

HANİFE DURGUN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ





**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**UYKU SORUNU OLAN YAŞLI BİREYLERDE AYAKLARI ILIK SUDA
BEKLETMENİN UYKU KALİTESİNE VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

HANİFE DURGUN

**DANIŞMAN
PROF. DR. HATİCE KAYA**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)



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 olmadığı beyan ederim.

(İmza)

Hanife Durgun

İTHAF

Canım oğlum Yiğit'ime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana her daim destek olarak, mesleki gelişimime büyük katkı sunan değerli hocam Prof. Dr. Hatice Kaya'ya,

Tez çalışmama bilgi ve deneyimleriyle ışık tutan Tez İzleme Komitesi üyesi hocalarım Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı ve Prof. Dr. Rengin Acaroğlu'na,

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Doç. Dr. Funda Büyükyılmaz, Dr. Öğr. Üyesi Aylin Özakgöl ve Dr. Öğr. Üyesi Nuray Turan, çok değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım Gülsün Özdemir Aydın, Aysel Özşaban, Nur Güven Özdemir ve Yeliz Çulha'ya,

İstanbul Darülaceze Başkanlığı'nda görev yapan hemşire arkadaşlarıma,

Sultangazi Huzurevi Müdür'ü Hilal Çalık Özdemir ve çalışma arkadaşlarına,

Çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm huzurevi sakinlerine,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi doktora sürecim boyunca her zaman yanımda olan ve benden desteklerini esirgemeyen canım ailem ve sevgili eşime sonsuz 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.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. UYKU.....	3
2.1.1. Uykunun Tanımı	3
2.1.2. Uykunun Nörofizyolojisi	3
2.1.3. Uykunun Evreleri.....	4
2.1.3.1. Nonrapid Eye Movement-NREM (Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku)	4
2.1.3.1. Rapid Eye Movement-REM (Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Uyku)	5
2.1.4. Uyku Gereksinimi ve İşlevi	6
2.1.5. Uyku Kalitesi	6
2.2. YAŞLILIK VE UYKU	7
2.2.1. Yaşlılıkta Görülen Uyku Bozuklukları	8
2.2.2. Yaşlılıkta Görülen Uyku Bozukluklarının İnsidansı ve Prevelansı	10
2.2.3. Uyku Bozuklukları Tedavisi	11
2.2.3.1. Farmakolojik Tedavi	11
2.2.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler	12
<i>Ayakları Ilık Suda Bekletme</i>	13
2.3. UYKU SORUNU OLAN YAŞLI BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	14
2.3.1. Konfor Kuramı.....	15
2.3.1.1. Konforun Boyutları	15

2.3.1.2. Konforun Düzeyleri	16
2.3.2. Yaşam Modeli'ne Dayalı Hemşelik Modeli	17
2.3.2.1. Yaşam Süresi.....	17
2.3.2.2. Yaşam Aktiviteleri	18
2.3.2.3. Yaşam Aktivilerini Etkileyen Faktörler	22
2.3.2.4. Bağımlılık - Bağımsızlık Dizgesi	23
2.3.2.5. Yaşamda Bireysellik	24
2.3.3. Uyku Sorunu Olan Yaşlı Bireylerde Bireyselleştirilmiş Bakım	24
2.3.3.1. Tanılama.....	24
2.3.3.2. Hemşirelik Tanısı	24
2.3.3.3. Planlama	25
2.3.3.4. Uygulama	28
2.3.3.5. Değerlendirme.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ	30
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	30
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	30
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	30
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	32
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	34
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ.....	37
3.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLAR	37
3.9. VERİLERİN ANALİZİ	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	39
4.2. Ayakları İlik Suda Bekletme Uygulamasının Etkinliğine İlişkin Bulgular	42
5. TARTIŞMA	57
5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Tartışma	57
5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Tartışma	58
5.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	58

5.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Genel Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
5.5. Deney Grubundaki Bireylerin Sayısal Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR	68
HAM VERİLER	87
FORMLAR	88
ETİK KURUL KARARI	100
PATENT HAKKI İZİNİ	102
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI... HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.	
ÖZGEÇMİŞ	104

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3-1: Genel Konfor Ölçeği Değerlendirmesi	34
Tablo 3-2: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistikler.....	38
Tablo 4-1: Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (N=60)	39
Tablo 4-2: Bireylerin Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikleri (N=60)	40
Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=60).....	43
Tablo 4-4: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Genel Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=60).....	49
Tablo 4-5: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sayısal Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=60).....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Uyku Siklusunun fizyolojisi.....	5
Şekil 3-1: Araştırma Tasarımı.....	37
Şekil 4-1: Deney Grubundaki Bireylerin Ön test-Son test PUKI Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	47
Şekil 4-2: Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön test-Son test PUKI Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	48
Şekil 4-3: Deney Grubundaki Bireylerin Ön Test-Son Test GKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	53
Şekil 4-4: Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön Test-Son Test GKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	54
Şekil 4-5: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireyleri ilk Ölçüm ve Son Ölçüm SDS Puanlarına İlişkin Bulgular	56

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BKI: Beden Kitle İndeksi

BSR: Bulbar Synchronizing Region (Bulbar Senkronize Edici Sistem)

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

GKÖ: Genel Konfor Ölçeği

NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association-International (Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflama Sistemi)

NIC: Nursing İntervention Classification (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması)

NOC: Nursing Outcomes Classification (Hemşirelik Bakımı Sonuçlarının Sınıflaması)

NREM: NonRapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin olmadığı)

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

RAS: Retiküler Aktivasyon Sistemi

REM: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin olduğu)

PSG: Polisomonografi

SDS: Sayısal Değerlendirme Skalası

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Durgun, H. (2018). Uyku Sorunu Olan Yaşlı Bireylerde Ayakları Ilık Suda Bekletmenin Uyku Kalitesine ve Konfor Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, uyku sorunu olan yaşlı bireylerin uyku kalitesini ve konfor durumlarını arttırmada ayakları ılık suda bekletme uygulamasının etkinliğini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışma olarak planlandı. Araştırmanın evrenini, Aralık 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı iki huzur evinde kalan 217 birey, örneklemini evren içerisinde araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 60 birey oluşturdu. Deney grubundaki bireylere 6 haftalık süre ile akşam yatmadan bir saat öncesinde ayakları ılık suda bekletme uygulaması gerçekleştirildi. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmadı. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Sayısal Değerlendirme Skalası(SDS)”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ)” ve “Genel Konfor Ölçeği(GKÖ)” kullanıldı. Verilerin analizi SPSS 22 paket programıyla yapıldı.

PUKİ puan ortalamasının uygulama öncesi deney grubunda $8,10 \pm 1,58$, kontrol grubunda $9,53 \pm 1,72$, uygulama sonrası deney grubunda $4,37 \pm 2,06$, kontrol grubunda $9,73 \pm 1,46$ olduğu ve deney grubundaki bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($^2Z = -4,751$; $p = 0,001$), kontrol grubunda ise uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ($^2Z = -0,964$; $p = 0,335$) belirlendi.

GKÖ puan ortalamasının deney grubunda $3,03 \pm 0,28$, kontrol grubunda $3,01 \pm 0,25$, uygulama sonrası deney grubunda $3,09 \pm 0,28$, kontrol grubunda $2,99 \pm 0,25$ olduğu deney grubundaki bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($^2t = -3,988$; $p = 0,001$), kontrol grubunda ise uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ($^2t = 1,356$; $p = 0,185$) saptandı.

Sonuç olarak, ayakları ılık suda bekletme uygulaması, uyku sorunu olan yaşlı bireylerin uyku kalitesini ve konforun fiziksel boyut ve ferahlama düzeyini arttırmada etkilidir. Bu nedenle uyku sorunu olan yaşlı bireylerde ayakları ılık suda bekletme uygulamasının kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ayak banyosu, konfor, uyku, uyku kalitesi, yaşlılık.

Bu çalışmada kullanılan malzemeler, ğretim Elemanı Yetiştirme Programı bütesi tarafından karşılanmıştır.



ABSTRACT

Durgun, H. (2018). The Effect of Keeping the Feet in Warm Water on Sleep Quality and Comfort Level of the Elderly with Sleep Problems. Istanbul University Institute of Medical Sciences, Department of Nursing Principles. PhD Thesis. Istanbul.

This study was designed as a randomized controlled experimental study for the purpose of determining the effectiveness of keeping the feet in warm water in increasing sleep quality and comfort level of the elderly with sleep problems. The population of the study consisted of 217 individuals who were staying at two nursing homes affiliated with the Ministry of Family and Social Policies between December 2016 and May 2017, whereas the sample consisted of 60 individuals, who met the inclusion criteria, among the population. The application of keeping the feet in warm water one hour before going to bed at night was performed to the individuals in the experimental group for 6 weeks. On the other hand, no intervention was applied to the control group. The data were collected using “Personal Information Form”, “Numeric Rating Scale (NRS)”, “Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)”, and “General Comfort Questionnaire (GCQ)”. The data were analyzed in the SPSS 22 packaged software.

It was determined that the mean score of PSQI was $8,10 \pm 1,58$ in the experimental group and $9,53 \pm 1,72$ in the control group before the application; $4,37 \pm 2,06$ in the experimental group and $9,73 \pm 1,46$ in the control group after the application and there was a statistically significant difference between the post-application mean scores of the individuals in the experimental group compared to the post-application mean scores ($^2Z = -4,751$; $p = 0,001$); whereas, there was no statistically significant difference between the pre-application and post-application mean scores of the individuals in the control group ($^2Z = -0,964$; $p = 0,335$).

It was determined that the mean score of GCQ was $3,03 \pm 0,28$ in the experimental group and $3,01 \pm 0,25$ in the control group before the application; $3,09 \pm 0,28$ in the experimental group and $2,99 \pm 0,25$ in the control group after the application and there was a statistically significant difference between the post-application mean scores of the individuals in the experimental group compared to the pre-application mean scores ($^2t = -3,988$; $p = 0,001$), whereas there was no statistically significant difference between the pre-application and post-application mean scores of the individuals in the control group ($^2t = 1,356$; $p = 0,185$).

As a consequence, the application of keeping the feet in warm water is effective on increasing the sleep quality and comfort level of the elderly with sleep problems. Thus, it is recommended to use this application in solving the sleep problems of the elderly.

Key Words: Footbath, comfort, sleep, sleep quality, old age.

The materials used in this study were met by the budget of the Teaching Staff Training Program.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku, her bireyin günlük yaşamını ve yaşam kalitesini etkileyen, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında rolü olan, fizyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyokültürel boyutlardan oluşan önemli bir gereksinimdir (Crowley 2011; Şenol, Soyuer ve Şenol 2012; Seyyedrasooli ve ark. 2013). Son zamanlarda oldukça önem kazanan ve üzerinde durulmaya başlanan uyku kalitesi; bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Uyku kalitesi; uykuya dalış süresi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi daha öznel yönleri de içermektedir (Kaynak 2003; Montgomery ve Dennis 2004; Cochen ve ark. 2009).

Dünya nüfusunun yaş pramidinin giderek değişmesiyle birlikte, yaşlı nüfus oranı hızla artış göstermektedir. Dünya Yaş Popülasyonu (The World Population Ageing) 2017 raporuna göre, 2017 yılında dünyada 962 milyon yaşlı birey olduğu ve bu sayının 2050 yılında 2 milyar 80 bin olacağı ön görülürken, Türkiye’de bu sayının, 2018 yılında 7 milyon olduğu ve 2060 yılında ise 27 milyon olacağı tahmin edilmektedir (TUİK 2018). İlerleyen yaş, uyku kalitesinin azaldığı ve bozulduğu, uykuya yönelik sorunların ortaya çıktığı dönemdir. Yaşlanmayla birlikte uykunun yapısında meydana gelen değişikliklerin yanı sıra, uyku hijyeninin bozulması, hastalıkların ve kullanılan ilaçların artması nedeniyle ortaya çıkan uyku bozuklukları yaşlılarda uyku kalitesini etkileyen unsurlardır. Yaşlı bireylerde, normal uyku düzeninde değişiklik meydana gelmesiyle, bireylerin uyku kalitesinde azalma yaşanmakta ve bireyler uykusuzluk problemi ile karşı karşıya kalmaktadır (Piani ve ark. 2004).

Yaşlılarda uykuyla ilgili en yaygın şikayetler, uykuya dalmada zorluk, geceleri sık sık uyanma, sabahları erken uyanma ve gün içerisinde uyuklamadır (Valizadeh ve ark. 2015). Bireylerin deneyimlediği uyku problemi onların konforunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Konfor temel bir gereksinimdir ve bütüncül hemşirelik bakım uygulamalarının yapı taşlarından birini oluşturmaktadır (Kolcaba 1991). Yaşlılarda meydana gelen uyku bozuklukları ciddi sorunlara neden olmasına rağmen, aynı

zamanda önlenebilir bir sorundur. Bu bağlamda bireylerin uyku sorunlarına çözüm bulabilmek, uyku kalitesini arttırabilmek ve bireyin konforunu sağlamak kapsamlı bir hemşirelik bakımı gerektirir. Uyku problemlerinin çözümünde en sık farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Fakat son dönemlerde bireylerin uyku sorunlarına çözüm bulmada farmakolojik yöntemlerin sınırlı kalması, yan etkilerinin fazla olması ve bireylerin sürekli bu ilaçları kullanmak zorunda kalması nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini sağlamıştır (Montgomery ve Dennis 2004). Literatür incelendiğinde, yaşlı bireylerin uyku problemlerini çözümlemede, uyku kalitelerini ve konfor durumlarını arttırmada göz maskesi, müzik terapi, masaj, alternatif ve tamamlayıcı terapiler, aromaterapi ve ayakları ılık suda bekletme gibi yöntemlerin kullanımının yer aldığı görülmektedir (Hu ve ark. 2015)

Vücut kor ısısı ile uykuya eğilim arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Vücut kor ısısı düştüğünde, uykuya geçiş daha kısa sürede olmaktadır (Liao, Chiu ve Landis 2008; Seyyedrasooli ve ark. 2013). Ayakları ılık suda bekletme, damarlarda periferik vazodilatasyona yol açarak, vücut kor ısısının azalmasını ve böylece bireylerin uykuya geçiş süresinin kısalmasını sağlar. Bunun sonucunda, bireylerin uyku kalitesinde ve konfor durumunda artma gözlenir (Sung ve ark. 2000; Liao ve ark. 2013). Ayakları ılık suda bekletme uygulaması diğer nonfarmakolojik yöntemlere göre uygulaması daha kolaydır ve daha az maliyet içermektedir (Yang ve ark. 2010).

Literatür incelendiğinde, yaşlı bireylerin uyku kalitesini ve konfor durumlarını arttırmaya yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır (Seyyedrasooli ve ark. 2013). Ülkemizde bireylerin uyku kalitesini ve konfor durumlarını arttırmaya yönelik gevşeme egzersizleri, sırt masajı uygulamaları, aromaterapi, müzik terapi uygulamalarının yapıldığı görülmüş olup, ayakları ılık suda bekletme uygulaması henüz uygulanmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. UYKU

2.1.1. Uykunun Tanımı

Uyku, beynin dış uyaranlara karşı geçici olarak yanıtızsız olduğu, bireylerin yaşamını ve sağlığını etkileyen, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında rolü olan, sadece biyofizyolojik boyutu olan bir aktivite olmayıp, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları da olan ve karşılanması gereken önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Yetişkin bir birey günde ortalama 6-8 saatini, yaşam ömrünün ise üçte birini uykuda geçirmektedir (Atar ve ark. 2012; Dement 2005; Crowley 2011; Şenol, Soyuer ve Şenol 2012; Yılmaz, Kutlu ve Çeçen 2008).

Biyolojik ritimde de önemli rol alan uyku, sadece dinlenmede değil, aynı zamanda biyolojik döngünün sağlıklı bir şekilde tamamlanabilmesinde, bireyin ruh sağlığının korunmasında ve sağlıklı sürdürülmesinde, deri onarımında, yara yerinin iyileşmesinde, böbreklerden fosfat atılımında, adrenal ve özellikle büyüme hormonunun salgılanmasında önemli rol oynamaktadır (Atar ve ark. 2012; Erdöl 2014).

2.1.2. Uykunun Nörofizyolojisi

Uyku ve uyanıklık siklusundan oluşan uyuma süreci, Borbely'nin tanımladığı olduğu ikili süreç modelinde açıklanmıştır. Bu modele göre uyku-uyanıklık siklusu, homeostatik ve döngüsel faktörlerin etkisiyle oluşmaktadır. Homeostatik faktörler, vücutta salınan hormanlardan oluşurken, döngüsel faktörler ise zaman, ışık, vb. oluşmaktadır (Borbely 1982).

Homeostatik etkenler spinal kordda ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (RAS) ve Medullada bulunan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR) tarafından kontrol edilmekte ve bu iki alan birlikte çalışmaktadır. RAS'tan uyku sürecinde etkili rol oynayan dopamin, histamin, seratonin, norepinefrin, gamaaminobütrik asit (GABA), asetilkolin gibi nörotransmitterler salınmaktadır. Bu nörotransmitterlerden seratonin uykuyu başlatmada, asetilkolin uykuyu sürdürmede, norepinefrin ve domapin de uykudan uyanmayı etkilemektedir. Beyin sapında bulunan mezopontin çekirdekler ise uykunun NREM-REM döngüsünü kontrol etmektedir (Siegel 2009; Ertuğrul ve Rezaki 2004).

Uykunun gelmeye başlamasıyla birlikte BSR aktivitesinde artma olur ve BSR uyarılarının artmasıyla çevresel koşulların da uygun olmasıyla uykuya geçiş süreci başlar. RAS'ın uyarılmasıyla birlikte de birey uyanır. RAS aktif olduğunda uyanıklık, BSR aktif olduğunda ise uyku süreci başlamaktadır (Porkka-Heiskanen, Zitting ve Wigren 2013).

2.1.3. Uykunun Evreleri

Uykunun, uyku sırasındaki beyin dalgaları, göz ve kas hareketleriyle ilişkilendirildiği hızlı göz hareketlerinin olmadığı (Nonrapid Eye Movement-NREM) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu (Rapid Eye Movement-REM) 2 evresi bulunmaktadır (Potter ve Perry 2009). NREM ve REM evreleri uyku süresince dönüşümlü olarak devam eden bir süreçtir (Algin, Akdağ ve Erdinç 2016; Berry 2011).

2.1.3.1. Nonrapid Eye Movement-NREM (Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku)

Uykunun başlangıç evresidir. Yavaş uyku evresi olarak da nitelendirilen bu evre gittikçe derinleşmekte ve 4 evreden oluşmaktadır. I. ve II. evre yüzeysel yavaş uyku olarak tanımlanırken, III. ve IV. evre derin yavaş uyku olarak tanımlanmaktadır. NREM, toplam uyku sürecinin % 75-80'ini oluşturmaktadır (Erdöl 2014).

NREM evresinin I. evresi (N1), uyku ile uyanıklık arasında geçen ve yarım dakika ile 7 dk süren bir süreçtir. Bu evrede yaşam bulguları yavaş yavaş azalmaya başlarken, kas tonüsünde de azalma meydana gelir (Akdemir ve Birol 2003; Erdöl 2014).

Bireyin uyuması için uygun ortam oluşmuşsa birey II. evreye (N2) geçiş yapmaktadır. Bu evrede bireyin kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut sıcaklığı ve kas tonüsünde azalma devam etmektedir. II. evre 10-20 dk süren bir süreçtir.

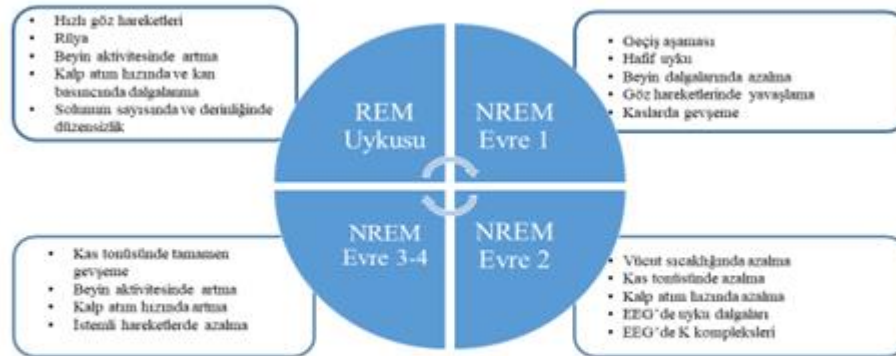
II. evreden daha derin olan III. evrede (N3) yaşamsal bulguları normal sınırların altında ama düzenlidir. Bu evrede kas tonüsü tamamen gevşemiştir. 15-30 dakika süreç alan bu evrede protein sentezi de artmaktadır (Erdöl 2014; Karadakovan 2014)

Uyku siklusunun en derin evresi olan IV. evre (N4) ise fiziksel olarak dinlenmenin gerçekleştiği ve fizyolojik olayların meydana geldiği evredir. Bu evrede yaşamsal bulgular daha da düşmekte, kas tonüsü tamamen gevşemekte ve büyüme

hormonları (somatotropin hormon) salgılanmaktadır. Bu evre ortalama 15-30 dk arası sürmektedir (Erdöl 2014; Karadakovan 2014; Yetkin ve Aydın 2007).

2.1.3.1. Rapid Eye Movement-REM (Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Uyku)

Aktif uyku, paradoksal veya desenkronize uyku olarak da adlandırılan bu evre, bireyin uykuya geçişinden 60-90 dk sonrasında yani NREM uykusunun tamamlanmasının ardından gerçekleşmektedir. Uyku süreci boyunca 4-5 kez REM uykusu yaşanmaktadır (Ardıç 2012; Widmaier 2010). REM uykusu, tonik ve fazik evre olmak üzere iki evreden oluşmaktadır. Otonom sinir sisteminin çok aktif olduğu REM uykusunda; vücut kaslarında atoni ve reflekslerde baskılanma tonik evrede gerçekleşirken fazik evrede, göz hareketlerinde, kalp atım hızında ve kan basıncında dalgalanmalar, solunum sayısında ve derinliğinde düzensizlikler görülmektedir. Bu evre aynı zamanda rüyaların da görüldüğü evredir (Ardıç 2012; Erdöl 2014) (Şekil 1).



Şekil 2-1: Uyku Siklusunun fizyolojisi

Kaynak: Sorathia, L. T., ve Ghori, U. K. (2016). Sleep disorders in the elderly. Current Geriatrics Reports, 5(2): 110-116.

2.1.4. Uyku Gereksinimi ve İşlevi

İnsanın temel gereksinimlerinden biri olan uyku, bireyden bireye farklılık göstermektedir. Uyku gereksiniminde etkili olan faktörlerden biri olan yaşam süresi bireyin günlük uyku süresinde rol oynamaktadır. Gereksinim duyulan uyku süresi yeni doğanlarda günde ortalama 16-20 saat, çocuklarda 12 saat, adölesanlarda 7-8 saat, yetişkinlerde 6-8 saat ve 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde ise 5-6 saat normal olarak kabul edilmektedir (Ay ve ark. 2007).

Fizyolojik ve psikolojik yenilenme sürecinde oldukça önemli yere sahip olan uykunun temel fonksiyonu vücudun yenilenmesini ve gelecek güne hazırlanmasını sağlamaktır (Atar ve ark. 2012; Yılmaz, Kutlu ve Çeçen 2008). Özellikle NREM evresi ile vücudun dinlenmesi ve yenilenmesi sağlanırken, bu evrede ön hipofiz bezinden salgılanan büyüme hormonu ile büyüme ve gelişme, ileri dönemlerde hücre yenilenmesi, aynı zamanda protein sentezi ve hücre bölünmesi, hafızanın korunması, yeni bilgilerin öğrenilmesi ve bu bilgilerin kalıcı hale getirilmesi sağlanmaktadır (Ay ve ark. 2007; Kaynak 2003; Li, Vitiello ve Gooneratne 2017).

2.1.5. Uyku Kalitesi

Uykuya geçiş süresi, toplam uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerinin yanı sıra uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönleri de içeren uyku kalitesi, bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığının iyi olabilmesi için oldukça önemli bir kavram olarak tanımlanmıştır (Buysse ve ark. 1989; Ohayon ve ark. 2017). Pilcher, Ginter ve Sadowsky (1997) ise uyku kalitesini uykunun derinliği ve uyandıktan sonra uykudan memnun olma durumu olarak tanımlamışlardır.

Uyku kalitesi; yaş, cinsiyet yaşam biçimi, çalışma durumu, sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite ve egzersiz durumu, beslenme alışkanlıkları, alkol sigara kullanma durumu, kafein içeren içecekleri içme durumu, bireyin genel sağlık durumu, kullanılan ilaçlar, bireyin anksiyete durumu ve ışık, ısı, gürültü gibi çevresel birçok faktörden etkilenmektedir (Demir 2012; Miyata ve ark. 2013; Şenol, Soyuer ve Şenol 2012).

2.2. YAŞLILIK VE UYKU

Dünya nüfusunun yaş pramidinin giderek değişmesiyle birlikte, yaşlı nüfus oranı hızla artış göstermektedir. Dünyadaki yaşlı nüfusu 2017 yılında toplam nüfusun %8,9'unu oluştururken, 2023 yılında %10,2'sini, 2050 yılında %20,8'ini oluşturacağı tahmin edilmektedir (TUİK 2018). İlerleyen yaşla birlikte bireylerin uyku hijyeninin bozulması, mevcut hastalıkları ve kullandıkları ilaçların artması gibi nedenlerle bireylerde uyku bozuklukları yaşanmakta ve uyku kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Kaymak ve ark. 2010; Piani ve ark. 2004)

Uykunun yapısı yaşam boyu değişiklik göstermektedir. Yaşam süresinin ilk zamanları çoğunlukla uykuda geçerken, yaşın ilerlemesiyle birlikte uykuya olan gereksinim giderek azalmakta, uykuya geçiş süresi uzamakta, uykudan uyanmalar artmakta, uykunun derinliği ve süresi giderek azalmaktadır. Bunlara bağlı olarak da bireylerin uyku kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Yücel ve ark.2016).

Yaşlanmayla birlikte uykunun ritminde de değişimler yaşanmakta, bireylerde daha erken uyuma ve uyanmalar meydana gelmektedir (Monk ve ark. 2006; Vitiello 2012). Bu değişimle birlikte ise toplam uyku süresinde azalmalar yaşanmaktadır (Scullin ve Bliwise 2015). Yapılan çalışmalarda her 10 yılda bireylerin uyku sürelerinde ortalama 10 dakika kadar azalma yaşandığı belirtilmiştir (Floyd ve ark. 2007; Ohayon ve ark. 2004).

Uykuya dalma süresinde de değişim yaşanmakta ve bu sürede artma olmakla birlikte bireylerin uykuyu başlatabilme yetenekleri azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda bireylerin uykuya dalış sürelerinde 20'li yaşların sonuna kadar artış olduğu, 30 ile 50'li yaşlarda bu sürenin sabit kaldığı ve 50'li yaşlardan sonra ise bu sürenin sürekli olarak artış gösterdiği belirtilmektedir (Li, Vitiello ve Gooneratne 2017).

Uykunun süresinde yaşanan değişimle birlikte yapısında da değişimler yaşanmaktadır. NREM uykusunun N1 ve N2 evrelerinin oranında artış yaşanırken, N3 evresinde ve REM uykusunun oranlarında azalma yaşanmaktadır (Li, Vitiello ve Gooneratne 2017). 60 yaşına kadar her 10 yılda N3'ün oranında yaklaşık olarak %2 oranında azalma yaşanmaktadır. REM uykusunun oranında yaşanan azalma ise N3 evresindeki azalmaya oranla daha düşük olmakla birlikte her iki değişim 60 yaşından sonra aynı düzeyde devam etmektedir. Uyku ve uyku aktivitesinde yaşanan bu azalma yaşlılık döneminde bireyler için önemli bir sorun olmaktadır (Edwards ve ark.2010).

2.2.1. Yaşlılıkta Görülen Uyku Bozuklukları

Uyku – uyanıklık döngüsü hipotalamusun suprakiazmatik nukleusları tarafından kontrol edilmektedir. Retiküler aktivasyon sistemi uyanıklığı sağlarken, bulbar senkronizasyon alanı da uyumayı sağlamaktadır. Suprakiazmatik nukleus epifiz bezi tarafından melatonin salınmasını düzenlemektedir. Melatonin sirkadyen ritmin düzenlenmesinde önemli transmitter olarak rol almaktadır. Melatonin, retiküler aktivasyon sisteminin inhibe olmasını, bulbar senkronizasyon bölgesinin de aktive olmasını sağlamaktadır. Epifiz bezindeki melatonin seviyesi gündüz saatlerinde düşük seviyede seyrederken akşam 9-10'dan sonra yükselmeye başlamakta ve gece 3 ile 5 saatleri arasında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır (Benarroch 2008; Guadiola-Lemaitre ve Quera-Salva 2011). Yaşlanmayla birlikte bireylerde melatonin salınımında azalma meydana gelmektedir (Özçelik ve ark. 2013). Bu bağlamda bireylerde uyku bozuklukları görülme olasılığı artmaktadır (Boockvar 2016). Aynı zamanda yaşlı bireyde ilerleyen yaşla birlikte görülen kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, demans, depresyon, Parkinson hastalığı, pulmoner hastalıklar gibi kronik hastalıkların ortaya çıkması da uyku sorununun oluşmasında etkili olmaktadır (Çınar ve Eşer 2012; Neikrug ve Ancoli-Israel 2010).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM)-5'te uyku bozuklukları Uyku-Uyanıklık Bozuklukları adı altında toplanarak, insomnia (uykusuzluk), hipersomnia (aşırı uyku), narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozuklukları, sirkadyen ritimle ilişkili uyku bozuklukları ve parasomnialar olmak üzere sınıflandırılmıştır (APA 2013; Yüzeren, Herdem ve Aydemir, 2017).

Yaşlı bireylerde meydana gelen uyku bozuklukları bireylerin sağlığını, yaşam kalitesini ve konfor durumunu olumsuz yönde etkilemekte, halsizlik, kronik yorgunluk ve bunlarla ilişkili kaza riskini arttırmaktadır. Uyku bozuklukları sonucu ortaya çıkan düşük uyku kalitesi hafızada zayıflamaya, konsantrasyonda, bilişsel ve psikomotor becerilerde azalmaya neden olmaktadır. Uyku bozuklukları aynı zamanda yaşlı bireylerde mortalite, morbidite ve düşme riskini de arttırmaktadır (Halpern ve ark. 2014; Kim, Lee ve Sohng 2016; Marasinghe 2014; Seyyedrasooli ve ark. 2013; Silva ve ark. 2016; Stone ve ark. 2014). Yaşlılarda uykuya ilgili en yaygın şikayetler, uyuyamama, geceleri sık sık uyanma, sabahları erken uyanma ve gün içerisinde uyuklamadır (Adib-Hajbaghery ve Mousavi 2017; Valizadeh ve ark. 2015). Yaşlı

bireylerde sık görülen uyku bozuklukları ise; insomnia, uykuda solunum bozuklukları, huzursuz bacak sendromu ve REM uyku davranışı bozukluğudur (Roepke ve Ancoli-Israel 2010).

İnsomnia (Uykusuzluk): İnsomnia, yaşlı bireylerde oldukça yaygın görülen bir uyku şikayetidir. DSM-3'te insomnia, uykuya dalmada ve uykuyu devam ettirmede zorlanma, sabahları erken uyanma veya uyanma sonrasında tekrar uyuyamama şikayetleri olarak tanımlanmış, DSM-5'te de bu durumun 3 ay süresince haftada en az 3 gece oluşması gerektiği ifade edilmiştir (APA 2013; Grewal ve Doghramji 2017; Rodriguez, Dzierzewski ve Alessi 2015). Yaşlı bireylerde, yaşla ilişkili sağlık durumunda meydana gelen değişimler, çoklu ilaç kullanımı, uykunun yapısında meydana gelen değişimler insomniaya neden olmaktadır (Suzuki, Miyamoto ve Hirata 2017). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaşla birlikte bireylerde insomnia görülme sıklığının arttığı ve yaşlı bireylerin %42 ile %80'inde insomnia görüldüğü belirlenmiştir (Chen 2012; Hosseini ve ark. 2011; Liao, Chiu ve Landis 2008; Tsou 2013).

Literatür incelendiğinde, Morphy ve ark. (2007)'nin yaptıkları çalışmada bireylerin %37'sinin, Bakr ve ark. (2011)'nin araştırmasında %34'ünün, El-Gilany ve ark. (2017)'nin çalışmasında %62'sinin, Kim ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmada ise %32'sinin insomnia nedeniyle uyku problemi yaşadığı belirtilmektedir.

Uykuda Solunum Bozuklukları: Uykuda solunum bozukluğu, uyku sırasında meydana gelen anormal solunum olayları olarak tanımlanmakta ve insomnia veya hipersomniaya yol açabilen uyku bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Bireylerde apne (solunumun durması) ya da hipopne (solunumun yavaşlaması) şeklinde görülebilmektedir. Apne ve hipopne uyku sırasında bireyin supine pozisyonunu almasından kaynaklanmaktadır. Supine pozisyonunda farengeal üst solunum yollarının daralmasından dolayı bireyde apne veya hipopne oluşabilmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerde uykuya ilgili solunum bozukluğu görülme oranının %62'ye varan oranlarda olduğu saptanmıştır (Yaffe ve ark. 2011; Zimmerman ve Aloia 2012).

Huzursuz Bacak Sendromu: Huzursuz bacak sendromu, bacakları sürekli hareket ettirmek için bireyi zorlayan, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, ağrı gibi huzursuzluk hissine neden olan ve uykuya geçişi zorlaştıran bir hastalıktır (Suzuki ve ark. 2017; Yılmaz, Çelik ve Akbostancı 2017). Uluslararası Huzursuz Bacak Çalışma

Grubu (International Restless Legs Syndrome Study Group)'nun belirlemiş olduğu 5 tanı kriterine göre hastalığın tanısı konmaktadır. Bu kriterler; bireyde bacağını hareket ettirmesi için dürtünün oluşması, hareketsizlik döneminde huzursuzluk hissi oluşması, hareket ettirildiğinde semptomların kısmen veya tamamen ortadan kalkması, semptomların sadece akşamları veya geceleri ortaya çıkması ve bu şikayetlerin başka nörolojik bir hastalıktan kaynaklanmıyor olmasıdır (<http://irlssg.org/diagnostic-criteria/>). Hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte dopaminerjik sistem ve demir metabolizması ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. Yapılan çalışmalarda, huzursuz bacak sendromunun yaşla birlikte görölme sıklığının arttığı ve genel popölasyonda %5 ile %15 arasında değiştiği belirtilmiştir (Chen ve Cheng 2009, Tsuboi ve ark. 2009).

Literatür incelendiğinde, Berger ve ark. (2004)'nın yapmış olduğu çalışmada bireylerin %13'ünün, Cirillo ve Wallace (2012)'nin yapmış oldukları çalışmada %10'unun, Yılmaz ve ark. (2013)'nin yapmış oldukları çalışmada ise %5'inin huzursuz bacak sendromu nedeniyle uykuyla ilgili sorun yaşadıkları saptanmıştır.

REM Uyku Davranışı Bozukluğu: REM uyku davranışı bozukluğu, REM uykusu sırasında ortaya çıkan, uykuda konuşma, anlamsız hareketler yapma şeklinde rüyayı canlandırma ile karakterizedir. (Suziki ve ark. 2017). Genel popölasyonda görölme sıklığının %0.5 ile %1 arasında değişmekte olduğu, bu oranın yaşlanmayla birlikte %2 oranına çıktığı belirtilmektedir (Haba-Rubio 2017; Kang ve ark. 2013).

2.2.2. Yaşlılıkta Görölen Uyku Bozukluklarının İnsidansı ve Prevelansı

Yaşlanmayla birlikte bireylerde görölen uyku sorunları oldukça yaygındır. Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin yarıdan fazlasının uyku sorunu yaşadığı ve uyku problemi görölme sıklığının yıllık ortalama %5 oranında olduğu belirtilmektedir (Kamel ve Gammack 2006; Stepnowsky ve Ancoli-Israel 2008; Suziki, Miyamoto ve Hirata 2017). Toplum temelli çalışmalarda, yaşlı bireylerin %15-45'inde uykuya geçişte zorlanma, %15-54'ünde sabah erken uyanma, %20-65'inde sık sık uyanma ve %10'unda ise dinlenmemiş olarak uyanma şikayetlerinin ifade edildiği görölmektedir (Espiritu 2008; Kaymak ve ark. 2010).

Literatür incelendiğinde Lindstrom ve ark.(2012)'nin İsveç'te yapmış oldukları çalışmada yaşlı bireylerin %70'inin uyku sorunu yaşadığı ve bu bireylerin %30'unun uykuya geçişte zorlandığı, %82'sinin geceleri sık sık uyandığı, %17'sinin

gece uyandıktan sonra tekrar uyumada zorlandığı, %63'ünün ise sabahları erken uyanma sorunları yaşadığı, Suri, Sen ve Adhikari (2008)'nin Delhi'de yapmış oldukları çalışmada, bireylerin %55'inin uyku sorunu yaşadığı ve Altan Sarıkaya ve Oğuz (2016)'un Türkiye'de yapmış oldukları çalışmada ise, bireylerin %38'inin uyku sorunu yaşadığı belirtilmiştir.

2.2.3. Uyku Bozuklukları Tedavisi

Yaşlanmayla birlikte yaygın olarak görülen uyku sorunlarının bakım ve tedavisi halen istenilen düzeyde değildir. Bakım ve tedavide amaç, bireylerin yaşadığı uyku sorunlarını ortadan kaldırmak, tekrar aynı sorunları yaşamalarını engellemek ve böylece bireylerin uyku kalitelerini ve konforlarını arttırmaktır. Uyku sorunlarını önlemeye ya da ortadan kaldırmaya yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik pek çok tedavi olanağı bulunmaktadır (Tufan ve Bahat 2017).

2.2.3.1. Farmakolojik Tedavi

Uyku problemi yaşayan yaşlı bireylerin tedavisinde farmakolojik yöntemlerin kullanımı oldukça yaygındır ve yaşlı bireylerin çoğunluğu bu problemin çözümünde farmakolojik yöntemleri kullanmayı tercih etmektedir (MacLeod ve ark. 2018; Valizadeh ve ark. 2015). Farmakolojik tedavide bireyin yaşadığı uyku sorununa göre farklı tedavi planları uygulanabilmektedir.

İnsomniada; melatonin, melatonin agonistleri, sedatif antidepressanlar, benzodiazepin reseptör agonistleri tercih edilmektedir. (Roth ve ark. 2006; Tufan ve Bahat 2017).

Parasomnia grubu uyku bozukluklarında; Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü (SSRI), melatonin içeren uyku ilaçları tercih edilmektedir (Gagnon, Postuma ve Montplaisir 2006; Tufan ve Bahat 2017).

Yaşlı bireylerde uyku sorunlarının farmakolojik tedavisinde hipnotik ilaç gruplarının olası yan etkilerine (aşırı sedasyon, konfüzyon, kognitif bozukluklar, ajitasyon, denge problemleri vb.) oldukça dikkat edilmelidir (Tufan ve Bahat 2017). Buscemi ve ark. (2007) yaptığı meta analiz çalışmasında, hipnotik ilaçların uyku kalitesini geliştirmede etkili olduğu fakat bireylerin zarar görebileceği çok fazla yan etkisinin olduğunu saptamışlardır.

2.2.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Uyku sorunlarının tedavisinde farmakolojik yöntemlerin sınırlı olması, uzun süreli kullanımda bireylerde bağımlılık ve bilişsel becerilerde bozulmalar yaşanması, yaşlı bireylerin güvenliği açısından uygun olmaması, nonfarmakolojik uygulamaların maliyetinin daha az olması ve yan etkilerinin olmaması nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini sağlamıştır (MacLeod ve ark. 2018; Montgomery ve Dennis 2004). Ayrıca, nonfarmakolojik yöntemlerin farmakolojik tedavilere kıyasla etkilerinin zamanla daha iyi olduğu bulunmuştur (Yang ve ark.2012).

Ayakları ılık suda bekletmeyi de içeren nonfarmakolojik yöntemler, göz maskesi, müzik terapi, masaj yaşlı bireylerin uyku sorunlarını çözümlenmede, uyku kalitelerini ve konforlarının artırılmasında etkili olmaktadır (Hu ve ark. 2015).

Müzik Terapi

Müzikle tedavinin tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Tıptaki önemi ise, ilk defa Praglı Müzikterapist Raudnitz tarafından 1848 yılında incelenmiştir. Müzik terapi, nöroendokrin ve sempatik sinir sistemi üzerine etki ederek, kalp atım hızının, solunum sayısının, kan basıncının ve anksiyete düzeyinin azalmasını sağlamakta ve ayrıca uykuya geçişte etkili olan noradrenalin salınımının azaltılmasını sağlayarak bireylerin uyku kalitesini ve böylece konforunu da arttırmaktadır (Lai ve Good 2006).

Yaşlı bireylerde müziğin uyku kalitesine etkisini inceleyen çalışmalarda, müzik terapi uygulanan gruplarda uyku sorunlarının azaldığı, uykuya geçiş sürelerinin kısaldığı ve uyku kalitelerinin arttığı belirtilmiştir (Altan Sarıkaya ve Oğuz 2016; Chan, Chan ve Mok 2010; Chang ve ark. 2012; Feng ve ark. 2018; Lai ve Good 2006; Yücel ve ark. 2016).

Göz Maskesi

Işık, uykuya geçişte ve uykunun devamlılığının sağlanmasında oldukça önemli bir faktördür. Sirkadyen ritmin düzenlenmesinde önemli rolü olan melatonin karanlık ortamda salgılanmaktadır. Bireylerin uykuya geçişini kolaylaştırmak, uykunun devamlılığını sağlamak ve dolayısıyla uyku kalitesini arttırabilmek için ortamın ışığının uygun şekilde ayarlanması gerekmektedir. Göz maskesi, sağlamış olduğu karanlık ortam sayesinde, melatonin salınımını ve REM uyku süresini arttırmaktadır (Hu ve ark. 2010; Mashayekhi ve ark. 2013).

Literatürde göz maskesinin uyku kalitesine etkisini inceleyen çalışmalarda, uyku öncesi ve uyku süresince göz maskesi kullanan bireylerin uyku kalitelerinin arttığı

saptanmıştır (Babaii, Adib-Hajbaghery ve Hajibagheri 2015; Daneshmandi ve ark. 2012; Locihova ve ark. 2018).

Masaj

Masaj, uyku sorunu olan bireylerde yaygın olarak kullanılan hemşirelik uygulamalarından biridir. Kaslardaki gerginliği azaltarak rahatlama sağlayan ve anksiyeteyi azaltan masaj, uykuya geçişi de kolaylaştırmakta, uyku kalitesini ve konforu arttırmaktadır (Çınar ve Eşer 2012).

Literatürde masajın uyku kalitesine etkisini inceleyen çalışmalarda, bireylere uygulanan masajın uykuya geçişi kolaylaştırdığı ve uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir (Çınar ve Eşer 2012; Hossein-Abadi ve ark 2008; Yue ve ark. 2016).

Egzersiz

Egzersiz programları özellikle depresyon nedeniyle uyku sorunu yaşayan yaşlı bireylerde uyku sorunlarını tedavi etmek ve tekrar oluşmasını engellemek amacıyla tercih edilmektedir (Yang ve ark. 2012). Yapılan kanıt temelli çalışmalarda, fiziksel egzersizin yaşlı bireylerde uyku sorunu oluşmasında koruyucu bir faktör olduğu saptanmıştır (Inoue ve ark. 2013).

Literatür incelendiğinde, Yang ve ark. (2012) ve Kredlow ve ark. (2015)'nin egzersizin yaşlı bireylerin uyku kalitesine etkisini inceleyen sistematik inceleme çalışmalarında, egzersizin uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu ve hem uykuya geçişi kolaylaştırdığı hem de uyku ilacı kullanımını azalttığı saptanmıştır.

Ayakları Ilık Suda Bekletme

Yaşlanmayla birlikte uykunun yapısında ve vücut sıcaklığının sirkadyen ritminde meydana gelen değişimler bireylerin uyku kalitesini etkilemektedir. Vücut sıcaklığı uyandıktan sonra gün boyu yükselmekte ve akşamın erken saatlerinde en üst seviyesine ulaşmaktadır. Akşamın ilerleyen saatlerinde düşmeye başlayan vücut sıcaklığı sabahın erken saatlerinde de en düşük seviyesine ulaşmaktadır. Uyku esnasında vücut sıcaklığının en üst ve en alt değerleri arasındaki dalgalanma yaşlı bireylerde genç yetişkinlere kıyasla azalmaktadır. Uykuya geçmeden ve uyku sırasında vücut sıcaklığında meydana gelen düşme, periferel damarlarda vazodilatasyona yol açarak, periferde sıcaklık artışının olması sonucu vücut kor ısısında azalmaya neden olmaktadır. Bu durum da bireylerin uykuya geçişini hızlandırmaktadır (Liao, Chiu ve Landis 2008; Liao ve ark. 2013; Rayman, Swaab ve

Van Someren 2007). Vücut kor ısısı ile periferdeki sıcaklık arasında meydana gelen fark bireylerin uykuya hazır oluşlarını göstermektedir (Krauchi, Cajochen, ve Wirz-Justice 2004). Yapılan çalışmalar vücut kor ısısında azalma, periferel sıcaklık artmanın bireyin uykuya geçişini hızlandırdığını ve NREM uykusunu arttırdığını göstermektedir (Krauchi ve Wirz-Justice 1994; Burgess, Holmes ve Dawson 2001; Liao 2005; Liao, Chiu ve Landis 2008; Liao ve ark. 2013)

Literatür ayakları ılık suda bekletme uygulaması ilk defa 2005 yılında Liao ve ark. tarafından uyku sorunu olan yaşlı bireylerde gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama, periferel damarlarda vazodilatasyona yol açarak, vücut kor ısısını arttırmadan periferlerde sıcaklık artışına ve böylece perifer ile vücut kor ısısı arasındaki farkın artmasını sağlayarak bireylerin uykuya geçişini hızlandırmaktadır. Böylece bireylerin uyku kalitesi ve konforları artmaktadır (Liao ve ark. 2005; Liao, Chiu ve Landis 2008; Liao ve ark. 2013; Rayman ve Van Someren 2008).

2.3. UYKU SORUNU OLAN YAŞLI BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşlanmayla birlikte bireylerde fiziksel ve hormonal değişiklikler nedeniyle uyku süresinde, siklusunda, düzeninde ve bunlara bağlı uyku kalitesinde değişiklikler görülmektedir. Bireylerin deneyimledikleri uyku problemi onların konforunu da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

İnsanın temel gereksinimlerinden biri olan uyku, bir çok kuramcı tarafından da ele alınmıştır. Roper, Logan, Tierney'in Yaşam Modeli'nde uyku ve dinlenme aktivitesinde, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nde Uyku-Dinlenme örüntüsünde, Virginia Handerson'ın 14 Temel İnsan Gereksinimi Kuramı'nda Uyku ve Dinlenme bileşeninde, Abdellah'ın 21 Hemşirelik Problemi Kuramı'nda Uyku-Dinlenme'de uykuya yer verilmiştir (Abdellah 1957; Gordon 1982; Henderson 1978; Maslow 1943; Holland ve ark. 2008; Velioğlu 2012).

Hemşireler yaşlı bireylerin uyku problemlerinin ve konfor durumlarının hemşirelik süreci doğrultusunda ve bir model/kuram rehberliğinde tanılanmasında, bakım gereksinimlerini belirleyerek hemşirelik girişimlerinin planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde uyku kalitelerinin ve konforlarının belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2012; Büyükyılmaz 2009).

Uyku sorunu olan yaşlı bireylerde bireyselleştirilmiş bakımın sunumunda yaşam modeli ile bireylerin konforunu sağlamaya ve geliştirmeye odaklanan konfor kuramının örüntülenerek incelenmesi yararlı olacaktır.

2.3.1. Konfor Kuramı

Hemşirelik için tarihi ve çağdaş önemi olan konfor kavramı Florence Nightingale'den bu yana kullanılmasına rağmen ilk olarak Katharine Kolcaba tarafından açıkça tanımlanmıştır (Orak, Pakyüz ve Kartal 2017). Kolcaba 1988 yılında çalışmalarına başlamış olduğu kuramını 1991 yılında açıklamıştır (Kocaba 1991). Kolcaba, konfor kavramının taksonomik yapısını iki aşamada incelemiştir. Birinci aşamada; bireylerin konfor gereksinimlerinin karşılanma durumuna göre konfor düzeylerini belirlemiş ve bunları ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme olmak üzere 3 düzeyde ele almıştır. İkinci aşamada ise; konfor kavramını holistik bakış açısıyla, fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel konfor olmak üzere 4 boyutta incelemiştir (Kolcaba 1991; Kolcaba 2003).

Hemşirelik bakımında ise konfor; birey, aile ve toplumun gereksinim duyduğu konfor gereksinimlerinin tanılanması, gereksinimlerine göre önlemlerin alınması, gereksinimin karşılanması ve temel konfor düzeyi ile uygulama sonrasındaki konfor düzeylerinin değerlendirilmesine odaklanılmaktadır (Bilgiç 2015; Kolcaba 1994). Hemşirelikte konfor kavramı, bireyin gereksinimlerinin karşılanması temeline dayanmakta ve birçok hemşirelik kuramında da kaliteli bakımın göstergesi olarak kabul edilmektedir (Yücel 2011). Aynı zamanda hemşirelik bakımında girişimlerin sonucu olarak, sağlıklı/hasta bireyin rahata kavuşması olarak da nitelendirilen konfor, doğrudan hemşirelikle ilişkilendirilmektedir (Terzi ve Kaya 2017).

2.3.1.1. Konforun Boyutları

Fiziksel Konfor; bireyin bedensel algısıyla ilgilidir. Fiziksel durumu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtlar, beslenme, hidrasyon düzeyi, boşaltım fonksiyonları gibi fizyolojik faktörleri içermektedir (Bilgiç 2015; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 2003).

Kolcaba, uyarıcı oluştursun veya oluşturmasın fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtından kaynaklandığını belirtmektedir (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 2003). Dengeli kan biyokimyası, sıvı elektrolit dengesi, yeterli oksijen saturasyonu gibi metabolik fonksiyonlar sağlık göstergesidir. Kolcaba, bu fizyolojik

parametrelerin herhangi birinde var olan anormalliğin bireylerin konforunu etkileyebileceğini ifade etmektedir. Bu nedenden dolayı, bu fizyolojik parametreler dengede tutulmalı ya da bozulma durumunda tedavi edilmelidir (Kolcaba 2003).

Psikospritiuel Konfor; mental, emosyonel ve spritiuel bileşenlerden oluşmaktadır. Benlik kavramı, benlik saygısı, kendinin farkında olma ve cinsellik gibi bireyin yaşamına anlam katan duyguları kapsamaktadır (Bilgiç 2015; Kolcaba 2003; Terzi ve Kaya 2017). Bireye ağız bakımı yapmak, masaj yapmak, özel ziyaretçilere izin vermek gibi uygulamalar psikospritiuel konforu arttıran faktörler arasında yer almaktadır (Kolcaba ve DiMarco 2005).

Sosyokültürel Konfor; bireylerin, aile ve diğer kurumlarla etkileşimlerini ve iletişimlerini içermektedir. Birey ve ailenin kültürüne duyarlı bakım verme, bilgi ve danışmanlık sağlama, dini inançlarına saygı duyma, finansal destek sistemlerinden faydalanma, kişilerarası iletişimin sağlanması ve desteklenmesi, evde bakımın sağlanması sosyokültürel konforu oluşturan etmenler arasında yer almaktadır (Kolcaba 1991; Terzi ve Kaya 2017). Bireyin kültürel özelliklerine dikkat edilmemesi, bakımın özensiz olması ve devamlılığının olmaması sosyokültürel konforu olumsuz etkileyen durumlardır (Bilgiç 2015; Wilson ve Kolcaba 2014).

Çevresel Konfor; Dış etkenler ve bunların birey üzerindeki etkilerinden oluşmaktadır. Bu bağlamda ortamın sıcaklığı, rengi, aydınlatması, gürültü, güvenilir çevre ve pencereden bakıldığında görünen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramları kapsamaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 2003). Güvenlik ile ilgili sorunlar, yetersiz bakım sunulması, tıbbi hatalar, ortamın sıcaklığının mevsimsel koşullara uygun olmaması, gürültü, rahatsız edici ışık, kötü kokular, bireyin mahremiyetine saygı gösterilmemesi ve rahat olmayan yataklar çevresel konforu olumsuz etkileyen durumlardır (Bilgiç 2015; Wilson ve Kolcaba 2004).

2.3.1.2. Konforun Düzeyleri

Ferahlama; bireyin konforunu bozan durumdan kurtulma hissi olarak tanımlanan ferahlama, bireyin gereksinimlerinin karşılanmasını esas alan hemşirelik kuramlarının ana bileşenini oluşturmaktadır. Henderson'un 14 Temel İnsan Gereksinimleri Kuramı'nda, bireylerin bu gereksinimlerinden herhangi birinin karşılanması durumunda hissedilen duygu olarak adlandırılırken, Orlonda'nın Etkileşim Kuramı'nda ise gereksinimleri karşılanan bireyin yaşadığı duygu olarak

nitelendirilmiştir (Kolcaba, Tilton and Drouin 2006; Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Terzi ve Kaya 2017).

Rahatlama; sakin, konforlu ve huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba 1994). Çevresel koşullardan, fiziksel ve duygusal deneyimlerden etkilenmektedir (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Terzi ve Kaya 2017).

Üstünlük (sorunların üstesinden gelebilme); yenilenme hissi, sıradan güçlerin arttırılması olarak tanımlanmaktadır. Konfor gereksinimleri karşılanan birey üstünlük düzeyine ulaşabilmektedir. Üstünlüğü, ferahlama ve rahatlama düzeylerinden ayıran özellik ise, bireyin sıra dışı performansını açığa çıkartmasıdır (Bilgiç 2015; Kolcaba 1991; Yücel 2011).

2.3.2. Yaşam Modeli'ne Dayalı Hemşelik Modeli

Hemşirelik Modeli ilk defa 1976 yılında Roper tarafından tasarlanan, 1980 yılında Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen, 1985 ve 1990 yıllarında yeniden düzenlenmiştir. Hemşirelik Modeli'nde; yaşam süresinin her aşamasında, biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve politiko ekonomik faktörler, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ve yaşamda bireyselliğe ilişkin olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bireylerin sorunları tanılanarak, bu sorunların çözümlenmesi, birey ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır (Bilgiç 2015; Büyükyılmaz 2009; Holland ve ark. 2008; Kaya 2012; Roper, Logan ve Tierney 2003).

2.3.2.1. Yaşam Süresi

Fertilizasyon ile başlayan ve ölümle son bulan yaşam süresi, Yaşam Modeli'nin bir ögesidir (Holland ve ark. 2008; Kaya 2012; Roper, Logan ve Tierney 2003). Yaşam süresi içerisinde bireylerin uyku süreçlerinde ve uykunun niteliğinde değişiklikler gözlenmektedir.

Hemşirelik Modeli'ne göre hemşire, fertilizasyondan sonra doğumdan ölüme kadar yaşam süresinin her evresinde bireylerin sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve bakım gereksinimlerinin yerine getirilmesinde önemli rol ve sorumluluklar almaktadır. Diğer yandan bireyin gereksinimi olan hemşirelik bakımının, bireyin yaşam evresine göre gerçekleştirilmesi, hemşirelik sürecinin bütün

aşamalarında etkili olmakta ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının verilmesinde önemli rol oynamaktadır (Kaya 2012).

Yaşlılarda, yaşın ilerlemesiyle birlikte uykunun 4 evresinde geçen süre azalmaya başlamaktadır. İlerleyen yaşla birlikte uykuya olan gereksinim giderek azalmakta, uykudan uyanmalar artmakta, uykunun ritminde değişimler meydana gelmekte, daha erken uyuma ve daha erken uyanmalar olmakta, uykuya geçiş süresi uzamakta, mevcut hastalıklar, kullanılan ilaçlar, uykunun derinliği ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir (Kaymak ve ark. 2010; Monk ve ark 2006; Scullin ve Bliwise 2015; Vitiello 2012; Piani ve ark. 2004; Yücel ve ark.2016).Yapılan çalışmalarda her 10 yılda bireylerin uyku sürelerinde ortalama 10 dakika kadar azalma yaşandığı belirlenmiştir (Floyd ve ark.2007; Ohayon ve ark. 2004). Buna ek olarak, yaşlanma ile birlikte, uykuya dalma süresinde değişim yaşanmakta ve bu sürede artma olmakla birlikte bireylerin uykuyu başlatabilme yetenekleri azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda bireylerin uykuya dalış sürelerinde 20’li yaşların sonuna kadar artış olduğu, 30 ile 50’li yaşlarda bu sürenin sabit kaldığı ve 50’li yaşlardan sonra ise bu sürenin sürekli olarak artış gösterdiği belirtilmektedir (Li, Vitiello ve Gooneratne 2017). Yaşlılık döneminde, uyku aktivitesine ilişkin bu değişimlerin yanı sıra uyku yapısında da değişimler görülmektedir. NREM uykusunun N1 ve N2 evrelerinin oranında artış yaşanırken, N3 evresinde ve REM uykusunun oranlarında azalma yaşanmaktadır (Li, Vitiello ve Gooneratne 2017). 60 yaşına kadar her 10 yılda N3’ün oranında yaklaşık olarak %2 oranında azalma yaşanmaktadır. REM uykusunun oranında yaşanan azalma ise N3 evresindeki azalmaya oranla daha düşük olmakla birlikte her iki değişim de 60 yaşından sonra aynı düzeyde devam etmektedir (Edwards ve ark.2010).

2.3.2.2. Yaşam Aktiviteleri

Yaşam aktiviteleri, Yaşam Modeli’nin temel bileşeni olup 11 yaşamsal aktivite olmak üzere 12 aktiviteden oluşmaktadır. Birbirleriyle etkileşim halinde olan yaşam aktiviteleri, diğer bileşenlerden de etkilenmektedir (Holland ve ark. 2008; Kaya 2012; Roper, Logan ve Tierney 2003; Terzi 2009). Yaşam aktivitelerinden, solunum, beslenme, boşaltım, vücut sıcaklığının kontrolü, hareket ve uyku gibi aktiviteler yaşamın sürdürülmesinde önemli role sahipken, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, kişisel temizlik ve giyinme, çalışma ve eğlenme ve cinselliği ifade etme gibi aktiviteler yaşamın sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında

etkin rol oynamaktadır. Aynı zamanda da, palyatif bakım sürecinde olan bireyin, kapsamlı bakım alabilmesi, huzurlu ölümü ve diğer yandan ölen bireyin aile üyelerine psikolojik desteğin sağlanmasında hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bundan dolayı “ölüm” de yaşam aktiviteleri arasında yer almaktadır (Holland ve ark. 2008; Kaya 2012).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

Bireylerin hayatta kalabilmesi ve diğer yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için güvenli bir çevrede bulunmaları gerekmektedir (Holland ve ark. 2008; Kaya 2012).

Bireyin psikomotor becerilerinde kayıplar, hareket düzeyi, bilinç durumu güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesinde oldukça önemlidir. Yaşlanma süreciyle birlikte bireylerin uyku siklusunda meydana gelen değişimler, motor ve fonksiyon becerilerinde kayıpların artması ve uyku problemlerinin tedavisi için kullanılan ilaçların bilinç durumunu etkilemesi güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesinde risk faktörleri arasında yerini almaktadır (Min ve Slattum 2016; Stone, Ensrud ve Ancoli-Israel 2008; Stone ve ark. 2014).

İletişim Aktivitesi

Yaşlı bireylerde yaşanan uyku sorunları ve buna bağlı konfor durumunda ortaya çıkan bozulmalar, bireyleri doğrudan etkilememesine rağmen bireyin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden günlük yaşamını olumsuz olarak etkileyebilen bir sağlık sorunudur. Uyku sorunu yaşayan bireylerde uykusuzlukla ilişkili anksiyete, depresyon ve gece uyuyamamaya bağlı gündüz uyuma gibi nedenlerden dolayı iletişim sorunları görülebilmektedir (Leblanc, Desjardins ve Desgagné 2015).

Hareket Aktivitesi

Hareket aktivitesi, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkili ve yaşamsal önemi olan bir aktivitedir. Ayrıca bireylerin tüm aktivitelerini bağımsızca yerine getirebilmesi hareket aktivitesi ile ilişkilidir (Kaya 2012; Roper, Logan ve Tierney 2003). Yaşlanma süreciyle birlikte bireylerin kas kütlelerinde yılda %0,5-%1’lik kaybın olduğu ve bunun da bireylerin hareket aktivitesini etkilediği bilinmektedir (Cvecka ve ark. 2015). Aynı zamanda yaşlanma süreciyle birlikte bireylerde ortaya çıkan uyku bozuklukları, bireylerde kronik ağrı ve nörolojik bozukluklar gibi sağlık problemlerine neden olmasından dolayı hareket aktivitesini, hareket aktivitesinde azalma da bireylerin uyku kalitesini olumsuz yönde

etkileyebilmektedir (Garfield, Llewellyn, Kumari 2016; Kaya ve Turan 2012; Murray ve ark. 2017).

Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi uyku kalitesini dolaylı olarak etkileyebilen aktivitelerden biridir. Uyku sorunu olan yaşlı bireylerde yaşlanma süreciyle birlikte öz bakım gücünde azalma, bireylerin kişisel temizliklerini bağımsız şekilde yerine getirebilmelerini engellemektedir.

Solunum Aktivitesi

Doğum ile başlayan ve ölüm ile son bulan solunum aktivitesi yaşamsal öneme sahip olan bir aktivitedir (Kaya 2012; Holland ve ark. 2008). Solunum aktivitesi ile vücuda alınan oksijen bireylerin anksiyete düzeylerini azaltmakta, kalp atım hızlarını yavaşlatmakta ve böylece bireylerin daha kaliteli uyumasını sağlamaktadır (Chien ve ark. 2015). Bunun yanı sıra solunum güçlüğü, uyku apnesi gibi bazı sorunlar bireyin uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Vücut Sıcaklığının Sağlanması ve Sürdürülmesi

Vücut sıcaklığı, uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanmasında önemli bir etkidir (Rayman, Swaab ve Van Someren 2007; Seyyedrasooli ve ark. 2013). Uyku ile vücut sıcaklığı arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Uykuya geçmeden ve uyku sırasında vücut sıcaklığında meydana gelen düşme, periferel damarlarda vazodilatasyona yol açarak, periferde sıcaklık artışının olması sonucu vücut kor ısısında azalmaya neden olmaktadır. Bu durum bireylerin uykuya geçişini hızlandırmaktadır (Liao, Chiu ve Landis 2008; Liao ve ark. 2013; Rayman, Swaab ve Van Someren 2007). Yaşlanmayla birlikte, bireylerin termoregülatör fonksiyonlarının azalması sonucu uykuya geçiş süreleri uzamakta ve uyku kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Oshima-Saeki ve ark. 2017).

Boşaltım Aktivitesi

Boşaltım aktivitesi, bireylerin yaşam kalitesini ve uyku kalitesini etkileyen en önemli aktivitelerden biridir (Turan, Aştı ve Kaya 2017). Yaşlanma süreciyle birlikte bireylerin üriner boşaltımında değişim meydana gelmekte, bireylerde idrara çıkma sıklığının artması onların sık sık uykudan uyanmasına, uyandıktan sonra uykuya dalmada sorun yaşamalarına neden olmakta ve bu da bireylerin uyku kalitesini

etkilemektedir (Aspund 2004). Ceyhan, Görüş ve Zincir'in 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada yaşlı bireylerin %60'nın geceleri tuvalete gitmek için uyandıkları ve %83,5'nin uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir.

Üriner boşaltımdaki değişimin yanı sıra bağırsak boşaltımında da yaşlanma süreciyle birlikte ciddi değişimler meydana gelmektedir. Özellikle yaşlanmayla birlikte bireylerin konstipasyon şikayetlerinde artmalar olmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşla birlikte bireylerde konstipasyon prevalansının arttığı, 65 yaşındaki kadınlarda %26, erkeklerde %16 oranında görüldüğü ve bu oranın yaşın ilerlemesiyle daha da arttığı belirtilmektedir. Özellikle uzun süre huzurevinde kalan bireylerde bu oranın %80'lere vardığı rapor edilmektedir (Gandell ve ark. 2013; Schuster, Kosal ve Kamrul 2015). Jiang ve ark. (2017) çalışmasında uyku bozukluğu olan bireylerde normal uyuyan bireylere göre daha fazla konstipasyon şikayeti görüldüğü saptanmıştır.

Beslenme Aktivitesi

Temel insan gereksinimlerinden biri olan beslenme, sağlığın sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde oldukça önemlidir (Kaya 2012). Beslenme alışkanlıkları bireylerin uyku süresini ve uykunun etkinliğini etkileyebilmektedir (St-Onge, Mikic ve Pietrolungo 2016). Literatürde karbonhidrattan zengin beslenen bireylerin sirkadyen ritminin, vücut sıcaklığının ve kalp atım hızının etkilenecek uyku kalitesinin etkilenebileceği vurgulanmaktadır (Krauchi, Cajochen, ve Wirz-Justice 2004). Bireylerin uyku kalitesini etkileyebilecek diğer bir faktör ise, Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir. Hung ve ark. (2013)'nın yaptıkları çalışmada BKİ normal sınırların üzerinde çıkan bireylerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirtilmiştir.

Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi

Çalışma bireyin yaşamını sürdürmesinde önemli olduğu kadar, ailesinin geçimini sağlama, kendi kimliğini kazanma ve ülke ekonomisine katkıda bulunmada da önemli role sahip olan bir aktivitedir. Eğlenme ise; bireylerin boş vakitlerini hobilerine ayırmasıdır (Büyükyılmaz 2009; Kaya 2012). Aynı zamanda çalışma ve eğlenme aktivitesi yaşam kalitesini geliştirmekte de önemli role sahiptir. Literatürde

yaşam kalitesi ile uyku kalitesi arasında ilişki olduğu ve yaşlanma süreciyle birlikte bireylerde ortaya çıkan uyku sorunlarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Marques ve ark. 2017; Tel 2013).

Uyku ve Dinlenme Aktivesi

İnsan yaşamında temel ve vazgeçilmez aktivitelerden biri uyku aktivitesidir (Kaya 2012). Yaşlanmayla birlikte bireylerin uyku süreçlerinde değişimler meydana gelmekte bu da uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Babacan Gümü, Engin, Özgür 2009; Navarro 2013; Silva ve ark. 2013). Tel (2013)'in yaptığı çalışmada bireylerin yaşının arttıkça uyku kalitelerinin azaldığı ifade edilmiştir.

Cinseliği İfade Etme Aktivitesi

Neslin devamlılığını sağlamada oldukça önemli olan bu aktivite, aynı zamanda bireylerin cinsel kimliğini ifade etmesinin de bir yoludur. Diğer bir yandan cinsellik, yaşamın temel gereksinimlerinden biri olan ve oldukça karmaşık bir aktivitedir (Kaya 2012).

İnsanların yaşamının üçte birini oluşturan uyku, testosteron salgılanmasında önemli rol oynamaktadır. Özellikle REM uykusunda testosteron salınımı en yüksek düzeydedir (Charandabi ve ark.2016). İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan uyku problemleri bireylerde testosteron salınımını azaltmakta, bu da cinsel fonksiyonların azalmasına ve cinsel yanıt döngüsünde değişiklik oluşmasına neden olmaktadır (Charandabi ve ark. 2016).

Ölüm

Günlük yaşam aktiviteleri arasında yerini almamasına rağmen, yaşam aktivitelerini etkilemesi ve yaşamsal sonu ifade etmesi açısından önemlidir. Palyatif bakım sürecinde olan bireye yaklaşım ve bireyin en iyi, en kapsamlı bakımı alması hemşirenin rol ve sorumlulukları arasındadır (Holland 2008; Kaya 2012; Roper, Logan ve Tierney 2013).

İlerleyen yaş, bireylerde ölüm kaygısına neden olmaktadır (Softa ve ark.2011). Bireylerin yaşadığı bu kaygı uyku kalitelerini de etkilemektedir (Suguna ve ark. 2015).

2.3.2.3. Yaşam Aktivilerini Etkileyen Faktörler

Yaşlı bireylerde uyku kalitesini etkileyebilecek birçok faktör vardır.

Biyofizyolojik Faktörler; ilerleyen yaşla birlikte bireylerde uyku siklusunun değişmesi, kronik ve nörolojik hastalıkların ortaya çıkması, ilaç kullanımının artması,

kilo artışının olması gibi bazı faktörler bireylerin uykuya ilgili sorunlar yaşamasına ve dolayısıyla da uyku kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir (Holland ve ark. 2008; Roper, Logan ve Tierney 2003).

Psikolojik Faktörler; bireyin enellektüel yeteneği, ruhsal durumu, huyu, mizacı, bireysel alışkanlıkları, anksiyete düzeyi uyku kalitesini etkileyebilecek psikolojik faktörlerdendir (Holland ve ark. 2008; Kaya 2012; Roper, Logan ve Tierney 2003).

Çevresel Faktörler; uyku kalitesinde bireyin uyuduğu ortamın ısısı, sıcaklığı, ışık, ses gibi çevresel faktörler çok önemlidir (Poter ve Perry 2009). Ortamdaki ışık, sirkadyen ritmin düzenlenmesinde önemli rol oynarken, ortamın ısısı, sıcaklığı ve ses düzeyi de uykuya geçişte önemli olan çevresel faktörler arasında yerini almaktadır (Bano ve ark 2014; Erdöl 2012).

Sosyo-kültürel Faktörler; bireyin içinde yaşadığı kültür, ahlaki değerler, sahip olduğu rol, statü, sosyal ilişkileri, ailesinin varlığı ve/veya yokluğu günlük yaşam aktivitelerini ve uyku kalitesini etkilemektedir (Roper, Logan ve Tierney 2003). Bu nedenle uyku sorunu yaşayan bireylerde bireyin sosyo-kültürel durumu, tutumu, alışkanlıkları bireyin kaliteli uyku uyumasını etkileyebilmektedir.

Politiko-ekonomik Faktörler; politiko-ekonomik faktörler bireyin yaşamında yasal ve ekonomik yönler, yaptırımlar, eylemler ve yasalar ile düzenlenmektedir (Kaya 2012). Bireyin ekonomik açıdan sorunlarının olması, uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

2.3.2.4. Bağımlılık - Bağımsızlık Dizgesi

Bireylerde bağımlılık-bağımsızlık durumunu belirlerken yaşam süresi göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşam süresinde, bebeklikten yetişkinliğe doğru bireylerin yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesinde bağımsızlık durumları artarken, yetişkinlikte en üst düzeye ulaşmakta ve yaşlılık döneminde ise bağımsızlık durumunun azaldığı ve bağımlılık durumunun arttığı görülmektedir (Kaya 2012; Roper, Logan ve Tierney 2003).

İlerleyen yaşla birlikte bireylerde ortaya çıkan uyku sorunları da bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerini getirmekte etkili olmakta ve bireylerin bağımlılık durumlarını arttırabilmektedir.

2.3.2.5. Yaşamda Bireysellik

Bu öge yaşam modelinin temelini oluşturmakla birlikte, bireyin bireyselliğini, inanç, değer ve tutumlarını göz önünde bulundurarak bireye özgü bakımın planlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesini vurgulayan ögedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2012; Acaroğlu ve Şendir 2012).

Hemşire bakım verirken, bakım vereceği bireyin eşsiz ve yegane olduğunu göz önünde bulundurarak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodlarının temelini oluşturmakta, insanın bireyselliğine, eşsizliğine ve bütünlüğüne olan inancının uygulama alanında yaşama geçirilmesini sağlamaktadır (Acaroğlu ve Şendir 2012).

Uyku sorunu olan yaşlı bireylerde sorunun tanılanmasında, hemşirelik tanısının belirlenmesinde, gerekli girişimlerin planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde bireysellik oldukça önemlidir. Bu bireylerin bireyselleştirilmiş bakımı hemşirelik süreci doğrultusunda ele alınmıştır.

2.3.3. Uyku Sorunu Olan Yaşlı Bireylerde Bireyselleştirilmiş Bakım

2.3.3.1. Tanılama

Uyku sorunu olan yaşlı bireylerin uyku kalitesinin tanılanmasında bireyin kendi ifadelerini içeren subjektif veriler ile ölçümler ve Polisomnografi (PSG) sonuçları ile elden edilen objektif verilerden ve konfor durumunu belirlemede Genel Konfor Ölçeği'nden yararlanılabilmektedir.

2.3.3.2. Hemşirelik Tanısı

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının verilmesinde birey için uygun olan hemşirelik tanılarının doğru şekilde belirlenmesi çok önemlidir.

NANDA-I Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017 listesinde 13 alan bulunmakta ve bu alanlardan 4. Alan'ın Sınıf 1'ini Uyku/Dinlenme oluştururken 12. Alanı konfor oluşturmaktadır.

Uyku sorunu yaşayan bireylerde sıklıkla karşılaşılan NANDA –I ((North American Nursing Diagnosis Association-International) hemşirelik tanıları şunlardır;

- “Uykusuzluk”
- “Yorgunluk”

- “Konforda Bozulma”
- “Düşme Riski” (NANDA-I 2015-2017).

2.3.3.3. Planlama

Bu aşamada bireyin sorunlarına ilişkin çözüme ulaşmak için amaç ve hedefler belirlenerek, bireye özgü hemşirelik girişimleri planlanmaktadır. Amaç/Beklenen Hasta Sonuçlarında (Nursing Outcome Classification-NOC), Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması’nda ise (Nursing Intervention Classification-NIC)’den yararlanılarak bakımın standardize edilmesi sağlanmaktadır (Erdemir, Kav ve Yılmaz 2017- NIC 2017).

Hemşirelik Tanısı: “Uykusuzluk”

Tanım: “Fonksiyonların yerine getirilmesini olumsuz etkileyen, uyku süresinde ve kalitesinde bozulma” (Turan 2018a).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları: “Uyku kalitesi ve miktarında işlevselliği bozan rahatsızlık önlenecek, gerekli girişimler konusunda bireye eğitim verilecek”

Hemşirelik Girişimi: “Uykunun Güçlendirilmesi”

- “Bireyin uyku örüntüsü tanınır”,
- “Bireyin ilaçlarının uyku örüntüsü üzerine etkileri belirlenir”,
- “Bireyin uyku örüntüsünü kesintiye uğratan fiziksel (örn; uyku apnesi, hava yolu tıkanıklığı, ağrı, sık idrara çıkma) ve/veya psikolojik (korku veya anksiyete) durumları belirlenir”,
- “Uykuyu geliştirmek için çevre (örn; ışık, ses, ısı, yatak) düzenlenir”
- “Uyanıklıktan uykuya geçişi kolaylaştırmak için bir “yatma zamanı rutini” oluşturması konusunda birey cesaretlendirilir”,
- “Bireyin alışageldiği yatma zamanı rutinlerini uygun şekilde sürdürmesi sağlanır”,
- “Uykuya geçişi kolaylaştıran ya da engelleyen durumları belirleyebilmek için yatma zamanı tüketilen yiyecek ve içecekler belirlenir”,

- “Yatma zamanında uykuyu bölen yiyecek ve içeceklerden kaçınması konusunda bireye bilgi verilir”,
- “Uyanıklık durumunu geliştirmek için uygun aktiviteler sağlayarak bireyin gündüz uykularını sınırlandırmasına yardım edilir”,
- “Uykuya geçişi kolaylaştıracak, nonfarmakolojik yöntemler ve bunları nasıl uygulayacağı konusunda eğitim verilir”(NIC 2017).

Hemşirelik Tanısı: Yorgunluk

Tanım: “Ciddi, sürekli bir tükenmişlik hissi ve alışılmış düzeyde fiziksel ve mental çalışma kapasitesinde azalma” (Turan 2018a).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları: “Tükenmişlik hissi giderilerek, fiziksel ve mental çalışma kapasitesi arttırılacak”.

Hemşirelik Girişimi: “Enerji Yönetimi”

“Yorgunluğun tedavi edilmesi veya önlenmesi ve işlevlerin en üst düzeye getirilmesi için enerji kullanımı düzenlenir”.

Aktiviteler:

- “Bireyin yorgunluk düzeyi tanılanır”,
- “Bireyin uyku süresi, uyku şekli ve uyku kalitesi tanılanır”,
- Yorgunluğu önlemek için aktivite planlaması ve zaman yönetimi konusunda eğitim verilir”,
- Uygun şekilde, uyanık olmayı teşvik eden aktiviteler sağlanarak gündüz uyku süresini sınırlandırmada bireye yardım edilir”,
- “Alternatif dinlenme ve aktivite dönemlerine birey teşvik edilir”,
- “Kas gerginliğini azaltmak için pasif ve/veya aktif ROM egzersizleri öğretilir ve yaptırılır”,
- “Uykuyu desteklemek için nonfarmakolojik yöntemler önerilir”,
- “Yeterli enerji kaynaklarını sağlayacak besinleri alması sağlanır” (NIC 2017).

Hemşirelik Tanısı: “Bozulmuş Konfor”

Tanım: “Fiziksel, Psiko-spritual, çevresel, kültürel ve/veya sosyal boyutlarda rahatlık, iyilik ve esenlikte eksiklik algısı” (Büyükyılmaz 2018).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları: “ Bireyin etkili ve kaliteli uyuması sağlanarak konforu arttırılacak”.

Hemşirelik Girişimi: “Konforu Arttırma İsteği”

“Bu kapsamda bireyin fiziksel, psiko-spritual,çevresel, kültürel ve/veya sosyal boyutlarda iyilik ve esenliği sağlanır”.

Aktiviteler:

- “Bireyin uyku alışkanlıkları değerlendirilir”,
- “Uyku kalitesini arttırmak için nonfarmakolojik yöntemler öğretilir ve bu yöntemleri uygulaması konusunda birey teşvik edilir”,
- “Bireyin konfor durumu belirlenerek, fiziksel, psiko- spritual, çevresel, kültürel ve sosyal konforunu arttıracak girişimler planlanır”(nandabooks.blogspot.com/.../nursing-manage).

Hemşirelik Tanısı: “Düşme Riski”

Tanım: “Fiziksel zararlar ve sağlığı tehdit edebilecek düşmelere karşı artan eğilim” (Turan 2018b).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları: “Bireyin düşmesi önlenecek ve bu konuda gerekli koruyucu önlemler alınacak”.

Hemşirelik Girişimleri: “Düşmeyi Önleme”

“Bu bağlamda düşmeden kaynaklanan yaralanma riski oluşabilecek bireye özgü önlemler alınır”.

Aktiviteler:

- “Özel bir ortamda, bireyin düşme riskini arttırabilecek bilişsel ya da fiziksel sınırlılıklar belirlenir”,

- “Bireyin düşme riskini etkileyen davranış ve faktörleri belirlenir”,
- “Düşme riskini arttıracak çevresel özellikler değerlendirilir”,
- “Hareketle birlikte, yürüyüş şekli, denge ve yorgunluk seviyesi belirlenir”,
- “Bireyin düşme sırasında yaralanmayı nasıl en aza indirebileceği konusunda bilgi verilir”,
- “Giriş/antre, kapı eşiği ve basamakların kenarları işaretlenerek belirgin hale getirilir”,
- “Gerekli çevre düzenlemesi yapılır ve sürekli değişim yapmaktan kaçınılır”,
- “Düşme riskini arttıracak ilaç yan etkileri konusunda birey bilgilendirilir” (NIC 2017).

2.3.3.4. Uygulama

Yaşlı bireylerde uyku sorununu önlemeye ve konfor durumunu arttırmaya yönelik planlanan hemşirelik girişimleri bütüncül bir yaklaşımla bu aşamada bireye uygulanır. Ancak, uygulama aşamasına geçilmeden önce bireyin yeniden değerlendirilmesi gerekmekte ve bireyin durumunda ve/veya hemşirelik tanısında değişiklik olduyorsa planlanan hemşirelik girişimlerinde de değişiklik yapılması gerekmektedir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2012). Bu aşamada;

- Bireye uygulanacak girişimler hakkında bilgi verilerek, bireyden gerekli izin alınmalı,
- Amaç/ beklenen hasta sonuçları, planlanan girişimler uygulanmadan önce tekrardan değerlendirilmeli,
- Bireyin mahremiyetine önem verilmeli,
- Öncelikler belirlenmeli,
- Planlanan girişimler uygulanmalı,
- Bireyin uygulamaya verdiği yanıtlar değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır (Büyükyılmaz 2009).

2.3.3.5. Değerlendirme

Bu aşamada belirlenen amaç ve hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığı belirlenir. Planlanan girişimlerin uygulanması sonrası, başlangıçta belirlenen amaç ve hedeflere ulaşma yolunda ilerleme kaydediliyorsa planlanan girişimlerin uygulanmasına devam edilir. Fakat amaç ve hedeflere ulaşılamıyorsa birey yeniden tanılanır ve süreç tekrarlanır. (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Bu araştırma, uyku sorunu olan yaşlı bireylerin uyku kalitesini ve konfor durumlarını arttırmada nonfarmakolojik yöntem olarak kullanılan ayakları ılık suda bekletme uygulamasının etkisini belirlemek ve hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmek amacı ile ön test-son test kontrol grup tasarımlı, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1: Ayakları ılık suda bekletilen yaşlı bireylerin uyku kalitesi, ayakları ılık suda bekletilmeyen yaşlı bireylerden daha yüksektir.

Hipotez 2: Ayakları ılık suda bekletilen yaşlı bireylerin konforu, ayakları ılık suda bekletilmeyen yaşlı bireylere göre daha yüksektir.

Hipotez 3: Ayakları ılık suda bekletilen yaşlı bireylerin Sayısal Değerlendirme Skalası ile belirtmiş oldukları günlük uyku kalitesi puanları, ayakları ılık suda bekletilmeyen yaşlı bireylerin puanlarından daha yüksektir.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler: Ayakları ılık suda bekletme uygulaması.

Bağımlı Değişkenler: Yaşlı bireylerin uyku kalitesi ve konfor durumları.

Kontrol Değişkenler: Bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, sağlık güvencesi, huzur evinde kalma süresi, gün içerisinde kafeinli içecek içme durumu, sağlık sorunu, kullandığı ilaçlar, akşam uyuma, sabah uyanma saati, gün içerisinde uyuma durumu, huzurevinde kaldığı günden beri uyku alışkanlığında olumsuz değişiklik olma durumu ve uykuya geçişi kolaylaştırmak için alışkanlıklarının olma durumu.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Aralık 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında İstanbul Darülaceze Başkanlığı'nda ve İstanbul Sultangazi Huzurevi'nde 1,2,3 ve 4 kişilik odalarda kalan 217 yaşlı birey oluşturdu.

Araştırmanın örneklem grubunu; Aralık 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında, evren içinden, araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul

eden bireyler oluşturdu. Örneklem sayısı için yapılan Power güç analizi (G*Power 3.1.9.2) sonucunda; PUKİ skoru ortalamasına göre yapılan değerlendirmede $\Delta:1,96$ $SD:2,40$ alındığında $Power:0,95$, $\beta:0,05$ ve $\alpha:0,05$ ile hesaplanan örneklem hesabı sonucunda her grupta 8 birey ile çalışmanın yapılması ön görüldü, fakat çalışma sonucunda parametrik hesaplama yapılabilmesi için 30 kişi deney, 30 kişi kontrol grubuna dahil edilerek, toplam 60 kişi ile araştırma yürütüldü.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Bireylerin,

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- 65 yaş ve üzeri olması,
- Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirebiliyor olması,
- Okuma- yazmasının olması,
- Uyku kalitesi puanının 5 ve üzerinde olması,
- İletişime açık olması,

Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Bireylerin,

- Uyku problemi nedeniyle ilaç kullanması,
- Diüretik ilaç kullanması,
- Periferik damar hastalığının olması,
- Nörolojik bir hastalığının olması.

Araştırmaya 153 birey davet edildi. Araştırmadan dışlanma ölçütlerini içeren 82 birey örneklem dışında bırakıldı. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan bireyler (n=71) bir torba içerisine konulan ve üzerinde “deney”, “kontrol” yazılı olan kartlar arasından kura ile seçilerek, basit randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol gruplarına atandı (Esin 2014; Polit ve Beck 2012). Kura sonrasında Darülaceze Başkanlığı’ndan 15 kişi, Sultangazi Huzurevinde 15 kişi kontrol grubu için, deney grubu için ise Darülaceze Başkanlığı’ndan 14, Sultangazi Huzurevi’nden 16 kişi seçildi.

Örneklem Grubunun Belirlenmesi

Huzurevinde kalan ve örneklem grubuna dahil edilebilecek bireylere araştırmanın amacı, kapsamı, ne kadar süreceği ve kendilerinden ne beklenildiği açıklanarak, araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile görüşme yapıldı. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan bireylerden bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırmaya toplamda 153 birey davet edildi ve bu bireylere Kişisel Bilgi Formu ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

uygulandı. Araştırmada uyku problemi nedeniyle ilaç kullanan 37 kişi, diüretik ilaç kullanan 28 kişi, periferik damar hastalığı olan 5 kişi ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı 5'in altında olan 12 kişi örneklem dışında bırakıldı. Örneklem dışında bırakılan bireylere araştırmacı tarafından, neden örneklem dışında bırakıldığına yönelik açıklama yapıldı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında;

- Kişisel Bilgi Formu (EK-1),
- Sayısal Değerlendirme Skalası (EK-2),
- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK-3),
- Genel Konfor Ölçeği (EK-4) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu (EK-1); araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen formda, bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, sağlık güvencesi, huzurevinde kalma süresi, gibi bireysel özellikler ile kronik hastalıkların varlığı, sürekli kullandığı ilaçlar, akşam uyuma ve sabah uyanma saati, gündüz uyuma durumu, egzersiz yapma durumu ve uyku alışkanlıkları gibi bireyin uyku kalitesini etkileyebilecek değişkenlere ilişkin sorulara yer verildi (Fadıloğlu, İlkbay ve Yıldırım 2006; Liao ve ark. 2013; Kim, Lee, & Sohng 2016).

Sayısal Değerlendirme Skalası (Numerical Rating Scale)- SDS (EK-2); bireyin günlük olarak bireysel uyku kalitesinin değerlendirilmesi için her gün ayrı işaretleme yapabileceği ve üzerinde skala bulunan form hazırlandı. Skalada, “0” bireyin o gece çok kötü uyuduğunu ifade ederken, “10” çok iyi uyuduğunu belirtmektedir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-3); bu ölçek, bireylerin bir aylık bir zaman aralığındaki uyku kalitesini ve uyku bozukluğunu değerlendirmek amacıyla Buysse ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiştir.

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır. Son bir ay süresindeki (4 hafta) uyku kalitesini değerlendiren ölçek, toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların 19 tanesi öz-bildirim sorusudur ve birey tarafından cevaplandırılır, son 5 soru (11a,11b,11c,11d,11e) ise eş veya bir

oda arkadaşı tarafından cevaplanır ve yalnızca klinik bilgi için kullanılır, ilk 4 soru (açık uçlu sorular) ve son 5 soru puanlamaya dahil edilmez. Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır ve bu bileşenler;

Öznel uyku kalitesi (Bileşen 1: soru; 6)

Uyku latensi (Bileşen 2: soru; 2. ve 5a.)

Uyku süresi (Bileşen 3: soru; 4)

Alışılmış uyku etkinliği (Bileşen 4: soru; 1 ve 3)

Uyku bozukluğu (Bileşen 5: soru; 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5k)

Uyku ilacı kullanımı (Bileşen 6: soru; 7)

Gündüz işlev bozukluğu (Bileşen 7: soru; 8 ve 9)

Her soru 0 “iyi” – 3 “kötü” olmak üzere puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 21 arasında değişebilmekte ve toplam ölçek puanı arttıkça uyku kalitesi bozulmaktadır. Ölçekten 0 ile 4 arası alınan puan uyku kalitesinin iyi, 5 ile 21 arasında alınan puan uyku kalitesinin kötü olduğunu ifade etmektedir (Buysse ve ark. 1989; Ağargün ve ark. 1996).

Ağargün ve ark. 1996 yılında yapmış oldukları araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısını 0.80 olarak bulmuştur. Bu araştırmada ise PUKİ'nin güvenilirliği için yapılan analizlerde uygulama öncesinde Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.52, uygulama sonrasında 0.69 olarak hesaplanmıştır.

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (Ek-4); Katharine Kolcaba tarafından 1992 yılında, bireylerin konfor gereksinimlerini belirleyebilmek, konforu sağlayabilecek hemşirelik girişimlerini ve konforda artma durumunu değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması, Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Dörtlü likert tipte ve 48 maddeden oluşan ölçek, konforun kuramsal bileşenlerinden oluşan 3 düzey ve 4 boyutu içeren taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Düzey; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde) şeklinde değerlendirilirken, boyut ise; fiziksel (12 madde), psikospiritüel (13 madde) ve sosyo-kültürel (10 madde) olmak üzere üç kısımda değerlendirilmektedir. Ölçekte yer alan negatif ifadeler değerlendirilme aşamasında ters kodlanarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 48 iken, en yüksek toplam puan 192'dir. Ortalama değer belirlenirken, ölçekten

elde edilen toplam puan 48'e (ölçek maddelerinin sayısına) bölünerek hesaplanmakta ve 1-4 dağılımında ifade edilmektedir (Kuğuoğlu ve Karabacak, 2008).

Tablo 3-1: Genel Konfor Ölçeği Değerlendirmesi

Boyutları	Düzeyleri		
	Ferahlama Madde No	Rahatlama Madde No	Sorunların Üstesinden Gelme Madde No
Fiziksel Konfor	14*, 19*	1, 36	15, 29
	48*, 25*	20*, 28*	5*, 6*
Psikosprituël Konfor	44, 46	3, 7, 31	9, 17
	22*, 40*	38, 24*	41*, 45*
Çevresel Konfor	3, 27	11, 47	30, 33
	12*, 34*	32*, 42*	18*, 21*, 35*
Sosyokültürel Konfor	37, 8*	4, 23	10, 16
	13*, 26*	43, 39*	

Kaynak: Bilgiç, Ş. (2015). Kemoterapi uygulanan hastalarda müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul

Ölçeğin orijinal halindeki Cronbach Alpha katsayısı 0.88 olarak, Kuğuoğlu ve Karabacak'ın 2008 yılında yapmış oldukları araştırmada ise 0.85 olarak bulunmuştur (Kolcaba 2003; Kuğuoğlu ve Karabacak 2008).

Bu araştırmada ise GKÖ'nün güvenilirliği için yapılan analizlerde uygulama öncesinde Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.68, uygulama sonrasında 0.75'dir.

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra araştırmanın uygulama aşamasına başlandı.

Araştırmanın Uygulanması

Deney grubu

Araştırmaya başlamadan önce Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Genel Konfor Ölçeği ve Sayısal Değerlendirme Skalası uygulandı. Deney grubunda yer alan bireylere 6 hafta boyunca, her bireyin uyku saatine göre yatmadan 1 saat öncesinde odalarına gidilerek, ayakları 20 dk süre boyunca 38°C ile 40°C arasında değişen ılık suda bekletildi (Seyyedrasooli ve ark. 2013; Valizadeh ve ark. 2015). Bunun için özel ayak banyosu küveti kullanıldı. Küvet, 10 cm derinliğinde, suyun sıcaklığını 15 dakika ile 60 dakika süre boyunca sabit tutabilen, süresi dolduktan sonra

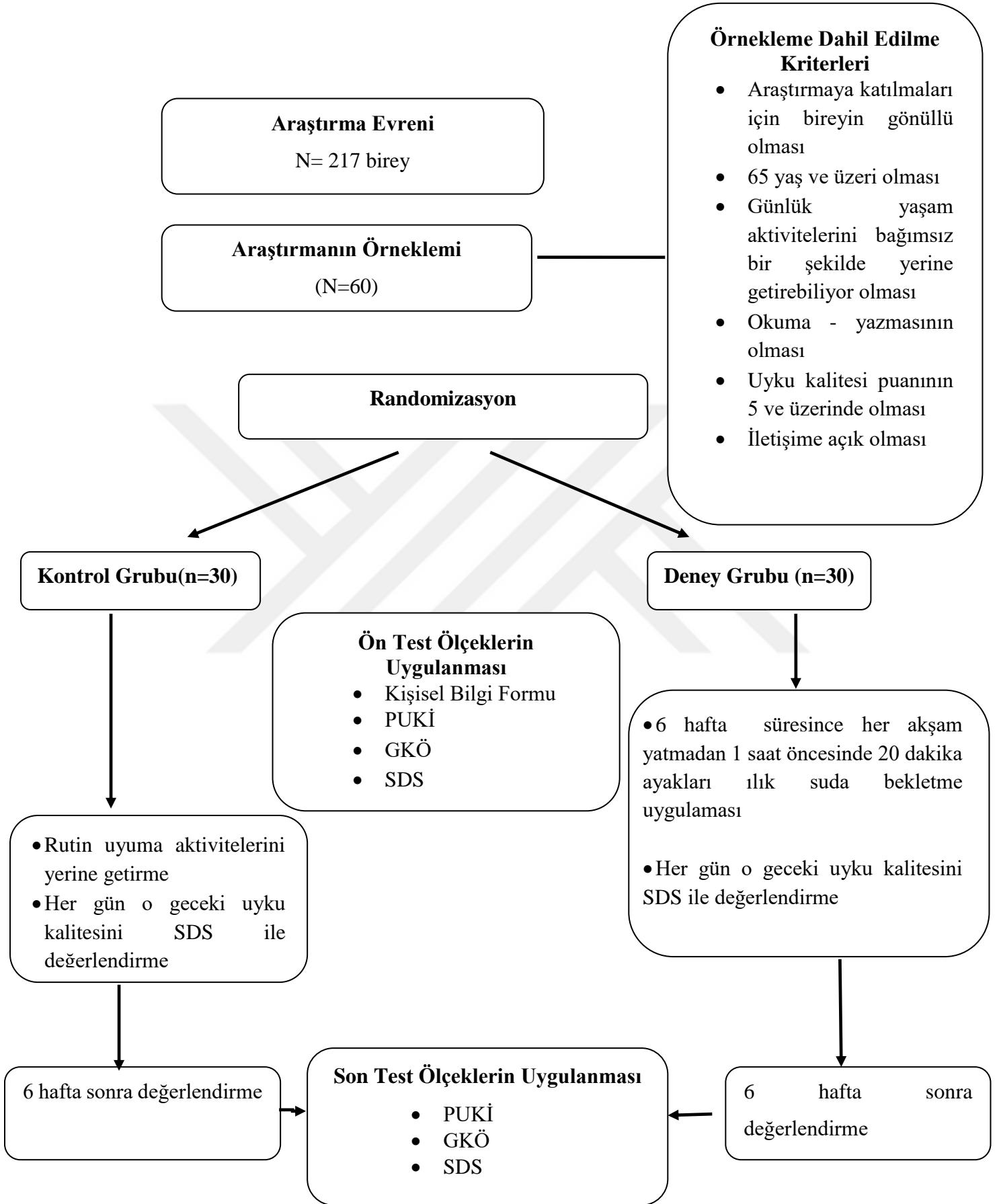
kendiliğinden kapanabilen ve 35°C ile 48°C arasında sıcaklık sağlayabilen, suyun sıcaklığını ve kullanım süresini ekran üzerinde gösteren özelliktedir.

Uygulama 5 adet ayak banyosu küveti ile gerçekleştirildi. 5 kişinin 6 haftalık uygulaması tamamlandıktan sonra yeni grup oluşturuldu. Bireylerin hijyenin sağlanması için her uygulama için tek kullanımlık (disposable) ayak banyosu küveti ölçüleriyle uyumlu galoş ayak banyosu küvetinin içine yerleştirilerek, küvetin içerisine 10 cm yüksekliğinde musluk suyu dolduruldu ve bireylerin ayakları küvetin içerisine kondu. Sıcaklık ayarı 38-40°C olacak şekilde ayarlandı. Suyun sıcaklığı 38-40°C olduğunda cihazın zaman ayarı 20 dakikaya ayarlanarak bireylerin ayaklarını küvetin içerisinde tutması sağlandı. Uygulama sonrasında bireylerin ayakları kağıt havlu ile kurulandı. Ayak banyosu küveti, üretimi yapan firmanın Türkiye'deki temsilci firması aracılığıyla temin edildi.

Bireylerin günlük uyku kalitelerini değerlendirmek amacıyla bireylere her gün için ayrı hazırlanmış olan SDS formu verildi ve bireylerden her sabah uyandıklarında bu formu işaretlemeleri istendi. Sabah işaretlememiş olan bireyler için akşam uygulama için gidildiğinde işaretlemesi sağlandı ve formlar günlük olarak bireylerden toplandı. Bireylere 6. Haftanın sonunda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Genel Konfor Ölçeği tekrar uygulandı.

Kontrol grubu;

Araştırmaya başlamadan önce Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Genel Konfor Ölçeği ve Sayısal Değerlendirme Skalası uygulandı. Bireylerin günlük uyku kalitelerini değerlendirmek amacıyla bireylere her gün için ayrı hazırlanmış olan SDS formu verildi ve bireylerden her sabah uyandıklarında bu formu işaretlemeleri istendi. Sabah işaretlememiş olan bireyler için akşam uygulama için gidildiğinde işaretlemesi sağlandı ve formlar günlük olarak bireylerden toplandı. Bireylere 6. haftanın sonunda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Genel Konfor Ölçeği tekrar uygulandı.



Şekil 3-1: Araştırma Tasarımı

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

- İstanbul Darülaceze Başkanlığı'ndan ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Sultangazi Huzurevi'nden kurum izni alındı (Ek-5a).
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (Ek-5b).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere, çalışmanın amacı, kapsamı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği, elde edilecek verilerin nerede ve ne şekilde kullanılacağına yönelik açıklama yapılarak, **isteklilik ve gönüllülük** ilkesi kapsamında araştırmaya katılımları için bireylerden yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alındı (Ek-6).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek "**otonomi**" ilkesine saygı gösterildi.
- Bireylere, kimliklerinin ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka kimseyle paylaşılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği kendilerine açıklanarak amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek "**sadakat-gizlilik**" ilkesine bağlı kalındı.
- Uygulama esnasında "**Zarar vermeme-yarar sağlama**" ilkelerine özen gösterildi (Acaroğlu 2003).
- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Prof.Dr.Mehmet Ağargün'den ölçek kullanım izni alındı (Ek-7).
- Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan biri olan Prof.Dr.Ükke Karabacak'tan ölçek kullanım izni alındı (Ek-8).

3.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLAR

Güçlü yönleri;

- Randomize kontrollü deneysel bir araştırma olması,

Sınırlı yönleri;

- Yaşlı bireylerin öz değerlendirmelerinin dikkate alınması,

3.9. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizler Tablo 3-2’de verildi. Elde edilen veriler %95 güven aralığında ve $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3-2: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistikler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Deney ve kontrol grubunun benzerliğinin değerlendirilmesinde	<ul style="list-style-type: none"> • Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, frekans) • Student t-Testi • Ki-Kare Testi • Mann Whitney U Testi
Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uyku kalitesine ilişkin bulgular Deney ve kontrol grubundaki bireylerin konfor düzeyine ilişkin bulgular	<ul style="list-style-type: none"> • Mann Whitney U Testi • Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi • Student t-Test • Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi
Deney ve kontrol gruplarında uygulama öncesi ve sonrasında uyku kalitesi ve genel konfor ölçeğine ilişkin bulgular	<ul style="list-style-type: none"> • Pearson Korelasyon Analizi
PUKİ ve GKÖ’nün iç tutarlılıklarının incelenmesinde	<ul style="list-style-type: none"> • Cronbach Alfa Katsayısı

4. BULGULAR

Bu bölümde; nonfarmakolojik uygulamalar arasında yer alan ayakları ılık suda bekletme uygulamasının uyku kalitesine ve konfor düzeyine etkisini araştırmak amacı ile deneysel olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulguların istatistiksel analizleri yapılarak, aşağıda tablolar halinde sunuldu.

Çalışmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında incelendi;

4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliğine İlişkin Bulgular

- Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri
- Bireylerin Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikleri

4.2. Ayakları Ilık Suda Bekletme Uygulamasının Etkinliğine İlişkin Bulgular

- Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması
- Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Genel Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması
- Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sayısal Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

4.1. BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya dahil edilen bireylerin, sosyodemografik özelliklerine ve uyku kalitesini etkileyebilecek durumlara ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4-1, Tablo 4-2) .

Tablo 4-1: Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (N=60)

Bireysel Özellikler	Deney Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Toplam (N=60)	t	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Yaş ort±SS	73,47±6,03	74,33±7,23	73,90±6,61	-0,504	0,616
	n (%)	n (%)	n(%)	χ²	p
Cinsiyet					
Kadın	15 (50)	13 (43,3)	28 (46,7)	0,067	0,796
Erkek	15 (50)	17 (56,7)	32 (53,3)		
Medeni durum					
Bekar	22 (73,3)	28 (93,3)	50 (83,3)	4,320	0,080
Evli	8 (26,7)	2 (6,7)	10 (16,7)		
Eğitim durumu					
Okur-yazar	6 (20)	11 (36,7)	17 (28,3)	2,111	0,348
İlkokul	13 (43,3)	11 (36,7)	24 (40,0)		
Ortaokul ve üzeri	11 (36,7)	8 (26,7)	19 (31,7)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	7 (23,3)	4 (13,3)	11 (18,36)	0,445	0,505
Gelir gidere eşit/fazla	23 (76,7)	26 (86,7)	49 (81,7)		
Sağlık güvencesi					
Var	24 (80)	16 (53,3)	40 (66,7)	4,800	0,054
Yok	6 (20)	14 (46,7)	20 (33,3)		

t: Student t-Testi

p<0,5

χ²: Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare Testi

Her iki gruptaki bireylerin yaş ortalaması 73,90±6,61 (min-max 65-90) yıl idi. Diğer sosyodemografik özellikler incelendiğinde, %53,3'ünün erkek, %83,3'ünün bekar, %40'ının ilkokul mezunu, %81,7'sinin gelirinin giderine eşit, %66,7'sinin sağlık güvencesinin olduğu saptandı. Bu sosyodemografik özellikler açısından, deney ve kontrol gruplarını oluşturan bireyler arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, her iki grupta yer alan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin birbirine benzer dağılımlar gösterdiği belirlendi (p>0,05; Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Bireylerin Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özellikleri (N=60)

Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Bireysel Özellikler	Deney Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Toplam (N=60)	Z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS(Medyan)		
Huzur evinde kalma süresi/ay	31,27±65,45 (24)	138,87±142,01 (90)	85,07±122,32 (24)	-3,841	0,001**
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	p
Gün içinde kafein içeren içecek tüketmedurumu					
Evet				0,067	0,796
Hayır	13 (43,3)	15 (50)	28 (46,7)		
	17 (56,7)	15 (50)	32 (53,3)		
Herhangi bir sağlık problemi olma durumu					
Evet	25 (%83,3)	25 (%83,3)	50 (83,3)	0,001	1,000
Hayır	5 (%16,7)	5 (%16,7)	10 (16,7)		
Sürekli ilaç kullanma durumu					
Evet	26 (86,7)	27 (90)	53 (88,3)	0,001	1,000
Hayır	4 (13,3)	3 (10)	7 (11,7)		
Gün içerisinde uyuma durumu					
Evet	10 (33,3)	15 (50)	25 (41,7)	1,097	0,295
Hayır	20 (66,7)	15 (50)	35 (58,3)		
Düzenli egzersiz yapma durumu					
Evet	6 (20)	5 (16,7)	11 (18,3)	0,001	1,000
Hayır	24 (80)	25 (83,3)	49 (81,7)		
Huzurevinde kaldığından beri uyku alışkanlığında olumsuz değişiklik olma durumu					
Evet	19 (63,3)	23 (76,7)	41 (68,3)	0,714	0,398
Hayır	11 (36,7)	7 (23,3)	19 (31,7)		
Uykuya geçişi kolaylaştırma alışkanlıklarının olma durumu					
Evet	12 (40)	10 (33,3)	22 (36,7)	0,072	0,789
Hayır	18 (60)	20 (66,7)	38 (63,3)		

t: Student t-Testi

Z: Mann Whitney U Testi

**p<0,01

 χ^2 : Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare Testi

Bireylerin huzurevinde kalma süresi ortalamasının $85,07 \pm 122,32$ ay, %46,7'sinin gün içinde kafein içeren içecekler tükettiği, %83,3'ünün bir sağlık probleminin olduğu, %88,3'ünün sürekli ilaç kullandığı, %41,7'sinin gün içerisinde uyuduğu, %81,7'sinin gün içinde egzersiz yapmadığı, %68,3'ünün huzurevinde kaldığı süre içerisinde uyku alışkanlığında olumsuz değişikliklerin olduğu ve %36,7'sinin uyumadan önce uykuya geçişi kolaylaştırmaya yönelik bazı alışkanlıklarının olduğu görüldü. Uyku kalitesini etkileyebilecek bireysel özelliklerden huzurevinde kalma süresi ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($Z=-3,841$, $p=0,001$; Tablo 4-2). Kontrol grubundaki bireylerin huzurevinde kalma süreleri ortalamasının deney grubundaki bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi. Uyku kalitesini etkileyebilecek diğer bireysel özellikler açısından ise deney ve kontrol gruplarını oluşturan bireyler arasında, istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı, her iki grupta yer alan bireylerin bireysel özelliklerinin birbirine benzer dağılımlar gösterdiği belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4-2).

4.2. AYAKLARI ILIK SUDA BEKLETME UYGULAMASININ ETKİNLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin uygulama öncesi ve sonrası PUKİ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara, GKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara ve PUKİ ile GKÖ korelasyonlarına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4-3, Tablo 4-4, Tablo 4-5, Tablo 4-6).

Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=60)

Ölçek Alt Boyutları		ÖN TEST		SON TEST		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Fark	² Z	p
Özel Uyku Kalitesi	Deney	2,23±0,43 (2)	1,10±0,55 (1)	-1,13±0,63 (-1)	-4,713	0,001**
	Kontrol	2,27±0,64 (2)	2,17±0,38 (2)	-0,10±0,61 (0)	-0,905	0,366
		¹ Z= 0,622 p= 0,534	¹ Z= -6,390 p= 0,001**	¹ Z= -5,473 p=0,001**		
Uyku Latensi	Deney	2,53±0,51 (3)	0,83±0,59 (1)	-1,70±0,65 (-2)	-4,860	0,001**
	Kontrol	2,30±0,47 (2)	2,17±0,38 (2)	-0,13±0,35 (0)	-2,000	0,046*
		¹ Z= -1,818 p= 0,069	¹ Z= -6,561 p= 0,001**	¹ Z= -6,561 p= 0,001**		
Uyku Süresi	Deney	1,27±0,64 (1)	0,70±0,99 (0)	-0,57±0,82 (-1)	-3,105	0,002**
	Kontrol	1,80±0,81 (2)	2,07±0,52 (2)	0,27±0,58 (0)	-2,309	0,021*
		¹ Z= -2,548 p= 0,011*	¹ Z= -4,955 p= 0,001**	¹ Z= -4,275 p= 0,001**		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Deney	1,47±0,73 (1)	0,57±0,94 (0)	-0,90±0,88 (-1)	-3,746	0,001**
	Kontrol	1,77±0,73 (2)	1,90±0,76 (2)	0,13±0,63 (0)	-1,155	0,248
		¹ Z= 1,612 p= 0,107	¹ Z= -4,764 p= 0,001**	¹ Z= -4,842 p= 0,001**		
Uyku Bozukluğu	Deney	1,70±0,53 (2)	1,10±0,31 (1)	-0,60±0,50 (-1)	-4,243	0,001**
	Kontrol	1,50±0,51 (1,5)	1,43±0,50 (1)	-0,07±0,52 (0)	-0,707	0,480
		¹ Z= -1,412 p= 0,158	¹ Z= -2,895 p= 0,004**	¹ Z= -3,608 p= 0,001**		
Uyku İlacı Kullanımı	Deney	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,000	1,000
	Kontrol	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,000	1,000
		¹ Z= 0,000 p= 1,000	¹ Z= 0,000 p= 1,000	¹ Z= 0,000 p= 1,000		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Deney	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,000	1,000
	Kontrol	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,00±0,00 (0)	0,000	1,000
		¹ Z= 0,000 p= 1,000	¹ Z= 0,000 p= 1,000	¹ Z= 0,000 p= 1,000		
Toplam	Deney	8,10±1,58 (8)	4,37±2,06 (3)	-3,73±1,80 (-4)	-4,751	0,001**
	Kontrol	9,53±1,72 (9)	9,73±1,46 (10)	0,20±1,19 (0)	-0,964	0,335
		¹ Z= -3,016 p= 0,003**	¹ Z= -6,506 p= 0,001**	¹ Z= -6,141 p= 0,001**		

¹Z: Mann Whitney U Test ²Z: Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi *p<0,05 **p<0,01

Bireylerde ön test ve son test PUKİ alt boyutları puanları incelendiğinde

Uygulama öncesi ön testte;

Öznel uyku kalitesi alt bileşeni puan ortalaması deney grubunda 2,23±0,43, kontrol grubunda 2,27±0,64 puan olarak belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde öznel uyku kalitesi alt bileşeni puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (¹Z= -0,622, p= 0,534).

Uyku latensi (uykuya geçiş süresi) alt bileşeni puan ortalaması deney grubunda 2,53±0,51, kontrol grubunda 2,30±0,47 puan olarak saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde uyku latensi alt bileşeni puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (¹Z= -1,818, p= 0,069).

Uyku süresi alt bileşeni puan ortalaması deney grubunda 1,27±0,64, kontrol grubunda 1,80±0,81 puan olarak saptandı. Kontrol grubunda uygulama öncesi uyku

süresi alt bileşeni puan ortalamasının deney grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($^1Z = -2,548, p=0,011$).

Alışılmış uyku etkinliği alt bileşeni puan ortalamasının deney grubunda $1,47 \pm 0,73$, kontrol grubunda $1,77 \pm 0,73$ puan olarak saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde alışılmış uyku etkinliği alt bileşeni puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($^1Z = -1,612, p= 0,107$).

Uyku bozukluğu alt bileşeni puan ortalamasının deney grubunda $1,70 \pm 0,53$, kontrol grubunda $1,50 \pm 0,51$ puan olarak saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde alışılmış uyku bozukluğu alt bileşeni puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($^1Z = -1,412, p= 0,158$).

Araştırmaya dahil edilen bireylerin hepsinin uygulama öncesi değerlendirmesinde **gündüz işlev bozukluğu bileşenine** 0 (sıfır) puanını vermeleri ve **ve uyku ilacı kullanan bireylerin araştırmaya dahil edilmemesi** nedeniyle bu bölümlerin değerlendirilmesi için istatistiksel bir işlem yapılmadı (Tablo 4-3).

Uygulama sonrası son testte;

Öznel uyku kalitesi alt bileşeni puan ortalamasının deney grubunda $1,10 \pm 0,55$, kontrol grubunda ise $2,17 \pm 0,38$ puan olarak saptandı. Uygulaması sonrası öznel uyku kalitesi alt bileşeni puan ortalamasının, kontrol grubundaki bireylerde deney grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($^1Z = -6,390, p=0,001$). Uygulama öncesine göre uygulama sonrası deney grubundaki bireylerin öznel uyku kalitesi puanlarında görülen düşüşlerin, kontrol grubundaki bireylerde görülen düşüslere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($^1Z = -5,473, p=0,001$). Deney grubunda yer alan bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki öznel uyku kalitesi puanlarında görülen düşüşlerin, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($^2Z = -4,713, p=0,001$).

Uyku latensi alt bileşeni puan ortalamasının deney grubunda $0,83 \pm 0,59$, kontrol grubunda ise $2,17 \pm 0,38$ puan olarak belirlendi. Uygulama sonrasında uyku latensi alt bileşeni puan ortalamasının, kontrol grubundaki bireylerde deney grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($^1Z = -6,561, p=0,001$). Uygulama öncesine göre uygulama sonrası deney grubundaki bireylerin uyku latensi puanlarında görülen düşüşlerin, kontrol grubundaki bireylerde görülen

düşüşlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($^1Z=-6,571$, $p=0,001$). Deney grubunda yer alan bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki uyku latensi puanlarında görülen düşüşlerin, istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($^2Z=-4,860$, $p=0,001$). Kontrol grubunda yer alan bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki uyku latensi puanlarında görülen düşüşlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($^2Z=-2,000$, $p=0,046$).

Uyku süresi alt bileşeni puan ortalamasının deney grubunda $0,70\pm 0,99$, kontrol grubunda ise $2,07\pm 0,52$ puan olarak saptandı. Kontrol grubunda uygulama öncesi uyku süresi alt bileşeni puan ortalamasının, deney grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($^1Z=-2,548$, $p=0,011$) Uygulama sonrasında da kontrol grubunun uyku süresi puan ortalamasının deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($^1Z=-4,955$, $p=0,001$). Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki uyku süresi puanlarında düşüş görülürken, kontrol grubunda artış saptandı. Deney grubunda; uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki uyku süresi puanlarında görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıydı ($^2Z=-3,105$, $p=0,002$). Kontrol grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki uyku süresi puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıydı ($^2Z=-2,309$, $p=0,021$).

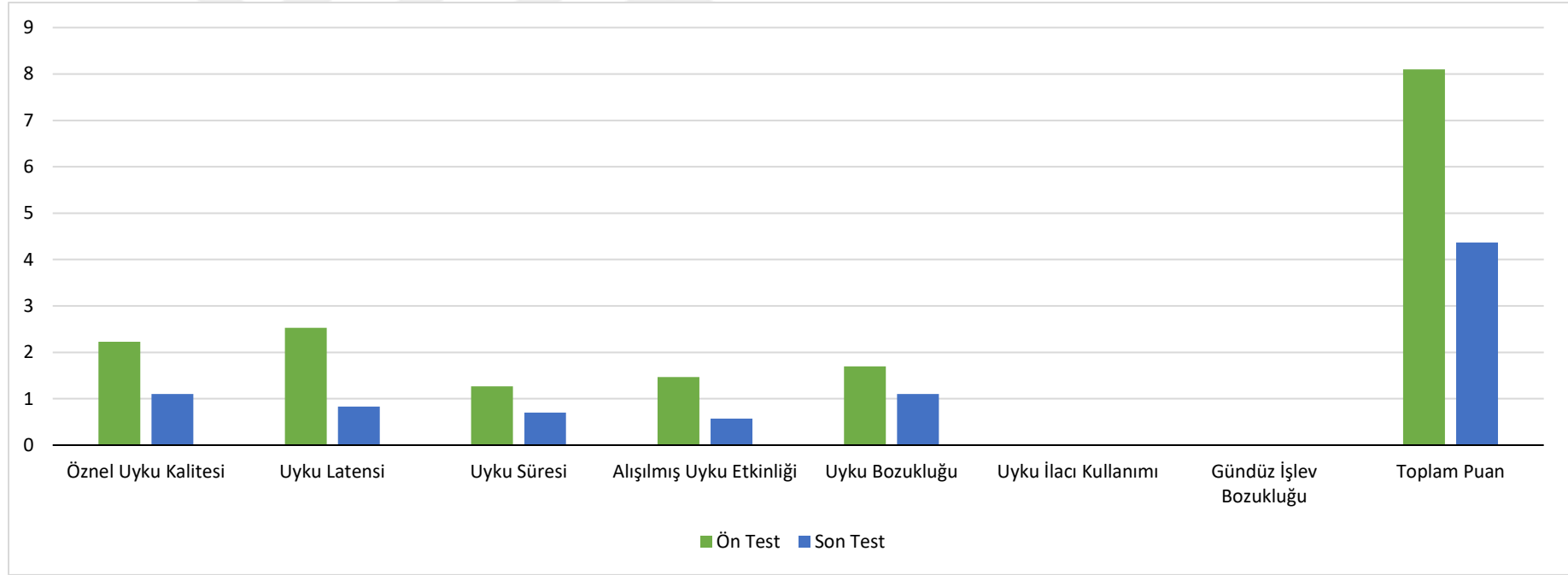
Alışılmış uyku etkinliği alt bileşeni puan ortalamasının deney grubunda $0,57\pm 0,94$, kontrol grubunda ise $1,90\pm 0,76$ puan olarak saptandı. Uygulama sonrasında alışılmış uyku etkinliği alt bileşeni puan ortalamasının, kontrol grubundaki bireylerde deney grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($^1Z=-4,764$, $p=0,001$). Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası, alışılmış uyku etkinliği puanlarında görülen değişimler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($^2Z=-3,746$, $p=0,001$).

Uyku bozukluğu alt bileşeni puan ortalamasının deney grubunda $1,10\pm 0,31$, kontrol grubunda ise $1,43\pm 0,50$ puan olduğu belirlendi. Kontrol grubunda uygulama öncesi uyku bozukluğu alt bileşeni puan ortalamasının, deney grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($^1Z=-2,895$, $p=0,004$). Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası uyku bozukluğu puanlarında görülen düşüşlerin, kontrol grubunda yer alan bireylerin puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($^1Z=-3,608$, $p=0,001$). Deney grubunda; uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki uyku bozukluğu

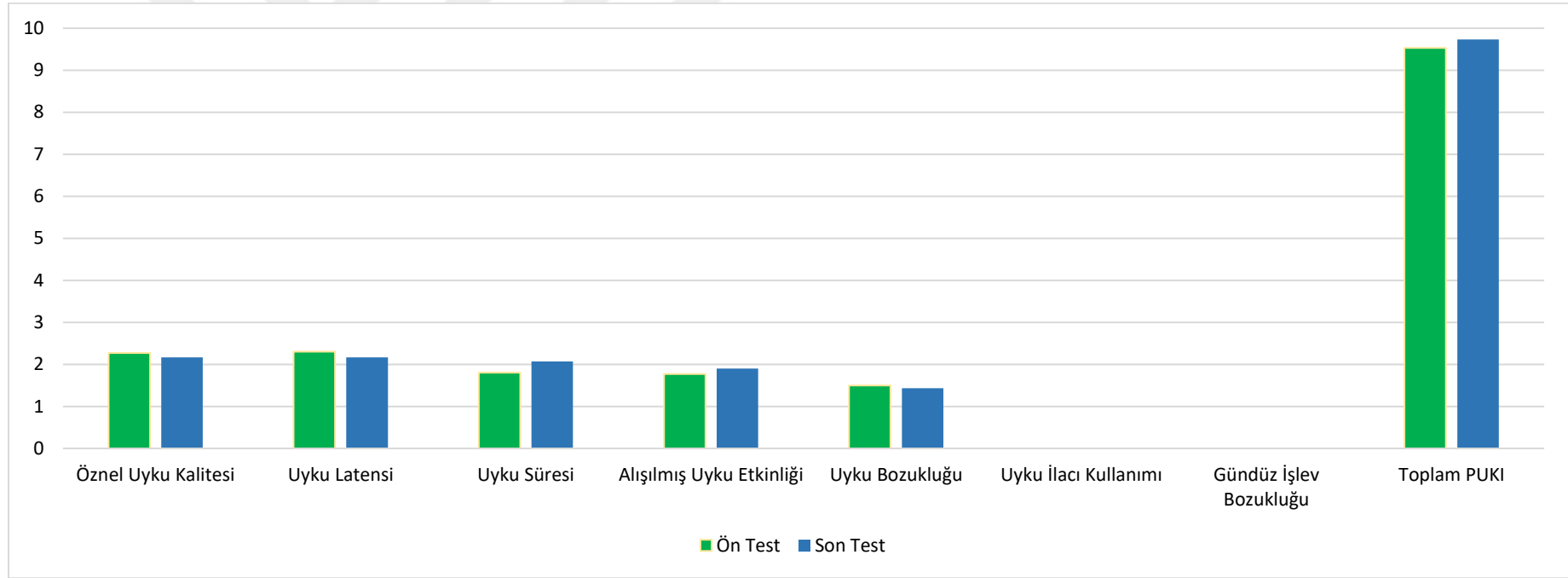
puanlarında görülen düşüşlerin, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($Z=-4,243, p=0,001$).

Araştırmaya dahil edilen bireylerin hepsinin uygulama sonrası değerlendirmede ***gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı alt bileşenlerine*** 0 (sıfır) puanını vermeleri nedeniyle bu bölümlerin değerlendirilmesi için istatistiksel bir işlem yapılmadı (Tablo 4-3).





Şekil 4-1: Deney Grubundaki Bireylerin Ön test-Son test PUKI Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular



Şekil 4-2: Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön test-Son test PUKI Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-4: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Genel Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=60)

GKÖ	ÖN TEST		SON TEST		Fark	² t	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)			
Konfor Boyutları							
Fiziksel Konfor	Deney	3,00±0,35	3,24±0,33	0,24±0,13	-9,898	0,001**	
	Kontrol	3,02±0,37 ¹ t= -0,248 p= 0,805	2,99±0,36 ¹ t= 2,839 p= 0,006**	-0,04±0,18 ¹ t= 6,869 p= 0,001**	1,133	0,266	
Psikospiritüel Konfor	Deney	3,35±0,42	3,31±0,41	-0,04±0,17	1,275	0,212	
	Kontrol	3,24±0,40 ¹ t= 0,989 p= 0,327	3,23±0,39 ¹ t= 0,740 p= 0,462	-0,01±0,10 ¹ t= -0,793 p= 0,431	0,598	0,555	
Çevresel Konfor	Deney	2,97±0,36	3,00±0,36	0,02±0,10	-1,170	0,252	
	Kontrol	2,95±0,33 ¹ t= 0,261 p= 0,795	2,93±0,34 ¹ t= 0,683 p= 0,497	-0,02±0,08 ¹ t= 1,687 p= 0,097	1,237	0,226	
Sosyokültürel Konfor	Deney	2,73±0,27	2,74±0,28	0,01±0,10	-0,571	0,573	
	Kontrol	2,74±0,35 ¹ t= -0,208 p= 0,836	2,73±0,33 ¹ t= 0,042 p= 0,966	-0,01±0,09 ¹ t= 0,839 p= 0,405	0,619	0,541	
Konfor Düzeyleri							
Ferahlama	Deney	3,00±0,35	3,20±0,35	0,20±0,11	-10,051	0,001**	
	Kontrol	3,01±0,34 ¹ t= -0,123 p= 0,903	2,99±0,32 ¹ t= 2,424 p= 0,019*	-0,02±0,13 ¹ t= 7,320 p= 0,001**	1,021	0,316	
Rahatlama	Deney	3,18±0,34	3,14±0,322	-0,04±0,17	1,327	0,195	
	Kontrol	3,16±0,32 ¹ t= 0,308 p= 0,759	3,14±0,32 ¹ t= 0,085 p= 0,933	-0,02±0,10 ¹ t= -0,544 p= 0,588	1,142	0,263	
Sorunların Üstesinden Gelme	Deney	2,89±0,28	2,91±0,30	0,02±0,08	-1,253	0,220	
	Kontrol	2,83±0,31 ¹ t= 0,811 p= 0,420	2,82±0,31 ¹ t= 1,164 p= 0,249	-0,01±0,06 ¹ t= 1,633 p= 0,108	1,053	0,301	
Toplam	Deney	3,03±0,28	3,09±0,28	0,06±0,08	-3,988	0,001**	
	Kontrol	3,01±0,25 ¹ t= 0,359 p= 0,721	2,99±0,25 ¹ t= 1,483 p= 0,144	-0,02±0,08 ¹ t= 3,808 p= 0,001**	1,356	0,185	

¹t: Studen t-Test

² t: Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi

*p<0,05

**p<0,01

Bireylerde ön test ve son test GKÖ'nün boyut ve düzeylerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında,

Uygulama öncesi ön testte;

Fiziksel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $3,00 \pm 0,35$, kontrol grubunda $3,02 \pm 0,37$ puan olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, fiziksel konfor boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t = -0,248$, $p = 0,805$).

Psikospritiüel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $3,35 \pm 0,42$, kontrol grubunda $3,24 \pm 0,40$ puan olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, psikospritiüel konfor boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t = 0,989$, $p = 0,327$).

Çevresel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $2,97 \pm 0,36$, kontrol grubunda $2,95 \pm 0,33$ puan olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, çevresel konfor boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t = 0,261$, $p = 0,795$).

Sosyokültürel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $2,73 \pm 0,27$, kontrol grubunda $2,74 \pm 0,35$ puan olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, sosyokültürel konfor boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t = -0,208$, $p = 0,836$).

Ferahlama düzeyi puan ortalamasının deney grubunda $3,00 \pm 0,35$, kontrol grubunda $3,01 \pm 0,34$ puan olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, ferahlama düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t = -0,123$, $p = 0,903$).

Rahatlama düzeyi puan ortalamasının deney grubunda $3,18 \pm 0,34$, kontrol grubunda $3,16 \pm 0,32$ puan olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, rahatlama düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t = 0,308$, $p = 0,759$).

Sorunların üstesinden gelme puan ortalamasını deney grubunda $2,89 \pm 0,28$, kontrol grubunda $2,83 \pm 0,31$ puan olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, sorunların üstesinden gelme düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t = 0,811$, $p = 0,420$).

GKÖ toplam puan ortalamasının deney grubunda $3,03 \pm 0,28$, kontrol grubunda $3,01 \pm 0,25$ puan olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama

öncesinde, GKÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($t= 0,359$, $p= 0,721$) (Tablo 4-4).

Uygulama sonrası son testte;

Fiziksel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $3,24\pm 0,33$, kontrol grubunda $2,99\pm 0,36$ puan olduğu belirlendi. Deney grubunun uygulama sonrasında fiziksel konfor puan ortalaması, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($t= 2,839$, $p=0,006$). Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası fiziksel konfor puan ortalamasında artış görülürken, bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptandı ($t=-9,898$, $p=0,001$).

Psikospritiyel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $3,31\pm 0,41$, kontrol grubunda $3,23\pm 0,39$ puan olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, psikospritiyel boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t= 0,740$, $p=0,462$).

Çevresel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $3,00\pm 0,36$, kontrol grubunda $2,93\pm 0,34$ puan olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, çevresel boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t= 0,683$, $p=0,497$).

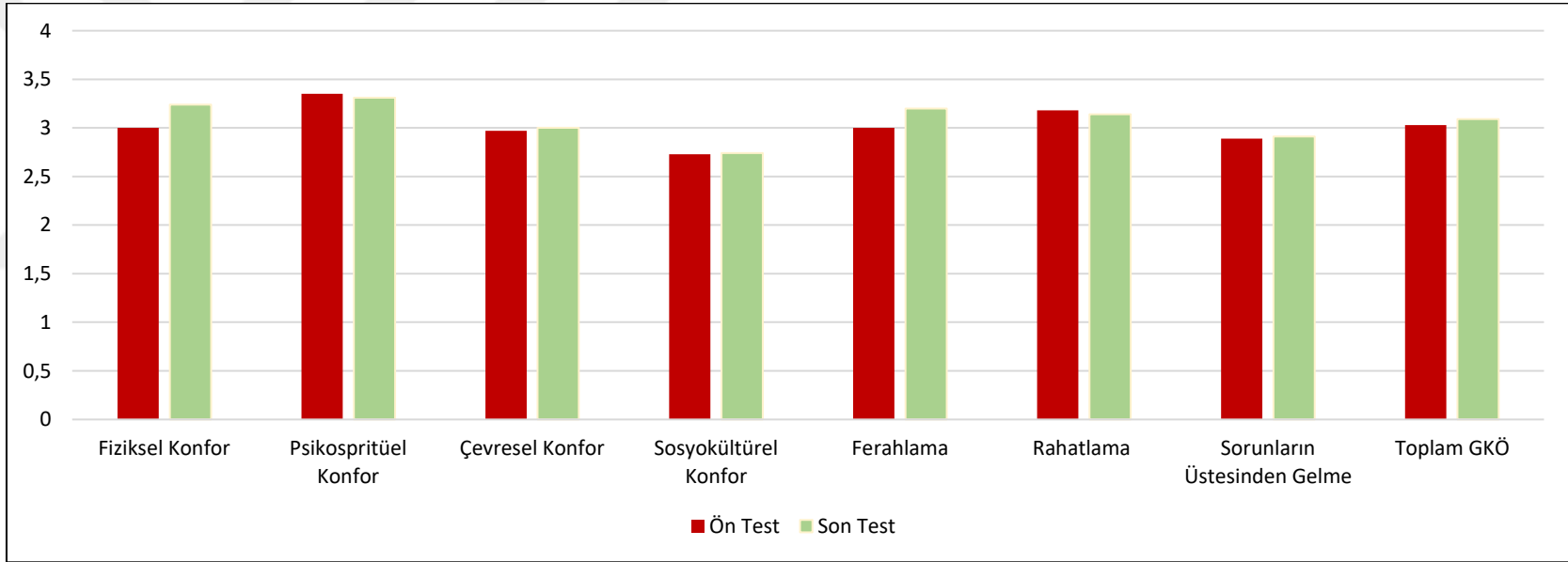
Sosyokültürel konfor boyutu puan ortalamasının deney grubunda $2,74\pm 0,28$, kontrol grubunda $2,73\pm 0,33$ puan olduğu saptandı. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, sosyokültürel boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t= 0,042$, $p=0,966$).

Ferahlama düzeyi puan ortalamasının deney grubunda $3,20\pm 0,35$, kontrol grubunda $2,99\pm 0,32$ puan olduğu belirlendi. Deney grubunun uygulama sonrası ferahlama düzeyi puan ortalamasının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($t= 2,424$, $p= 0,019$). Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası ferahlama düzeyi puan ortalamasında artış görülürken, görülen bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptandı ($t=-10,051$, $p=0,001$).

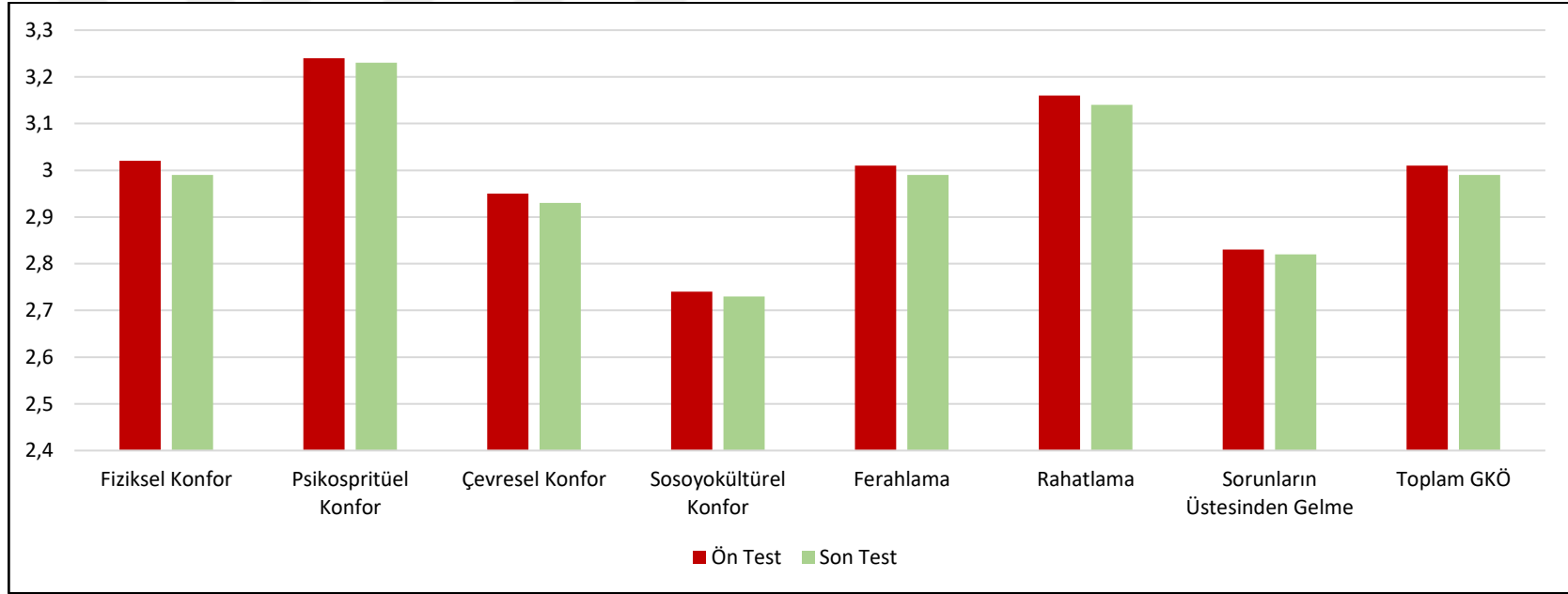
Rahatlama düzeyi puan ortalamasının deney grubunda $3,14 \pm 0,32$, kontrol grubunda $3,14 \pm 0,32$ puan olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, rahatlama düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($t= 0,085$, $p=0,933$).

Sorunların üstesinden gelme düzeyi puan ortalamasının deney grubunda $2,91 \pm 0,30$, kontrol grubunda $2,82 \pm 0,31$ puan olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesinde, rahatlama düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($t= 1,164$, $p=0,249$).

GKÖ toplam puan ortalamasının deney grubunda $3,09 \pm 0,28$, kontrol grubunda $2,99 \pm 0,25$ puan olduğu belirlendi. Deney grubunda uygulama öncesine göre **GKÖ toplam puan ortalamasında**, uygulama sonrası artış görülürken bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($t=-3,988$, $p=0,001$). (Tablo 4-4).



Şekil 4-3: Deneş Grubundaki Bireşlerin Ön Test-Son Test GKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular



Şekil 4-4: Kontrol Grubundaki Bireylerin Ön Test-Son Test GKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-5: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sayısal Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması (N=60)

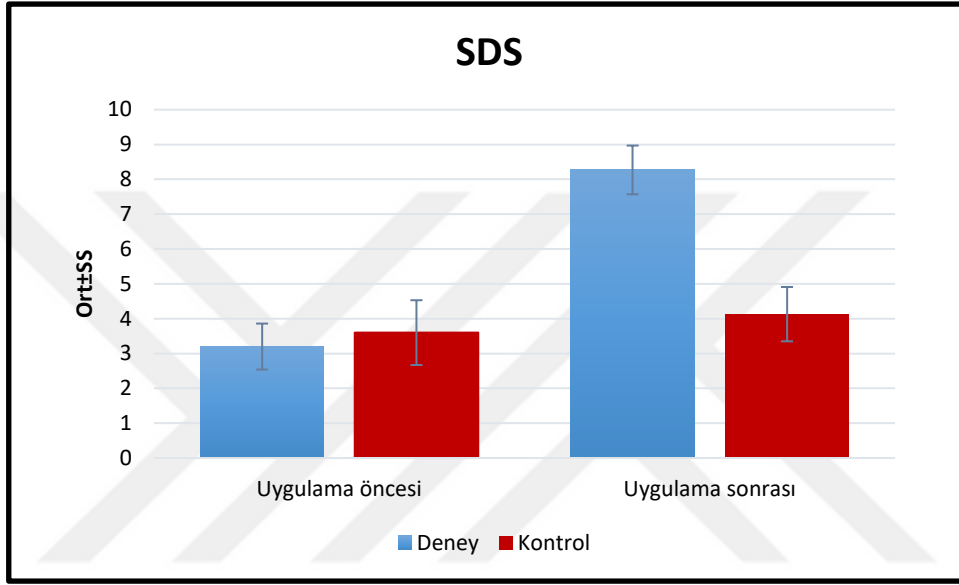
SDS	Deney	Kontrol	¹ Z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
İlk Ölçüm	3,20±0,66 (3)	3,60±0,93 (4)	-1,724	0,085
Son Ölçüm	8,27±0,70 (8)	4,13±0,78 (4)	-6,789	0,001**
Fark	5,07±1,14 (5)	0,53±0,78 (1)	-6,754	0,001**
² Z	-4,825	-3,133		
P	0,001**	0,002**	t	p
Ortalama	6,03±0,47 (6)	3,86±0,77 (4)	-6,545	0,001**

¹Mann Whitney U Test ²Wilcoxon İşaretsiz Sıralar Testi t: Student t -Testi **p<0,01

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin günlük uyku kalitelerini değerlendirmek için kullanılmış olan SDS'dan aldıkları puan ortalamasının deney grubunda 6,03±0,47, kontrol grubunda 3,86±0,77 olduğu ve deney grubunun SDS puan ortalamasının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (t=-6,545, p=0,001) (Tablo4-5).

Gruplar arasında uygulama öncesi SDS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05), deney grubunun uygulama sonrası SDS puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan bireylerin SDS puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p:0,001; p<0,01), deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası SDS puanlarında görülen artışın kontrol grubunda yer alan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p:0,001; p<0,01).

Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrası SDS puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$; $p=0,002$; $p<0,01$).



Şekil 4-5: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireyleri ilk Ölçüm ve Son Ölçüm SDS Puanlarına İlişkin Bulgular

5. TARTIŞMA

Bireylerin yaşamlarını sağlık ve esenlik içerisinde sürdürebilmelerinde oldukça önemli rolü olan uyku, yaşlanma süreciyle birlikte değişime uğramaktadır (Kim, Lee ve Song 2016; Tiwari ve Sonal 2018; Valizadeh ve ark. 2015). Yapılan çalışmalarda, yaşlı bireylerde yaşanan uyku sorunları, baş ağrısı ve sindirim problemlerinden sonra 3. sırada yerini almaktadır.(Cotroneo ve ark. 2004). Yaşlı bireylerde ortaya çıkan uyku sorunları etkili bir şekilde kontrol altına alınmadığında ve tedavi edilmediğinde, bireylerin yaşam kalitesini ve konforunu etkilemekte, uyku sorunlarıyla ilişkili mortalite oranını arttırmaktadır (MacLeod ve ark 2018; Seyyedrasooli ve ark. 2013). Bu kapsamda, yaşlı bireylerde uyku sorunlarının yönetilmesinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler önerilmektedir (Suzuki, Miyamoto ve Hirata 2017). Yapılan çalışmalarda, uyku sorunu yaşayan yaşlı bireylerin bu sorunlarına çözüm için öncelikli olarak uyku ilacı kullanmayı tercih ettiği fakat farmakolojik yöntemlerin yan etkilerinin fazla olması nedeniyle, yaşlı bireylerin tedavisinde uygun ve güvenli olmadığı belirtilmektedir (MacLeod ve ark. 2018). Nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğinin daha fazla olması, yan etkisinin olmaması, maliyetinin daha düşük olması sağlık profesyonelleri tarafından daha çok tercih edilme nedenleri arasında yer almaktadır. Etkili ve bireye özgü planlanan hemşirelik bakımı, yaşlı bireylerin uyku sorunlarını tedavi etmede ve konforlarını arttırmada etkili olabilir.

Bu kapsamda, yaşlı bireylerin uyku sorunlarının tedavi edilmesinde ve konforlarının artırılmasında nonfarmakolojik hemşirelik girişimlerinden biri olan ayakları ılık suda bekletme uygulamasının etkinliğini belirlemeye yönelik planlanan bu araştırmada elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Tartışma

Çalışma kapsamına alınan bireyler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesi özellikleri açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4-1). Bu durum, grupların sosyodemografik özellikler açısından benzerlik gösterdiğini ifade etmektedir.

5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Tartışma

Çalışma kapsamına alınan bireyler; gün içerisinde kafeinli içecek tüketme durumu, herhangi bir sağlık problemi olma, sürekli ilaç kullanma, gün içerisinde uyuma, düzenli egzersiz yapma durumu, huzurevinde kaldığı günden beri uyku alışkanlığında olumsuz değişiklik olma durumu ve uykuya geçişi kolaylaştırmak için alışkanlıklarının olma durumu gibi özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Bu da grupların, bu özellikler açısından eşlenik olduğunu göstermektedir. Uyku kalitesini etkileyebilecek bireysel özelliklerden sadece huzurevinde kalma süresi özelliği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kontrol grubundaki bireylerin huzurevinde kalma sürelerinin deney grubundaki bireylerden daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-2).

5.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşlanma süreciyle birlikte, bireylerde uyku problemleri sık görülen ve sağlığı olumsuz etkileyen sağlık sorunları arasında yerini almaktadır (Suzuki, Miyamoto ve Hirata 2017; Yaremchuk 2018). Buysse ve ark. (1989) tarafından geliştirilen ve bireylerin uyku kalitesini subjektif olarak değerlendiren PUKİ ölçeğinden alınan toplam puanın ≥ 5 olması bireylerin uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir

Araştırma kapsamındaki bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması incelendiğinde; deney grubunun girişim öncesi toplam puan ortalaması $8,10 \pm 1,58$, kontrol grubun $9,53 \pm 1,72$, girişim sonrası deney grubunun $4,37 \pm 2,06$, kontrol grubunun ise $9,73 \pm 1,46$ olduğu saptandı. Bu bulgu, deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde uyku kalitelerinin kötü olduğunu gösterirken, yapılan ayakları ılık suda bekletme uygulamasının bireylerin uyku kalitelerini iyileştirmede etkili olduğunu göstermektedir. Valizadeh ve ark. (2015)'nin yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada, deney grubundaki bireylerin girişim öncesi puan ortalamasının $7,30 \pm 0,68$, girişim sonrası $4,13 \pm 3,57$ olduğu, kontrol grubundaki bireylerin girişim öncesi $4,69 \pm 0,51$, girişim sonrası $5,69 \pm 3,08$ olduğu belirtilmiştir. Kim, Lee ve Sohng (2016) huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde ayak banyosunun uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapmış olduğu yarı deneysel çalışmada, Seyyedrasooli ve ark. (2013) yaşlı bireylerin uyku kalitesini arttırmada ayak banyosunun etkisini inceledikleri tek kör randomize kontrollü çalışmada, Liao, Chiu ve Landis (2008) Tayvan'daki yaşlı bireyler ile yapmış olduğu tek grup deneysel çaprazlama çalışmasında ve Altan Sarıkaya ve Oğuz (2016)'un

huzurevinde kalan yaşlı bireylerin uyku kalitesini geliştirmek amacı ile müzik terapi kullanarak yapmış oldukları çalışmada deney grubunda yer alan bireylerin uygulama sonrası uyku kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları literatür ile paralellik göstermekte olup, deney grubunda yer alan bireylerin uyku kalitesi puanlarındaki düşüş literatürü destekler niteliktedir.

Bireylerin son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendiren PUKİ **öznel uyku kalitesi alt bileşeni** deney grubunda girişim öncesi puan ortalaması $2,23 \pm 0,43$ kontrol grubunda ise $2,27 \pm 0,64$ olduğu ve iki grup arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Girişim sonrasında ise deney grubunun puan ortalaması $1,10 \pm 0,55$, kontrol grubunun ise $2,17 \pm 0,38$ olarak saptandı. Deney grubundaki bireylerin girişim öncesi ve girişim sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Kontrol grubunda ise girişim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmadı. Seyyedrasooli ve ark. (2013)'nin İran'daki yaşlı bireylerle yapmış olduğu çalışmada öznel uyku kalitesi alt bileşeninin deney grubunda, girişim sonrası puan ortalamasının girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı oranda düştüğü, kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmadığı, Valizadeh ve ark. (2015)'nin yaşlı bireylerin uyku kalitesinde ayak banyosunun etkisini inceledikleri çalışmada girişim öncesine göre girişim sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş yaşandığı saptanmıştır. Altan Sarıkaya ve Oğuz (2016)'un huzurevinde kalan bireylerde yaptıkları müzik terapi çalışmasında girişim öncesine göre girişim sonrası bireylerin öznel uyku kalitesi puan ortalamalarında düşüş yaşandığı fakat bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup, uygulanan nonfarmakolojik uygulamaların bireylerin uyku kalitelerini iyileştirmede etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

İlerleyen yaşla birlikte uykunun yapısında meydana gelen değişiklikler bireylerin uykuya geçiş süresini de zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada yaşlı bireylerin uykuya geçiş (dalış) süresini gösteren **uyku latensi alt bileşeni**, girişim öncesi deney grubunda $2,53 \pm 0,51$, kontrol grubunda $2,30 \pm 0,47$ puan, girişim sonrasında ise deney grubunda $0,83 \pm 0,59$, kontrol grubunda $2,17 \pm 0,38$ puan olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin girişim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Valizadeh ve ark. (2015)'nin yaşlı bireylerin uyku kalitesinde ayak banyosu ve refleksolojinin etkisini karşılaştırdıkları çalışmada bireylerin girişim öncesi uyku latensi puan ortalaması $1,17 \pm 1,15$, girişim

sonrası $0,65\pm 0,98$ olduğu, Seyyedasooli ve ark. (2013)'nin yaptıkları çalışmada girişim öncesinde $1,39\pm 1,07$, girişim sonrasında $0,47\pm 0,89$ olduğu belirlenmiştir. Mansano-Schlosser ve Ceolim (2012)'in yaptıkları çalışmada ise bireylerin uyku latensi puan ortalamalarının $1,3\pm 1,1$ olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bu bulgusu literatürdeki benzer çalışma bulguları ile paralellik göstermekte olup uygulanan girişim bireylerin uykuya geçiş süresini kısaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Sağlıklı bireylerde uykuya olan gereksinim yaşla birlikte azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerde yaşla birlikte toplam uyku süresinde azalmanın yaşandığı belirtilmektedir (Floyd ve ark.2007; Ohayon ve ark. 2004; Scullin ve Bliwise 2015). Yaşlı bireylerde uyku süresi ortalama 6-8 saattir (Da Silva ve ark. 2016). Bu çalışmada PUKİ **uyku süresi alt bileşeninin** girişim öncesinde deney grubunda $1,27\pm 0,64$, kontrol grubunda $1,80\pm 0,81$, girişim sonrasında deney grubunda $0,70\pm 0,99$, kontrol grubunda $2,07\pm 0,52$ olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin girişim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,01$). Valizadeh ve ark. (2015)'nin çalışmasında deney grubunda uygulama öncesinde uyku süresinin $1,52\pm 1,03$, kontrol grubunda $0,82\pm 0,98$, uygulama sonrasında deney grubunda $0,78\pm 0,90$, kontrol grubunda $0,91\pm 0,99$ olduğu saptanmıştır. Spira ve ark. (2011)'nin 3,059 yaşlı erkek birey ile yapmış olduğu çalışmada uyku süresinin $0,8\pm 0,7$ olduğu belirtilmiştir. Elde edilen bulgular, daha önce yapılmış çalışmaların bulguları ile paralellik göstermektedir.

PUKİ **alışılmış uyku etkinliği alt bileşeni**, bireylerin alışılmış uyku etkinliği değerlendirilirken, bir gecede uyudukları toplam uyku süresi ve uyumak için yatakta geçirmiş oldukları süre göz önünde bulundurulmaktadır (Buysse ve ark. 1989). Girişim öncesinde deney grubunda alışılmış uyku etkinliğinin $1,47\pm 0,73$, kontrol grubunda $1,77\pm 0,73$, girişim sonrasında deney grubunda $0,57\pm 0,94$, kontrol grubunda $1,90\pm 0,76$ olarak bulundu. Uygulama sonrasında alışılmış uyku etkinliği alt bileşeni puan ortalamasının, kontrol grubundaki bireylerde deney grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası alışılmış uyku etkinliği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptandı. Valizadeh ve ark. (2015), Liao ve ark. (2013), Seyyedasooli ve ark. (2013)'nin yapmış oldukları çalışmalarda bireylerin uygulama sonrası alışılmış uyku etkinliği puan ortalamasının uygulama öncesine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bu bulgusu literatürdeki benzer çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte

olup, ayakları ılık suda bekletme uygulamasının bireylerin alışılmış uyku etkinliğini arttırdığı söylenebilir.

Uyku bozukluğu, yaşlı bireylerde oldukça sık görülen bir semptomdur (Suzuki Miyamoto ve Hirata 2017). Uyku bozukluğu bileşeni, geceleri sık sık uyanma, sabahları erken uyanma, geceleri sık sık lavaboya gitme, rahat bir şekilde nefes alıp verememe, gürültülü horlama, sıcaklık hissetme veya üşüme, kötü rüyalar görme ve ağrı gibi nedenlerden dolayı bireylerin uykularının bölünmesini kapsar. Bu çalışmada PUKİ **uyku bozukluğu alt bileşeni**, girişim öncesinde deney grubunda $1,70 \pm 0,53$, kontrol grubunda $1,50 \pm 0,51$, girişim sonrası ise deney grubunda $1,10 \pm 0,31$, kontrol grubunda $1,43 \pm 0,50$ olarak saptandı. Uygulama sonrası deney grubunda yer alan bireylerin puanlarında görülen düşüşlerin kontrol grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Valizadeh ve ark. (2015) uyku sorunu olan yaşlı bireylerde, refleksoloji ve ayak banyosunun etkisini karşılaştırdıkları çalışmalarında, iki uygulamanın da bireylerin uyku kalitelerini geliştirmede aynı derece etkili olduğunu saptamışlardır. Seyyedrooli ve ark. (2013)'ün çalışmasında, ayak banyosu uygulanan grubun girişim öncesi uyku bozukluğu puanının $1,17 \pm 0,38$, girişim sonrası $0,78 \pm 0,51$ olduğu, kontrol grubunda ise girişim öncesinde $1,04 \pm 0,20$, girişim sonrasında da $0,91 \pm 0,41$ olduğu belirtilmiştir. Çınar ve Eşer (2012) huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan sırt masajının uyku kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada, yaşlı bireylerin uygulama öncesi uyku bozukluğu puanlarının $1,03 \pm 0,17$, uygulama sonrasında ise $1,00 \pm 0,00$ olduğunu saptamıştır. Çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Deney grubunda girişim sonrası uyku bozukluğu yaşayan bireylerin sayısının azalması, bireylere uygulanan ayakları ılık suda bekletme uygulamasının etkinliğinin kanıtlanması açısından olumlu bir gelişme olarak yorumlanabilir.

Çalışma kapsamında uyku ilacı kullanan bireyler çalışmaya dahil edilmediği için ve gündüz işlev bozukluğu alt bileşeninden sıfır puan aldıklarından dolayı bu iki boyut tartışılmamıştır.

Bu bulgular doğrultusunda, Hipotez 1'in (Ayakları ılık suda bekletilen yaşlı bireylerin uyku kalitesi, ayakları ılık suda bekletilmeyen yaşlı bireylerden daha yüksektir) doğrulandığı söylenebilir.

5.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Genel Konfor Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

NANDA-I Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017’de “Mental, fiziksel veya sosyal iyilik hali ya da rahatlık duygusu” olarak tanımlanan konfor, yaşlı bireylerde hemşirelik bakımının sağlanmasında önemli bir kavramdır. Yaşlanmayla birlikte bireylerin sağlık durumunda meydana gelen değişimler, kronik hastalıkların artması bireylerin konforunu olumsuz yönde etkilemektedir (Ribeiro, Marques ve Ribeiro 2017). Kolcaba (1992) tarafından geliştirilen ve bireylerin konfor durumunu subjektif olarak değerlendiren GKÖ’den alınabilecek toplam puan en düşük 48 iken, en yüksek 192’dir. Ortalama değer belirlenirken de, ölçekten elde edilen toplam puan 48’e bölünerek, 1-4 puan aralığında hesaplanmaktadır. En düşük değer olan 1; konfor durumunun düşük, en yüksek değer olan 4 ise; konfor durumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Karabacak 2004; Kuşuoğlu ve Karabacak 2008; Terzi ve Kaya 2017).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin **GKÖ toplam puan ortalaması** incelendiğinde; uygulama öncesi deney grubunun toplam puan ortalamasının $3,03 \pm 0,28$, kontrol grubunun $3,01 \pm 0,25$ olduğu, uygulama sonrası deney grubunun $3,09 \pm 0,28$, kontrol grubunun ise $2,99 \pm 0,25$ olduğu saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmazken, deney grubundaki bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı ($p < 0,01$). Deney grubundaki bireylerin girişim sonrası puan ortalaması farkının fazla olması ($p = 0,001$; Tablo 4-4) ayakları ılık suda bekletme uygulamasının, bireylerin konfor durumunu arttırmada etkili bir nonfarmakolojik girişim olduğunu düşündürdü. Literatürde, ayakları ılık suda bekletme uygulamasının doğrudan bireylerin konfor durumuna etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamakla birlikte, diğer nonfarmakolojik hemşirelik uygulamalarının bireylerin konfor durumunu olumlu yönde etkilediği ifade edilmektedir (Apóstolo ve Kolcaba 2009). Literatür incelendiğinde, Srinivasan (2015), yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttırmada nonfarmakolojik hemşirelik uygulamalarının etkinliğini incelediği çalışmada, uygulanan girişimin bireylerin konfor durumunu arttırmada etkili olduğu, Çiftçi ve Öztunç (2015), yoğun bakımda yatan yaşlı bireylere uygulanan müzik terapi uygulamasının bireylerin konfor durumuna etkisini inceleyen araştırmalarında, uygulanan girişimin bireylerin konforunu arttırdığını belirlemişlerdir.

Bedensel algularla ilişkilendirilen, dinlenme ve gevşeme ile bireyin fiziksel durumunu etkileyen, beslenme, hemodinamik süreçler ve bağırsak hareketlerinin işlevselliğinin sürekliliği gibi fizyolojik etmenleri içeren **fiziksel boyut**, GKÖ'nin boyutlarından biridir (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 2003; Terzi ve Kaya 2017). Çalışma kapsamına alınan bireylerin fizyolojik konfor puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesinde deney ve kontrol grupları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, girişim sonrasında deney grubunun puan ortalamasının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0,006$; Tablo 4-4). Bireylerin girişim öncesi ve girişim sonrası konfor boyutu puan ortalama farkları açısından en fazla farklılığın fiziksel konfor boyutunda olması, ayakları ılık suda bekletme uygulamasının fizyolojik etkilerinin yansımaları olarak değerlendirilmiş ve dinlenme ve gevşeme sağlanması nedeniyle bireylerin fiziksel konforunu arttırmada etkili olduğu düşünülmüştür.

Mental, emosyonel ve spiritüel bileşenlerden oluşan **psikospritiyel boyut**, anksiyete, korku, sağlık durumunda değişim, benlik saygısında azalma, olumsuz bilgi edinme, düşünce sürecinin bozulması, mahremiyetine saygı gösterilmemesi gibi durumlardan olumsuz etkilenmektedir (Bilgiç 2015; Kolcaba 2003; Wilson ve Kolcaba 2004). Çalışmaya dahil edilen bireylerin girişim öncesinde ve sonrasında, deney ve kontrol grubunda psikospritiyel konfor puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum ayakları ılık suda bekletme uygulamasının bireylerin psikolojik boyutu üzerinde direkt etkisi olmadığını düşündürdü.

Çevrenin aydınlanma durumu, gürültü, renk ve sıcaklık gibi dış etkenleri içeren **çevresel boyut**, bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını desteklemede anahtar boyut olarak ele alınmaktadır. Çalışmaya dahil edilen bireylerde, çevresel konfor boyutunda girişim öncesinde ve sonrasında, deney ve kontrol grubu puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde ayakları ılık suda bekletme uygulaması bireylerin uykuya geçişini kolaylaştırmada, bireylerde distal ve proksimal ısı farkının dengelenmesinde etkili bulunmasına rağmen (Rayman ve Van Someren 2008; Rayman, Swaab ve Van Someren 2007) çalışma bulgularında gruplar arasında fark olmaması uygulama esnasında çevresel koşullara yönelik bir değişiklik yapılmamış olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Bireyin kişilerarası iletişiminin sağlanması, sosyal ilişkileri, geleneklerine ve alışkanlıklarına uygun bakımın verilmesi, sosyal güvencesinin olması, bakım kalitesinin

iyi olması, dini inançalarını yerine getirebilme durumu *sosyokültürel boyutu* etkileyen etmenler arasında yer almaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 1991; Terzi ve Kaya 2017). Çalışmaya dahil edilen bireylerde, sosyokültürel konfor boyutunda girişim öncesinde ve sonrasında deney ve kontrol grubu puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen bireylerde girişim öncesinde yapılan değerlendirmede deney ve kontrol grubunda en yüksek puanı “rahatlama” düzeyi alırken, girişim sonrası yapılan değerlendirmede en yüksek puanı hem deney grubunda hem de kontrol grubunda “ferahlama” düzeyi almıştır (Tablo 4-4). Deney ve kontrol grubunda girişim öncesinde ve girişim sonrasında yapılan ölçümlerdeki puan ortalamalarının farkı değerlendirildiğinde, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken, ferahlama düzeyinde deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bireyin ihtiyacı olan fiziksel, çevresel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor gereksinimlerinin karşılanması ve bunun sonucunda sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum olarak tanımlanan *ferahlama düzeyi*, bireylerin gereksinimlerini temel alan hemşirelik kuramlarının kaynağını oluşturmaktadır. Henderson’ın on dört temel insan gereksinimleri kuramında, temel gereksinimlerden herhangi birinin karşılanması sonucu hissedilen durum olarak nitelendirilmektedir (Kolcaba 1991; Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Yücel 2011; Terzi ve Kaya 2017). Çiftçi ve Öztunç (2015), yoğun bakımda yatan yaşlı bireylere uygulanan müzik terapinin bireylerin konfor durumuna etkisini incelediği çalışmada, uygulanan girişimin bireylerin ferahlama düzeyini arttırmada etkili olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, ayakları ılık suda bekletilen bireylerin uygulama öncesine göre uygulama sonrası puan ortalamalarında, GKÖ, fiziksel boyut ve ferahlama düzeyi konforlarında kontrol grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu saptandı. Bu durum ayakları ılık suda bekletme uygulaması ile bireylerin fiziksel konfor gereksinimlerinin karşılanmasının bir sonucu olarak değerlendirildi. Bu bulgular ile araştırmanın ikinci hipotezi (Ayakları ılık suda bekletilen yaşlı bireylerin konforu, ayakları ılık suda bekletilmeyen yaşlı bireylere göre daha yüksektir) kabul edildi.

5.5. Deney Grubundaki Bireylerin Sayısal Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki bireylerin sayısal değerlendirme skalasından almış oldukları puan ortalamaları tartışıldı (Tablo 4-5).

Uyku kalitesi hem objektif hem de subjektif olmak üzere iki farklı yöntem ile değerlendirilebilmektedir. Objektif ölçümlerde değerlendirmek kolay ve sonuçlar daha güvenilirken subjektif değerlendirmede güvenilirliği ölçmek oldukça zordur (Buysse ve ark. 1991).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin günlük olarak uyku kalitelerinin değerlendirilmesinde kullanılan Sayısal Değerlendirme Skalası (SDS) puan ortalamaları deney grubunda $6,03 \pm 0,47$, kontrol grubunda ise $3,86 \pm 0,77$ olduğu ve deney grubunun puan ortalamasının kontrol grubundaki bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,001$), deney grubunun uygulama sonrası SDS puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,001$; $p<0,01$), deney grubunun uygulama öncesine göre uygulama sonrası SDS puan ortalamasında görülen artışın, kontrol grubunda yer alan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Liao, Chiu ve Landis (2008), uyku sorunu olan yaşlı bireylere uygulanan ılık ayak banyosunun uyku kalitesine etkisini incelediği çalışmada, ayak banyosu uygulanan gece ile uygulanmayan gece arasında bireylerin sayısal değerlendirme skalası puanları arasında istatistiksel olarak bir farkın olmadığı belirtilmiştir. FitzGerald ve ark. (2017), uyku-uyanıklık bozukluğu olan yaşlı bireylerde yapmış oldukları tanımlayıcı çalışmada, sayısal değerlendirme skalasında bireylerin uyku kalitesi puan ortalamasının 100 üzerinde $64,50 \pm 5,20$ puan olduğu, Goelema ve ark. (2017), normal uyuyan bireylerde uyku kalitesini belirlemek için yapılan çalışmada, bireylerin subjektif olarak uyku kalitelerinin değerlendirilmesi için kullanılan sayısal değerlendirme skalasından 100 üzerinden $71,35 \pm 23,22$ puan aldıkları ve uyku kalitelerinin ortalamasının üzerinde olduğu belirtilmiştir.

Bu bulgular ile araştırmanın üçüncü hipotezi (Ayakları ılık suda bekletilen yaşlı bireylerin Sayısal Değerlendirme Skalası ile belirtmiş oldukları günlük uyku kalitesi puanları, ayakları ılık suda bekletilmeyen yaşlı bireylerin puanlarından daha yüksektir) kabul edildi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, uyku sorunu olan yaşlı bireylerde ayakları ılık suda bekletme uygulamasının bireylerin uyku kalitesine ve konfor durumuna etkisini incelemek amacıyla huzurevinde kalan bireylerde gerçekleştirildi. Araştırma sonuçlarına göre;

- Bireylerin yaş ortalamalarının $73,90 \pm 6,61$,
- Huzurevinde kalma süresi ortalamasının $85,07 \pm 122,32$ ay,
- %83,3'ünün herhangi bir sağlık probleminin olduğu ve sürekli ilaç kullandığı,
- %8,3'ünün huzurevinde kaldığı günden beri uyku alışkanlıklarında olumsuz değişiklik olduğu,
- Deney grubundaki bireylerde, uygulama öncesi ve uygulama sonrası PUKİ toplam puan, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,001$),
- Kontrol grubundaki bireylerde, uygulama öncesi ve uygulama sonrası PUKİ toplam puan, öznel uyku kalitesi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$), uyku latensi ve uyku süresi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,001$),
- Deney grubundaki bireylerde, uygulama öncesi ve uygulama sonrası GKÖ toplam puan, fiziksel konfor ve ferahlama düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p < 0,001$), psikospiritüel, çevresel ve sosyo kültürel konfor ile rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0,05$),
- Kontrol grubundaki bireylerde, uygulama öncesi ve uygulama sonrası GKÖ toplam puan, konfor boyutları ve düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$),
- Uyku kalitelerini günlük olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan Sayısal Değerlendirme Skalası puan ortalamaları deney grubunda $6,03 \pm 0,47$, kontrol grubunda $3,86 \pm 0,77$ olduğu,

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Yaşlı bireylerin uyku kalitesi ve konfor durumlarını arttırmada, ayakları ılık suda bekletme uygulamasının kullanımı önerilebilir.

Ayrıca son yıllarda dünya literatüründe uyku sorunu olan bireylerin sorunlarına yönelik uygulanan nonfarmakolojik hemşirelik uygulamalarına ilişkin çalışma sayısı artmıştır. Ancak ülkemizde bu konuya ilişkin yapılan nonfarmakolojik hemşirelik çalışmalarının sayısının oldukça az olması nedeniyle, farklı nonfarmakolojik hemşirelik çalışmaları yapılarak karşılaştırma yapılması da önerilebilir.



KAYNAKLAR

Abdellah, F.G. (1957). Methods of identifying covert aspects of nursing problems a key to improved clinical teaching. *Nursing Research*, 6(1), 4-23.

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda etik. 2. Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. Antalya.

Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 10-16.

Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Kaya, H. (2012). Hemşirelik Süreci. İçinde, K., Babadağ, T.A. Aştı, (Ed.), Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 8-20.

Adib-Hajbaghery, M. ve Mousavi, S. N. (2017). The effects of chamomile extract on sleep quality among elderly people: A clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 35, 109-114.

Ağargün, M. Y., Kara, H. ve Anlar, O. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2),107-115.

Akdemir N. ve Birol L. (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, 1.baskı, 129-132.

Algın, D. İ., Akdağ, G., ve Erdinç, O. O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Journal of Medicine*, 38 (1), 29-34..

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 Hemsireliği Dergisi*, 7(2), 55-60.

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

Apóstolo, J. L. A. ve Kolcaba K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 403-411.

Araújo, C. L. D. O., ve Ceolim, M. F. (2010). Sleep quality of elders living in long-term care institutions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 619-626.

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

Asplund, R. (2004). Nocturia, nocturnal polyuria, and sleep quality in the elderly. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 517-525.

Atar N.Y., Kırbıyık, E., Kaya, H., Turan. N., Palloş, A. ve ark. (2012). Bir üniversitenin cerrahi kliniğinde yatan hastaların uykusu kalitesi ve uykusu durumunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurse Sci*, 4, 74-84.

Ay, F.A, Ertem, Ü.T., Ören, B., Özcan, N.K., Işık, R.D. ve Sarvan, S. (2007). Temel Hemşirelik. İçinde, Akça F. A (Ed.), *Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 410-420.

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

Babaii, A., Adib-Hajbaghery, M.ve Hajibagheri, A. (2015). Effect of using eye mask on sleep quality in cardiac patients: A Randomized controlled trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 4 (4), 1-6.

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.

Bano, M., Chiaromanni, F., Corrias, M., Turco, M., De Rui, M., Amodio, P. ve ark. (2014). The influence of environmental factors on sleep quality in hospitalized medical patients. *Frontiers in Neurology*, 5, 267, 1-8.

Benarroch, E.E. (2008). Suprachiasmatic nucleus and melatonin: reciprocal interactions and clinical correlations. *Neurology*, 71, 594-8.

Berger, K., Luedemann, J., Trenkwalder, C., John, U. ve Kessler, C. (2004). Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Archives of Internal Medicine*, 164 (2), 196-202.

Berry, R.B. (2011). *Fundamentals of Sleep Medicine*. ABD: Elsevier Saunders, 1-11.

Bilgiç, Ş. (2015). Kemoterapi uygulanan hastalarda müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul

Boockvar, K. S. (2016). Reducing sedative-hypnotic medication use in older adults with sleep problems. *Clin Ther*, 38(11), 2330–1.

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

Burgess, H. J., Holmes, A. L. ve Dawson, D. (2001). The relationship between slow-wave activity, body temperature, and cardiac activity during nighttime sleep. *Sleep*, 24(3), 343-349.

Buscemi, N., Vandermeer, B., Friesen, C., Bialy, L., Tubman, M., Ospina, M. ve ark. (2007). The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta analysis of RCTs. *J. Gen. Intern. Med.*, 22 (9), 1335

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(2), 193-213.

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Hoch, C. C., Yeager, A. L. ve Kupfer, D. J. (1991). Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep*, 14(4), 331-338.

Büyükılmaz, F. E. (2009). Total kalça veya diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Büyükyılmaz, F. (2018). Konfor (Alan 12). İçinde. H., Kaya ve R. Acaroğlu (Ed.). Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 437-447.

Ceyhan, Ö., Göriş, S. ve Zincir, H.(2018). Yaşlı bireylerde uykuyu etkileyen önemli bir problem: İnkoninans. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27, 29-35.

Cirillo, D. J. ve Wallace, R. B. (2012). Restless legs syndrome and functional limitations among American elders in the Health and Retirement Study. *BMC Geriatrics*, 12(39),1-12.

Chan, M. F., Chan, E. A. ve Mok, E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(3-4), 150-159.

Chang, E. T., Lai, H. L., Chen, P. W., Hsieh, Y. M. ve Lee, L. H. (2012). The effects of music on the sleep quality of adults with chronic insomnia using evidence from polysomnographic and self-reported analysis: a randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 921-930.

Charandabi, S. M., Rezaei, N., Hakimi, S., Khatami, S.ve Azadi, A. (2016). Sleep disturbances and sexual function among men aged 45–75 years in an urban area of Iran. *Sleep Science*, 9(1), 29-34.

Chen, P. H. ve Cheng, S. J. (2009). Restless legs syndrome among the elderly. *International Journal of Gerontology*, 3(4), 197-203.

Chen, Y. S. (2012) Association between chronic insomnia and depression in elderly adults. *J Chin Med Assoc.*,75, 195-206.

Chien, H. C., Chung, Y. C., Yeh, M. L. ve Lee, J. F. (2015). Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3206-3214.

Cochen, V., Arbus, C., Soto, M.E., Villars, H., Tiberge, M., Montemayor, T. ve ark. (2009). Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(4), 322-29.

Cotroneo, A., Gareri, P., Lacava, R. ve Cabodi, S. (2004). Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and comorbidities. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*, 9, 93-6.

Crowley, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Review*, 21, 41–53.

Cvecka, J., Tirpakova, V., Sedliak, M., Kern, H., Mayr, W. ve Hamar, D. (2015). Physical activity in elderly. *European Journal of Translational Myology*, 25(4), 249.

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

Çiftçi, H. ve Öztunç, G. (2015). The effect of music on comfort, anxiety and pain in the intensive care unit: a case in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (3), 594.

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 open*, 6(2), e008119.

Daneshmandi, M., Neiseh, F., SadeghiShermeh, M. ve Ebadi, A. (2012). Effect of eye mask on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Journal of Caring Sciences*, 1(3), 135.

Delaney L. J., Van Haren, F., Lopez, V. (2015). Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients - a clinical review. *Ann Intensive Care*, 5, 3,1-10.

Dement, W. C. (2005). Sleep extension: getting as much extra sleep as possible. *Clinics in Sports Medicine*, 24(2), 251-268.

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.

Edwards, B. A., O'Driscoll, D. M., Ali, A., Jordan, A. S., Trinder, J., ve Malhotra, A. (2010). Aging and sleep: physiology and pathophysiology. In *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 31(5), 618.

El-Gilany, A. H., Saleh, N., Mohamed, H. N. A. E. A. ve Elsayed, E. B. M. (2017). Prevalence of insomnia and its associated factors among rural elderly: a community based study. *Int J Adv Nurs Stud*, 6, 56-62.

Erdemir, F., Kav, S. ve Yılmaz A.A. (2017). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). İçinde. (Çev.Ed.). Sınıflama, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

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.

Esin, M.N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. İçinde S. Erdoğan, N. Nahcivan, M. N. Esin (Ed.). Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 193-233.

Espiritu, J R. (2008). Aging-related sleep changes. *Clin Geriatr Med*, 24, 1-14

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

Feng, F., Zhang, Y., Hou, J., Cai, J., Jiang, Q., Li, X. ve ark. (2018). Can music improve sleep quality in adults with primary insomnia? A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 189-196.

FitzGerald, J. M., O'Regan, N., Adamis, D., Timmons, S., Dunne, C. P., Trzepacz, P. T. ve ark. (2017). Sleep-wake cycle disturbances in elderly acute general medical inpatients: longitudinal relationship to delirium and dementia. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 7, 61-68.

Floyd, J. A., Janisse, J. J., Jenuwine, E. S. ve Ager, J.W. (2007). Changes in REM-sleep percentage over the adult lifespan. *Sleep*, 30 (7), 829.

Gagnon, J. F., Postuma, R.B. ve Montplaisir, J. (2006). Update on the pharmacology of REM sleep behavior disorder. *Neurology*, 67(5), 742-7.

Gandell, D., Straus, S. E., Bundookwala, M., Tsui, V., ve Alibhai, S. M. (2013). Treatment of constipation in older people. *Canadian Medical Association Journal*, 185(8), 663-670.

Garfield, V., Llewellyn, C. H., ve Kumari, M. (2016). The relationship between physical activity, sleep duration and depressive symptoms in older adults: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *Preventive Medicine Reports*, 4, 512-516.

Goelema, M. S., Regis, M., Haakma, R., Van Den Heuvel, E. R., Markopoulos, P. ve Overeem, S. (2017). Determinants of perceived sleep quality in normal sleepers. *Behavioral Sleep Medicine*, 1-10.

Gordon, M. (1982). *Functional Health Patterns, Nursing Diagnosis Process and Application*. New York: Mc Graw-Hill Book Comp.,4.

Grewal, R. G. ve Doghramji, K. (2017). Epidemiology of insomnia. In *Clinical handbook of insomnia*, 13-25.

Guadiola-Lemaitre, B. ve Quera-Salva, M.A. (2011). Melatonin and the regulation of sleep and circadian rhythms. In: Kryger, M.H., Roth, T. ve Dement, W.C. (Eds). *Principles and practice of sleep medicine*, 5th ed. St. Louis: Saunders, 420–30.

Haba-Rubio, J., Frauscher, B., Marques-Vidal, P., Toriel, J., Tobback, N., Andries, D. ve ark. (2017). Prevalence and determinants of rapid eye movement sleep behavior disorder in the general population. *Sleep*, 41(2), 1-8.

Halpern, J., Cohen, M., Kennedy, G. Reece, J., Cahan, C. ve Baharav, A. (2014). Yoga for Improving Sleep Quality and Quality of Life for Older Adults. . *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 37-46.

Henderson, V. (1978). The Concept of Nursing. *Journal of Advanced Nursing 30th Anniversary Issue*, 3, 113–130.

Holland, K., Jenkins, J., Solomon, J. ve Whittam, S. (2008). *Applying The Roper Logan Tierney Model in Practice*, (2nd ed.). Philadelphia: Elsevier Limited.

Hosseini-Abadi, R., Nowrouzi, K., Pouresmaili, R., Karimloo, M., & Maddah, S. S. B. (2008). Acupoint massage in improving sleep quality of older adults. *Journal of Rehabilitation*, 9(2), 8-14.

Hosseini, H., Esfirizi, M.F., Marandi, S.M. ve Rezaei, A. (2011) The effect of Ti Chi exercise on the sleep quality of the elderly residents in Isfahan, Sadeghieh elderly home. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 16(1), 55.

Hu, R. F., Jiang, X. Y., Zeng, Y. M., Chen, X. Y., & Zhang, Y. H. (2010). Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care*, 14(2), R66.

Hu, R.F., Jiang, X.Y., Chen, J., Zeng, Z., Chen, X.Y., Li,Y. ve ark. (2015). Non pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit (Review). *The Cochrane Collaboration*, 10, 1-35.

Hung, H. C., Yang, Y. C., Ou, H. Y., Wu, J. S., Lu, F. H. ve Chang, C. J. (2013). The association between self-reported sleep quality and overweight in a Chinese population. *Obesity*, 21(3), 486-492.

Inoue, S., Yorifuji, T., Sugiyama, M., Ohta, T., Ishikawa-Takata, K.ve Doi, H. (2013). Does habitual physical activity prevent insomnia? A cross-sectional and longitudinal study of elderly Japanese. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(2), 119-139.

Jiang, Y., Tang, Y. R., Xie, C., Yu, T., Xiong, W. J., ve Lin, L. (2017). Influence of sleep disorders on somatic symptoms, mental health, and quality of life in patients with chronic constipation. *Medicine*, 96(7), 1-7.

Kamel, N. S. ve Gammack, J.K. (2006). Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am J Med.*, 119, 463-9.

Kang, S. H., Yoon, I. Y., Lee, S. D., Han, J. W., Kim, T. H. ve Kim, K. W. (2013). REM sleep behavior disorder in the Korean elderly population: prevalence and clinical characteristics. *Sleep*, 36(8), 1147-1152.

Karabacak, Ü. (2004). Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

Karabacak, Ü. ve Acaroğlu, R. (2011). Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 197-202.

Karadakovan, A. (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakımı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 138-147.

Kaya, N. (2012). Yaşam Modeli. İçinde: Babadağ, K., Aştı, T.A. (Ed.), Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 1-20.

Kaya, N. ve Turan N. K. (2012). Hareket ve Egzersiz. İçinde: Aştı, T.A., Karadağ, A.(Ed.). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 321-389.

Kaynak, H. (2003). Uyku. Uyuyamamak mı Uyanamamak mı. İstanbul: Doğan Kitapçılık.

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

Kim, H.J., Lee, Y. ve Sohng, K.Y. (2016). The effects of footbath on sleep among the older adults in nursinghome: A quasi-experimental study. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 40-46.

Kolcaba, K. (1991) Taxonomik Structure for the Concept Comfort. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 23 (4), 237-240. 53

Kolcaba, K. (1992). Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse - sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178- 1184.

Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27 (4), 287-289.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49, 86-92.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Co, New York.

Kolcaba, K. ve Dimarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatrik nursing. *Pediatrik Nursing*. 31(3), 187-194.

Kolcaba, K., Tilton, C.ve Drouin, C. (2006). Comfort Theory. A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-44.

Krauchi, K., Cajochen, C. ve Wirz-Justice, A. (2004). Waking up properly: Is there a role of thermoregulation in sleep inertia? *Journal of Sleep Research*, 13, 121–127.

Krauchi, K. ve Wirz-Justice, A. N. N. A. (1994). Circadian rhythm of heat production, heart rate, and skin and core temperature under unmasking conditions in men. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 267(3), R819-R829.

Kredlow, M. A., Capozzoli, M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W. ve Otto, M. W. (2015). The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 427-449.

Kuğuoğlu, S. ve Karaacak, Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 16-23.

Lai, H. L. ve Good, M. (2006). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 134-144.

Lan, L., Qian, X. L., Lian, Z. W. ve Lin, Y. B. (2018). Local body cooling to improve sleep quality and thermal comfort in a hot environment. *Indoor Air*, 28(1), 135-145.

Leblanc, M. F., Desjardins, S., & Desgagné, A. (2015). Sleep problems in anxious and depressive older adults. *Psychology Research And Behavior Management*, 8, 161.

Li, J., Vitiello, M. V. ve Gooneratne, N. S. (2017). Sleep in Normal Aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), 1-11.

Liao, W. C., Landis, C. A., Lentz, M. J. ve Chiu, M. J. (2005). Effect of foot bathing on distal-proximal skin temperature gradient in elders. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 717-722.

Liao, W.C, Chiu, M.J., Landis, C.A. (2008). A warm footbath before bedtime and sleep in older Taiwanese with sleep disturbance. *Research in Nursing and Health*, 31(5), 514–28.

Liao, W. C., Wang, L., Kuo, C. P., Lo, C., Chiu, M. J., ve Ting, H. (2013). Effect of a warm footbath before bedtime on body temperature and sleep in older adults with good and poor sleep: an experimental crossover trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1607-1

Lindstrom, V., Andersson, K., Lintrup, M., Holst, G. ve Berglund, J. (2012). Prevalence of sleep problems and pain among the elderly in Sweden. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16(2), 180-183.

Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H. Ve Fejfar, J. (2018). Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review. *Journal of Sleep Research*, 27(3), e12607.

MacLeod, S., Musich, S., Kraemer, S. ve Wicker, E. (2018). Practical non-pharmacological intervention approaches for sleep problems among older adults. *Geriatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.002>. Erişim Tarihi: 01.07.2018

Mansano-Schlosser, T. C. ve Ceolim, M. F. (2012). Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1100-1108.

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

Marques, D. R., Meia-Via, A. M. S., da Silva, C. F. ve Gomes, A. A. (2017). Associations between sleep quality and domains of quality of life in a non-clinical sample: results from higher education students. *Sleep Health*, 3(5), 348-356.

Mashayekhi, F., Pilevarzadeh, M., Amiri, M., & Rafiei, H. (2013). The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit O efeito da mascara de olhos na qualidade de sono em pacientes em uma unidade coronariana. *Sleep Science*, 6(3), 108-111.

Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.

Min, Y., ve Slattum, P. W. (2016). Poor sleep and risk of falls in community-dwelling older adults: A systematic review. *Journal of Applied Gerontology*, 1-26.

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.

Monk, T. H., Thompson, W.K., Buysse, D.J., Hall, M., Nofzinger, E.A.ve Reynolds III, C.F. (2006). Sleep in healthy seniors: a diary study of the relation between bedtime and the amount of sleep obtained. *J Sleep Res*, 15, 256-60.

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.

Morphy, H., Dunn, K. M., Lewis, M., Boardman, H. F. ve Croft, P. R. (2007). Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep*, 30(3), 274-280.

Murray, K., Godbole, S., Natarajan, L., Full, K., Hipp, J. A., Glanz, K. ve ark. (2017). The relations between sleep, time of physical activity, and time outdoors among adult women. *PloS One*, 12(9), e0182013.

Navarro, B., López-Torres, J., Andrés, F., Latorre, J. M., Montes, M. J. ve Párraga, I. (2013). Validation of the Insomnia in the Elderly Scale for the detection of insomnia in older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(3), 646-653.

Neikrug, A. B., ve Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the older adult—a mini-review. *Gerontology*, 56(2), 181-189.

Ohayon, M.M., Carskadon, M.A., Guilleminault, C. ve Vitiello MV. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27, 1255–1273.

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

Orak, N. Ş., Pakyüz, S. Ç. ve Kartal, A. (2017). Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Konfor. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2 (12), 68-77.

Oshima-Saeki, C., Taniho, Y., Arita, H. ve Fujimoto, E. (2017). Lower-limb warming improves sleep quality in elderly people living in nursing homes. *Sleep Science*, 10(2), 87.

Özçelik, F., Erdem, M., Bolu, A. ve Gülsün, M. (2013). Melatonin: Genel özellikleri ve psikiyatrik bozukluklardaki rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 179-203.

Piani, A., Brotini, S., Dolso, P., Budai, R. ve Gigli, G.L.(2004). Sleep disturbances in elderly: a subjective evaluation over 65. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*, 9, 325-31.

Pilcher, J., Ginter, D. ve Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583-596.

Poter, P.A. ve Perry, A.G. (2009). Sleep. Fundamentals of Nursing. 7 th ed. Toronto: Mosby Company, 1029-48.

Polit, D. ve Beck, C.T. (2012). Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9. Baskı, Wolters Kluwer Health Lippincott Williams &Wilkins. 200-485.

Porkka-Heiskanen, T., Zitting, K.M. ve Wigren H.K. (2013). Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta Physiologica*, 311-328.

Raymann, R. J., Swaab, D. F. ve Van Someren, E. J. (2007). Skin temperature and sleep-onset latency: changes with age and insomnia. *Physiology & Behavior*, 90(2-3), 257-266.

Raymann, R. J. ve Van Someren, E. J. (2008). Diminished capability to recognize the optimal temperature for sleep initiation may contribute to poor sleep in elderly people. *Sleep*, 31(9), 1301-1309.

Ribeiro, P. C. P. S. V., Marques, R. M. D. ve Ribeiro, M. P. (2017). Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 830-837.

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

Roepke, S. K., ve Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal of Medical Research*, 131(2), 302.

Roper, N., Logan, W. ve Tierney, A. (2003). The Roper Logan Tierney Model of Nursing. (Third Edition). United Kingdom: Elsevier Limited.

Roth, T., Seiden, D., Sainati, S., Wang-Weigand, S., Zhang, J. ve Zee, P. (2006). Effects of ramelteon on patient-reported sleep latency in older adults with chronic insomnia. *Sleep Med*, 7(4), 312-8.

Sareli, A.E. ve Schwab, R.J. (2008). The sleep-friendly ICU. *Crit Care Clin*, 24(3), 613-26.

Schuster, B. G., Kosar, L., ve Kamrul, R. (2015). Constipation in older adults: Stepwise approach to keep things moving. *Canadian Family Physician*, 61(2), 152-158.

Scullin, M. K., ve Bliwise, D. L. (2015). Sleep, cognition, and normal aging: integrating a half century of multidisciplinary research. *Perspectives on Psychological Science*, 10(1), 97-137.

Seyyedrasooli, A., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Nasiri, K. ve Kalantri, H. (2013). The effect of footbath on sleep quality of the elderly: a blinded randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 305-11.

Siegel, J. M. (2009). The neurobiology of sleep. *Seminars in Neurology*, 29(4), 277-296.

Silva, E., Paniz, V., Laste, G. ve Torres, I. (2013). The prevalence of morbidity and symptoms among the elderly: a comparative study between rural and urban areas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1029-1040.

Sorathia, L. T., ve Ghori, U. K. (2016). Sleep disorders in the elderly. *Current Geriatrics Reports*, 5(2), 110-116.

Softa H.K., Uçukoğlu, H., Karaahmetoğlu G.U. ve Esen, D. (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 4(1-2), 67-79.

Spira, A. P., Beaudreau, S. A., Stone, K. L., Kezirian, E. J., Lui, L. Y., Redline, S. ve ark. (2011). Reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Epworth Sleepiness Scale in older men. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 67(4), 433-439.

Srinivasan, P. (2015). Effectiveness of music therapy on quality of life among elderly. *IJAR*, 1(13), 432-434.

St-Onge, M. P., Mikic, A. ve Pietrolungo, C. E. (2016). Effects of diet on sleep quality. *Advances in Nutrition*, 7(5), 938-949.

Stepnowsky Jr, C. J., ve Ancoli-Israel, S. (2008). Sleep and its disorders in seniors. *Sleep Medicine Clinics*, 3(2), 281-293.

Stone, K. L., Blackwell, T. L., Ancoli-Israel, S., Cauley, J. A., Redline, S., Marshall, L. M. ve ark. (2014). Sleep disturbances and risk of falls in older community-dwelling men: the outcomes of Sleep Disorders in Older Men (MrOS Sleep) Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 299-305.

Stone, K. L., Ensrud, K. E. ve Ancoli-Israel, S. (2008). Sleep, insomnia and falls in elderly patients. *Sleep Medicine*, 9, S18-S22.

Suguna, A., Goud, B. R., Shanbhag, D., Maria, G., Jacob, M., Pinto, S. ve ark. (2015). Sleep Disturbances and Death Anxiety among the Elderly in a Rural Area of Southern Karnataka. *International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*, 5(9), 24-29.

Sung, E. J., ve Tochihara, Y. (2000). Effects of bathing and hot footbath on sleep in winter. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 19(1), 21-27.

Suri, J. C., Sen, M. K. ve Adhikari, T. (2008). Epidemiology of sleep disorders in the adult population of Delhi: a questionnaire based study. *Indian Journal of Sleep Medicine*, 3(4), 128-137.

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.

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.

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

Tembo, A.C. ve Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 314-22.

Terzi, B. ve Kaya, N. (2017). Konfor kuramı ve analizi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 20(1), 67-74.

The World Population Ageing (2017). http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf. Erişim Tarihi: 16.07.2018.

Tiwari, S.C. ve Sonal, A. (2018). Sleep in elderly with due emphasis on dementia. *Sleep Medicine and Disorders: International Journal*, 2(2), 30-32.

Tsuboi, Y., Imamura, A., Sugimura, M., Nakano, S., Shirakawa, S. ve Yamada, T. (2009). Prevalence of restless legs syndrome in a Japanese elderly population. *Parkinsonism & Related Disorders*, 15(8), 598-601.

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

Tufan, A. ve Bahat, G.(2017). Yaşlıda Uyku Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*, 3(1), 58-61.

Turan, N., Aştı, T.A. ve Kaya, N. (2017). Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 73-8.

Turan, N. (2018a). Aktivite/Dinlenme (Alan 4). İçinde. H., Kaya ve R. Acaroğlu (Ed.). *Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 205-247.

Turan, N. (2018b). Güvenlik/Koruma (Alan 11). İçinde. H., Kaya ve R. Acaroğlu (Ed.). *Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 375-432.

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). (2018). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>. Erişim Tarihi: 16.07.2018

Üstündağ, H. ve Eti Aslan, F. (2010). Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2(2):94-9.

Valizadeh, L., Seyyedrasooli, A., Zamanazadeh, V. ve Nasiri, K. (2015). Comparing the effects of reflexology and footbath on sleep quality in the elderly: a controlled clinical trial. *Iran Red Crescent Med J.*, 17(11), 1-8.

Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul. Akademi Basın ve Yayıncılık.

Vitiello, M. V. (2012). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 7(3), 539-544.

Widmaier, E.P., Raff, H. ve Strang, K. T. (2010). Vander İnsan Fizyolojisi. T., Özgünen, ve Z., Solakoğlu, (Çev. Ed). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Wilson, L. ve Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164-173.

Yaffe, K., Laffan, A. M., Harrison, S. L., Redline, S., Spira, A. P., Ensrud, K. E. ve ark. (2011). Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. *Jama*, 306(6), 613-619.

Yang, H.L., Chen, X.P., Lee, K.C., Fang, F.F. ve Chao, Y.F. (2010). The effect of warm-water footbath on relieving fatigue and insomnia of the gynecologic cancer patients on chemotherapy. *Cancer Nursing*, 33(6), 454-60.

Yang, P. Y., Ho, K. H., Chen, H. C. ve Chien, M. Y. (2012). Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(3), 157-163.

Yaremchuk, K. (2018). Sleep Disorders in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 205-216.

Yetkin, S. ve Aydın, H. (2007). Uyku ve Uykuda Psikofizyoloji. İçinde, E., Köroğlu, ve C. Güleç (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara. HYB Yayınları, 2.baskı,453-473.

Yılmaz, N. H., Çelik, F. N. D. ve Akbostancı, M. C. (2017). Huzursuz Bacak Sendromu Tedavisinde Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamaları. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 20(1-2), 16-27.

Yılmaz, E., Kutlu, A. K., ve Çeçen, D. (2008). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarını etkileyen faktörler. *Yeni Tıp Dergisi*, 25(3), 149.

Yılmaz, N.H., Akbostancı, M.C., Oto, A. ve Aykac, O. (2013). Prevalence of restless legs syndrome in Ankara, Turkey: an analysis of diagnostic criteria and awareness. *Acta Neurol Belg*, 113, 247-51.

Yue, W. Y., Cao, J. M., Zhou, H. T. ve Xu, R. M. (2016). Tai Chi in combination with acupoint massage can improve sleep quality of elderly patients with chronic insomnia. *Int J Clin Exp Med*, 9(2), 4316-4323.

Yücel, Ş.Ç (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 79-88.

Yücel, Ş. Ç., Eşer, İ., Khorshid, L.ve Çelik, S. (2016). The effect on sleep quality of music in older people in rest home. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 3939-3950.

Yüzeren, S., Herdem, A., ve Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Uyku Bozukluğu Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18, 79-84.

Zimmerman, M. E. ve Aloia, M. S. (2012). Sleep-disordered breathing and cognition in older adults. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 12(5), 537-546.

Zengin, N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşlı Hastalarda Uyku Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 80-87.

nandabooks.blogspot.com/.../nursing-manage Erişim tarihi: 11.07.2018

<http://irlssg.org/diagnostic-criteria/> Erişim tarihi: 22.06.2018

HAM VERİLER


FORMLAR

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1) Kadın () 2) Erkek ()
3. Medeni durumunuz: 1) Bekar () 2) Evli ()
4. Eğitim durumunuz: 1) Okur-yazar () 2) İlkokul mezunu ()
3)Ortaokul ve üzeri ()
5. Gelir durumunuz: 1) Gelir giderden az () 2) Gelir gidere eşit/ Gelir giderden fazla ()
6. Sağlık güvenceniz:
1) Var (Belirtiniz:.....)
2) Yok ()
7. Kaç yıldır huzurevinde yaşıyorsunuz?.....
8. Gün içinde kafein içeren madde kullanıyor musunuz? (Çay, kahve, çikolata vb.)
1) Evet ()
2) Hayır ()
9. Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?
1) Evet (Belirtiniz:.....)
2) Hayır ()
10. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?
1) Evet (Belirtiniz:.....)
2) Hayır ()
12. 1) Akşam uyuma saatiniz:..... 2) Sabah uyanma saatiniz:.....
13. Gün içerisinde uyuyor musunuz?
1) Evet (Kaç saat?.....)
2) Hayır ()
14. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?
1) Evet (Kaç dakika?.....)
2) Hayır ()
15. Huzurevinde kaldığınız günden beri uyku alışkanlığınızda olumsuz bir değişiklik oldu mu?
1) Evet ()
2) Hayır ()
3) Kısmen ()
16. Uyumadan önce uykuya rahat dalmak için yaptığınız herhangi alışkanlığınız var mı?
1) Evet (Belirtiniz:.....)
2) Hayır ()

EK-2: Sayısal Değerlendirme Sakalası (Numerical Rating Scale) - SDS

Dün geceki uykunuzu 0; “Çok kötü uyudum” 10; “Çok iyi uyudum” olacak şekilde işaretleyiniz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
											
Çok Kötü Uyudum											Çok İyi Uyudum

Aşağıdaki sorular yalnızca yalnız geçen ayki alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİNİZ:.....

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

Dakika:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

GENEL KALKIŞ SAATİ:.....

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları

cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?				
a) 30 dk içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
c) Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
f) Aşırı derece üşüdüğünüz oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
j) Diğer belirtiniz:.....	Diğer neden(ler)			lütfen
k) Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz?	0) Çok iyi	1) Oldukça iyi	2) Oldukça kötü	3) Çok kötü
7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla

(reçeteli ya da reçetesiz) aldınız?				
8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?	0) Hiç problem oluşturmadı	1) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	2) Bir dereceye kadar problem oluşturdu	3) Çok büyük bir problem oluşturdu
10. Bir yatak partneriniz var mı?	0) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	1) Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	2) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil	3) Partner aynı yatakta
11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun				
a) Gürültülü horlama oldu mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
b) Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar oldu mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama oldu mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık oldu mu?	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla
e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....	0) Geçen ay boyunca hiç	1) Haftada birden az	2) Haftada 1 veya 2 kez	3) Haftada 3 veya daha fazla

EK-4: Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen; şu andaki konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak işaretlemenizdir. Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederiz.		Kesinlikle Katılıyorum			Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.	Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.	Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4.	Yardıma gereksinim duyduğum güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.	Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.	Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.	Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.	Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9.	Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.	Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.	Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.	Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.	Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.	Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.	Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.	Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.	İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.	Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.	Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.	Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.	Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22.	Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.	Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1
24.	Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25.	Açım	4	3	2	1
26.	Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.	Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.	Çok yorgunum	4	3	2	1
29.	Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.	Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.	Memnunum	4	3	2	1
32.	Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1

33.	Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.	Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.	Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.	Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.	Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.	İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.	Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.	Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.	Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.	Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.	Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44.	Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.	Kederliyim	4	3	2	1
46.	Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.	Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.	Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK-5a: Kurum İzni

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

Sayı : 73595336-605.01-E.87766
Konu : Hanife DURGUN

09/08/2016

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

İstanbul Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünün 18/07/2016 tarih ve 44681 sayılı yazısı ile İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Öğrencisi Hanife DURGUN'un doktora tez çalışması kapsamında "Uyku Sorunu Olan Yaşlı Bireylerde Ayakları Ilık Suda Bekletmenin Uyku Kalitesine ve Konfor Düzeyine Etkisi" başlıklı çalışmasını İl Müdürlüğüne bağlı olarak hizmet vermekte olan Sultangazi Huzurevinde 01/11/2016-01/02/2017 tarihleri ile gerçekleştirilme talebi bildirilmiştir.

Uygun görüldüğü takdirde ilgili Genel Müdürlük tarafından da olumlu değerlendirilen söz konusu çalışmanın İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş müdürlüğü 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 Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda; Olurlarınızı arz ederim.

Metin ÜNAL
Daire Başkan Yardımcısı

O L U R
09/08/2016

Mustafa KARAMAN
Müsteşar Yardımcısı

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (pseit1-im6bkE-ZP1Qg2-amhjXJ-IN9f/sE8) kodunu yazınız.

EK-5b: Kurum İzni

T.C.
DARÜLACEZE BAŞKANLIĞI

Sayı : 52568945-774.09-1/16
Konu : Hanife DURGUN'un tez çalışması

22.06.2016

BAŞKANLIK MAKAMINA

İlgi : 24.06.2016 tarihli Hanife DURGUN'un dilekçesi.

Hanife DURGUN ilgi dilekçesinde İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora öğrencisi olduğunu, Doktora tez çalışması olan "Tiyolu Sorunu Olan Yaşlı Bireylerde Ayakları Ilık Suda Bekletmenin Uyku Kalitesine ve Konfor Düzeyine Etkisi" isimli uygulamayı Başkanlığınızda gerçekleştirmesi için gerekli izin verilmesi talebinde bulunmaktadır.

Makamınızca uygun görülmesi halinde adı geçen tez çalışmasını Başkanlığınızda gerçekleştirmesini olurlarınıza arz ederim.

Aytekin CANSIZ
İnsan Kay. Şb. Müdürü

OLUR
2016

Uzm. Dr. Nilüfer DERELİ
Başkan a.
Başhekim

DAĞITIM:
Başhemşirelik

Adres : Adres : Halil Rifatpaşa Mahallesi
Darülaceze Çarşısı No: 51

İrtibat: O. ARDICI/Performans ve Eğitim Birim Sor. /
Telefon : 0212 210 1805

EK-6a: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (Deney Grubu)**

Araştırma, uyku sorunu olan yaşlı bireylerin uyku kalitesini ve konfor düzeylerini arttırmada kullanılan ayakları ılık suda bekletme uygulamasının etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) uygulanacaktır. Ayrıca size ayakları ılık suda bekletme uygulaması hakkında bilgi verilecek ve 6 hafta boyunca akşamları uyumak için yatağa gitmeden 1 saat öncesinde, 20 dk boyunca ayakları ılık suda bekletme uygulaması uygulanacak ve günlük olarak uyku kalitenizi değerlendirebilmek için 1'den 10'a kadar rakamlardan oluşan sayısal skala işaretlettirecek ve 6 hafta sonunda tekrardan Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) uygulanacaktır

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsmi saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışmada yer aldığınız için size hiçbir ücret ödenmeyecektir.

Teşekkürlerimle...

Sorumlu Araştırmacı

Doktora Öğrencisi

Hanife DURGUN

Bireyin Adı-Soyadı

İmza:

EK-6b: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (Kontrol Grubu)**

Araştırma, uyku sorunu olan yaşlı bireylerin uyku kalitesini ve konfor düzeylerini arttırmada kullanılan ayakları ılık suda bekletme uygulamasının etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve Genel Konfor Ölçeği uygulanacaktır. 6 hafta boyunca uyku kalitenizi değerlendirebilmek için 1'den 10'a kadar rakamlardan oluşan sayısal skala işaretletirilecek ve 6 hafta sonunda tekrardan Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve Genel Konfor Ölçeği uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsmi saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışmada yer aldığınız için size hiçbir ücret ödenmeyecektir.

Teşekkürlerimle...
Sorumlu Araştırmacı
Doktora Öğrencisi
Hanife DURGUN

Bireyin Adı-Soyadı

İmza:

EK-7: PUKİ Ölçek Kullanım İzni

Re: Pittsburgh Kullanım İzni Hk.



Myagargun - (myagargun@kure.com.tr) [Kişilere ekle](#) 11.04.2016 |>
Kime: Hanife DURGUN ✕

Merhaba
Hanife Hanım,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar,

11 Nisan 2016 16:18 tarihinde Hanife DURGUN <hanifebalik1987@hotmail.com> yazdı:

Hocam merhaba,
Ben İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD'ından araştırma görevlisi Hanife Durgun.
Hocam izniniz olursa Türkçe geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz Pittsburgh Uyku Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ni doktora tez çalışmam da kullanmak istiyorum.
İyi çalışmalar...

EK-8: GKÖ Ölçek Kullanım İzni

Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni Gelen Kutusu x

hanife balık 5 Ağu ☆
Hocam merhaba, Ben İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakü...

Ükke KARABACAK 5 Ağu ☆
Alıcı: bana ▾

Merhaba, bilgilendirmemiz için teşekkür ederim. Tabiki kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar diliyorum
iPhone'umdan gönderildi
5 Ağu 2016 tarihinde 14:43 saatinde, hanife balık <hanife.balik@gmail.com> şunları yazdı:
...

Yanıtla veya Yönlendir

15 GB'lık kotanın 0,02 GB'ı (%0) kullanılıyor
[Yönet](#) [Şartlar](#) - [Gizlilik](#) Son hesap etkinliği: 14 dakika önce [Ayrıntılar](#)



ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 01/11/2016-393804



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Dokt.Öğr. Hanife Durgun'un
etik kurul kararı A-10

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Hanife DURGUN**'un yürürlüğünde İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç.Dr.Hatice KAYA**'nın danışmanlığında "**Uyku Sorunu Olan Yaşlı Bireylerde Ayakları İlk Suda Bekletmenin Uyku Kalitesine ve Konfor Düzeyine Etkisi**" başlıklı Doktora Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri **01 Kasım 2016** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim,

e-İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmza
Prof. Dr. Feray SAVRUN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulama için: <http://194.27.128.66/enveston/Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BELCLRRF2>

Ayrıntılı bilgi için lütfen : Güler SOYDANIR, Dahili : 27403

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34503 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : cdpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-10	Tarih: 01 Kasım 2016
	Doktora Öğrencisi Hanife DURGUN'un yürütücülüğünde Doç.Dr.Hatice KAYA'nın danışmanlığında yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Fak ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Muhlis Cem AR (Raporör)	İç Hastalıkları Hematoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurtan Uzun ADATEPE	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYHEN	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayşe Parvin Sutaş BOZKURT	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gülten DİNÇ	Derontoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mualla NİYAZOĞLU	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Zümrüt GAVLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Mazeretli

* :Araştırma İle İlişki

** :Toplantıya Bulunma

PATENT HAKKI İZİNİ



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

UYKU SORUNU OLAN YAŞLI BİREYLERDE AYAKLARI ILIK SUDA BEKLETMENİN UYKU KALİTESİNE VE KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 12	%8	%6	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%2
2	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Yeditepe University Öğrenci Ödevi	%1
4	BÜYÜKYILMAZ, Funda and AŞTI, Türkinaz. "Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakım", Atatürk Üniversitesi, 2009. Yayın	<%1
5	DEMİR, Özgür and ARSLANTAŞ, Hülya. "Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşeme egzersizinin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014. Yayın	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hanife	Soyadı	Durgun
Doğ.Yeri	Gaziosmanpaşa	Doğ.Tar.	02.05.1987
Uyruğu	TC	TC Kim No	27551583714
Email	hanife.balik@gmail.com	Tel	5549954010

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2014-Hala devam ediyor
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı	2014
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	2011
Lise	Eyüp Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Ordu Üniversitesi	2017- Hala devam ediyor
2.	Araştırma Görevlisi	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2013-2017
2.	Hemşire	Kağıthane Devlet Hastanesi	2011-2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS (YÖKDil) Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	72,50	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	69,32828	70,09520	64,86364
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (word, powerpoint, excel)	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Durgun, H., ve Kaya, H. (2018). The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *International Emergency Nursing*, 40, 29-32.

Bildiriler

Durgun H., Kaya H., Turan N. (2016). *Evidence-based applications for patient safety in home care: systematic review*. 2. Uluslararası Evde Bakım Kongresi, Koç Üniversitesi, İstanbul (Sözel Bildiri).

Atabek T.A., Kaya H., **Durgun, H.**, Turan N., Yılmaz Y., Gündü, G., Kuvan D., Ertaş, G. (2016). *Hemşirelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ile yalnızlık ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki*. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Sözel Bildiri).

Kaya H., Turan N., Aydın G. Ö., **Durgun, H.** (2016). *Teknolojik araç kullanım alışkanlığı ve sosyal yaşam*. 3.Uluslararası Teknoloji Bağımlılığı Kongresi. Yeşilay, İstanbul (Poster Bildiri).

Durgun H., Kaya H. (2017). *Ayak banyosunun uyku kalitesine etkisi: Sistemik inceleme*. 4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (Poster Bildiri).

Aştı T., Kaya H., Turan N., **Durgun H.** (2017). *Nursing students' technological equipment usage status and individual innovation levels*. 28 th International Nursing Research Congress, Dublin, İrlanda (Poster Bildiri).

Turan N., **Durgun H.**, Kaya h., Ertaş G., Kuvan D. (2018). *Hemşirelik Öğrencilerinin stress durumları ile bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki ilişki*. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Poster Bildiri).

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Polisiye türünde kitap okumak, yürüş yapmak, kültürel gezilere katılmak.