@yahoo.com
Date: Tuesday, January 23, 2018, 11:51 AM

Merhaba Gülsüm
Hanım,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
F.N.H.F. İç hastalıkları Hemşireliği Doktora
öğrencisiyim. ''Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara
Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine
Etkisi'' konulu doktora tez çalışması için
geçerlilik çalışması yaptığınız Mini-Cog testini
kullanabilmem hususunda izninizi rica
ediyorum.

Şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar
dilerim. Saygılarımla.

Kimden: [soob](#)
Kime: [Ozlem ALTINBAS AKKAS](#)

18 Ocak 2018 0:06

[Mini-Cog Turkish.doc \(861 KB\)](#) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)
[Standardized Mi...9-16 EN_v1 low.pdf \(70,4 KB\)](#) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)
[Tüm ekleri indir](#)
[Tüm ekleri kaldır](#)

Hello, and thank you for your interest. I have Turkish Mini-Cog in the original test format, which has since been updated to a standardized form for research - but not in Turkish. The formats are different, the test is the same. Please let me know what you think.

Best,
Soo

Soo [Borson MD](#)
Professor Emerita, University of Washington School of Medicine and Affiliate Professor, School of Nursing

From: Ozlem ALTINBAS AKKAS <ozlemakkas@duzce.edu.tr>
Sent: Wednesday, January 17, 2018 4:38:43 AM
To: soob
Subject: mini-cog permission

Dear [Borson](#),

I am a PhD student at İstanbul Universty in Turkey. I ask permission to use mini-cog scale to study with my dissertation. I look forward your answer.

Thanks for your help...

Best Wishes...
Msc. RN. Özlem Altınbaş Akkaş

EK-10: PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİNİN KULLANIM İZİNİ**Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin kullanım izni**

Kimden: myagargun

26 Ocak 2018 15:00

Kime: Ozlem ALTINBAS AKKAS

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

24 Ocak 2018 14:41 tarihinde Ozlem ALTINBAS AKKAS <ozlemakkas@duzce.edu.tr> yazdı:

Merhaba Mehmet Yücel Ağargün Hocam,
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü F.N.H.F. İç hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisiyim. "Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu doktora tez çalışması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yaptığımız Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin kullanabilmem hususunda izninizi rica ediyorum.

Şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dilerim. Saygılarımla.



EK-11: EPWORK UYKULULUK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Epworth Uyku Ölçeği kullanım izni



Kimden: myagargun

1 Şubat 2018 11:54

Kime: Ozlem ALTINBAS AKKAS

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

30 Ocak 2018 14:29 tarihinde Ozlem ALTINBAS AKKAS <ozlemakkas@duzce.edu.tr> yazdı:

Merhaba Mehmet Yücel Ağargün Hocam,
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü F.N.H.F. İç hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisiyim. "Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu doktora tez çalışması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yaptığımız [Epworth Uyku Ölçeği](#) kullanabilmem hususunda izninizi rica ediyorum.

Şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dilerim. Saygılarımla.



EK-12: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi"dir. Bu araştırma kurumsal bakım altında olan yaşlı bireylere akupresür uygulamasının uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile planlanmıştır. Bu çalışmada veriler anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanacaktır. Daha sonra uyku problemi olan yaşlılara akupresür uygulaması yapılacaktır. Bu çalışmada 4 hafta boyunca haftada üç gün toplam 12 defa, 25 dakika süren bir uygulama yapılacaktır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme ve hiçbir ücret istenmeyecektir. Çalışma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman 05057462864 no'lu telefonda Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ'a ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ

Görevi: Öğretim Görevlisi

Adresi: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Fakültesi

Tel.-Faks:05057462864

Tarih ve İmza:

ETİK KURUL KARARI

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Zeliha TÜLEK			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Öğr.Gör.Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz ****					
		TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kurumsal Bakım Alan Yaşlılara Uygulanan Akupresürün Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	ILAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
DİĞER:	<input type="checkbox"/>								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/25	Tarih: 19.02.2018							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *		İmza	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KURUMSAL BAKIM ALAN YAŞLILARA UYGULANAN AKUPRESÜRÜN UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 5	% 2	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
4	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
5	Submitted to Dokuz Eylül Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
7	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
8	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özlem	Soyadı	Altınbaş Akkaş
Doğ.Yeri	Bolu	Doğ.Tar.	17.10.1977
Uyruğu	T.C	TC Kim No	17959648672
Email	ozlemakkas@duzce.edu.tr	Tel	05057462864

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	2002
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1999
Lise	Bolu Sağlık Meslek Lisesi	1996

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Acil Servis)	1996-1999
Hemşire	Marmara Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Reanimasyon Yoğun Bakım- Dahiliye yoğun Bakım)	1999-2001
Öğretim Görevlisi	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Sağlık Yüksekokulu	2001-2006
Öğretim Görevlisi	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2006- Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	55	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows office	Çok İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Düzce Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama ve Araştırma Merkezi GETAT İyi Klinik Uygulamaları Etik Yaklaşım Sertifika Kursu 18 Ekim 2019 Düzce

Altınbaş Akkaş Ö. Toplumsal Duyarlılık Projesi, Düzce Üniversitesi Bilimsel Yayınları ve Proje Geliştirmeyi Teşvik ödülü 2018 yılı Sosyal Sorumlulu Pojesi Başarı Ödülü Takdir Belgesi

Bayram S, Altınbaş Akkaş Ö, Usta E. (2019). Kurumsal bakım alan demanslı yaşlılarda akupresürün ajitasyon üzerine etkisi. Sözel Bildiri. 2. Uluslararası 4. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Sözel Bildiri Birincilik Ödülü İzmir, 25-28 Eylül. Kongre Bildiri Kitabı, (Araştırma) (Tam metin)

Yayınlr

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler (SCI,SSCI,Arts and Humanities)

Arslan, S., Hallett, V., Akkaş, E., ve Altınbaş, **Akkaş ,Ö.** (2012). "Bullying And Victimization Among Turkish Children And Adolescents: Examining Prevalence And Associated Health Symptoms." European Journal of Pediatrics 171, p:1549-1557

Arslan, S., **Altınbaş, Akkas, Ö.** (2014). "Quality of College Life (QCL) of Students in Turkey: Students' Life Satisfaction and Identification volume", *Social Indicators Research*, January, Volume :115, Issue:2, p:869-884

Bayram S, Usta E, **Altınbaş Akkaş Ö**, Şık T. (2019). Uzun süreli kurumsal bakım alan yaşlılarda ajitasyon davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27(2): 173-187. doi: 10.26650/FNJN18075 (Araştırma)

Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Arslan, S., **Altınbaş, Akkaş, Ö.** (2013). ‘‘Communication with acute intermittent porphyria patients who have tracheostomy’’ *International Journal of Human Sciences / Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Volume: 10, Issue: 2, p :94-97

Durmuş Çelik S Keçeci, A; **Akkaş, Ö**; Keskin, S; Demiral, N; Saygan, S. (2013). ‘‘Medical Errors: An Important Indicator of Quality of Care and Patient Safety’’, *Holistic Nursing Practice*, July/August Volume: 27, Issue: 4 - p :225–232

Arslan, S., **Altınbaş, Akkas, Ö.** , Demirtürk, M. (2015).Prevalence and risk factors of allergic diseases among children in Duzce. *HealthMED - Volume 9, Number 2*, p:60-64

Karakoç, Kumsar, A., Taşkın, Yılmaz, F., **Altınbaş, Akkaş, Ö.** (2015). ‘‘The Effect of Cardiovascular Risk Factors Knowledge Level on Healthy Life Style Behaviors and Related Factors in Nursing Students’’ *International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS)* 4(2): 47-60

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Eker F, **Altınbaş Akkaş Ö.**,(2017). ‘‘Fütüristik Bakış Açısıyla Yaşlıların Ev Kazalarından Korunması: Teknoloji Destekli Yaşlı Dostu Ev Projesi’’. Sözel Bildiri. 4. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Evde Sağlık ve Bakım Kongresi, İatanbul, 23-25 Kasım, Kongre bildiri Kitabı, (Derleme) (Özet Metin)

Bayram S, Usta E, **Altınbaş Akkaş Ö**, Şık T. (2018). Uzun süreli kurumsal bakım alan yaşlılarda ajitasyon davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Sözel Bildiri. 5. Ulusal I. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya, 15-17 Kasım, Kongre Bildiri Kitabı, ss. 495-500. (Araştırma) (Tam metin)

Arslan S, **Altınbaş Akkaş Ö.** (2018).Sözel Bildiri. 5. Ulusal I. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya, 15-17 Kasım, Kongre Bildiri Kitabı, ss. 495-500. (Araştırma) (Tam metin)

Bayram S, Usta E, **Altınbaş Akkaş Ö** (2019). Türkçe’ye uyarlanan Mini-cog testinin kurumsal bakım alan yaşlı bireylerde psikometrik uygunluğu. Sözel Bildiri. 1. Uluslararası Aktif Yaşlanma ve Kuşaklar Arası Dayanışma Kongresi, İstanbul, 14 Mart, Kongre Bildiri Kitabı, ss. 31-38. (Araştırma) (Tam metin)

Bayram S, **Altınbaş Akkaş Ö**, Usta E. (2019). Kurumsal bakım alan demanslı yaşlılarda akupresürün ajitasyon üzerine etkisi. Sözel Bildiri. 2. Uluslararası 4. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, İzmir, 25-28 Eylül. Kongre Bildiri Kitabı, (Araştırma) (Tam metin)

Usta E, **Altınbaş Akkaş Ö**, Bayram S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin obez bireylere yönelik algılamaları: inanç, tutum, fobi. Poster bildiri. 3. Uluslararası 11.

Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, İzmir, 3-6 Ekim, Kongre Bildiri Kitabı, ss. 862-863 (Araştırma) (Özet metin)

Usta E, **Altınbaş Akkaş Ö.** (2019). Hemşirelik öğrencilerinin cerrahi girişim geçirmiş obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sözel Bildiri. 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, İzmir, 3-6 Ekim, Kongre Bildiri Kitabı, ss. 330-338. (Araştırma) (Tam metin)

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Altınbaş, Akkaş, Ö., Olgun, N.(2003) “Hemşirelerde Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” Hemşirelik Forumu.Cilt:6 Sayı.2.

Akçakaya, M., Demir,T., Gündoğan, S., Işık, A., Şenol, R.,Türksoy, İ., Yeşilyaprak, N., Keçeci, A., Çelik, S., **Altınbaş, Akkaş, Ö.** (2012). “Hemşirelik Öğrencilerinin Kitap Okuma Alışkanlığına İlişkin Tutumları: Bir Sağlık Yüksekokulu Örneği”, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, Cilt:20 , Sayı:2, p:120-128*

Arslan, S., Akkaş, E., **Altınbaş, Akkaş, Ö.** (2015)., Cyber-Bullying Cases Of High School Students, ACED International Journal of Family, Child and Education Volume: 5, Issue:3 p:129-143

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Akıncı F., **Akkaş Ö.** (2003) “Düzce Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde Tedavi Edilen Hastaların Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi” (5-7 Haziran 2003- Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu’nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.)

Altınbaş Akkaş, Ö., Bahçebaşı, T., Aksu, S., Aydın, K., Özübek, E. (2005). “Düzce İlinde Çalışan Polis, İtfaiye ve 112 Çalışanlarının İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” (5-6 Mayıs 2005 IV. Ulusal Öğrenci Hemşireleri Kongresinde Poster Bildirisi olarak sunulmuştur)

Eker, F., **Altınbaş Akkaş, Ö.**, Atik, H., Kartal, S., Rakıcı, S. (2009). “Küresel Ekonomik Krizin Sonuçları: Psiko-Sosyal Risk Faktörü olarak İşsizlik” (4-6 Haziran 2009- III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.)

İlçe, A., **Altınbaş Akkaş, Ö.**, Alpteker, H., Yılmaz, Gören, Ş. (2011). “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klasik ve Entegre (Dahiliye- Cerrahi) Sistemde Karşılaştırılması”, (19-21 Ekim 2011 13. Ulusal hemşirelik kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur)

Arslan S, **Altınbaş Akkaş Ö**, Yazgan C, Kahya T, Kurt Z, Dalkılıç M, Çetin S, Kavlak E (2011). “Düzce Üniversitesi Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler”. (28-29 Nisan 2011 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Müzik Dinlemek, kitap okumak,