



T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA KAPSAMLI GERİATRİK
DEĞERLENDİRME İLE UYKU BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatma Gül GÜRİSOY

ANKARA 2017



T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA KAPSAMLI GERİATRİK
DEĞERLENDİRME İLE UYKU BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatma Gül GÜRSOY

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Kamile SILAY

ANKARA 2017

ÖNSÖZ

Her aşaması bir dönüm noktası olan tıp eğitiminin, kariyer planlama adına en önemli basamağı olan uzmanlık eğitimimin sonuna gelmiş bulunmaktayım.

Uzmanlık eğitimimi aldığım süre boyuncaengin bilgi ve becerilerinden yararlandığım, her durumda desteğini hissettiğim, Aile Hekimliğinin ilkelerini öğrendiğim, hekimlik onurumuzu yücelten idari ve eğitim sorumlumuz Sayın Prof. Dr. Mehmet UĞURLU' ya,

Uzmanlık eğitimi boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, yanında çalışmaktan keyif aldığım, onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Kamile SILAY' a,

Bu süreçte her türlü sorunlarımızla yakından ilgilenen, samimi ve çözüm odaklı bir yol izleyen, Doç. Dr. Yusuf Üstü' ye, Başasistan Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY' a, Başasistan; Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ' a, Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN' e ve Yrd. Doç. Dr. B. Furkan DAĞCIOĞLU' na,

Ayrıca rotasyonlarda bilgi ve deneyimlerini paylaşan tüm uzman ve asistan meslektaşlarıma, her zaman saygı ve sevgi duyduğum ebe, hemşire ve hizmetli personele, Hayatımın her anında yanımda olup, sabrı ve hoşgörüsü ile bana destek olan, varlığından sonsuz mutluluk duyduğum eşim Ufuk GÜRSOY' a,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatma Gül GÜRSOY

Ankara, 2017

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde kapsamlı geriatrik değerlendirme ile uyku kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya huzurevinde kalan, yaş ortalaması 82.40 ± 6.33 olan 107 (67 kadın 49 erkek) yaşlı birey alınmıştır. Yaşlı bireylere kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılmış bilgileri kaydedilmiştir. Uyku kalitesi (PUKİ-Stanford) değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada yer alan bireylerin %34,7sinin Uyku Pitsburg Ölçek puanı 5'den az (uyku bozukluğu yok), % 65,3 ünün ise 5'den fazla olduğu (uyku bozukluğu var) hesaplanmıştır. Olgular SF-36 skorları açısından gruplandırıldığında Stanford uykululuk ölçeği puanları ile SF-36 ölçek alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon ve emosyonel fonksiyon puanları arasında negatif yönlü, zayıf doğrusal bir ilişki saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla; $\rho = -0.307$, $p = 0.002$, $\rho = -0.274$, $p = 0.006$, $\rho = -0.349$, $p < 0.001$, $\rho = -0.242$, $p = 0.015$, $\rho = -0.248$, $p = 0.012$). PUKİ puanları ile SF-36 ölçek tüm alt boyutlarının tümü ile pozitif yönlü doğrusal ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. ($p < 0,001$)

Sonuç: Çalışmamız huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde kötü uyku kalitesinin sık rastlanan bir problem olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda uyku kalitesinin kötü olmasında önemli risk faktörlerinden birinin yaşlı bireyin yaşam kalitesi düzeyi olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

Investigating the relation between sleep disturbance and extensive geriatric evaluation on nursing home residents

Aim: Aim of our study is to determine factors which affect sleep quality by way of doing extensive geriatric evaluation on nursing home residents aged 65 and older.

Material and Methods: In the present study, 107 residents consist of 67 women 40 men were enrolled. Mean age is 82.40 ± 6.33 . Extensive geriatric evaluation was executed and findings were recorded. Sleep qualities (PUKI-Standford) of recipients were interpreted.

Results: Results of the present study demonstrate that, % 34.7 of the recipient's scores are <5 according to Pitsburg scale, % 65.3 of the recipients' scores are >5 . When findings are classified according to SF-36 scores, there is negative mild linear correlation between Stanford sleepiness scale scores and subtypes of SF-36 which are physical function, general health condition, vigor, social function and emotional function. It is statistically meaningful. (orderly; $\rho = -0.307$, $p = 0.002$, $\rho = -0.274$, $p = 0.006$, $\rho = -0.349$, $p < 0.001$, $\rho = -0.242$, $p = 0.015$, $\rho = -0.248$, $p = 0.012$). There is positive, statically meaningful and linear correlation between PUKI scores and all subtypes of SF-36 scale. Our study indicates that one of the risk factors which result in bad sleep quality is life quality of the elder adults.

Conclusions: Our study show that, bad sleep quality problem is seen very often among elder residents in nursing homes.

Key words: elderly, life quality, sleep quality

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGE ve KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılığın Tanımı Ve Yaşlanma	3
2.2. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler	4
2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	4
2.2.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri	4
2.2.3. Kas-iskelet Sistemi Değişiklikleri.....	5
2.2.4. Sinir Sistemi Değişiklikleri.....	5
2.2.5. Psikolojik Değişiklikler	6
2.2.6. Toplumsal Değişiklikler	6
2.3. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme	7
2.3.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirme enstrümanları.....	7
2.4. Yaşlılarda Uyku Ve Uyku Kalitesi	9
2.4.1 Uygunun Tanımı	9
2.4.2 Uygunun Evreleri	9
2.4.3 Uyku-Uyanıklık Döngüsü(Sirkadiyen Ritim).....	10
2.4.4 Yaşlılıkta Görülen Uyku Değişiklikleri.....	11
2.4.5 Uyku Kalitesi ve Değerlendirilmesi.....	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	13
3.1. Etik Kurul Onayı.....	13
3.2. Araştırmanın Tipi.....	13
3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	13
3.4. Araştırmanın Evreni, Örnekleme Ve Çalışma Grupları.....	13

3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütleri	13
3.6 Araştırma Değişkenleri	14
3.6.1. Bağımsız Değişkenler.....	14
3.6.2.Bağımlı Değişkenler.....	14
3.7. Veri Toplama Araçları	14
3.7.2. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	14
3.7.3. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi	16
3.7.4. Malnutrisyon risk değerlendirilmesi	17
3.7.5. Mini mental Durum Değerlendirme (MMSE).....	18
3.7.6. Diğer Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.8. Verilerin Analizi	20
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA.....	43
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	59
Ek 1. Yaşam kalitesi formu	59
Ek 2. Mini Nütrisyonel DeğerlendirmeMND.....	62
Ek 3. İdrar Kaçırma(ICIQ-SF)	64
Ek 4. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa form.....	65
Ek 5. Günlük yaşam aktivitelerinde Katz bağımsızlık indexi.....	66
Ek 6. Lawtonun günlük enstrümental yaşam aktivite skalası	67
Ek 7. Uyku Hastalıkları Değerlendirme Anketleri	68

SİMGE ve KISALTMALAR

Ark.	: Arkadaşlar
BMI	: Vücut Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDÖ	: Genel Depresyon Ölçeği
IADL	: Ensturemental Günlük Yaşam Aktiviteleri
MMSE	: Mini Mental Durum Muayenesi
NREM	: Rem Dışı Uyku
REM	: Hızlı Göz Hareketi
PUKI	: Pitsburg Uyku Kalitesi İndeksi
SF-36	: Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.4. Bireylere ait belirtilen değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları	25
Tablo 4.5. Cinsiyet bazında belirtilen ölçeklerin karşılaştırılması	26
Tablo 4.6. Polifarmasi varlığı bazında belirtilen ölçeklerin karşılaştırılması	27
Tablo 4.7. Düşme Varlığı bazında belirtilen ölçeklerin karşılaştırılması	28
Tablo 4.8. Uyku Pitsburg Ölçeğinin SF 36 ölçek alt boyutları ile korelasyon analizi.....	29
Tablo 4.9. Uyku Pitsburg Ölçeğinin belirtilen değişkenler ile korelasyon analizi.....	30
Tablo 4.10. Uyku Pitsburg Ölçeğinin belirtilen ölçek puanları ile korelasyon analizi.....	30
Tablo 4.11. Hastalıklar bazında Uyku Pitsburg Ölçeği karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.12. Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Komponentlerine ait tanımlayıcı istatistikleri	32
Tablo 4.13. Yaş grupları bazında belirtilen ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.13.1. İkili Karşılaştırmalar(Uyku Stanford Ölçeği)	33
Tablo 4.14. Uyku Bozukluğu olan olmayan bireylere ait sayı ve yüzde dağılımı	33
Tablo 4.15. Yaş grupları ile Uyku Bozukluğu varlığı Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.16. Komorbidite puanlaması bazında Uyku Stanford Ölçek, Uyku Pitsburg Kalitesi ölçek ve alt boyut puanları karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.17. Geriatrik Depresyon Ölçek puanlaması bazında Uyku Pitsburg Kalitesi ölçek ve alt boyut puanları karşılaştırılması	35
Tablo 4.18. Uyku Pitsburg Kalitesi ölçek puanı ile GDS ve Komorbidite sayıları arasında korelasyon analizi.....	36
Tablo 4.19. Stanford Uyku Ölçeği ile belirtilen değişkenler arasında korelasyon analizi.....	36
Tablo 4.20. Stanford Uyku Ölçeği ile SF 36 ölçek alt boyutları ile arasında korelasyon analizi.....	37
Tablo 4.21. Hastalıkların varlıkları bazında Stanford Uyku Ölçeği Karşılaştırılması	38

Tablo 4.22.	Belirtilen değişkenler bazında Uyku Pitsburg Ölçeği Karşılaştırılması	39
Tablo 4.23.	Üriner İnkontinans Varlığı bazında Standford Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve altboyutları Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.24.	Mini Mental bazda Standford Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve alt boyutları Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4. 24.1.	Anlamlı çıkan değişkenlere ait ikili karşılaştırma testleri (Standford uyku ölçeği için)	41
Tablo 4.25.	Uyku Latansı varlığı bazında Standford Uyku Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve alt boyutları Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.26.	İlaç Kullanımı bazında Standford Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve alt boyutları Karşılaştırılması.....	42

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlanma, organizmada hücre, doku, organ ve sistem düzeyinde zamanın ilerlemesiyle meydana gelen, geri dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümünü kapsar. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı “ çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır (1). Yaşlanma ile beraber uyku sürecinde bir takım değişiklik ortaya çıkmakta ve bu değişiklikler nedeniyle yaşlıların sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları artmaktadır (2). Yaşlılarda, erişkin popülasyona göre uyku problemleri prevalansı daha yüksektir. Yaşlıların % 50'sinden fazlasında uyku sorunu vardır (3). Türkiye’de yapılan bir çalışmada bakım evlerinde yaşayan yaşlılarda uyku bozukluğu insidansının daha yüksek olduğu görülmüştür (4).

Uyku kalitesinin bozulması yaşlılarda duygu, düşünce bozulması ve motivasyon kaybına neden olabilir. Yeteri kadar uyumayan insanlarda fiziksel, duygusal ve bilişsel çökkünlük yaşanır (5).

Uyku kalitesinin bozulması ayrıca; gündüz uyuklama, yorgunluk, depresyon, anksiyete, irritabilite, ağrıya duyarlılığın artması, kas titremeleri, mental fonksiyonlarda azalma, genel sağlık ve fonksiyonel durumda bozulmaya neden olur (6).

Sonuç olarak kötü uyku kalitesinin 65 yaş ve üstü bireyleri biyopsikososyal olarak her açıdan etkilediği görülmüştür. Yaşlı popülasyonda uyku bozukluğuna neden olan faktörleri inceleyen çalışmaların ülkemizde sayısının az olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamız ülkemizde huzurevinde yaşayan yaşlılarda uyku bozukluğuna neden olan faktörleri araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri olması açısından önemli bir özelliğe sahiptir.

Çalışmamızın amacı: Huzurevinde yaşayan yaşlılarda kapsamlı geriatrik değerlendirme ile uyku bozukluğu oranını tespit etmek ve uyku bozukluğunun risk faktörlerini belirlemektir.

Çalışmamıza huzurevinde yaşayan ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi geriatri polikliniğine başvuran okuryazar olan yaşlı popülasyon alındı.

Hipotezler

- H1: Yaşlılarda uyku bozukluğu yaşam kalitesi ile ilişkilidir.
- H2: Yaşlılarda uyku bozukluğu polifarmasi ile ilişkilidir.
- H3: Yaşlılarda uyku bozukluğu komorbidite ile ilişkilidir.
- H4: Yaşlılarda uyku bozukluğu depresyon ile ilişkilidir.
- H6: Yaşlılarda uyku bozukluğu üriner inkontinans ile ilişkilidir.
- H7: Yaşlılarda uyku bozukluğu obezite ile ilişkilidir.
- H8: Yaşlılarda uyku bozukluğu cinsiyet ile ilişkilidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Yaşlanma

Yaşlılık doğum ile başlayan, yaşamın sonlanmasına kadar devam eden, yaşam süresinin çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal bir süreçtir. DSÖ yaşlılığı “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır (7).

Bir başka tanımda yaşlılık, fiziksel, bilişsel aktivitelerde kayıp, üreticilik rolünün, kişiler arası bağın ve yaşam doyumunun azalması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla yaşanan bir dönemdir. Genel olarak bağımlılığın arttığı, sosyal yaşamdan kopuklukların meydana geldiği, yaşlı bireyin kendini yalnız ve işe yaramaz hissettiği, kayıpların yaşandığı bir süreçtir (8).

Yaşlılık ve yaşlanma kavramları tek bir tanımla yapılamadığından alt gruplara ayrılmıştır.

Kronolojik yaşlanma; yıllara bağlı olan, doğumdan itibaren, insanın içinde bulunduğu zamana kadar geçen yaşlanmadır. DSÖ 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul etmektedir. Sosyal gerontologlarca yapılan sınıflamaya göre, 65-74 arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası orta yaşlı ve 85 yaş ve üstü ise yaşlı yaşlı olarak kabul edilmektedir (9).

Sosyal yaşlanma; yaşlılar sergiledikleri sosyal rollerine ve alışkanlıklarına göre tanımlanmaktadır: Baba, büyükanne, emekli, amca gibi örnekler verilebilir (8).

Fizyolojik yaşlanma; yapısal ve fonksiyonel değişimleri tanımlamaktadır; aerobik kapasitede azalma, hafıza yetimleri, vücut postüründe değişimler, derinin esnekliğini kaybetmesi ve kırışıklıkların oluşması, yerine konulamayan hücre kayıplarının oluşmasıdır.

Psikolojik yaşlanma ise bireylerin algılamalarında, duygularında ve davranışlarında olan değişimlerdir (8).

Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, yaşam koşullarındaki iyileşmeler, yeni tedavi yöntemlerinin bulunması, dolayısıyla birçok sağlık sorununun çözüme kavuşturulması ile çok sayıda birey ileri yaşlara kadar yaşama şansına kavuşmuştur. Böylelikle toplumda yaşlı nüfus oranı artmaya, toplum yaşlanmaya başlamıştır. Ülkemizde 2000 yılında %5.6 olan 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı, 2009 yılında %7'ye ulaşmış ve yaşlı birey sayısı 5 milyon üzerine çıkmıştır. Bu sayının 2020-2025 yılları arasında 8 milyon

olacağı öngörülmektedir. Gelişmiş ülkelerde 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı %14 olup 2025 yılında dünyadaki tüm yaşlı bireylerin %70'in gelişmiş ülkelerde yaşayacağı düşünülmektedir (10-12).

60 yaşın üzerindeki bireylerin nüfus dağılımına bakıldığında kadınların nüfusunun daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınlar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkeklere kıyasla ortalama olarak daha uzun yaşama süresine sahiptirler. 2013-2015 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süreleri erkek yaşlı bireylere 75,3 iken kadınlarda 80,7 dir (9,13,14).

2.2. Yaşlılık Sürecindeki Değişiklikler

2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaş ilerledikçe kardiyak atım sayısı azalmakta, damar esnekliğini kaybetmektedir. Damar duvarı kalınlığı artmakta ve kardiyak out-put azalmaktadır. Beyin, karaciğer kas ve böbreklerde kan akımında, vasküler tonusta ve fiziksel aktivite uyarısına atrial dilatasyon cevabında azalma meydana gelmektedir. Kalbin etrafında yağ tabakası artmakta, kalp kapakçıkları esnekliğini kaybedip kalınlaşmaktadır (15-19).

2.2.2. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanma ile akciğerin hem fiziksel fonksiyonları hem de savunma mekanizmalarını etkiler. Bu nedenle hipoksi, enfeksiyon, oksijen kullanımında azalmalar görülür. Akciğer parankiminde azalma ve bağ dokusunda artma meydana gelir. Akciğer hacminde azalma olur. Kas ve bağ dokusu değişiklikleri nedeniyle de derin soluk alma ve öksürme yeteneği azalır. Kronik bronşit, KOAH, amfizem, tüberküloz, pnömoni gibi solunum yolu hastalıkları sık görülmektedir (16,17).

2.2.3. Kas-iskelet Sistemi Değişiklikleri

Kas- iskelet sistemi hastalıkları yaşlılarda çok sık görülmektedir. Hayatı tehdit edici olmamasına karşın kronik hareket bozukluğunun, ilaç kullanımının ve hasta yatışlarının önemli nedenlerindedir. Yaşlanma ile beraber vücut kas dokusunda azalma, kaslarda incelme, kas atrofileri meydana gelmekte, kas kuvveti azalmaktadır. Eklem kıkırdaklarında kalsifikasyonlar oluşmakta, sinoviyal zarda kalınlaşma görülmektedir. Bütün bu değişimler postürün bozulmasına, denge ve yürümede güçlükler neden olmaktadır.

Yaşla beraber kemiklerin yoğunluğunun azalmasına bağlı olarak kemikler daha zayıf ve kırılabilir hale gelirken, vücut postüründe bozulmaktadır.

Kemik ve kas dokusu kayıpları nedeniyle boy kısalması, diş kayıpları, kemiklerde kırılmalar, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma gelişebilir. Hastalık olarak; osteoporoz, osteoartrit, dejeneratif hastalıklar, romatoid artrit, pelvik fraktür ve düşme fraktürleri gibi hastalıklar görülür (16-19).

2.2.4. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Yaşlılıkta beyin kan akımında ve sonucunda beyne gönderilen oksijen miktarında azalma meydana gelmektedir. Nöronların sayısı giderek azalmakta, otonom sinir sistemi cevabı yavaşlamaktadır. Sinir dejenerasyonu yaşlı bireyin reflekslerini ve duyarlarını azaltmaktadır (19).

Reaksiyon ve hareket zamanlarındaki düşüş, kişilerin bazı günlük aktivitelerini yapmada olumsuz etkilere neden olmaktadır. Serebellum yaşlanmayla yaklaşık %25'lik bir hücre kaybına uğramaktadır (20).

Sinir sistemi değişiklikleri sonucu yaşlılık döneminde en sık görülen hastalıklar; serebrovasküler olay, beyin kanamaları, alzheimer, demans, parkinson hastalığı, deliryum, depresyon ve beyin iltihaplarıdır.

Bilişsel fonksiyonu bozan serebral hastalık, beyin tümörü, alzheimer hastalığı gibi durumlar yaşlı bireyin konuşmasını engelleyebilir. Analjezik ve sedatif olan yaşlılar laterjik ve konfüze olabilirler (21).

Öğrenme, bellek ve diğer bilişsel işlevlerde azalma yaşlanmadaki en belirgin semptomlardandır. Bu durumda kişilerde özellikle yakın bellek kaybı, yeni bilgilerin

öğrenilmesinde ve akılda tutulmasında kayıp, isimlerin hatırlanmasında güçlük, fikir oluşturma, karar verebilme ve programlama gibi bilişsel işlev bozuklukları görülebilir. Kelime hazinesi, kısa süreli hafıza, bilgi depolama, kelimeleri hatırlama, algılama gibi mental fonksiyonlarda azalmalar görülebilir (22,23).

2.2.5. Psikolojik Değişiklikler

Yaşlılık süreciyle birlikte bireyin çevresine bağımlılığı artmaktadır. Meydana gelen fiziksel yetersizlik ve bunun getirdiği ekonomik sorunlar yaşlıda ailesi ve çevresi tarafından dışlanma korkusu gelişmektedir. Yaşlandıkça bireylerin çevresindeki hastalık, ayrılık ve ölüm gibi olaylarla karşılaşması yaşlıda psikolojik yıpranma meydana getirmektedir. Bununla birlikte kendine güvenin ve inancın kaybı, maddi kayıplar, statü, iş ve bağımsızlık kaybı ve duygusal yoksunluk nedeniyle, anksiyete, korku, depresyon, oryantasyon bozukluğu, algılama kusurları, somatik yakınmalar, hafıza kaybı görülmektedir (24).

Yaşlanmadaki en belirgin semptomlar arasında öğrenme, bellek ve diğer bilişsel işlevlerde azalma yer almaktadır. Bu durumla bireylerde özellikle yakın bellek kaybı, yeni bilgilerin öğrenilmesinde ve hafızada tutulmasında kayıp, fikir oluşturma, isimlerin hatırlanmasında güçlük, karar verebilme ve programlama gibi bilişsel işlev bozuklukları görülmektedir. Yaşlılarda kişinin ve çevresindekilerin hayatını rahatsız edecek derecede belirginleşen kişilik değişiklikleri olmakta, birçoğu inatçı, bencil, katı ve tutucu olurken, az bir grupta bunun tam tersi bir kişilik gelişmektedir (25).

2.2.6. Toplumsal Değişiklikler

Yaşlanma ile kişinin toplumsal yaşamında ve rollerinde önemli değişiklikler olmaktadır. Yaşlılık bir 'kayıplar dönemi' olarak kabul edilmektedir. Emeklilik, kişinin toplum içindeki yeri ve saygınlığının kaybı olarak algılanabileceği gibi, kişinin yaşama yeni bir uyum sağlamasını da gerektirmektedir. Eşlerin ve diğer yakınların kaybı, çocukların evden ayrılışı, bırakılacak miras stres yaratan konulardandır. Yaşlılar yine de ölüme daha hazırlıklı oldukları için bu kaybı beklenildiğinden daha az travmatik olarak yaşamaktadır. Bununla birlikte barınma ve bakım sorunları nedeniyle, geniş aileye dönüş söz konusu olabilmektedir. Dinlenme ve bakımevine bırakılan yaşlıların

yakınlarında ise suçluluk duygusu gözlenebilmektedir. Yaşlılıkla birlikte yaşamını dinsel inançlara göre düzenlemeye çalışan ve dinden destek alma da yaşlılık döneminin bir başka özelliğidir (26).

2.3. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme

Kapsamlı geriatrik değerlendirme yaşlı bireylerin sağlık düzeyini en üst düzeye çıkartabilmek amacıyla uzun süreli izlem ve tedavi planı yapmak için yaşlı kişinin tıbbi, psikolojik ve işlevsel yetkinliğinin çok boyutlu, interdisipliner bir yöntemle değerlendirilmesi sürecidir (27).

Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin tanının doğruluğunu geliştirme, tıbbi tedaviyi ve sağlık sonuçlarını optimize etme, yaşam kalitesi ve işlevselliği iyileştirme, formal sağlık bakımı hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltma, kurumsallaşma ve uzun süreli bakım yönetimini geliştirme, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme için danışmanlık, aşılamaların sağlanması, asemptomatik durumlar için tarama, uygun yaşlı hastalarda ilaç yükünün değerlendirilmesi, madde istismarı için tarama, sosyal ve psikolojik sorunları araştırma gibi hedefleri vardır (28,29). Bu hedeflere ulaşabilmek için kapsamlı geriatrik değerlendirmenin odaklandığı temel alanlar tıbbi değerlendirme, fonksiyonelliğin değerlendirilmesi, psikolojik değerlendirme, sosyal değerlendirme ve çevresel değerlendirmedir (30,31). Geriatrik değerlendirmeyi standart tıbbi değerlendirmeden ayıran diğer özellik değerlendirme sırasında çeşitli enstrümanların kullanılabilmesidir. Kullanılan bu enstrümanlar yaşlı hastaların değerlendirilmesi sırasında daha objektif sonuçlara ulaşılması açısından önemlidir.

2.3.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirme enstrümanları

Yaşlı kişilerin kapsamlı geriatrik değerlendirmesinde subjektif hataların azaltılması için çeşitli enstrümanlar kullanılabilir. Bilişsel durum değerlendirmesinde MMSE en sık kullanılan testtir (32). Bunun dışında Saat Çizme Testi ve 3 Madde hatırlama testleri de kullanılabilir. “Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi” deliryum araştırmasında tercih edilen bir yoldur (33). Yaşlı kişilerin duygu durum değerlendirmesinde “Geriatrik depresyon skalası (GDS)” ve “Yesavage geriatrik depresyon skalası” kullanılabilir (34). Görme değerlendirmesinde Jaeger kartı yakın,

Snellen görme kartı uzak görmeye kullanılabılır; ancak yılda en az bir kere oftalmog kontrolü tavsiye edilmelidir (35).

İşitmenin değerlendirilmesinde “fısıltı testi” veya “Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening” kullanılabılır. Yaşlılarda beslenme bozuklukları açısından değerlendirmede vücut kitle indeksinin (VKİ) 22'nin altında olması dikkat çekicidir, bunun dışında Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA, mini nutritional assessment) kullanılabılır (36).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemlerin tanınması amacıyla “DENTAL” yöntemi kullanılabılır. Bu değerlendirme sırasında kuru ağız, oral ağrı, oral lezyonlar, yeme zorluğu, yemek seçiminde değişiklik ve yakın zamanda diş bakımı yapılmaması araştırılır. İlk üç maddeden birinin veya son üç maddeden ikisinin bulunması diş hekimine yönlendirilmeyi gerektirir (37).

Ağrının değerlendirilmesinde 0-10 skalası veya vizüel analog skalası kullanılabılır (37). Fonksiyonel durum değerlendirmesi yaşlı kişinin günlük yaşamının gereği işleri yapabilme düzeyini ve yaşlı kişinin bağımsız yaşayabilme yetisini anlayabilmek için gereklidir. Temel fonksiyonlar; beslenme, kontinans, transfer, tuvalet kullanma, giyinme ve yıkanma olarak tanımlanmıştır (38). Bir de enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (IADL) vardır. Bunlar da; ilaçlarını almak, alışveriş yapmak, yemek hazırlamak, ev korunması, transport, telefon kullanma gibi bir araç gerektiren aktivitelerdir. Katz ve Barthel ölçekleri temel günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde, Lawton-Brody ölçeği IADL değerlendirilmesinde tercih edilen temel ölçeklerdir(37-38). Yaşlı hastalardaki mobilite ve düşme riskinin değerlendirilmesinde “Kalk ve yürü testi” ve Tinetti Performans ve Mobilite Değerlendirmesi (POMA) kullanılabılır (39,40).

Yaşam kalitesi ölçeği: SF-36 Ware tarafından 1987 yılında, bireylerin sağlık durumları ile yaşam kalitelerinin incelenmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Otuz altı ifade içeren ölçek, iki ana başlık (fiziksel ve mental boyut) ve sekiz kavramı (fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması-fiziksel, ağrı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması-emosyonel, mental sağlık, genel sağlık algısı) değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Ölçekteki her bir alt boyut ve iki ana boyutun puanı 0-100 arasında değişir. Pozitif puanlamaya sahip SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. SF-36'nın Türkçe' ye

uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından yapılmıştır (41).

Kapsamlı geriatrik değerlendirmede kullanılan enstrumanlar genellikle sadece bu değerlendirmenin bir kısmını denetleyebilen ölçeklerdir. Bu sebeple geriatrik değerlendirmelerde genellikle birçok enstruman bir arada kullanılır. Boston'da yapılan bir geriatrik değerlendirme çalışmasında araştırmacılar temel günlük yaşam aktivite testi, enstrumental günlük yaşam aktivite testi, MMSE, Geriatrik Depresyon Skalası ve Kalk ve Yürü Testi'ni bir arada kullanmışlardır (42). Benzer kaygılarla kanser hastalarında kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılan bir başka çalışmada da temel günlük yaşam aktivite testi, enstrumental günlük yaşam aktivite testi, MMSE, Geriatrik Depresyon Skalası, Geriatrik Kümülatif Hastalık Oranları Sklası (CIRS-G), Hastane Anksiyetesi ve Depresyon Skalası (HADS) ile çalışılmıştır (43).

2.4. Yaşlılarda Uyku Ve Uyku Kalitesi

2.4.1 Uykunun Tanımı

Sağlığın devamlılığını sağlayan temel fizyolojik gereksinimlerden biri olarak kabul edilmektedir (44).

Uyku; solunum, kardiyak işlev, kas tonusu, beden ısısı, hormon salgısı ve kan basıncında değişikliklerle birlikte dış uyaranlara yanıt eşiğinde artış ile belirli, birbirinden farklı özellikleri olan evreleri; bu evrelere giriş ve kalış süreleri ile düzenli bir ritmi olan, tekrarlayıcı, kolaylıkla geri dönebilir bir durum olarak tanımlanmaktadır (45).

Uyku ayrıca, 24 saatlik sirkadyen, endojen ritim içinde kişinin duysal veya diğer stimulusla uyanabildiği gelip geçici bir bilinçsizlik dönemi olarak da tanımlanabilmektedir (46).

2.4.2 Uykunun Evreleri

Uyku, içinde farklı evreler barındıran bir yapıya sahiptir. Normal uyku birbirinden farklı özellikler gösteren iki ana evreden oluşmaktadır. Birincisi hızlı göz hareketlerinin olmadığı NREM(Non-Rapid Eye Movement), bir diğeri de hızlı göz hareketlerinin

olduğu REM(Rapid Eye Movement) uykusudur. NREM uykusu dört evreden oluşmaktadış. Evre 1, uyanıklık ile uyku arasında bir geçiş dönemidir. Tüm gece uykusunun %5-10'unu oluşturmaktadır. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Evre 2, hafif uykudur ve tüm gece uykusunun % 40-50'sini kapsar. Genellikle Evre 1 ve 2 hafif uyku olarak adlandırılmaktadır. Evre 3 ve 4 de derin uyku ya da delta uykusu olarak adlandırılır ve tüm uykunun %20-30'unu oluşturmaktadır. Uyanmak daha zordur bu evrede. Parasempatik sinir sisteminin etkisi ile nabız ve solunum hızı oldukça düzenli ve yavaştır. Bu dönemde uyku sırasında anlamsız konuşma, horlama, uyurgezerlik gerçekleşebilir. Somatotropin ve büyüme hormonu bu evrede salgılanır. Ayrıca bu evrelerde uyarılma eşiği de yüksektir. REM uykusu ise, rüyaların görüldüğü evredir ve tüm uykunun %10'unu kapsar. Ayrı ayrı evrelere ayrılmaz fakat tonik ve fazik öğeler içerir. Tonik öğeler göz kasları ve diyafram dışındaki iskelet kaslarında atoni ile karakterizedir. Fazik öğeler ise düzensiz hızlı göz hareketleri ve kas seğirmeleri şeklinde ortaya çıkmaktadır. İlk REM periyodu 10 dakikadan kısa olmakla birlikte, daha sonrakiler 15-45 dakika sürer. Uykunun ilk yarısında NREM uykusu ikinci yarısında REM uykusu daha yoğundur (47, 48, 49, 50).

2.4.3 Uyku-Uyanıklık Döngüsü(Sirkadiyen Ritim)

24 saatlik olan gece gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak tanımlanır ve insan biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturur. Biyolojik saat ile insanlar hem uykuya dalma hem de uyanma etkinliklerini gerçekleştirirler.

Sirkadiyen ritmin insan yaşamındaki etkisi açıktır. Bazı insanların performansı sabah erken saatlerde, bazılarının da aksam saatlerinde ya da gece en üst düzeydedir. Uyku uyanıklık döngüsünün bozulması ile uykunun kalitesini bozular. Böylece, fiziksel ve mental işlevler de azalır. Bazı yasam şekilleri de sirkadiyen ritim üzerinde etkilidir. Örneğin, uzun süre uykusuz kalmanın insan yasamı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Benzer şekilde, gece, dönüşümlü ya da düzensiz saatlerde çalışma uyku kalitesini ve süresini azaltmaktadır (50).

2.4.4 Yaşlılıkta Görülen Uyku Değişiklikleri

Yaş arttıkça bireyin geceleri daha az uykuya ihtiyacı olduğu çok yaygın bir inanıştır, fakat yaşlılarla yapılan son araştırmalar göstermiştir ki, yaşlıların uyku süresi, gençlerle yapılan araştırmalarda olduğu gibi ortalama yedi saattir. Buna rağmen yaşlılarda gençlere oranla daha fazla uyku problemleri görülmektedir. Bu duruma birçok etkenin etki edebileceği düşünülmekte ve bu etkenlerin yaşlıların uyku kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Uyku kalitesi kötü bir yaşlıda hafıza problemleri, artan düşme riski, azalan fiziksel aktivite seviyesi beraberinde ölümü getirmektedir (51).

Uyku evrelerinin döngüsü yaşla birlikte değişmektedir. Yaşlılar, NREM uykusunun 1. ve 2. evrelerini daha uzun yaşamaktayken, 3. ve 4. evrelerini daha az yaşama eğilimi göstermektedir. Bu değişiklik REM uykusuna da yansımakta ve niteliğini etkilemektedir. Diğer taraftan yaşlılarda, sağlık sorunları nedeniyle gece uyanmaları daha sık olduğundan uyku yüzeyseldir. Yaşlanmayla birlikte uyku döngülerinin sayısı artmakta, süreleri kısalmaktadır (52).

Yaşlılarda uykuya dalma süresi uzamaktadır ve gece uyandıklarında ise uykuya dalmada güçlük çekmektedirler. Uykuya dalma süresi, yaşlıların yarısından fazlasında 30 dakikadan daha fazladır ve uykuya dalma gücüğü erkeklere göre kadınlarda daha sık görülür. Uyku düzenindeki bu değişiklikler yaşlıların yatakta uyanık kalma sürelerinin uzun olmasına neden olur. Diğer taraftan yaşlılarda, sabah erken uyanma ve gündüz uykulamaları, uyku düzeninde sık görülen değişikliklerdir (52-54).

2.4.5 Uyku Kalitesi ve Değerlendirilmesi

Uyku insanoğlunun temel gereksinimlerinden birisidir. Uykunun tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olduğu ve uyku kalitesindeki bozulmanın birçok olumsuz tıbbi durum ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (55).

Tarihsel süreç içerisinde REM' in bulunuşu, uyku araştırmalarının kilometre taşı olmuştur. Uyku araştırmaları genel olarak uyku sürdürümü, uyku yapısı, uyku latensi ve uyku etkinliği üzerine yoğunlaşmıştır. Bu alanların değerlendirme ve ölçümlerinde ise hem öznel (elektrofizyolojik) hem de nesnel (öz bildirim/klinik gözlemler) araçlardan yararlanılmaktadır (56).

Uyku kalitesi, uyku süresi, latensi, uykuyu bölen uyanmaların sayısı gibi nicel durumları içerirken, uyku derinliği ve uyku rahatlığı gibi nitel durumları da içermektedir. Bu yüzden de uyku kalitesinin nesnel olarak ölçümü çok zordur. Nesnel laboratuvar ölçümleri uykunun ölçülmesinde büyük rol oynasa da uykuyu tarif etme de yetersiz kalmaktadır. Her ne kadar uykuyu tanımlama ve ölçme zorluğu olsa da uyku kalitesi kolay bir değerlendirme aracı olarak klinik bir geçerliliğe sahiptir (56).

Uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik çok sayıda öz bildirim ya da görüşmeye dayalı ölçek geliştirilmiş ve klinik çalışmalarda kullanılmıştır. Ölçekleri üç grupta incelemek mümkündür. İlk grup uyku ölçekleri genellikle epidemiyolojik çalışmalarda uyku alışkanlıkları, uyku sorunları ve uyku kalitesini saptamaya yönelik kullanılmaktadır. Bu ölçeklerde sorular daha çok, uyku süresi, uykusuzluğun varlığı ve uyku ilaçlarının kullanımı üzerinde yoğunlaşmıştır. İkinci gruptaki ölçekler klinik çalışmalarda öznel bildirimlerle, polisomnografik raporları veya bireysel gruplar arasındaki farklılığı karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçekler daha çok nicel ölçümleri esas almaktadır. Üçüncü grup ölçekler ise daha çok bir önceki gece uykusu ile ilgili niceliksel ve niteliksel sorular arasındaki farklılığı karşılaştırmak, “iyi” ve “kötü” uyku özelliklerini ayırtmak ve ilaç kullanımının uyku üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla kullanılmaktadır (56).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) diğer ölçekler için sorun oluşturan duyarlılık, doğruluk, anlaşılabilirlik ve tekrar uygulanabilme gibi klinimetrik özelliklere sahiptir. PUKİ 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından birkaç amaçla geliştirilmiş bir indekstir. PUKİ sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. “uykusu iyi olanlar” ve “uykusu kötü olanlar” arasında istenen düzeyde ayırım yapılabilmektedir. PUKİ bireyler için kullanımı, klinisyenler için yorumlaması kolay bir indekstir (56).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.07.2016 tarih ve 24 sayılı Etik Kurul Kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Geriatri Polikliniğinde yapılmıştır. Mayıs-Temmuz 2016

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklemi Ve Çalışma Grupları

Araştırmanın Evreni Ankara Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne Bağlı 75.Yıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde Yaşayan 300 birey oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme bu bireylerden geriatri polikliniğimize başvuranların 107'si oluşturmaktadır. Her birey önce çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına ilişkin onamları alınmıştır. Araştırmaya alınma ölçütleri aşağıdaki gibidir.

3.5. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- 65 Yaş ve üzeri olmak
- Okuma-Yazma Bilmek
- Gönüllü olmak

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet, Yaş, Eğitim Durumu, Yürüme Hızı, Kilo, Boy, BMI, Huzur evi yaşama yılı (ay), İlaç Sayısı, polifarmasi varlığı, Co-morbidite durumu, BMİ, Mini Mental Test Skoru, Mini Nutrisyonel Değerlendirme Skoru, Geriatrik Depresyon Ölçeği Skoru, Lawton-Brody Enstrümental Günlük Aktivite İndeksi Skoru, , SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skoru

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Uyku Pittsburg Ölçeği Skoru, Uyku Standford Ölçeği Skoru

3.7. Veri Toplama Araçları

Yaşlı bireylere 20 soruluk anket yapılmıştır. Bu ankette yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar, huzurevinde kalma süreleri, primer bakıcını durumu değerlendirildi.

Kapsamlı geriatrik değerlendirme için bu ölçekler kullanılmıştır:

- Yaşam Kalitesi Ölçeği
- Geriatrik Depresyon Ölçeği
- Üriner inkontinans
- Lawton-Brody Enstrümental
- Günlük Aktivite indeksi
- Stanford Uykululuk Ölçeği
- Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği
- Mini-nutrisyonel
- Değerlendirme
- Mini Mental Durum Değerlendirme

3.7.2. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Uyku kalitesinin değerlendirilmesi için PUKİ kullanılmıştır. PUKİ, 1989 yılında Buyse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması aynı araştırmacılar tarafından yapılmıştır (29). Türkiye’de ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını Ağargün ve arkadaşları yapmıştır (30). PUKİ sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. “uykusu iyi olanlar” ve “uykusu kötü olanlar” arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir. Ölçek toplam 24 soru içerir, bu soruların 19’u kendini değerlendirme sorusudur. Beş tanesi ise bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Bu beş soru yalnız klinik bilgi için kullanılmaktadır ve puanlamaya katılmamaktadır. Kendini değerlendirme sorularından 19. soru bir oda arkadaşının ya da eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmamaktadır. Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içermektedir. Bu sorular, uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Puanlanan 18 madde, yedi bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir.

PUKİ' nin 7 bileşeni vardır. Bunlar;

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku latensi (bileşen 2)
3. Uyku süresi (bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)

Tek bir sorunun puanı ile belirtilen bileşenler, bileşen 1 (soru 6), bileşen 3 (soru 4) ve bileşen 6 (soru 7)dir. Bileşen 2 puanı, soru 2 ve 5; bileşen 4 puanı, soru 8 ve 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir. Her bileşen 0–3 arasında puanla değerlendirilmektedir. Bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0–21 arasındadır. Toplam ölçek puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez ancak toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0–4 puan), uyku kalitesi kötü (5–21 puan) olarak sınıflandırılmakta, farklı grupların puanları karşılaştırılarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin doldurulması ortalama 5–10 dk, puanlaması ise yaklaşık 5 dakika sürer.

3.7.3. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi

SF-36 Ware tarafından 1987 yılında, bireylerin sağlık durumları ile yaşam kalitelerinin incelenmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Otuz altı ifade içeren ölçek, iki ana başlık (fiziksel ve mental boyut) ve sekiz kavramı (fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması-fiziksel, ağrı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması-emosyonel, mental sağlık, genel sağlık algısı) değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Ölçekteki her bir alt boyut ve iki ana boyutun puanı 0-100 arasında değişir. Pozitif puanlamaya sahip SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (31,32). SF-36'nın Türkçe' ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından yapılmıştır.

Gündüz Uykululuğunun Değerlendirilmesi

Stanford uykululuk ölçeği ise gündüz uyku halinin düzeyini saptamada kullanılan subjektif bir ankettir. Gündüz uyku hali en hafif 1 ve en ağır 7 olmak üzere derecelendirilmiştir (33).

1. Aktif ve sürekli uyanık hissetmek
2. Fonksiyonlar yüksek düzeyde ama maksimum değil, işe konsantre olabiliyor
3. Uyanık durumda fakat relaks, yanıt veriyor ama tam alert değil
4. Bazen dalgın
5. Dalgın ve hareketleri yavaşlamış
6. Belirgin uyku hali var, sürekli yatmayı tercih ediyor
7. Uyanık kalamıyor, kısa sürede uykuya geçiyor, hep rüyada gibi

Geriatrik Depresyon Değerlendirilmesi

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Bu ölçek Yesa-vage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Ertan ve ark. 35 tarafından Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Kendini bildirim türü bir ölçek olup 30 maddeden oluşmakta ve soruların evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenmektedir. Puanın yüksek olması depresif belirti düzeyinin yüksek olması anlamına gelmektedir. Çalışmamızda GDÖ puanı 7 ve üzeri olan bireyler ciddi depresyon riski, 7 puanın altı olan bireyler de hafif depresyon riski olabileceği kabul edilmiştir. GDÖ'nin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir.

Bağımlılık Durumlarının Değerlendirilmesi

Lawton-Broody EGYA ölçeği: Bu testte EGYA işlemleri hastanın ne derece bağımsız yerine getirdiğine göre skorlandırılır. Toplam skor 17'dir. Alınan skor bağımsızlık derecesini gösterir, aktiviteleri yerine getirmedeki bağımsızlık derecesi arttıkça alınan puan da artar (35).

3.7.4. Malnutrisyon risk değerlendirilmesi

Mini nütrisyonel değerlendirme (MNA): İncelediği alanlar antropometrik değerlendirme (beden kitle indeksi, orta kol çevresi, uyluk çevresi, son üç aydaki kilo kaybı), genel değerlendirme, kişisel değerlendirme (son üç ay içinde geçirilen psikolojik veya medikal sorun), diyet ve iştah değerlendirmesini içermektedir (36). Otuz puan üzerinden değerlendirilir. Çalışmamızda Tarama bölümünü yani ilk bölümünü uyguladık. Toplam 14 puandan 12-14 puan alan bireyler malnutrisyon yok, 8-11 puan

alan bireyler malnutrisyon riski düşük, 0-7 puan alanlar malnutrisyon riski yüksek olarak değerlendirildi.

3.7.5. Mini mental Durum Değerlendirme (MMSE)

1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu kısa tarama testi demans taraması için en sık kullanılan testtir. On bir sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir. Tamamlanması yaklaşık 10 dakika sürer. Yirmi dört-otuz puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demansla uyumludur. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, visiospasijel yetenekleri test eder. Kolay ve hızlı uygulanabilir oluşu en büyük avantajıdır. Yalancı negatif ve yalancı pozitif olduğu durumları bilmek gereklidir. Hafif kognitif bozukluk, ilerlemiş kognitif bozukluk, frontal lob demansı, eğitim düzeyi düşük olanlar ve iyi dil bilmeyenlerde yalancı pozitif sonuç; eğitim düzeyi yüksek olanlarda yalancı negatif sonuç alınabilir.

3.7.6. Diğer Verilerin Değerlendirilmesi

Yürüme hızı: Hastaların 6 metreyi kaç saniyede yürüdükleri ölçüldü ve mt/sn birimi ile veriler oluşturuldu.

İlaç sayısı: Kullanılan ilaç sayısı 4 ve üzeri olan hastalarda polifarmasi var, 4'ün altı ilaç kullananlarda polifarmasi yok kabul edildi.

Komorbidite: Komorbiditenin tanımlanmasında ve derecelendirilmesinde Charlson komorbidite indeksi kullanılmıştır. Bu indekse göre, komorbid hastalıklar ciddiyeti ölçüsünde puanlanmıştır. Komorbiditelere, hafif hastalık durumundan ciddi hastalık durumuna doğru sırasıyla 1, 2, 3, 4 şeklinde puan verilmiş ve komorbid hastalıkların puanları toplanarak elde edilen ağırlıklı puana göre de komorbidite derecelendirmesi yapılmıştır. Bu derecelendirmeye göre, hastalar 0, 1-2, 3-4, 5 ve üzeri olmak üzere dört dereceye ayrılarak incelenmiştir.

Charlson indeksine göre komorbidite değerlendirme çizelgesi

Komorbidite Hastalık puanı

- Koroner arter hastalığı (1 puan)
- Konjestif kalp yetmezliği (1 puan)
- Kronik pulmoner hastalık (1 puan)
- Peptik ülser hastalığı(1 puan)
- Periferik damar hastalığı (1 puan)
- Serebrovasküler hastalık (1 puan)
- Diabetes mellitus (1 puan)
- Karaciğer hastalığı (hafif derecede) (1 puan)
- Konnektif doku hastalığı (1 puan)
- Demans (1 puan)
- Diabetes mellitus(uç organ hasarının eşlik ettiği) (2 puan)
- Renal hastalık (orta veya ağır derecede) (2 puan)
- Hemipleji (2 puan)
- Nonmetastaik solid tümör (2 puan)
- Lösemi (2 puan)
- Lenfoma (2 puan)
- Multipl myeloma (2 puan)
- 3 Karaciğer hastalığı (orta veya ağır derecede) (3 puan)
- 6 Metastatik solid tümör (6 puan)
- AIDS (6 puan)

Charlson indeksine göre komorbidite derecesi

Komorbidite derecesi

Toplam puanlar gruplandırılmıştır

- 0
- 1-2
- 3-4

Üriner İnkontinans Değerlendirilmesi: en sık kullanılan form ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) formudur.(Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu) Bizde çalışmamızda bu formu kullandık. Ülkemizde Çetinel ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile geçerlilik ve

güvenirliliği kanıtlanan ICIQ-SF Türkçe versiyonu kullanılabilir. Bu sorgulama formu ile idrar kaçırmanın sıklığı, şiddeti, tipini ve idrar kaçırmanın kişinin yaşam kalitesini ne kadar etkilediğini gösterebiliriz (76).

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmada yer alan toplam Yaş, Yürüme Hızı, Kilo, Boy, BMI, Huzur evi yaşama yılı (ay), İlaç Sayısı gibi değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenlerin ve kesikli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca Çeyreklikler Arası Genişlik – ÇAG, (Interquartile Range - IQR) kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlere ait ortalama standart sapma ($Ort \pm SS$) değerleri verildi. Demografik sorulara ait histogram grafikleri çizildi.

Cinsiyet, Eğitim durumu, hastalıklar varlığı (kalp yetmezliği, demans vs.), yaş grupları, Geriatrik Depresyon Ölçeği (kategorize edilmiş hali), Mini Nütrisyonel Değerlendirme (kategorize edilmiş hali), Mini mental test (kategorize edilmiş hali), polifarma varlığı gibi değişkenlere ait sayı (n) ve yüzde (%) dağılımı verildi. Uyku Pitsburg Ölçeği, Uyku Stanford Ölçeği, Lawton, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Mini Mental Test, Mini Nütrisyonel Değerlendirme puanlarının gruplarda (kadın-erkek) farklılığını değerlendirmede Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamli çıkan değişkene ait Box Plot grafiği çizildi. Uyku Pitsburg Ölçeği, Uyku Stanford Ölçeği, Lawton, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Mini Mental Test, Mini Nütrisyonel Değerlendirme puanlarının gruplarda (polifarması olan ve olmayan) farklılığını değerlendirmede Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamli çıkan değişkene ait Box Plot grafiği çizildi. Uyku Pitsburg Ölçeği, Uyku Stanford Ölçeği, Lawton, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Mini Mental Test, Mini Nütrisyonel Değerlendirme puanlarının gruplarda (düşme yaşayan-yaşamayan) farklılığını değerlendirmede Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamli çıkan değişkene ait Box Plot grafiği çizildi. Uyku Pitsburg Ölçeği ile SF-36 ölçek alt boyutları olan Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Genel Sağlık Durumu, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Fonksiyon, Ruhsal Sağlık Durumu puanları arasında korelasyon analizi yapıldı ve spearman rho katsayıları hesaplandı. Uyku Pitsburg Ölçeği ile İlaç Sayısı, Huzurevinde kalma süresi, BMI, Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı, Mini Mental Test puanı ve Mini Nütrisyonel Değerlendirme puanları

arasında korelasyon analizi yapıldı ve spearman rho katsayıları hesaplandı. Hastalıkların olup olmama durumuna göre Uyku Pitsburg Ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile sınıandı. Anlamlı çıkan değişkene ait Box Plot grafiği çizildi. Bireylerin uyku kalitelerini tanımlayabilmek için Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Komponentlerine ait tanımlayıcı istatistikler hesaplandı.

Çalışmada yer alan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçeği ve Uyku Stanford Ölçeği puanlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermediği belirlenen puanların tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca Çeyreklikler Arası Genişlik – ÇAG, (Interquartile Range - IQR) kullanıldı ve Kruskal Wallis non parametrik testi ile analiz edildi. Anlamlı farklılık gösteren değişkene Box plot grafiği çizildi. Uyku bozukluğu olan olmayan bireyler için Uyku Pitsburg Ölçek puanları kategorize dilip, sayı (n) ve yüzde (%) değerleri hesaplandı. Gruplanmış Uyku Pitsburg Ölçek puanları yaş grupları bazında Ki Kare Karşılaştırma testi ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bireylerin Stanford Uyku Ölçeği puanları ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları, Mini Mental Test puanları, Mini Nütrisyonel Değerlendirme puanları, Komorbidite Sayısı, İlaç sayısı, Huzur evinde Kalma süreleri ve BMI değerleri arasında korelasyon analizi yapıldı. Spearman rho ilişki katsayıları hesaplandı. Bireylerin Stanford Uyku Ölçeği puanları ile SF 36 ölçek alt boyutları olan Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Genel Sağlık Durumu, Canlılık, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Fonksiyon ve Ruhsal Sağlık Durumu puanları arasında korelasyon analizi yapıldı. Spearman rho ilişki katsayıları hesaplandı. Komorbidite puanlaması bazında (düşük – yüksek) Stanford Uyku Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U non parametrik testi ile sınıandı ve anlamlı çıkan değişkenlere box plot grafikleri çizildi. Hastalık varlıkları bazında Stanford Uyku Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U non parametrik testi uygulandı ve anlamlı çıkan değişkenlere box – plot grafikleri çizildi. Yürüme hızı, Düşme varlığı ve Vitamin D kullanımı bazında Uyku Pitsburg Ölçek puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U non parametrik testi uygulandı. Üriner inkontinansı olan ve olmayan bireylerin Stanford Uyku Ölçeği puanı, Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Komponent puanlarının farklılık gösterip

göstermediği Mann Whitney U non parametrik testi ile sınıandı.

Mini Mental Test Değerlendirmesi bazında Standford Uyku Ölçeği puanı, Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis non parametrik testi ile sınıandı. Anlamlı farklılık çıkan değişkenlere bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Bonferonni Düzeltmeli ikili karşılaştırma testi yapıldı ve Box plot grafiği çizildi. Komponent 2 ve Komponent 6 kategorikleştirildi ve Standford Uyku Ölçeği puanı, Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puanlarının kategoriklerde istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U non parametrik testi ile sınıandı. Anlamlı çıkan değişkenlere Box plot grafiği çizildi. Uyku Standford Ölçek puanlarını MCS ve PCS değişkenlerinin ne kadar etkilediğini görmek için Uyku Standford Ölçeği 7'li likert olarak düşünülmüş ve bağımlı değişken olarak alınmış ve ordinal regresyon yöntemiyle analiz edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, ölçümlere ait ilgili grafiklerin çizimi için MS-Excel 2007 programları kullanıldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %62,6'sı (n=67) kadın, %37,4'ü (n=40) erkektir. Bireylerin 36'sı İlkokul – Eğitim yok grubunda, 57'si Ortaokul – Lise grubunda yer almaktadır. Yaş gruplarına bakıldığında çalışmada yer alan bireylerin %11,2'si (n=12) genç yaşlılık kategorisinde, %54,2'si (n=58) yaşlı yaşlılık kategorisinde ve %34,6'sı (n=37) ileri yaşlılık kategorisinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Bireylere ait tanımlayıcı istatistikler

Değişkenler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	67 (62,6)
Erkek	40 (37,4)
Eğitim Durumu	
İlkokul - Eğitim Yok	36 (46,7)
Ortaokul - Lise	57 (53,3)
Yaş Grupları	
Genç Yaşlılık (65-74)	12 (11,2)
Yaşlı Yaşlılık (75-84)	58 (54,2)
İleri Yaşlılık (85 ve üstü)	37 (34,6)

*Sayı ve yüzde değerleri verilmiştir.

Çalışmada yer alan bireylerin yaş ortalaması, yürüme hızı ortalaması, kilo ortalaması, boy ortalaması ve Vücut Kitle İndeksi ortalaması tabloda gösterilmiştir. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bireylere ait belirtilen değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri

Değişkenler	Ort ± SS
Yaş	82.40 ± 6.33
Yürüme Hızı (metre/saniye)	1.11 ± 0.96
Kilo (kg)	68.92 ± 11.35
Boy (cm)	157.21 ± 12.34
BMI (kg/cm ²)	27.38 ± 4.32
Huzur evi yaşama yılı (ay)	76.64 ± 48.82
İlaç Sayısı	5.98 ± 2.84

*Tanımlayıcı istatistik değerleri verilmiştir.

Çalışmada yer alan bireylerin 50'sinin yürüme hızı 0,8' den az olup, 57'sinin hızı 0,8'den büyüktür. 28 bireyde düşme görülmüşken, 75 bireyde bu duruma rastlanmamıştır. Bireylerin 29'unda obezite durumu saptanmışken, 78'inde obezite

bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin %23,4'ünde (n=25) hipertansiyon hastalığı görülmüşken, %76,6'sında (n=82) hipertansiyon hastalığı görülmemiştir. Bireylerin 70'inde KAH bulunmamışken, 37'sinde ilgili hastalık varlığını göstermiştir. Çalışmada yer alan bireylerin 8'i kanser hastası, 99'u değildir.

Bireylerin 24'ünde demans hastalığı görülürken, 83'ünde ilgili hastalığa saptanmamıştır. 78 bireyde depresyon görülmemiştir (Tablo 4.3).

Araştırmada yer alan bireylerin 12'sinde kalp yetmezliği görülürken, 95'inde ilgili hastalık görülmemiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bireylere ait belirtilen değişkenlerin sayısı ve yüzde dağılımları

Değişkenler	n (%)
Obezite Durumu	
Var	29 (27,1)
Hipertansiyon Varlığı	
Var	82 (76,6)
KAH Varlığı	
Var	37 (34,6)
Diyabet Varlığı	
Var	24 (22,4)
SVO Varlığı (Serebro Vasküler Olay)	
Var	15 (14,0)
Demans Varlığı	
Var	24 (22,4)
Parkinson Varlığı	
Var	10 (9,3)
Depresyon Varlığı	
Var	29 (27,1)
KOAH Varlığı	
Var	11 (10,3)
Kalp Yetmezliği Varlığı	
Var	12 (11,2)
Kanser Varlığı	
Var	8 (7,5)

**Sayı ve yüzde değerleri verilmiştir.*

Araştırmaya katılan 107 bireyden 50'sinin inkontinansı yok, 57'sinin var olduğu tespit edilmiş olup, aynı bireylerin %47,7'sinin komorbidite derecesi 3'ten küçük, %52,3'ünün komorbidite derecesi 3'ten büyük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Bireylere uygulanan Geriatrik Depresyon Ölçeğine göre çalışmada yer alan

kişilerin 69'u (%64,5) Hafif Depresyon tanılı, 38'i (%35,5) Ciddi Depresyon tanısına sahiptir.

Uygulanan Mini Mental Teste göre ise bireylerin 9'unda Kognitif Bozukluk yok, 50'sinde Hafif Kognitif Bozukluk saptanmış ve kalan 48 bireyde demans görülmüştür. Çalışmada uygulanan bir diğer ölçücü gereç olan Mini Nütrisyonel Değerlendirme formuna göre bireylerin 77'sinde (%72) Malnutrisyon riski yok, 27'ünde (%22,4) Malnutrisyon riski düşük ve son olarak 6'sında (%5,6) ise Malnutrisyon riski yüksek olarak saptanmıştır. Polifarma bireylerin 70'inde bulunurken, 37'sinde bulunmamaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylere ait belirtilen değişkenlerin sayısı ve yüzde dağılımları

Değişkenler	n (%)
İnkontinans Varlığı	
Yok	50 (46,7)
Var	57 (53,3)
Komorbidite Derecesi	
<3	51 (47,7)
≥3	56 (52,3)
Geriatrik Depresyon Ölçeği	
Hafif Depresyon	69 (64,5)
Ciddi Depresyon	38 (35,5)
Mini Mental Test	
Kognitif Bozukluk yok	9 (8,4)
Hafif Kognitif Bozukluk	50 (46,7)
Demans	48 (44,9)
Mini Nütrisyonel Değerlendirme	
Malnutrisyon riski yok	77 (72,0)
Malnutrisyon riski düşük	24 (22,4)
Malnutrisyon riski yüksek	6 (5,6)
Polifarma Varlığı	
Yok	37 (34,6)
Var	70 (65,4)

*Sayı ve yüzde değerleri verilmiştir.

Cinsiyet bazında Mini Mental Test puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmıştır ($p=0.008$) Erkek bireylerin kadın bireylere nazaran Mini Mental Test puanları daha yüksektir (Tablo 4.5).

Çalışmadaki kadın bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puan ortancası 6.00 (ÇAG=6.00), erkek bireylerin ilgili ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=6.50)'dir. Cinsiyet bazında Uyku Pitsburg Ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık

yaratmamıştır ($p=0.384$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Cinsiyet bazında belirtilen ölçeklerin karşılaştırılması

Ölçekler	Cinsiyet		Test İstatistiği	
	Kadın Ortanca (ÇAG)	Erkek Ortanca (ÇAG)	Z	p
Uyku Pitsburg Ölçeği	6.00 (6.00)	6.00 (6.50)	0.871	0.384
Uyku Standford Ölçeği	2.00 (1.00)	2.00 (1.00)	0.163	0.871
Lawton	5.00 (3.00)	6.00 (2.75)	1.000	0.317
Geriatrik Depresyon Ölçeği	6.00 (3.00)	5.00 (4.00)	1.883	0.060
Mini Mental Test	24.00 (6.00)	26.50 (5.75)	2.650	0.008
Mini Nutrisyonel Değerlendirme	11.00 (3.00)	13.00 (3.00)	2.447	0.014

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Çalışmada yer alan ve polifarması olmayan bireylerin Lawton formu puan ortancası 6.00 (ÇAG=2.50), polifarması olan bireylerin ilgili puan ortancası 6.00 (ÇAG=4.00)'dür. Polifarma varlığı bazında Lawton puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.042$).

Çalışmada yer alan ve polifarması olmayan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçeği puan ortancası 5.50 (ÇAG=5.25), polifarması olan bireylerin ilgili puan ortancası 6.00 (ÇAG=7.00)'dır. Polifarma varlığı bazında Uyku Pitsburg Ölçeği puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.732$).

Araştırmada yer alan ve polifarması olmayan bireylerin Uyku Standford Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00), polifarması olan bireylerin ilgili puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00)'dır. Polifarma varlığı bazında Uyku Standford Ölçeği puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.279$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Polifarmasi varlığı bazında belirtilen ölçeklerin karşılaştırılması

Ölçekler	Polifarmasi Varlığı		Test İstatistiği	
	Yok Ortanca (ÇAG)	Var Ortanca (ÇAG)	Z	p
Uyku Pitsburg Ölçeği	5.50 (5.25)	6.00 (7.00)	0.343	0.732
Uyku Standford Ölçeği	2.00 (1.00)	2.00 (1.00)	1.082	0.279
Lawton	6.00 (2.50)	6.00 (4.00)	2.035	0.042
Geriatrik Depresyon Ölçeği	6.00 (3.50)	6.00 (4.00)	0.705	0.481
Mini Mental Test	26.00 (6.00)	24.50 (6.00)	1.683	0.092
Mini Nütrisyonel Değerlendirme	12.00 (3.00)	11.50 (3.00)	1.349	0.177

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Araştırmada yer alan ve düşme görülmeyen bireylerin Uyku Standford Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00), düşme görülen bireylerin ilgili puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.75)'dir. Düşme varlığı bazında Uyku Standford Ölçeği puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0.142) (Tablo 4.7).

Çalışmada yer alan ve düşme görülmeyen bireylerin Lawton formu puan ortancası 6.00 (ÇAG=2.00), düşme görülen bireylerin ilgili puan ortancası 4.00 (ÇAG=3.50)'dir. Düşme varlığı bazında Lawton formu puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.007) (Tablo 4.7).

Çalışmada yer alan ve düşme görülmeyen bireylerin Mini Nütrisyonel Değerlendirme formu puan ortancası 12.00 (ÇAG=3.00), düşme görülen bireylerin ilgili puan ortancası 11.00 (ÇAG=3.50)'dir. Düşme varlığı bazında Mini Nütrisyonel Değerlendirme formu puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.019) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Düşme Varlığı bazında belirtilen ölçeklerin karşılaştırılması

Ölçekler	Düşme Varlığı		Test İstatistiği	
	Yok Ortanca (ÇAG)	Var Ortanca (ÇAG)	Z	p
Uyku Pitsburg Ölçeği	6.00 (8.00)	6.00 (3.75)	0.111	0.912
Uyku Standford Ölçeği	2.00 (1.00)	2.00 (1.75)	1.470	0.142
Lawton	6.00 (2.00)	4.00 (3.50)	2.701	0.007
Geriatrik Depresyon Ölçeği	6.00 (3.00)	6.00 (4.00)	0.653	0.514
Mini Mental Test	25.00 (5.00)	24.00 (5.00)	1.521	0.128
Mini Nütrisyonel Değerlendirme	12.00 (3.00)	11.00 (3.50)	2.354	0.019

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Fiziksel Fonksiyon puanı arasında orta güçte, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku Pitsburg Ölçek puanı arttıkça/azaldıkça SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Fiziksel Fonksiyon puanı artmaktadır/azalmaktadır ($\rho=0.522$).

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Fiziksel Rol puanı arasında orta güçte, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku Pitsburg Ölçek puanı arttıkça/azaldıkça SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Fiziksel Rol puanı artmaktadır/azalmaktadır ($\rho=0.450$).

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Genel Sağlık Durumu puanı arasında orta güçte, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku Pitsburg Ölçek puanı arttıkça/azaldıkça SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Genel Sağlık Durumu puanı artmaktadır/azalmaktadır ($\rho=0.480$).

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Canlılık puanı arasında orta güçte, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku Pitsburg Ölçek puanı arttıkça/azaldıkça SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Canlılık puanı artmaktadır/azalmaktadır ($\rho=0.523$).

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Sosyal Fonksiyon puanı arasında orta güçte, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku Pitsburg Ölçek puanı arttıkça/azaldıkça SF 36

ölçek alt boyutlarından olan Sosyal Fonksiyon puanı artmaktadır/azalmaktadır (rho=0.437).

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Emosyonel Fonksiyon puanı arasında orta güçte, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku Pitsburg Ölçek puanı arttıkça/azaldıkça SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Emosyonel Fonksiyon puanı artmaktadır/azalmaktadır (rho=0.476).

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Ruhsal Sağlık Durumu puanı arasında zayıf, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku Pitsburg Ölçek puanı arttıkça/azaldıkça SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Ruhsal Sağlık Durumu puanı artmaktadır/azalmaktadır (rho=0.287) (Tablo 4.8).

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan PCS ve MCS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (sırasıyla; p=0.236, p=0.785) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Uyku Pitsburg Ölçeğinin SF 36 ölçek alt boyutları ile korelasyon analizi

Değişkenler * Uyku Pitsburg Ölçeği	Sperman Rho Katsayısı	p
Fiziksel Fonksiyon	0.522	<0.001
Fiziksel Rol	0.450	<0.001
Genel Sağlık Durumu	0.480	<0.001
Canlılık	0.523	<0.001
Sosyal Fonksiyon	0.437	<0.001
Emosyonel Fonksiyon	0.476	<0.001
Ruhsal Sağlık Durumu	0.287	0.003
Ağrı	-0.041	0.692
PCS	-0.119	0.236
MCS	-0.028	0.785

*Korelasyon analizi yapılmıştır.

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile Tablo 4.9' da belirtilen değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla; p=0.142, p=0.236, p=0.800).

Tablo 4.9. Uyku Pitsburg Ölçeğinin belirtilen değişkenler ile korelasyon analizi

Değişkenler * Uyku Pitsburg Ölçeği	Sperman Rho Katsayısı	p
İlaç Sayısı	0.147	0.142
Huzurevinde kalma süresi	0.119	0.236
BMI	-0.026	0.800

*Korelasyon analizi yapılmıştır.

Çalışmada yer alan Uyku Pitsburg Ölçek puanı ile Tablo 10'da belirtilen değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla; $p=0.552$, $p=0.799$, $p=0.776$).

Tablo 4.10. Uyku Pitsburg Ölçeğinin belirtilen ölçek puanları ile korelasyon analizi

Değişkenler * Uyku Pitsburg Ölçeği	Sperman Rho Katsayısı	p
Geriatrik Depresyon Ölçeği	0.060	0.552
Mini Mental Test	0.026	0.799
Mini Nutrisyonel Değerlendirme	-0.029	0.776

*Korelasyon analizi yapılmıştır.

Çalışmada yer alan ve demans hastalığı tespit edilen bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 8.00 (ÇAG=8.00), Demansı olmayan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=6.25)'dir. Demansı olan ve olmayan hastalar arasında Uyku Pitsburg Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.026$) (Tablo 4.11).

Çalışmada yer alan ve hipertansiyon hastalığı tespit edilen bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=7.00), Hipertansiyonu olmayan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=7.00)'dir. Hipertansiyonu olan ve olmayan hastalar arasında Uyku Pitsburg Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p=0.880$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hastalıklar bazında Uyku Pitsburg Ölçeği karşılaştırılması

HASTALIKLAR	Uyku Pitsburg Ölçeği		Test İstatistiği	
	Ortanca (ÇAG)	Z	p	
Hipertansiyon				
Var	6.00 (7.00)	0.151	0.880	
KAH				
Var	6.00 (7.00)	0.581	0.561	
Diyabet				
Var	6.00 (6.50)	0.068	0.946	
SVO				
Var	5.00 (8.00)	0.392	0.695	
Demans				
Var	8.00 (8.00)	2.225	0.026	
Depresyon				
Var	6.00 (6.00)	0.724	0.469	
KOAH				
Var	6.00 (6.00)	0.299	0.765	
Kalp Yetmezliği				
Var	7.00 (8.00)	0.038	0.969	
Kanser				
Var	5.00 (3.75)	1.453	0.146	

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Çalışmada kullanılan Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 6.33 ± 4.03 olarak hesaplanmıştır. Bu ortalama 5 puan ve üzerinde olduğundan dolayı Kötü Uyku Kalitesi olduğu sonucu yaratır. Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği komponentlerinden olan “subjektif uyku kalitesi” puan ortalaması 0.99 ± 0.86 , “uyku latansı” puan ortalaması 1.66 ± 1.13 , “uyku süresi” puan ortalaması 0.91 ± 0.92 , “uyku etkinliği” puan ortalaması 0.67 ± 0.93 , “uyku bozukluğu” puan ortalaması 0.79 ± 0.57 , “ilaç kullanımı” puan ortalaması 0.50 ± 1.05 ve son komponent olan “gündüz fonksiyonları” puan ortalaması 0.82 ± 1.21 olarak hesaplanmıştır. Uyku Latansı en yüksek ortalama sahiptir bu sonuçta bize Kötü Uyku Kalitesi olduğunun kanıtıdır. Bireylere ait MCS ortalaması 48.19 ± 7.86 , PCS ortalaması 37.81 ± 9.66 olarak saptanmıştır (Tablo 4.12)

Tablo 4.12. Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Komponentlerine ait tanımlayıcı istatistikleri

Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	Ortalama	Standart Sapma	Min; Max
Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	6.33	4.03	0.00; 18.00
Komponent 1	0.99	0.86	0.00; 3.00
Komponent 2	1.66	1.13	0.00; 3.00
Komponent 3	0.91	0.92	0.00; 3.00
Komponent 4	0.67	0.93	0.00; 3.00
Komponent 5	0.79	0.57	0.00; 3.00
Komponent 6	0.50	1.05	0.00; 3.00
Komponent 7	0.82	1.21	0.00; 5.00
PCS	37.81	9.66	16.00; 58.90
MCS	48.19	7.86	29.90; 64.10

**tanımlayıcı istatistik değerleri verilmiştir.*

Çalışmada yer alan genç yaşlılık döneminde olan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=3.00), yaşlı yaşlılık döneminde olan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=7.00), ileri yaşlılık döneminde olan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 5.00 (ÇAG=7.00) olarak hesaplanmıştır. Yaş grupları bazında ilgili ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.433$) (Tablo 4.13).

Çalışmada yer alan genç yaşlılık döneminde olan bireylerin Uyku Standford Ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=3.00), yaşlı yaşlılık döneminde olan bireylerin Uyku Standford Ölçek puanı ortancası 2.00 (ÇAG=1.00), ileri yaşlılık döneminde olan bireylerin Uyku Standford Ölçek puanı ortancası 3.00 (ÇAG=2.00) olarak hesaplanmıştır. Yaş grupları bazında ilgili ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.009$). İleri yaşlılık dönemindeki bireylerin diğer yaş gruplarında olan bireylere göre Uyku Standford Ölçek puanı daha yüksektir. Bu farklılığı yaratan yaş grupları Genç Yaşlılık – İleri Yaşlılık ve Yaşlı Yaşlılık - İleri Yaşlılık gruplarıdır (sırasıyla; $p=0.042$, $p=0.023$) (Tablo 4.13.1).

Tablo 4.13. Yaş grupları bazında belirtilen ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Yaş Grupları			Test İstatistiği	
	Genç Yaşlılık Ortanca (ÇAG)	Yaşlı Yaşlılık Ortanca (ÇAG)	İleri Yaşlılık Ortanca (ÇAG)	χ^2	p
Uyku Pitsburg Ölçeği	6.00 (3.00)	6.00 (7.00)	5.00 (7.00)	1.675	0.433
Uyku Standford Ölçeği	2.00 (1.00)	2.00 (1.00)	3.00 (2.00)	9.511	0.009

*Kruskal Wallis non parametrik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.13.1. İkili Karşılaştırmalar(Uyku Standford Ölçeği)

Yaş* Uyku Standford Ölçeği	p
Genç Yaşlılık – Yaşlı Yaşlılık	1.000
Genç Yaşlılık – İleri Yaşlılık	0.042
Yaşlı Yaşlılık - İleri Yaşlılık	0.023

*Bonferroni düzeltmeli post hoc test uygulandı.

Çalışmada yer alan bireylerin 35'inin Uyku Pitsburg Ölçek puanı 5'den az (uyku bozukluğu yok), 66'sının ise 5'den fazla olduğu (uyku bozukluğu var) hesaplanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Uyku Bozukluğu olan olmayan bireylere ait sayı ve yüzde dağılımı

Uyku Bozukluğu Varlığı	n (%)
Uyku Bozukluğu yok (5 puan altı)	35 (34,7)
Uyku Bozukluğu var (5 puan üstü)	66 (65,3)

*Sayı ve yüzde değerleri verildi.

Çalışmada yer alan ve genç yaşlılık yaş grubunda yer alan bireylerin 4'ünün uyku bozukluğu yok, 7'sinin uyku bozukluğu var, yaşlı yaşlılık grubunda yer alan bireylerin 16'sının uyku bozukluğu yok, 39'unun var, ileri yaşlılık grubunda yer alan bireylerin 15'inin uyku bozukluğu yok, 20'sinin uyku bozukluğu var olduğu tespit edilmiştir. Uyku bozukluğu en çok olan bireyler yaşlı yaşlılık grubunda yer alan bireylerdir. Fakat bu karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır (p=0.405) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Yaş grupları ile Uyku Bozukluğu varlığı Karşılaştırılması

Yaş Grupları	Uyku Pitsburg Ölçeği		Test İstatistiği	
	<5 n (%)	>5 n (%)	χ^2	p
Genç Yaşlılık	4 (36,4)	7 (63,6)	1.806	0.405
Yaşlı Yaşlılık	16 (29,1)	39 (70,9)		
İleri Yaşlılık	15 (42,9)	20 (57,1)		

*Ki Kare Karşılaştırma testi yapıldı.

Komorbidite değeri 3'ten küçük olan bireylerin Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçek puan ortancası 6.00 (ÇAG=6.75), 3 ve 3'ten büyük komorbiditeye sahip bireylerin Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçek puan ortancası 6.00 (ÇAG=7.00) olarak saptanmıştır. Komorbidite puanlaması bazında ilgili ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.881).

Çalışmada yer alan bireylerden komorbiditesi 3'ten küçük olanların Uyku Standford Ölçek puan ortancası 2.00 (ÇAG=0.75), 3 ve 3'ten büyük olanların 3.00 (ÇAG=2.00) olarak hesaplanmıştır. Komorbidite puanlaması bazında ilgili ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.044). Komorbiditesi 3'ten küçük olanların Uyku Standford ölçek puanı diğer gruba nazaran daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Komorbidite puanlaması bazında Uyku Standford Ölçek, Uyku Pitsburg Kalitesi ölçek ve alt boyut puanları karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Komorbidite Puanlaması		Test İstatistiği	
	<3 Ortanca (ÇAG)	≥3 Ortanca (ÇAG)	Z	p
Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	6.00 (6.75)	6.00 (7.00)	0.150	0.881
Uyku Standford Ölçek	2.00 (0.75)	3.00 (2.00)	2.011	0.044
Komponent 1	1.00 (2.00)	1.00 (1.75)	0.485	0.628
Komponent 2	2.00 (2.00)	2.00 (2.00)	0.021	0.983
Komponent 3	1.00 (1.00)	1.00 (2.00)	0.466	0.641
Komponent 4	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.042	0.966
Komponent 5	1.00 (0.00)	1.00 (1.00)	0.931	0.352
Komponent 6	0.00 (0.00)	0.00 (0.75)	1.417	0.156
Komponent 7	0.00 (1.00)	0.00 (1.75)	0.442	0.659
PCS	39.10 (15.20)	34.85 (16.65)	1.784	0.074
MCS	48.00 (12.60)	49.60 (8.93)	0.069	0.945

-Mann Whitney U non parametrik test uygulanmıştır.

Çalışmada yer alan hafif depresyona sahip bireylerin Uyku Pittsburg Kalitesi ölçek puan ortancası 6.00 (ÇAG=6.75), Ciddi depresyona sahip bireylerin ise 6.00 (ÇAG=7.00) olarak saptanmıştır. Depresyon varlığı bazında Uyku Pittsburg Kalitesi ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır (p=0.949) (Tablo 4.17).

Çalışmada yer alan hafif depresyona sahip bireylerin MCS ortancası 50.00 (ÇAG=10.50), ciddi depresyona sahip bireylerin MCS ortancası 47.35 (ÇAG=10.98) olarak saptanmıştır. GDS bazında MCS değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p=0.035). Hafif depresyona sahip bireylerin MCS değerleri diğer gruba göre daha yüksektir (Tablo 4.17).

Çalışmada yer alan hafif depresyona sahip bireylerin PCS ortancası 39.10 (ÇAG=15.85), ciddi depresyona sahip bireylerin PCS ortancası 34.25 (ÇAG=16.78) olarak saptanmıştır. GDS bazında PCS değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0.220) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Geriatrik Depresyon Ölçek puanlaması bazında Uyku Pittsburg Kalitesi ölçek ve alt boyut puanları karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	GDS		Test İstatistiği	
	Hafif Depresyon Ortanca (ÇAG)	Ciddi Depresyon Ortanca (ÇAG)	Z	p
Uyku Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	6.00 (6.75)	6.00 (7.00)	0.064	0.949
Komponent 1	1.00 (2.00)	1.00 (2.00)	0.287	0.774
Komponent 2	2.00 (2.00)	2.00 (2.00)	0.296	0.768
Komponent 3	1.00 (2.00)	1.00 (2.00)	1.040	0.298
Komponent 4	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.024	0.981
Komponent 5	1.00 (1.00)	1.00 (1.00)	0.370	0.711
Komponent 6	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.488	0.626
Komponent 7	0.00 (2.00)	0.00 (1.00)	0.146	0.884
PCS	39.10 (15.85)	34.25 (16.78)	1.227	0.220
MCS	50.00 (10.50)	47.35 (10.98)	2.109	0.035

-Mann Whitney U non parametrik test uygulanmıştır.

Çalışmada yer alan bireylerin Uyku Pittsburg Uyku Kalitesi ölçek puanları ile Depresyon ölçek puanı ve komorbidite sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanamamıştır (sırasıyla; p=0.552, p=0.920) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Uyku Pitsburg Kalitesi ölçek puanı ile GDS ve Komorbidite sayıları arasında korelasyon analizi

	Spearman Rho Katsayısı	p
Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği - GDS	0.060	0.552
Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği – Komorbidite sayısı	0.010	0.920

-Korelasyon analizi uygulanmıştır.

Çalışmada yer alan bireylerin Standford Uyku Ölçek puanları ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.010$). Bireylerin Standford Uyku Ölçek puanları ile Geriatrik Depresyon Ölçek puanları, Mini Mental Test puanları, Komorbidite sayıları, İlaç sayıları, Huzurevinde kalma süreleri ve BMI değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki söz konusu değildir (sırasıyla; $p=0.445$, $p=0.351$, $p=0.074$, $p=0.111$, $p=0.290$, $p=0.760$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Standford Uyku Ölçeği ile belirtilen değişkenler arasında korelasyon analizi

Değişkenler * Standford Uyku Ölçeği	Spearman Rho Katsayısı	p
Geriatric Depresyon Ölçeği	0.077	0.445
Mini Mental Test	-0.094	0.351
Mini Nutrisyonel Değerlendirme	-0.256	0.010
Komorbidite Sayısı	0.179	0.074
İlaç Sayısı	0.160	0.111
Huzur evinde Kalma süresi	0.106	0.290
BMI	-0.031	0.760

**Korelasyon Analizi yapılmıştır.*

Çalışmada yer alan bireylerin Standford Uyku Ölçek puanları ile SF 36 ölçek alt boyutlarından olan Fiziksel Fonksiyon, Genel Sağlık Durumu, Canlılık, Sosyal Fonksiyon ve Emosyonel Fonksiyon puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla; $\rho = -0.307$, $p=0.002$, $\rho = -0.274$, $p=0.006$, $\rho = -0.349$, $p < 0.001$, $\rho = -0.242$, $p=0.015$, $\rho = -0.248$, $p=0.012$) (Tablo 4.20).

Bireylerin Standford Uyku Ölçek puanları SF 36 ölçek alt boyutlarından olan

Fiziksel Rol ve Ruhsal Sağlık Durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki söz konusu değildir (sırasıyla $p=0.174$, $p=0.241$) (Tablo 4.20).

Çalışmada yer alan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puanları ile PCS ve MCS değerleri arasında zayıf, negatif yönlü, doğrusal ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki söz konusudur (sırasıyla; $\rho=-0.303$, $\rho=-0.248$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Standford Uyku Ölçeği ile SF 36 ölçek alt boyutları ile arasında korelasyon analizi

Değişkenler * Standford Uyku Ölçeği	Sperman Rho Katsayısı	p
Fiziksel Fonksiyon	-0.307	0.002
Fiziksel Rol	-0.136	0.174
Genel Sağlık Durumu	-0.274	0.006
Canlılık	-0.349	<0.001
Sosyal Fonksiyon	-0.242	0.015
Emosyonel Fonksiyon	-0.248	0.012
Ruhsal Sağlık Durumu	-0.118	0.241
PCS	-0.303	0.002
MCS	-0.248	0.012

*Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Hipertansiyonu olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00), hipertansiyonu olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=0.00)'dır. Hipertansiyon varlığı bazında Standford Uyku Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.239$). Diyabeti olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.50 (ÇAG=2.00), diyabeti olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00)'dır. Diyabet varlığı bazında Standford Uyku Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.130$). SVO'su olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 3.00 (ÇAG=2.00), SVO'su olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00)'dir. SVO varlığı bazında Standford Uyku Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.004$). SVO'su olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.21).

Demansı olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 3.00 (ÇAG=2.00), demansı olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00)'dır. Demans varlığı bazında Standford Uyku Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.015$). Demansı olan bireylerin Standford

Uyku Ölçeği puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.21).

Parkinsonu olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 3.00 (ÇAG=2.50), olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00)'dır. Parkinson varlığı bazında bireylerin Standford Uyku Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.181$). Kalp yetmezliği olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=4.00), kalp yetmezliği olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00)'dır. Kalp yetmezliği varlığı bazında bireylerin Standford Uyku Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.706$) (Tablo 22). Kanser olan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=2.25), kanser olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçeği puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00)'dır. Kanser varlığı bazında bireylerin Standford Uyku Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.566$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Hastalıkların varlıkları bazında Stanford Uyku Ölçeği Karşılaştırılması

HASTALIKLAR	Standford Uyku Ölçeği Ortanca (ÇAG)	Test İstatistiği Z	p
Hipertansiyon	2.00 (1.00)	1.176	0.239
KAH	2.00 (2.00)	0.820	0.412
Diyabet	2.50 (2.00)	1.515	0.130
SVO	3.00 (2.00)	2.893	0.004
Demans	3.00 (2.00)	2.433	0.015
Parkinson	3.00 (2.50)	1.338	0.181
Depresyon	2.00 (2.00)	0.602	0.547
KOAH	2.00 (1.50)	0.681	0.496
Kalp Yetmezliği	2.00 (4.00)	0.377	0.706
Kanser	2.00 (2.25)	0.574	0.566

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Yürüme hızı 0.8 m/sn' den küçük olan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 7.00 (ÇAG=7.00), 0.8 m/sn ' den büyük olan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 5.00 (ÇAG=6.00) olarak saptanmıştır. Yürüme hızı grupları bazında Uyku Pitsburg Ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0.111) (Tablo 4.22).

Düşme durumu olan bireylerin Uyku Pitsburg Ölçek puanı ortancası 6.00 (ÇAG=3.75), olmayan bireylerin ise 6.00 (ÇAG=8.00) olarak hesaplanmıştır. Düşme varlığı bakımından Uyku Pitsburg Ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0.912) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Belirtilen değişkenler bazında Uyku Pitsburg Ölçeği Karşılaştırılması

Değişkenler	Uyku Pitsburg Ölçeği Ortanca (ÇAG)	Test İstatistiği	
		Z	p
Yürüme Hızı Grup			
<0.8	7.00 (7.00)	1.596	0.111
>0.8	5.00 (6.00)		
Düşme Durumu			
Yok	6.00 (8.00)	0.111	0.912
Var	6.00 (3.75)		

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulandı.

Çalışmada yer alan bireylerden üriner inkontinansı olmayanların Standford Uyku Ölçeği ortancası 2.00 (ÇAG=1.00), olanların ise 2.00 (ÇAG=1.50)'dir. Üriner İnkontinans varlığı bazında ilgili ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (p= 0.487). Üriner inkontinansı olmayanların Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçek puanı ortancası 5.00 (ÇAG=8.00), olanların 6.00 (ÇAG=6.00) olarak saptanmıştır. Üriner İnkontinans varlığı bazında ilgili ölçek puanı ve ölçeğe ait alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Üriner İnkontinans Varlığı bazında Standford Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve altboyutları Karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Üriner İnkontinans Varlığı		Test İstatistiği	
	Yok (n=50) Ortanca (ÇAG)	Var (n=57) Ortanca (ÇAG)	Z	p
Standford Uyku Ölçeği	2.00 (1.00)	2.00 (1.50)	0.695	0.487
Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	5.00 (8.00)	6.00 (6.00)	1.743	0.081
Komponent 1	1.00 (1.75)	1.00 (2.00)	0.946	0.344
Komponent 2	1.00 (3.00)	2.00 (2.00)	1.464	0.143
Komponent 3	1.00 (1.00)	1.00 (2.00)	0.583	0.560
Komponent 4	0.00 (1.00)	0.00 (1.00)	0.124	0.901
Komponent 5	1.00 (1.00)	1.00 (0.75)	1.129	0.259
Komponent 6	0.00 (0.00)	0.00 (0.75)	1.291	0.197
Komponent 7	0.00 (1.75)	0.00 (1.00)	0.380	0.704
PCS	37.95 (18.00)	36.20 (14.25)	0.674	0.500
MCS	49.85 (8.05)	47.00 (14.60)	1.015	0.310

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerden Mini Mental teste göre Kognitif Bozukluğu olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçek puan ortancası 1.50 (ÇAG=1.00), Hafif Kognitif Bozukluk olan bireylerde Standford Uyku Ölçek puan ortancası 2.00 (ÇAG=1) ve son olarak demans olan bireylerde Standford Uyku Ölçek puan ortancası 3.00 (ÇAG=2.00) olarak saptanmıştır. Mini Mental test değerlendirmesi bazında ilgili ölçek puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (p=0.002). Demansı olan bireylerin ilgili ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.24). Farklılığı yaratan grup Kognitif Bozukluk Yok – Demans olarak saptanmıştır (p=0.003) (Tablo 4.24.1)

Mini Mental teste göre Kognitif Bozukluğu olmayan bireylerin Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçek puan ortancası 6.50 (ÇAG=7.50), Hafif Kognitif Bozukluk olan bireylerde Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçek puan ortancası 6.00 (ÇAG=6.50) ve Demansı olan bireylerin ilgili ölçek puanı ortancası 5.00 (ÇAG=7.00)'dır. Mini Mental test değerlendirmesi bazında ilgili ölçek puanları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (p=0.967) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Mini Mental bazda Stanford Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve alt boyutları Karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Mini Mental Test Değerlendirilmesi			Test İstatistiği	
	Kognitif Bozukluk Yok Ortanca (ÇAG)	Hafif Kognitif Bozukluk var Ortanca (ÇAG)	Demans Ortanca (ÇAG)	χ^2	p
Standford Uyku Ölçeği	1.50 (1.00)	2.00 (1.00)	3.00 (2.00)	12.870	0.002
Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	6.50 (7.50)	6.00 (6.50)	5.00 (7.00)	0.067	0.967

*Kruskal Wallis non parametrik test uygulandı.

Tablo 4. 24.1. Anlamli çıkan değişkenlere ait ikili karşılaştırma testleri (Standford uyku ölçeği için)

MMDS Gruplar	p
Kognitif Bozukluk Yok - Hafif Kognitif Bozukluk var	0.132
Kognitif Bozukluk Yok - Demans	0.003
Hafif Kognitif Bozukluk var Demans	0.066

*Bonreforonni Düzeltmeli posthoc test yapılmıştır.

Çalışmada yer alan Uyku latansı olmayan bireylerin Standford Uyku Ölçek puan ortancası 2.00 (ÇAG=2.50), uyku latansı olan bireylerin 2.00 (ÇAG=1.00)'dir. Uyku latans varlığı bazında ilgili ölçek puanı istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (p=0.066) (Tablo 4.25).

Çalışmada yer alan Uyku latansı olmayan bireylerin Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçek puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00), uyku latansı olan bireylerin 6.00 (ÇAG=5.00)'dir. Uyku latans varlığı bazında ilgili ölçek puanı istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (p<0.001). Uyku latansı olan bireylerin Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçek puanları daha yüksektir (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Uyku Latansı varlığı bazında Standford Uyku Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve alt boyutları Karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Komponent 2		Test İstatistiği	
	Uyku Latansı yok (n=20) Ortanca (ÇAG)	Uyku Latansı var (n=77) Ortanca (ÇAG)	Z	p
Standford Uyku Ölçeği	2.00 (2.50)	2.00 (1.00)	1.841	0.066
Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	2.00 (1.00)	6.00 (5.00)	5.114	<0.001

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Çalışmada yer alan bireylerden ilaç kullanmayanların Standford Uyku Ölçek puan ortancası 2.00 (ÇAG=1.00), ilaç kullananların 2.00 (ÇAG=2.00) olarak hesaplanmıştır. İlaç kullanıp kullanmama durumu bazında ilgili ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0.304) (Tablo 4.26).

Çalışmada yer alan bireylerden ilaç kullanmayanların Uyku Pitsburg Kalite Ölçek puan ortancası 5.00 (ÇAG=5.00), ilaç kullananların 10.00 (ÇAG=6.00) olarak hesaplanmıştır. İlaç kullanıp kullanmama durumu bazında ilgili ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.304). İlaç kullanan bireylerin Uyku Pitsburg Kalite Ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. İlaç Kullanımı bazında Standford Ölçeği, Uyku Pitsburg Ölçeği ve alt boyutları Karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Komponent 6		Test İstatistiği	
	İlaç Kullanımı yok (n=76) Ortanca (ÇAG)	İlaç Kullanımı Var (n=21) Ortanca (ÇAG)	Z	p
Standford Uyku Ölçeği	2.00 (1.00)	2.00 (2.00)	1.028	0.304
Uyku Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği	5.00 (5.00)	10.00 (6.00)	3.919	<0.001

*Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

5. TARTIŞMA

Yaşlanma süreci uyku üzerinde birçok değişikliğe neden olmaktadır ve uyku yapısındaki bu değişiklikler polisomnografik testler gibi objektif testlerle de saptanabilmektedir. Yaşlanma ile beraber yatakta kalma süresi artarken, toplam uyku ve derin uyku süreleri azalır. Bunun gibi birçok uyku problemlerinin yaşla beraber artması da yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca kötü yaşam kalitesine bağlı olarak, uyku problemleriyle özellikle yaşlılarda mortalite ve morbidite arasında güçlü bir bağ vardır (57). Tüm bu bilgiler ışığında yaşlılarda uyku probleminin önemi anlaşılmış ve çalışmamızda uyku problemi ile ilişkili olabilecek nedenler araştırılmıştır.

Bu çalışmada huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin uyku bozukluğu oranının tespit edilmesi, kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılarak uyku bozukluğu ile ilişkili nedenlerin belirlenmesi ve uyku bozukluğunun yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yaşlılarda yaşam kalitesinin, çoklu ilaç kullanımının, komorbiditenin, depresyonun, üriner inkontinansın ve obezitenin uyku bozukluğu ile ilişkili olabileceği hipotezlerimizi oluşturmaktadır. Bu hipotezler ışığında hastalara tek tek aile hekimi tarafından kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılmıştır. Uyku kalitesi değerlendirilmesi için birçok çalışmadan farklı olarak sadece PUKİ değil Stanford Uyku Ölçeği de kullanılmıştır. Bireylerin uyku kaliteleri iki ölçek ile aynı anda değerlendirerek daha objektif sonuçlar alınması hedeflenmiştir.

Çalışmamıza Ankara’ da huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstü 67 kadın, 40 erkek toplam 107 yaşlı birey katılmıştır. Çalışmamızda yaşlı bireylerin % 65,3 ‘ünde uyku bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda sonuçlar benzer olarak bildirilmiştir. Chiu ve arkadaşlarının Çin’de 1034 yaşlı birey üzerinde yaptığı çalışmada yaşlıların %75’inde uyku bozukluğundan yakınma olduğu tespit edilmiştir (58). Malakouti ve arkadaşlarının İran’da huzurevinde yaşayan 400 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin %83’ünün kötü uyku kalitesine, %29’unun artmış gündüz uykululuğuna sahip oldukları görülmüştür (59). Schubert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2800 yaşlı bireyin katılımı sağlanmıştır. Bireylerin neredeyse yarısında(%49) uyku bozukluğu tespit edilmiştir (60). Fadiloğlu ve arkadaşlarının huzurevinde kalan 60 yaş ve üzeri bireylere uyku kalitesini belirlemek üzere yaptıkları

çalışmada yaşlı bireylerin %77'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (61). Çalık ve arkadaşlarının 65 yaş üstü bireylere yaptığı fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada bireylerin %48'inin kötü uyku kalitesine sahipken %77'sinin aşırı gündüz uykululuğu olduğu belirlendi (62).

Çalışmamızda bireylerin sosyodemografik özellikleri ile uyku kalitesi arasında ilişki değerlendirildi. Sosyodemografik özelliklerden sadece yaş ile ilişkili bulunmuştur. Bireylerin yaş ortalaması 82 olarak belirlendi. Uyku bozukluğunun en yüksek yaşlı yaşlılık grubunda olduğu görüldü. (%70) İran'da huzurevinde yapılan bir çalışmada kötü uyku kalitesi açısından 75-84 yaş aralığının (yaşlı yaşlılık) 65-74 aralığına göre daha fazla risk taşıdığı tespit edilmiştir. Fakat 85 yaş ve üstü bireylerde risk daha az tespit edilmiştir (63). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada orta yaştan yaşlılık dönemine kadar bireylerin uyku yörüngeleri izlenmiş ve uykusuzluğun semptomlarının yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir. Bu durumun ise yaşlanma sürecinin bir parçası olmadığı, yaşla artan komorbiditeye bağlı olduğu ileri sürülmüştür (64). Başka bir çalışmada; yaşlanma ile oluşan sirkadiyen ritm değişiklikleri uyku düzenini ve kalitesini bozabilir. Uyku evrelerinin döngüsü yaşla birlikte değişmektedir. Yaşlılar, NREM uykusunun 1. ve 2. evrelerini daha uzun yaşamaktayken, 3. ve 4. evrelerini daha az yaşama eğilimi göstermektedir. Bu değişiklik REM uykusuna da yansımakta ve niteliğini etkilemektedir. Yaşlanmayla birlikte uyku döngülerinin sayısı artmakta, süreleri kısalmaktadır.(65)

Yaşla oluşan fizyolojik değişiklikler mi yoksa yaşla artan komorbiditelerin ve çoklu ilaç kullanımının uyku bozukluğuna sebep olduğu daha kapsamlı araştırmalarla tespit edilmelidir.

Çalışmamızda PUKİ alt komponentleri tek tek değerlendirildiğinde latensinin en yüksek puan ortancasına sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca ileri incelemede uyku latensi var olan bireylerin PUKİ puan ortancasının 6 olduğu görüldü: Yani bireylerin uyku bozukluğuna neden olan en önemli durumun uykuya dalmakta zorluk olduğu görülmüştür. Çalışmamız yapılan benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Cankurtaran ve arkadaşları 2002 yılında yaptıkları benzer bir çalışmada yaşlı bireylerin uykuya başlamada ve uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ve gecede 1-3 kez uyanma gibi sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir (66). Fadıloğlu ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlı bireylere yaptığı bir araştırmada; yaşlı bireylerin %23'ünün uykuya

dalmakta güçlük çektiği, %47'sinin uykuya daldıktan sonra sık olarak uyandığı ve %32'sinin uyandıktan sonra tekrar uyumakta güçlük çektiği saptanmıştır. Hastaların uykuya dalmakta güçlük çekmelerinin sebepleri; televizyon karşısında uyumaya çalışmaları, odanın ışığını açık bırakarak uyumaya çalışmaları ayrıca huzurevinde diğer odalardan gelen gürültü nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde ve yurt dışında yaşlılarda uyku kalitesini inceleyen çalışmalarda da görüldüğü üzere; yaşlılarda uyku bozukluğu evrensel bir sorundur. Huzurevi gibi uzun süreli bakımevlerinde kalan yaşlı bireylerde daha da yüksek değerlerin elde edildiği görülmektedir. Özellikle huzurevlerinde daha yüksek değerlerin bulunması, huzurevlerinde birçok faktörden kaynaklanabilir. Yeterli sessizlikte odaların olmaması, odaların zamansız ve aşırı aydınlatılması, bilinçsiz beslenme, uykusuzluk için medikal tedavilerinin kontrolsüz ve yanlış uygulanması, direk uyku kalitesini düşüren sağlık problemlerinin göz ardı edilmesi, aile bireylerinin sosyal destek ve ilgisinden uzak olunması gibi nedenler bu sonucu doğurabilir. Bu konularla uyku bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Huzurevlerinde fiziksel iyileştirmelerin yapılması huzurevinden kaynaklanan nedenlerin azaltılmasında etkili olabilir. Huzurevinde bakım hemşirelerinin yaşlı bakımı açısından daha donanımlı olmaları sağlanıp, sayılarının artırılarak daha kaliteli tıbbi hizmet vermeleri ile biyolojik problemlerin azaltılmasında etkili olabilir. Psikolojik yönden bireylerin desteklenmesi açısından daha fazla psikolog istihdam edilmesi ile yaşanan sorunların biraz daha azaltılabileceğine inanmaktayız.

Çalışmamızın hipotezlerinden birini yaşam kalitesinin düşük olması uyku bozukluğunu olumsuz yönde etkileyebileceği oluşturmaktadır. Yaşam kalitesi genel olarak "iyi olma durumu" şeklinde tanımlanabilen, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu ve sosyal ilişkilerini içeren geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden Kısa form-36(SF-36) sağlık bakım araştırmalarında en iyi bilinen ve en yaygın kullanılan ölçektir.

Bu çalışma da yaşlı bireylerin yaşam kalitesini SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiştir. Uyku kalitesini değerlendiren PUKİ ölçeği puanları ile karşılaştırılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutları ile PUKİ puanları arasında (ruhsal sağlık durum alt boyutu hariç) doğrusal ilişki saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olduğunu görülmüştür.($p < 0,001$) Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı

olarak yaşlıların yaşam kalitesini gündüz uykululuğunu değerlendiren Stanford Uykululuk ölçeği puanları ile karşılaştırılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından ruhsal sağlık durumu ve fiziksel rol alt boyutları dışında tüm alt boyutlarla doğrusal, zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda iki ölçek uygulanarak tespit edilen veriler sonucunda huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde kötü uyku kalitesinin ve gündüz uykululuk halinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir.

Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği ile son bir ayda yaşadıkları psikolojik durum ve fiziksel aktivite de değerlendirilmiştir. Buradan yola çıkarak dinlenme ve bakımevinde kalan bireylerin fiziksel aktivite düzeyini yükseltecek çalışmalar planlanarak bireylerin gündüz uykululuğundan ve kötü uyku kalitesinden korunmasının sağlanabileceği ve bunun sonucunda bireylerin uyku kalitelerinin yükseltebileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin psikolojik olarak desteklenmesi; örneğin bireylerin düzenli olarak kurum psikoloğu ile görüştürülmesi ve gerekli durumlarda psikiatriye sevk edilip tedavilerinin düzenlenmesi sağlanması, yine uyku kalitesinin yükseltilebileceği düşünülmektedir.

Hayoshino ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin SF-36 ile yaşam kalitesi ölçülmüş ve uyku bozukluğu ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada kötü uyku kalitesine sahip bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından ruhsal sağlık puanı ile doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. ($p < 0,001$) Yani kötü uyku kalitesine sahip yaşlı bireylerde ruhsal sağlığın bozulabildiği görülmüştür (67).

Schubert ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı bireylerin yaşam kalitesi SF-36 ölçeği ile ölçülmüş ve uyku bozukluğu ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışmada uyku bozukluğunun SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutlarını etkilediği gösterilmiştir.(canlılık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruhsal sağlık) Yani uyku bozukluğu ile yaşam kalitesi arasında birebir ilişki olduğu gösterilmiştir (60).

Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda da görüldüğü üzere: Yaşam kalitesi uyku bozukluğu ile birebir ilişkili bulunmuştur. Yaşlıların uyku kalitesinin yüksek olabilmesi için iyi bir yaşam kalitesine sahip olmaları gerekir. Düzenli yürüyüş ya da spor yapan, gündüz uykusu az ya da hiç olmayan, ailesi ve sosyal çevresi ile ilişkileri sağlam olan, beslenmesi düzenli ve sağlıklı olan bireylerde uyku kalitesinin daha yüksek olacağı

öngörülebilir.

Çalışmamızda kapsamlı geriatrik değerlendirme ile elde edilen verilerden biri de bireylerin komorbidite durumlarıdır. Fiziksel hastalıkların (akut ve kronik hastalıklar) yaşlılarda sıklığı artmaktadır ve yapılan çalışmalarda kötü uyku kalitesine sebep olabileceği görülmüştür (68). Ayrıca çalışmamızın hipotezlerinden biri de komorbidite durumu ile uyku kalitesinin ilişkili olabileceğidir. Çalışmamızı diğerlerinden farklı kılan bir özellikle de Charlson Komorbidite İndeksi ile uyku arasındaki ilişkiye bakılmış olmasıdır. Çalışmamızda komorbiditeleri belirlenen hastaların Charlson Komorbidite indeksine göre puanlaması yapılmış ve PUKİ puanları ile karşılaştırılmıştır. Komorbidite puanı 5 ve üzeri olan bireylerde en yüksek PUKİ puan ortancası saptanmıştır. Fakat komorbidite puanlaması tüm puanlar bazında PUKİ puanları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. Diğer çalışmalardan farklı olarak gündüz uykululuğunu değerlendiren Stanford Uykululuk Ölçeği puan ortancası ile komorbidite puanları analizi yapılmıştır. Komorbidite puanı 5 ve üzeri olan bireylerde en yüksek Stanford Uykululuk Ölçeği puan ortancası saptanmıştır. Fakat komorbidite puanlaması bazında Stanford puanları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. Bu konuda hasta sayısı artırılarak yapılacak geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda komorbiditeler (Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı, Diabetes Mellitus, Serebrovasküler Olay öyküsü, Demans, Parkinson hastalığı, Depresyon, KOAH, Konjestif Kalp Yetmezliği, Kanser öyküsü) tek tek de değerlendirilmiş ve PUKİ-Stanford ölçek puanları ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda Demans dışında tüm hastalıklar istatistiksel olarak iki ölçek puanları ile de ilişkisiz bulunmuştur.

Demans tanısı mevcut olan bireylerde PUKİ puan ortancası 8, olmayan bireylerde 6 bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.($p=0,026$) Ayrıca demans tanısı olan bireylerde Stanford Uykululuk Ölçeği puan ortancası 3.00, olmayan bireylerde 2.00 olarak bulunmuş istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son olarak SVO öyküsü olan bireylerde Stanford Uykululuk Ölçeği puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hayoshino ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireyler komorbidite sayılarına göre sınıflanmış ve toplam PUKİ puanları ile karşılaştırılmıştır. Toplam PUKİ puanları komorbidite sayısı ile doğrusal olarak ilişkili bulunmuştur. ($p<0,0001$)

Foley ve arkadaşları yaptıkları yaşlılarda uyku bozukluğu ile demans ile ilişkiyi inceleyen çalışmada aşırı gündüz uykululuğu tarif eden yaşlılarda iki kat daha fazla demans tespit etmiştir (69).

Yine Criocco ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sürekli uykusuzluk yakınması olan bireylerde demans sıklığının arttığı görülmüştür (70).

Hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda kötü sağlık durumu ve süregelen bedensel hastalığı olan bireylerde uyku şikayetlerinde artış saptanmıştır(67-72). Bizim çalışmamızda sadece demans ve SVO öyküsü pozitif olan bireylerde ilişki bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada; demans hastalarında uykudan sık uyanma, uyandıktan sonra geç uykuya dalma, non-REM fazının artması, yavaş dalga uykusunun azalması ve gün içi uyuklamalar sık görülmektedir. Genel olarak demans evresi ilerledikçe uyku bozukluklarında artış görülmekte ve orta evre demanslılarda erken veya ileri evrelilere göre daha belirgin uyku sorunları görüldüğü bildirilmektedir (77).

Bir diğer çalışmada; uyku bozukluğu öyküsü olmayan SVO geçirmiş hastalarda polisomnografik incelemelerle yapılan bir araştırmada uyku apnesi sıklığı oldukça yüksek bulunmuştur (78).

Bu konuda yapılan çalışmalar ve çalışmamızın sonuçları değerlendirilecek olursa ek hastalığın uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği aşikardır. Bireylerin ek hastalıklarının olması birçok yönden uyku kalitesini etkileyebilir: İlaç kullanımını artırabilir, kronik ağrılara ve strese neden olabilir. Tüm bu sebepler yaşam kalitesini düşürebilir ve direk ilişkili bulunan uyku kalitesini bozabilir. Bu hastalıkların kontrole alınması, tedavilerinin kapsamlı geriatrik değerlendirme ile beraber yapılması hastanın hem yaşam kalitesini hem de uyku kalitesini yükselteceği öngörülebilir.

Yaşlılıkla beraber kronik hastalıkların görülme sıklığı ve buna bağlı olarak kullanılan ilaç miktarı artmaktadır. Kullanılan ilaç sayısındaki bu artış, ilaç ile ilişkili bazı sorunların ortaya çıkmasına sebep olabileceği düşünülmüştür. Çoklu ilaç kullanımının (polifarmasi) ciddi sonuçlarından birinin de uyku bozukluğu olabileceği öngörülmüş ve çalışmamızda uyku ile polifarmasi arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Fakat Polifarmasi bazında PUKİ ve Stanford Uykululuk ölçeği puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu sonucun çalışmamızın evreninin küçük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Katılımcı sayısının artırılarak yeni daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

Çalışmamızda kapsamlı geriatrik değerlendirme ile elde edilen verilerden biri de yaşlı bireylerin geriatrik depresyon skalası ile tespit edilen depresyon riskleridir. Yaşlanma ile beraber depresyonun uyku üzerine olumsuz etkileri olabileceği bu çalışmanın hipotezlerinden birini oluşturmaktadır. Depresyon riski olan ve olmayan bireyleri sınıflandırılmıştır. PUKİ ve Standford Uykululuk ölçekleri ortancaları ile analizini yapılmış, sonuçta depresyon riski varlığı bazında PUKİ ve Standford Uykululuk ölçeği ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterilememiştir.

Gindin ve arkadaşlarının 8 ülkede huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yaptıkları kapsamlı çalışmada uyku bozukluğunun depresyon ile ilişkisi bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (79). (p<0,001)

Ülkemizde huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %25'inde uyku bozukluğu tespit edilmiş; uyku bozukluğu olan bireylerin %66'sında psikiyatrik bozukluk bulunmuştur. En sık olarak da %20 oranda depresyon olduğu görülmüştür (80).

Hayashino ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalıkların sayısının artmasıyla uyku bozukluğunun arttığı tespit edilmiştir. Çalışmada önemli olarak birde depresif faktörlerin etkisinin kronik hastalık sayısının fazla olduğu durumlarda uyku kalitesini daha fazla etkilediği gösterilmiştir (67).

Depresif semptomların genel tıp ve birincil dikkat ile ortaya çıkarılması psikiyatrik yöntemlere göre daha az, bu nedenle depresyon hastalığı tanısındaki yanlışlıklar en yaygın problemler arasında. Depresyondaki hastaların tespit edilip uygun tedaviler uygulanması onlarda iyi anlamda ilerleme sağlayabilir.

Çalışmalarda depresyonla uyku kalitesi bozukluğu ilişkili bulunmasına rağmen bizim çalışmamızda ilişki saptanamamıştır. Bunun nedeninin çalışmamızın yapıldığı huzurevinde sosyokültürel seviyesi yüksek bireylerin kalması nedeniyle depresyonlarını saklama eğiliminde olduklarını gözlemledik. GDS puanlarının yalancı yükseklik tespit edildiğini düşündük.

Üriner inkontinans yaşlanma ile prevalansı artan bir hastalıktır ama yaşlanmanın doğal bir süreci değildir. Yaşlıda hijyen kaybına, cilt problemlerine, psikolojik sıkıntılara, kendine güven ve saygı yitimine neden olur.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin % 53 ünde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. PUKİ ve Standford Uykululuk ölçeği ortancaları ile yapılan istatistiksel analizde

anlamli farklilik bulunamadi. Fakat Üriner inkontinansi olan bireylerin PUKİ ortancasinin daha yüksek olduğu görüldü yani istatistiksel olarak anlamli bulunmasa da kötü uyku kalitesine neden olduğu görülmüştür.

Araujo ve arkadaslarinin 2010 yılında yaptiklari çalişmada yaşli bireylerin 5 yıllık takibi boyunca yeni üriner inkontinans şikayetleri oluşan hastaların benzer oranda kötü uyku kalitesi tespit edildiği görülmüştür (81).

Üriner inkontinans uyku bozukluğunun önemli sebeplerinden biri olduğu görülmektedir. Yaşli bireylerde tespit edilmesi en zor şikayetlerden biri olması dolayısıyla tanınması da zor bir hastalıktır (82). Tedavisinin gecikmesine neden olmaktadır. Ayrıntılı geriatrik değerlendirme ile tespit edilebilir. Tedavisi geciken durumlarda tam tedavi mümkün olmamasına sebep olabilir dolayısıyla özellikle uykuda idrar kaçırmaları hastaları huzursuz edip uyku bozukluğuna sebep olabileceği öngörülebilir. Kaliteli bir uyku için her yaşli bireyin kapsamlı geriatrik değerlendirme ile tüm şikayetlerinin tek tek değerlendirilip erken tanı almasının önem arz ettiği sonucu görülmektedir.

Yaşlılarda hem düşme sıklığı hem de düşme sonrası gelişen hasar oranları yüksektir. Yaşlılardaki uyku bozuklukları, artmış düşme riskine neden olmaktadır ve bu düşmeler özellikle uyku periyodu sırasında hastalar banyoya giderken ya da gece evde yürürken meydana gelmektedir. Düşme mortalite ve morbiditeyi artıran ve yaşam kalitesini bozan; kalça ve diğer bölge kırıkları, kafa travması ve ciddi yumuşak doku travmasına neden olmaktadır (83).

Çalışmamızda yaşli bireylerin %29'unda son bir yılda düşme olduğu tespit edildi. Uyku bozukluğu ile ilişkisi değerlendirilmiştir; PUKİ ve Standford Uykululuk Ölçeği puan ortancası ile istatistiksel analizi yapıldı anlamli bir fark gösterilmemiştir.

Çalışmamızda kapsamlı geriatrik değerlendirme sonucunda birçok veri daha elde edilmiştir. PUKİ ve Standford uykululuk ölçekleri puan ortancaları ile istatistiksel analizlerini yapılmıştır. Bu veriler huzurevinde kalan yaşli bireylerin; cinsiyet, BMİ, huzurevinde kalma süreleri, yürüme hızı, mini nutrisyonel değerlendirmeleri, mini mental test değerlendirmeleri. Bu verilerin istatistiksel analizinde PUKİ ve Standford Uykululuk ölçekleri puan ortancaları ile anlamli ilişki bulunamamıştır. Bu durumun bir nedeni de çalışmanın evreninin küçük olması ve sübjektif bazı ölçeklerin kullanılması olarak gösterilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde kötü uyku kalitesinin sık rastlanan bir problem olduğunu göstermiştir. Kötü uyku kalitesinin en önemli sebebinin uykuya dalmakta güçlük (uyku latensi) olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerde uyku kalitesinin yaşam kalitesi düzeyi ile birebir ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca komorbid hastalıklardan Demans ve SVO öyküsü mevcut olan hastalarda uyku kalitesinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir.

Öneriler:

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile uyku bozukluğunun birebir ilişkili bulunmuştur. Huzurevlerinde yaşam kalitesinin artırılması uyku kalitesini etkilediğinden yaşam kalitesini artırmak için huzurevi şartlarında birtakım değişiklikler yapılabilir;

- Yaşlı bireylerin sosyal yaşam ve psikolojik durumlarını takip edecek ve gerektiğinde destek verebilecek psikolog sayılarının artırılması olumlu sonuç verebilir.
- Yaşlı bireylerin aileleri ile bağlarının kopmaması için devamlı görüş imkanı sağlanıp teşvik edilebilir.
- Huzurevinde kalan bireylerin ilaç kullanımları takip edilip gereksiz ve kontrolsüz ilaç kullanımının önlenmesi sağlanabilir.
- Kronik hastalığı olan bireylerin huzurevi kurum doktorları tarafından düzenli takip edilip hastalıkların kontrolü sağlanabilir.
- Yaşlı bireylerin psikolojik durumlarının takip edilip gerekli durumda psikiyatrye yönlendirilmesi uyku kalitesini artırabilir.

İleride yapılacak çalışmalar için önerilerimiz;

- Yaşlı bireylerde ilaç kullanımını değerlendirirken akılcı ilaç kullanımı kriterlerine göre değerlendirilmesi
- Daha geniş çaplı prospektif çalışmalar yapılarak uyku bozukluğu olan bireylerin hospitalize olma durumlarının tespit edilmesi
- Uyku bozukluğu tespit edilen bireylerde ilaç kullanımı sıklığı ve tedavi sonrası uyku bozukluğunun değerlendirilmesi

7. KAYNAKLAR

1. Subramanian S, Surani S. Sleep disorders in the elderly. *Geriatrics* 2007;62:10-32.
2. Köktürk O, Ulukavak Çiftçi T. Yaşlılarda uykuda solunum bozuklukları. *Turk J Geriatrics* 2004;7(1): 9–14.
3. Fadıloğlu Ç, İlkbay Y, Kuzeyliyıldırım Y. Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. *Turk J Geriatrics* 2006;9(3): 165–169.
4. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S ve ark. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57: 761-89.
5. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002
6. Fava M. Daytime sleepiness and insomnia as correlates of depression. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 27-32.
7. Bilir, N. Kutsal YG. Yaşlanan Toplum (Erişim tarihi: 10 Haziran 2010)
8. Altınparmak S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Birimleri Tıp Dergisi* 2009; 23(3):p 159-164.
9. Jones CJ, Rose DJ. *Physical Activity Instruction of Older Adults, First Edition, USA, Human Kinetics, 2004;6-7*
10. Keskinoglu P. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Nedenler. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. AKM. İzmir. 5-27 Mart 2010
11. Akın Yılmaz BG. Avrupa Birliğinin Yaşlanma Sorununa Bir Çözüm Olarak Türkiye'nin Üyeliği. *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi* 2009 8(1); p27-37
12. Özyurt CB, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2007; 10(3) :p 117-123
13. Kılıçoğlu A. , Yenilmaz Ç. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi. *Düşünen Adam*;2005;18(4):p.(187-195)
14. Eser E. Eser S, Özyurt BC, Fidaner C. Perception Of Quality of Life By a Sample Of Turkish Older Adults: WHOQOL-OLD Project Turkish Focus Group Results.

Turkish Journal of Geriatrics 2005;8(4):p.169-183

15. Mazzeo R S, Cavanagh P, William J. Ve Ark. ACSM Position Stand: Exercise And Physical Activity For Older Adults. Med Sci Sports Exerc. 1998;30(6): 992-1008
16. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT ve Ark. American College Of Sports Medicine Position Stand: Exercise And Physical Activity For Older Adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):10-30.
17. Hollmann W, Strüder HK, Tagarakis CV Ve Ark. Physical Activity And The Elderly. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007;14(6):730-9.
18. Tuna H, Yaşlılarda Yaş Ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Fonksiyonel Uygunluğa Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı Doktora Tezi, İzmir, 2010
19. Yardımcı E. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995
20. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(3): 219-224.
21. Tiftik, S., Kayış, A. ve İnanır, İ. (2012). Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler. Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü. Türk Geriatri Dergisi, 15,96.
22. Arpacı, F. (2005).Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Ankara: Eğitim ve Kültür Yayınları.
23. Kanbur F. Yaşlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı. (12-13 Kasım 1998). Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, İstanbul, sf. 143-146.
24. Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim Ve Kültür Yayınları, Ankara, 2005; 33-41
25. Fadıloğlu, Ç. ,Esen, A., Karaokovan, A., Akyol A. ve Şentürk, N. (1992).Huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık durumlarının incelenmesi. Araştırma Raporu. Ege Üniversitesi, İzmir
26. Çuhadar D. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Bilişsel İşlev Ve Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemsireliği Yüksek Lisans Tezi Gaziantep, 2005,
27. Wieland D, Hirth W. Comprehensive geriatric assessment. Cancer Control

- November/December 2003; 10: 454-62.
28. Özer F, Hanoğlu L. Alzheimer Hastalığının Tanı Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi.2003;1(1): 6-12.
 29. Mann E, Koller M, Mann C, Cammen T and Steurer J. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. BMC Geriatrics 2004, 4:4. Erişim: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/4> Erişim tarihi:25.02.2011.
 30. Elsayy B, Higgins KE. The Geriatric Assessment. Am Fam Physician 2011;83(1): 48-56.
 31. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population DivisionWorld. Population Ageing 2009. United Nations, NewYork 2009.
 32. Mueller CA, Mielke RK, Penner E, Walker UJ, Pradier EH, Theile G.Disclosure of New Health Problems and Intervention Planning Using a Geriatric Assessment in a Primary Care Setting Croat Med J 2010; 51: 493-500.
 33. Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. Cancer Control 2003; 10(6): 454-62.
 34. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12(3): 189-98.78.
 35. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. Ege Tıp Dergisi 2010;49(3): 19-30.
 36. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17(1):37-49.
 37. Soriano RP. The comprehensive geriatric assessment. Soriano RP ed. Fundamentals of Geriatric Medicine. New York: Springer 2007; 20-38.
 38. Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. Crit Rev Oncol Hematol 2000; 33(1):45-56.
 39. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc 1983; 31(12): 721-7.
 40. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist 1970; 10(1): 20-30.

41. Podsiadlo D, Richardson J. The timed “up and go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(8): 142-8.
42. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34(2): 119-26.
43. Ware JE, Sherbourne DC. The MOS 36 item short form health survey (SF 36) *Medical Care* 1992; 30: 473-83.
44. Extermann M. Studies of Comprehensive Geriatric Assessment in Patients With Cancer. *Cancer Control* 2003; 10(6): 463-8.
45. EASY-Care 2010 Türkçe Validasyon Çalışması Erişim: <http://www.easycare.org.uk/international/turkey> Erişim Tarihi: 23.05.2011.
46. Kalat J. (2007), *Introduction to Psychology*. 8th edition, Wadsworth Publishing, pp.89-90
47. 44. Öztürk, O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Dokuzuncu basım. Ankara: Feryal Matbaası.
48. Yüksel, N. (2006). *Ruhsal Hastalıklar*. Üçüncü baskı. MN Medikal&Nobel. Ankara: Özyurt Matbaacılık.
49. Yaltkaya, K. , Balkan Oğuz, Y. (1994) *Nöroloji Ders Kitabı*. Birinci Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık.
50. Subramanian S, Surani S. Sleep disorders in the elderly. *Geriatrics* 2007;62:10-32.
51. Martin J, Shochat T, Ancoli-Israel S. Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clinical Psychology Review* 2000; 20(6): 783–805.
52. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S ve ark. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57: 761-89.
53. Adak 2001;Ertekin 1998; Guyton & Hall; Potter&Perry, 2001).
54. Gönül Özgür G, Baysan L, Yaşlılarda Uyku Sorunları *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;21 (2): 97-105.
55. Neikrug AB, Ancoli-Israel S. Sleep Disorders in the Older Adult *Gerontology* 2010;56,181–189
56. Harrington JJ, Lee-Chiong T, Sleep and Older Patients *Clin Chest Med* 2007;28:673- 684

57. Göktaş K, Özkan İ Sleep Disorders In The Elderly. Turk J Geriatrics. 2006; 9(4)
58. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH ve ark. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989;28: 193–213.
59. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7(2): 107–115.
60. de Castro Toledo Guimaraes LH, de Carvalho LBC, Yanaguibashi G, do Prado GF. Physically active elderly women sleep more and better than sedentary women. Sleep Medicine 2008; 9(5): 488–493.
61. Chiu HF, Leung T, Lam LC, Wing YK, Chung DW, Li SW, et al. Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. Sleep 1999;22:717-26
62. Malakouti SK, Foroughan M, Nojomi M, Ghalebani M. Sleep Pattern, Sleep Disturbances And Sleepiness In The Retired Iranian Elderly, European Psychiatry, 2009;24(1), 1228
63. Schubert, C. R., Cruickshanks, K. J., Dalton, D. S., Klein, B. E., Klein, R., & Nondahl, D. M. (2002). Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research.
64. Fadıloğlu Ç, ilkbay Y, Yıldırım YK. Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9: 165-9.
65. ÇALIK, İ. (2011). Yaşlılarda fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasındaki ilişki (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
66. Mousavi F. Prevalence and associated factors of insomnia syndrome in the
67. elderly residing in Kahrizak nursing home, Tehran, Iran. Iran J Public Health 2012;41:96–106.
68. Salo P, Vahtera J, Ferrie J et al. Trajectories of sleep complaints from early midlife to old age: Longitudinal modeling study. Sleep 2012;35:1559–1568.
69. de Castro Toledo Guimaraes LH, de Carvalho LBC, Yanaguibashi G, do Prado GF. Physically active elderly women sleep more and better than sedentary women. Sleep Medicine 2008; 9(5): 488–493.
70. Cankurtaran M, Çalık N, Cankurtaran EŞ, Karadağ Ö, Khalil M, Arıoğul S. (30 Ekim - 3 Kasım 2002). Yaşlılarda uyku düzeni ve uyku bozuklukları [Bildiri]. I. Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya.

71. Hayashino, Y., Yamazaki, S., Takegami, M., Nakayama, T., Sokejima, S., & Fukuhara, S. (2010). Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: results from a population-based survey. *Sleep medicine*, 11(4), 366-371.
72. Beck-Little R, Weinrich SP. Assessment and management of sleep disorders in the elderly. *J Gerontol Nurs* 1998; 24(4): 21-9.
73. Foley D, Monjan A, Masaki K, Ross W, Havlik R, White L, Launer L. Daytime sleepiness is associated with 3-year incident dementia and cognitive decline in older Japanese-American men. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(12): 1628-32.
74. Cricco M, Simonsick EM, Foley DJ. The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(9): 1185-89.
75. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, Grigolito F, et al. Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(2): 161-8.
76. Ancoli-Israel S. Sleep disorders in older adults. A primary care guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. *Geriatrics* 2004; 59(1): 37-40.
77. Vitiello MV. Sleep disorders and aging: understanding the causes. *J Gerontol* 1997; 52A(4): M189-91.
78. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician* 1999; 59(9): 2551-8.
79. Eker E. Yaşlılıkta uyku bozuklukları ve tedavi. In: Çelikkol A (ed). *Uyku bozuklukları*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1(1). Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1996; 75-86.
80. Örnek T, Bayraktar E, Özmen E. Geriatrik Psikiyatri. *Özgün Psikiyatrik Bozukluklar Dizisi*:I. Saray Tıp Kitabevleri. İzmir, Türkiye, 1992; 111-25.
81. McCurry SM, Reynolds CF, Ancoli-Israel S, Teri L, Vitiello MV. Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep Med Rev* 2000; 4(6):603-28.
82. Mohsenin V, Valor R. Sleep apnea in patients with hemispheric stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76:71-76.
83. Gindin, J., Shochat, T., Chetrit, A., Epstein, S., Ben Israel, Y., Levi, S., ... & Henrard, J. C. (2014). *Insomnia in Long-Term Care Facilities: A Comparison of Seven European Countries and Israel: The Services and Health for Elderly in*

Long TERM care Study. Journal of the American Geriatrics Society, 62(11), 2033-2039.

84. Aşkın R, Altan A, Kaya N, Aktitiz Y, Kucur R, et al. Yaşlılarda uyku bozuklukları. Türkiye Tıp Derg 1994; 1(1): 47-51.
85. Araujo AB, O'Donnell AB, Brambilla DJ, et al. Prevalence and incidence of androgen deficiency in middle-aged and older men: estimates from the Massachusetts Male Aging Study. J Clin Endocrinol Metab 2004;89(12):5920-6.
86. Cetinel B, Ozkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. Türk Üroloji Dergisi 2004; 30: 332-8.
87. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli RA. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1214-21.

EKLER

Ek 1. Yaşam kalitesi formu

Ek-1

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

1

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığımız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İstedüğünüzden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İstedüğünüzden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 2. Mini Nütrisyonel DeğerlendirmeMND

Ad Soyad:	Tarih:		
Cinsiyet:	Yaş:	VA(kg):	Boy(cm):

Aşağıdaki soruları kutulara uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın. Eğer toplam 11 veya daha düşük ise malnütrisyon gösterge puanını elde etmek için değerlendirmeye devam edin.

Tarama

A) Son üç ay içinde iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında

azalma var mı?

0= Şiddetli azalma var

1= Orta derecede azalma var

2= Azalma yok

B) Son 3 ay içinde kilo kaybı var mı?

0= 3 kilogramdan fazla

1= Bilinmiyor

2=1-3 kg arasında kayıp var

3= Kilo kaybı yok

C) Hareketlilik

0= Yatak veya sandalyeye bağımlı

1= Yataktan, sandalyeden, kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor

2= Evden dışarı çıkabiliyor

D) Son 3 ay içinde ortaya çıkan bir hastalığı veya psikolojik stresi var mı?

0= Var

2= Yok

E) Nöropsikolojik problemler

0= Ciddi bunama veya şiddetli depresyon

1= Hafif düzeyde bunama

2= Hiçbir nöropsikolojik problem yok

F) Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (Vücut ağırlığı(kg)/boy² (m²))

0= VKİ< 19

1= 19≤VKİ<21

2= 21≤VKİ<23

3= VKİ≥23

Tarama Puanı (maksimum 14 puan):

12-14: Normal nütrisyonel durum

8-11: Malnütrisyon riski

0-7: Malnütrisyonu

Değerlendirme

G) Bağımsız yaşıyor (hastane veya bakımevinde kalmıyor)

1= Evet 0= Hayır

H) Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç kullanıyor

0= Evet 1= Hayır

İ) Bası yarası var

0= Evet 1= Hayır

j) Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor

0= 1 öğün

1= 2 öğün

2= 3 öğün

K) Protein alımı için seçilen besinler

Günde en azından bir porsiyon süt ürünü (peynir, yoğurt, süt) tüketiyor

Evet

Hayır

Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor

Evet

Hayır

Günlük kırmızı et, beyaz et veya balık tüketiyor

Evet

Hayır

0= Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise

0.5= Eğer evet sayısı 2 ise

1.0= Eğer evet sayısı 3 ise

L) Günlük 2 veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor

0= Hayır 1= Evet

M) Günlük kaç bardak sıvı (su, çay, kahve, meyve suyu vb.) tüketiyor

0.0= 3 bardaktan az

0.5= 3-5 bardak

1.0= 5 bardaktan fazla

N) Yemek yeme şekli nasıl?

0= Yardımsız yemek yiyemiyor

1= Kendi başına zorlanarak yiyebiliyor

2= Kendi başına rahatça yemek yiyebiliyor

O) Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi

0= Kötü beslendiğini düşünüyor

1= Kararsız

2= Yeterli beslendiğini düşünüyor

P) Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor?

0.0= İyi değil

0.5= Bilmiyor

1.0= İyi

2.0= Çok iyi

R) Kol Çevresi (KÇ) (cm)

0.0= $KÇ < 21$

0.5= $21 < KÇ \leq 22$

1.0= $KÇ \geq 22$

T) Baldır Çevresi (BÇ) (cm)

0= $BÇ < 31$

1= $BÇ \geq 31$

Malnütrisyon Gösterge Puanı:

<17 Malnütrisyon

17-23.5 Malnütrisyon risk

24-30 Normal nütrisyonel durum

Ek 3. İdrar Kaçırma(ICIQ-SF)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz minnetar oluruz.

1) Lütfen doğum tarihinizi yazınız:..GÜN/ AY/ YIL (...../...../.....)

2) Cinsiyet Kadın Erkek

3) Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

hiçbir zaman	0
haftada bir veya daha seyrek gibi	1
haftada iki veya üç kez	2
günde bir kez gibi	3
günde birkaç kez	4
her zaman	5

4) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz?
Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)
(Bir kutuyu işaretleyin)

hiç	0
az miktarda	2
orta derecede	4
çok miktarda	6

5) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?
Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç bir şekilde										çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5.....

6)Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum....
tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum....
öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum....
uyurken kaçıyorum....
hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum....
işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum....
belirgin bir neden olmadan kaçıyorum....
her zaman kaçıyorum....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

Ek 4. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa form

Adı ve soyad:

Tarih:

Puan:

1. Hayatınızdan memnun musunuz?
Evet **Hayır**
2. İlgilendiğiniz veya yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı?
Evet **Hayır**
3. Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz?
Evet **Hayır**
4. Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?
Evet **Hayır**
5. Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?
Evet **Hayır**
6. Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz?
Evet **Hayır**
7. Kendinizi Çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz?
Evet **Hayır**
8. Sıklıkla umutsuzluk hisseder misiniz?
Evet **Hayır**
9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yaptıktan sonra çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?
Evet **Hayır**
10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet **Hayır**
11. Şu an hayatta olmak güzel mi?
Evet **Hayır**
12. Sizce şu anki durumunuz değersiz mi?
Evet **Hayır**
13. Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz?
Evet **Hayır**
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?
Evet **Hayır**
15. Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz?
Evet **Hayır**

Ek 5. Günlük yaşam aktivitelerinde Katz bağımsızlık indexi

aktiviteler	Bağımsızlık	Bağımlılık
Puanlar (1 veya 0)	1 puan Denetim, yönlendirme veya personel yardımı olmadan	0 puan Denetim, yönlendirme, personel yardımı veya total bakım
Banyo	(1 puan) Tamamen bağımsız olarak banyo yapabiliyor veya sadece sırt, genital bölge veya hareket ettiremediği tek bir extremitte gibi tek bir bölgenin yıkanmasında yardım alıyor	(0 puan) Tek bir vücut bölgesinden daha fazlasının yıkanmasında, banyoya girme veya çıkmada yardım alıyor. Veya tüm banyoyu yardımla yapıyor
Puan:.....		
Giyinme	(1 puan) Giysileri dolaptan ve çekmecedan alıp giyinebilir. Ayakkabı bağlamada yardım alabilir	(0 puan) Kendi başına giyinirken yardıma ihtiyaç duyuyor veya tam giyinmede yardıma ihtiyaç duyuyor
Puan:.....		
Tuvalet	(1 puan) Tuvalete giderken, otururken ve kalkarken, giysilerini çıkarıp giyerken ve temizlenirken yardıma ihtiyaç duymuyor	(0 puan) Tuvalete giderken veya temizlenirken yardıma ihtiyaç duyuyor veya sürgü yada sandelye kullanıyor
Puan:.....		
Transfer	(1 puan) Yardıma ihtiyacı olmadan yatağa girebiliyor veya yataktan çıkabiliyor, koltuğa oturup kalkabiliyor. Mekanik yürüme araçları kullanabilir.	(0 puan) Yataktan koltuğa geçmek için yardıma ihtiyacı oluyor veya yardımsız hiç hareket edemiyor
Puan:.....		
İdrar ve gayta kaçırma	(1 puan) Küçük veya büyük tuvaletini kendisi kontrol edebiliyor	(0 puan) Kısmen veya tamamen idrar veya gayta kaçırıyor
Puan:.....		
Beslenme	(1 puan) Yemeğini tabaktan ağzına yardımsız götürebiliyor. Yemeğin hazırlanması başka bir kişi tarafından yapılabilir.	(0 puan) Yemek yerken kısmen veya tamamen yardıma ihtiyacı oluyor. Veya damardan besleniyor.
Puan:.....		
Toplam puan:.....		



6 puan: yüksek (hasta bağımsız)

0 puan: düşük (hasta çok bağımlı)

Ek 6. Lawtonun günlük enstrümental yaşam aktivite skalası

Aktiviteler	puan	Aktiviteler	puan
Telefon kullanabilme		Çamaşır Yıkama	
1.Kendi isteği ile numaralara bakıp arama yapabilir	1	1.Tüm çamaşırlarını yıkayabilir	1
2.İyi bildiği birkaç numarayı arayabilir	1	2.Küçük parçaları yıkayabilir ve çorapları kıyafetleri durulayabilir	1
3.Telefona cevap verebilir ama arama yapamaz	1	3.Tüm çamaşır yıkama işlemleri başkaları tarafından yapılır	0
4.Telefonu hiç kullanamaz	0		
Alışveriş		Ulaşım	
1.Tüm alışveriş ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılar	1	1.Kendi arabasıyla veya toplu taşıma araçlarıyla kendi başına istediği yere gidebilir	1
2.Düşük miktarda alışverişleri bağımsız olarak yapabilir	0	2.Ulaşımını kendi başına taksi ile sağlayabilir ancak toplu taşıma araçlarını kendi başına kullanamaz	1
3.Herhangi bir alışverişte yardıma ihtiyaç duyar	0	3.Başka birisi ile beraber veya yardım ile toplu taşıma araçlarını kullanabilir	1
4. Hiçbir şekilde alışveriş yapamaz	0	4.Başka birisinin yardımı ile taksi veya otomobil ile kısmen ulaşımını sağlayabilir	0
		5.Yardımlı ya da yardımsız ulaşımını sağlayamaz	0
Yemek Hazırlama		Tedavi Sorumluluğu	
1.Yeterli miktarda yemeği planlayabilir, hazırlayabilir ve servis edebilir	1	1.İlaçlarını doğru zamanda ve doğru dozajda alabiliyor	1
2.Malzemelerle desteklenirse yeterli miktarda yemeği hazırlayabilir	0	2.İlaçları bölünmüş dozlarda önceden hazırlanırsa doğru şekilde kullanabiliyor	0
3.Hazırlanmış yemeği ısıtabilir ve servis edebilir ancak yeterli miktarda yemek pişiremez	0	3.Kendi ilaçlarını alabilme kapasitesi yoktur	0
4.Yemeklerin pişirilmesinde ve servis edilmesinde yardıma ihtiyaç duyar	0		
Ev İdaresi		Mali İdare	
1.Evin tüm işlerini tek başına nadir yardım ile yapabilir (ağır işler)	1	1.Mali işlerini bağımsız olarak yönetebilir (bütçe yapar, çek yazar, ödemeler yapar, bankaya gider)	1
2.Tabak yıkama veya yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	1	2.Günlük gelir giderlerini yapar ancak banka işlemleri ve büyük ödemeler için yardıma ihtiyaç duyar	1
3.Hafif işleri yapabilir ancak kabul edilebilir seviyede temizlik yapamaz	1	3. Para kullanma kapasitesi yoktur	0
4.Tüm ev işlerinde yardıma ihtiyacı olur	1		
5.Ev işlerine hiç bir katkıda bulunamaz	0		
Skorlama: /8			

Ek 7. Uyku Hastalıkları Değerlendirme Anketleri

	UYKU HASTALIKLARI DEĞERLENDİRME ANKETLERİ			
KODU: KLN.FR.73	YAYIN TARİHİ: ŞUBAT 2014	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: --	SAYFA NO: 1/4

STANFORD UYKULULUK ÖLÇEĞİ

1. Aktif ve sürekli uyanık hissediyor.	
2. Fonksiyonlar yüksek düzeyde ama maksimum değil, işe konsantre olabiliyor.	
3. Uyanık durumda fakat relaks, yanıt veriyor ama tam alert değil	
4. Bazen dalgın.	
5. Dalgın ve hareketleri yavaşlamış.	
6. Belirgin uyku hali var, sürekli yatmayı tercih ediyor.	
7. Uyanık kalamıyor.	

PİTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki soruları son 1 ay içerisindeki uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.

1. Genellikle saat kaçta uyku için yatağa gidersiniz?.....
2. Yatağa yatmanız ile uykuya dalmanız arasında geçen süre ortalama kaç dakikadır?.....
3. Genellikle sabah saat kaçta uyanırsınız?.....
4. Geceleri ortalama uyku süreniz ne kadardır (yatakta geçirilen süre değil uyku süresi)?



5. Geçen ay içinde kötü uyudum çünkü...	Hiç yok (0)	Haftada 1 den az (1)	Haftada 1-2 kere (2)	Haftada 3 veya daha fazla (3)
a)30 dk içinde uykuya dalamadım				
b)Uykunun ortasında ya da sabah çok erken uyandım				
c)Banyoyu kullanmak zorunda kaldım				
d)Rahat nefes alamadım				
e)Şiddetli horladım veya öksürdüm				
f)Soğuk hissettim				
g)Sıcak hissettim				
h)Kötü rüya gördüm				
l)Ağrım oldu				
j)Diğer nedenler				

	UYKU HASTALIKLARI DEĞERLENDİRME ANKETLERİ			
KODU: KLN.FR.73	YAYIN TARİHİ: ŞUBAT 2014	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: --	SAYFA NO: 2/4

6. geçen ay içinde uykuya yardım için ne kadar sıklıkla ilaç kullanmak zorunda kaldınız	Hiç yok (0)	Haftada 1 den az (1)	Haftada 1-2 kere (2)	Haftada 3 veya daha fazla (3)
7. geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla uyanırken araç kullanma, yemek yeme veya sosyal aktivitelerde uykululuk nedeni ile zorluk çektiniz?				
8. geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla isteksizlik çektiniz?				
	Çok iyi (0)	Oduka iyi (1)	Olduça kötü (2)	Çok kötü (3)
9. Geçen ay içerisinde genel olarak uyku kaliteniz için yorumunuz.				

PİTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SORU VE SORUNUN PUAN KARŞILIĞI		PUAN
Komponent 1 (Subjektif Uyku Kalitesi)	9. Soru Puanı (0-1-2-3)	
Komponent 2 (uyku latansı)	2. soru: <15 dk:0, 16-30dk:1, 31-60 dk:2, >60 dk:3 ve 5.soru a şikkı puanı 0:0, 1-2:1, 3-4:2,5-6: 3	
Komponent 3 (uyku süresi)	4. soru: >7 saat:0, 6-7 saat:1, 5-6 saat:2, <5 saat: 3	
Komponent 4 (uyku etkinliği)	(uykuda geçen süre/yatakta kalma süresi)x100 >%85: 0, %75-84: 1, %65-74:2, <%65: 3	
Komponent 5 (uyku bozukluğu)	5b,5c,5d,5e,5f,5g,5,i ve 5j nin toplamı: 0:0, 1-9: 1, 10-18: 2, 19-27: 3	
Komponent 6 (ilaç kullanımı)	6.soru puanı (0-1-2-3)	
Komponent 7 (gündüz fonksiyonları)	7.soru puanı+8.soru puanı	
Toplam skor		

	UYKU HASTALIKLARI DEĞERLENDİRME ANKETLERİ			
KODU: KLN.FR.73	YAYIN TARİHİ: ŞUBAT 2014	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: --	SAYFA NO: 3/4

BERLİN ANKETİ

Kategori 1



1. Horlamanız var mı? a.) Evet (1 puan) b.) Hayır c.)Bilmiyorum
2. Horlamanızın şiddeti ne kadardır?
 - a. Nefes alma sesinden biraz fazladır
 - b. Konuşma sesi gibidir
 - c. Konuşma sesinden daha şiddetlidir (1 puan)
 - d. Çok şiddetlidir, yan odadan duyulabilir (1 puan)
3. Horlama sıklığınız nedir?
 - a. Hemen her gece (1 puan)
 - b. Haftada 3-4 gece (1 puan)
 - c. Haftada 1-2 gece
 - d. Ayda 1-2 gece
 - e. Hemen hemen hiçbir zaman
4. Horlamanızdan diğer insanlar rahatsız olur mu? a.)Evet (1 puan) b.)Hayır c.)Bilmiyorum
5. Uyku sırasında nefesinizin durduğunu söyleyen oldu mu?
 - a. Hemen her gece (1 puan)
 - b. Haftada 3-4 gece (1 puan)
 - c. Haftada 1-2 gece
 - d. Ayda 1-2 gece
 - e. Hemen hemen hiçbir zaman

Kategori 2

6. Uykudan uyandığınızda kendinizi ne kadar sıklıkla yorgun ve halsiz hissedersiniz?
 - a. Hemen her sabah (1 puan)
 - b. Haftada 3-4 sabah (1 puan)
 - c. Haftada 1-2 sabah
 - d. Ayda 1-2 sabah
 - e. Hemen hemen hiçbir zaman
7. Gündüz saatlerinde kendinizi ne kadar sıklıkla yorgun ve halsiz hissedersiniz?
 - a. Hemen her gün (1 puan)
 - b. Haftada 3-4 gün (1 puan)
 - c. Haftada 1-2 gün
 - d. Ayda 1-2 gün
 - e. Hemen hemen hiçbir zaman
8. Hiç araç kullanırken uyuyakaldığınız veya uyumak üzere iken fark ettiğiniz oldu mu?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır
 - c. Bilmiyorum
9. Araç kullanırken aşırı uykululuk veya uyuyakalma ne kadar sıklıkla olur?
 - a. Hemen her gün (1 puan)
 - b. Haftada 3-4 gün (1 puan)
 - c. Haftada 1-2 gün
 - d. Ayda 1-2 gün
 - e. Hemen hemen hiçbir zaman

Kategori 3

10. Hipertansiyon veya obezite (beden kitle indeksi>30kg/m2) a.) Evet (1 puan) b.)Hayır

	UYKU HASTALIKLARI DEĞERLENDİRME ANKETLERİ			
KODU: KLN.FR.73	YAYIN TARİHİ: ŞUBAT 2014	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: --	SAYFA NO: 4/4

BERLİN ANKETİ PUANLAMA YÖNTEMİ

	Anlamlı puan	Sonuç
Kategori 1	≥2	3 kategoriden 2 veya daha fazlası (+) ise yüksek risk
Kategori 2	≥2	
Kategori 3	≥1	
Toplam		≥2 Yüksek risk ≤1 Düşük risk

STOP VE STOP-BANG ANKETİ

	Evet	Hayır
S-Snore (yüksek sesle horlama var mı?)		
T-Tired (gündüzleri yorgun ve uykulu musunuz?)		
O-Observed (uykuda nefesinizin durduğunu söyleyen oldumu?)		
P- Pressure (HT nedeni ile ilaç kullandınız mı ?)		

B- BKİ (Beden Kitle İndeksi >35)		
A-Age (Yaş>50)		
N-Neck (Boyun çevresi >40)		
G-Gender (Erkek cinsiyet)		

STOP Anketi Toplam Skoru :

STOP-BANG Anketi Toplam Skoru :