

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LAVANTA YAĞIYLA UYGULANAN SIRT
MASAJININ YAŞLILARIN UYKU
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Seyhan YAMAN

OCAK-2011

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Emine ÜNSALDI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. İbrahim Hanifi ÖZERCAN

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR

Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

.....	_____
.....	_____
.....	_____
.....	_____

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında değerli katkıları olan, çalışmayı yönlendiren, araştırmanın en güzel şekle gelmesinde yardımlarını esirgemeyen çok saygı değer danışmanım Yrd. Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR’a

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Elazığ Gazi Huzurevi Müdürü Ziyaddin KARAKAYA’ya ve huzurevi personeline, araştırmaya katılan yaşlılara teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca araştırmanın her aşamasında ilgisini ve desteğini esirgemeyen Öğr. Gör. Feyza SEVİNDİK’e, eşim Hikmet YAMAN’a, kızım Benginur YAMAN’a, oğlum H. Hasan YAMAN’a ve sevgileriyle bana güç veren diğer aile üyelerime en derin şükran ve sevgilerimi sunarım.

27/12/2010

Seyhan YAMAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vi
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Genel Bilgiler	10
3.1.1. Uykunun Tanımı	11
3.1.2. Uykunun Fizyolojisi.....	12
3.1.3. Sirkadiyen Ritim (Biyolojik Saat).....	13
3.1.4. Uykunun Evreleri	14
3.1.4.1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM).....	15
3.1.4.2. Hızlı Göz Hareketli Uyku (REM).....	16
3.1.5. Uyku Gereksinimi	17
3.1.6. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler	18
3.1.6.1. Yaş	18
3.1.6.2. Cinsiyet	19
3.1.6.3. Egzersiz ve Yorgunluk.....	19
3.1.6.4. Emosyonel Durum	19
3.1.6.5. İlaçlar.....	20
3.1.6.6. Alkol ve Diğer Uyarıcılar.....	20
3.1.6.7. Sigara	21
3.1.6.8. Hastalıklar	21
3.1.6.9. Diyet.....	22
3.1.6.10. Çevre	22
3.1.6.11. Yaşam Biçimi.....	23
3.1.7. Yaşlılıkta Uyku ile ilgili Değişiklikler	23
3.1.8. Yaşlılıkta Uyku Bozuklukları	24
3.1.8.1. Dissomnialar	25
3.1.8.2. Parasomnialar	31
3.1.9. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen Fiziksel Hastalıklar	34
3.1.10. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen Psikososyal Sorunlar	34
3.1.11. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen Ruhsal Hastalıklar	35
3.1.12. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen İlaçlar	35
3.1.13. Yaşlılarda Uyku Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımı	35
3.1.13.1. İlaçla Tedavi.....	36
3.1.13.2. İlaç Dışı Yöntemler	37
3.1.14. Masaj	40
3.1.14.1. Masajın Organizma Üzerindeki Etkileri	41
3.1.14.1.1. Masajın Dolaşım Sistemi Üzerine Etkileri.....	41
3.1.14.1.2. Kaslar Üzerine Etkisi	42
3.1.14.1.3. Sinir Sistemi Üzerine Etkisi	42
3.1.14.1.4. Dinlendirici ve Gevşetici Etki	42
3.1.14.1.5. Ağrı Dindirici Etkisi.....	42
3.1.14.1.6. Deri Üzerine Etkisi.....	43
3.1.14.1.7. Bağ dokusu Üzerine Etkisi.....	43

3.1.14.1.8. Refleks etkileri	43
3.1.14.1.9. Psikolojik etkileri	44
3.1.14.2. Klasik Masaj Manevraları	44
3.1.14.3. Masaj Tedavisinde Temel İlkeler.....	47
3.1.15. Aromaterapi.....	50
3.1.16. Araştırmanın Amacı	53
4. GEREÇ VE YÖNTEM	54
4.1. Araştırmanın Tipi	54
4.2. Araştırmanın Hipotezi	54
4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	54
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	54
4.5. Veri Toplama Tekniği ve Gereçleri	55
4.5.1. Yaşlı Bilgi Formu.....	55
4.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	55
4.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi-3 (PUKİ-3).....	57
4.5.4. Yöntem.....	57
4.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	61
4.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	61
4.6.2. Bağımsız Değişkenler	61
4.7. Verilerin Değerlendirilmesi	61
4.8. Araştırmanın Etiği	61
5. BULGULAR	62
6. TARTIŞMA	82
6.1. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre İncelenmesi.....	82
6.2. Yaşlıların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Alt Bileşenlerinin ve PUKİ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre İncelenmesi.....	87
6.3. Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Yaş Grupları, Cinsiyet, Sağlık Sorununa Göre İncelenmesi	90
6.4. Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Çay İçme, Sigara İçme, Egzersiz Yapma Durumuna Göre İncelenmesi	92
7. SONUÇLAR	94
8. ÖNERİLER	96
9. KAYNAKLAR	97
10. EKLER.....	105
11. ÖZGEÇMİŞ.....	120

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 2: Yaşlıların Huzurevinde Yaşama Özelliklerine ve Yakınlarıyla Görüşme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 3: Yaşlıların Sağlık Sorunlarının ve İlaç Kullanma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 4: Yaşlıların Çay İçme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 5: Yaşlıların Madde Kullanma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 6: Yaşlıların Egzersiz Yapma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 7: Yaşlıların Huzurevinde Kaldıkları Sürede Uyku Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	69
Tablo 8: Yaşlıların Uyku Alışkanlığında Yaşadıkları Problemlerin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	70
Tablo 9: Yaşlıların Uykusuzluğa Neden Olan Şikayetlerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	72
Tablo 10: Yaşlıların Uyumadan Önce Uykuyu Kolaylaştıran Bireysel Alışkanlıklarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	73
Tablo 11: Yaşlıların Masaj Öncesi Günlerdeki PUKİ Alt Bileşenlerinin Gruplara Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	75
Tablo 12: Yaşlıların Masaj Sonrası Günlerdeki PUKİ Alt Bileşenlerinin Gruplara Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	77
Tablo 13: Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Grup İçinde Karşılaştırılması	78
Tablo 14: Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	79
Tablo 15: Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Yaş Grupları, Cinsiyet, Sağlık Sorunu ile Karşılaştırılması.....	80
Tablo 16: Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Çay İçme, Sigara İçme ve Egzersiz Yapma Durumları ile Karşılaştırılması	81

1. ÖZET

Bu araştırma, lavanta yağıyla uygulanan sırt masajının yaşlıların uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla, ön test-son test deneme modeli ile yapılmış yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırma kapsamına, Elazığ ili Gazi Huzurevi'nde yaşayan, uyku kalitesi “kötü” olan (Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanı 5'in üzerinde olan) ve araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 68 yaşlı alınmıştır. Araştırmanın verileri, “Yaşlı Bilgi Formu”, “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)” , “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin 3 günlük versiyonu (PUKİ-3)” kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmaya alınan yaşlılar PUKİ puanları benzer 34 kişilik iki gruba ayrılmıştır. Gruplardan birine kokusuz vazelin ile sırt masajı (masaj grubu), diğerine lavanta yağıyla sırt masajı (aromaterapi masaj grubu) yapılmıştır. Yatmadan önce 10 dakika süreyle yapılan masaj 3 gün devam etmiş, masaj uygulaması tamamlanan her yaşlıya 1 gün sonra PUKİ-3 uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplamalar, ki kare önemlilik testi, Fisher'in Kesin testi, t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan yaşlıların % 42.6'sının 70-79 yaşlarında olduğu ve % 70.6'sının uykuya dalmakta güçlük çektiklerini ifade ettikleri bulunmuştur.

Araştırmada her iki grubun PUKİ puan ortalamalarının masaj sonrasında anlamlı olarak düşüş gösterdiği saptanmıştır. Grupların masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise aromaterapi grubundaki düşüşün masaj grubundan daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Sonuç olarak, yatmadan önce uygulanan sırt masajının yaşlıların uyku kalitesini yükselttiği ancak aromaterapi sırt masajının yaşlıların uykusu üzerinde daha etkili olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Uyku, Uyku Kalitesi, Yaşlı, Aromaterapi masaj, masaj

2. ABSTRACT

This research is a quasi- experimental which was carried out with a preliminary test – proof positive model, with the aim to examine the effect of back massage with lavender oil on the sleep quality of old people.

68 aged people with “ bad” sleep quality (whose Pittsburgh Sleep Quality Index points were over 5) who lived in the Gazi Huzurevi (resthome), and who were in accord with the acceptance standards of the research, were object to the research. Output of this research was gathered by using the “ Aged People Information Form”, “ Pittsburgh Sleep Quality Index Points (PSQI)”, and “ the 3-day-version of Pittsburgh Sleep Quality Index Points (PSQI- 3)”.

The aged people who were accepted to the research, were divided in to two groups of 34 persons with similar PUKI points. Back massage with scentless vaseline (massage group) was applied on one group, and back massage with lavender oil was applied on the other group (aromatherapy massage group). The massage which was applied for 10 minutes before sleep, continued for three days. PSQI- 3 was applied one day after each aged person had finished his/ her massage implementation.

Percentage calculations, the chi square significance test, Fischer’s exact test, the t test, and the variance analysis have been used for evaluating the data.

42.6% of aged persons had revealed that their ages ranged between70-79, and that 70.6% had difficulty in falling asleep. had difficulty in falling asleep.

It was determined that the PSQI point averages after the massage of each two groups of the research, displayed a meaningful decline. The PSQI point averages of the groups were compared after the massage, and it was determined

that the decline in the aromatherapy group was much more and that the difference was statistically meaningful ($p < 0.001$).

Finally, it's sayable that the backside massage which is implemented before sleep increases the sleep quality of aged people, though aromatherapy backside massage is more impressive on the sleep of aged people.

Keywords: Sleep, Sleep quality, aged person, Aromatherapy massage, massage

3. GİRİŞ

İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bireyin bu temel gereksinimleri karşılanmadığı zaman iyilik hali bozulur (19,115).

Uyku insan yaşamında temel ve vazgeçilmez etkinliklerden biri olup solunum, yeme-içme ve boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. İnsan gereksinimlerinin belirlenmesinde en çok bilinen model, Abraham Maslow'un (1940) "Temel İnsan Gereksinimleri Piramiti"dir. Bu piramitte uyku insanın temel fizyolojik gereksinimleri arasında yer almaktadır. Hemşirelik bireyin uyku gereksinimlerini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasına yardım eden bir meslektir. Virginia Henderson, Faye G.Abdellah, Dorethea Orem, Roper, Logan ve Tierney hemşireliği açıklayan kuramlarında insan gereksinimlerini temel almışlardır. Hemşirelik uyku gereksinimlerini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasına yardım eden bir meslektir. Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimleriyle ilgili işlevini "Hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" olarak belirlemiştir. Roper, Logan ve Thirney de 12 günlük yaşam aktivitesi arasında uyku alışkanlığına yer vermiştir.

Yaşam, uyku-dinlenme ve uyanıklık periyodu içerisinde arka arkaya yapılan aktiviteleri kapsar. İnsan, 24 saatlik zaman diliminde uyuma ve uyanma ritmine sahiptir. Uyku zamanı ve süresi bireyden bireye farklıdır. Erişkin birey, tüm yaşamının üçte birini uykuda geçirir. Uyku, günlük yaşamın baskılarından uzaklaşmayı ve dinlenmeyi sağlaması, insanın gevşemesini kolaylaştırması, uyku sürecinde hücrelerin büyüme ve yinelenmesinin gerçekleşmesi, beyin işlevlerinin

güçlenmesi, düzenlenmesi ve onarılmasını sağlayarak, bireyi yeni bir güne hazırlar. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli değişkeni olarak görülmektedir (4,19,110).

Uyku kalitesinin bozulması birçok sağlık sorununa neden olabildiği gibi, sağlık sorunlarının varlığı da uyku kalitesini etkileyebilmektedir. Uyku düzeninde ve kalitesindeki bozulmalar günlük yaşam aktivitelerini etkiler (91). Uyku bozuklukları bireylerde yorgunluğa, anksiyeteye, sinirliliğe, gündüz uyuklamaya, dikkat, hatırlama, anlama ve kavrama yeteneklerinde bozulmaya ve depresyona neden olmaktadır (4,89,91). Uyku bozukluğunun uzun süre devam etmesi durumunda ağrıya duyarlılığın artması, kas titremeleri, immunosüpresyon, mental fonksiyonlarda azalma, genel sağlık ve fonksiyonel durumda bozulmalar görülebilmektedir. Bu yakınmalar bireylerin sosyal ve mesleki yaşamlarında başarısız olmalarına, yaşam kalitelerinin bozulmasına ve ekonomik durumlarının olumsuz etkilenmesine de yol açabilmektedir (20,116).

Uyku örüntüsü yaşlanmayla birlikte değişikliğe uğrar (12,55). Yaşlanma süreci ile birlikte normal uyku düzeninde bazı değişiklikler meydana gelmekte ve uykusuzluk yakınmaları artmaktadır (45). Yapılan bir araştırmada (9) 18 yaş üstü nüfusun %36'sının uyku sorununun olduğu, uyku bozukluklarının 65 yaş üstü bireylerde diğer yaş gruplarına göre daha fazla görüldüğü bulunmuştur.

Yaşlılar daha çok uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğünden, sabah erken saatte uyanma ve gündüz saatlerinde aşırı uyuklamadan şikâyet etmektedirler (118). Yaşlılardaki bu yakınmaların nedenleri arasında sirkadiyen ritim değişikliği, primer uyku hastalıkları, romatolojik hastalıklara bağlı ağrılar, nörolojik hastalıklar sonucu oluşan hareket kısıtlılıkları, psikiyatrik sorunlar,

sistemik hastalıklar ve kullanılan bazı ilaçlar sayılabilir (91). Ayrıca ilerleyen yaşla beraber eş kaybı, yalnız yaşama, emeklilik, huzurevinde ya da bakımevinde kalma gibi değişiklikler ortaya çıkmakta, böylece yavaşlamış bir yaşam şekli oluşmaktadır. Görme, işitme ve zihinsel işlevlerdeki azalma nedeni ile ışık ve ses gibi dış uyaranları algılamada güçlükler yaşanmaktadır. Tüm bu değişiklikler bireyin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (55,88).

Florida’da 1645 erişkin üzerinde yapılan çalışmada %5 oranında uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğü bildirilmiş, bu yakınmanın kadınlarda ve yaş ilerledikçe daha belirgin ifade edildiği belirlenmiştir (68).

Uyku bozukluğu insidansının aile ortamında yaşayanlara göre sosyal kurumlarda yaşayan yaşlı bireylerde daha fazla olduğu belirtilmektedir (118). Fadiloğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada (45) huzurevinde kalan yaşlı bireylerin %23’ünün uykuya dalmada güçlük çektiği; %34’ünün geceleri 5-6 saat, %51’inin ise 7-8 saat uyuduğu; %47’sinin uykuya daldıktan sonra sık olarak uyandığı ve %32’sinin uyandıktan sonra tekrar uyumakta güçlük çektiği saptanmıştır. Foley ve arkadaşları (49) 65 yaş ve üstü 9.000’den fazla kişi ile yaptığı çalışma sonucunda bu bireylerin %28’i uykuya dalma, %48’i ise hem uykuya dalma hem de uykuyu sürdürme güçlüğü tanımlamışlardır.

Uyku bozukluklarının tedavisinde ilaçlar ve ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır. Tedavi amacı ile hipnotik ve sedatif ilaçların kullanımı için hekim önerisi gerekmektedir. Ayrıca bu ilaçların yan etkilerinin olduğu; bağımlılık yapabildikleri, etkili ve istenilen düzeyde uyku sağlayamadıkları belirtilmektedir. Duyarlı kişilerde öğrenmeyi, motor aktiviteyi bozabildiği bildirilmektedir (22,103).

Uyumayı sağlamak için; iyi bir uyku hijyeni, masaj, gevşeme terapileri, stimulus kontrolü, uyku kısıtlaması, bilişsel terapi, kronoterapi gibi ilaç dışı yöntemler kullanılabilmektedir. (4,12,22,92).

Gevşeme ve rahatlamayı sağlayan yöntemlerden biri sırt masajıdır. Sırt masajı kolay uygulanan ve yan etkisi olmayan bir yöntemdir (113). Masajın kan akımını etkilediği, kas gerilimini azalttığı, uyarıcı veya sakinleştirici etkisi yardımıyla sinir sistemini etkilediği ve yara iyileşmesini sağladığı bilinmektedir. Ayrıca masaj kas spazmlarını çözer, gevşemeyi sağlar, hareket etmeyi kolaylaştırır, solunumu düzenler, lenf dolaşımını uyarır, baş ağrısı gibi gerilimle ilgili durumlarda rahatlamayı sağlar, deriyi besler ve geliştirir, stresle baş etmeyi kolaylaştırır, iyilik halini sağlar, anksiyeteyi azaltır (4,113).

Yapılan çalışmalarda masajın, rahatlama ve gevşemeyi sağlayarak uyku kalitesini arttırdığı ve daha iyi uyku sağladığı bulunmuştur (35,44,95)

Ersser ve arkadaşları, sırt masajının, uyku düzeni, dinlenme, ağrı, anksiyete ve hastanede kalma süresine etkisini incelemişlerdir. Masaj uygulanan hastalar masajın fiziksel, emosyonel ve mental olarak çok rahatlatıcı olduğunu, masaj uygulandığı günlerde ağrı kesici ve uyku ilacı kullanmadan çok daha iyi uyuduklarını ifade etmişlerdir (43).

Masaj uygulamaları sırasında losyon ya da aroma yağlar kullanılabilmektedir. Aromatik bitkisel öz yağlarla yapılan ve tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olan aromaterapi, doğrudan deriye uygulanabileceği gibi inhalasyon yoluyla da uygulanabilmektedir (24,27,37,98). Aromaterapi ağrı, depresyon, anksiyete, gevşeme, uyku ve strese bağlı bozukluklarda kullanılmaktadır (1,107).

Aromaterapide yaygın olarak kullanılan lavanta yağının amigdala üzerine etki ettiği, rahatlatıcı ve sedatif etkisinin olduğu, düz kasları gevşettiği bu özellikleri nedeni ile uyku kalitesini olumlu etkilediği, antibakteriyal, antifungal, antideprasan özelliklerinin olduğu ve aynı zamanda bütün aroma yağlar içinde en az toksik ve alerjik özellik gösterdiği ileri sürülmektedir (24,26,27,30,37,84).

Kronik uyku bozukluğu hikayesi olan 10 yetişkin hastaya, 15–29 gün boyunca yatma zamanına yakın inhalasyonla lavanta yağı uygulanmış ve çalışma sonucunda 8 kişinin sabahları kendilerini daha dinlenmiş ve sakin hissettikleri saptanmıştır (117).

Başka bir çalışmada, koğuşlarına lavanta kokusu yayılan demans hastaları gece monitörden gözlenmiş ve yedi hafta süren çalışmanın sonunda, inhalasyon yoluyla uygulanan lavantanın sedatif etkisinin olduğu bulunmuştur (59).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North America Nursing Diagnosis Association – NANDA) belirlediği hemşirelik tanıları arasında “uyku bozukluğu” bulunmaktadır (29). Hemşirelerin, bireylerin uyku sorunlarına çözüm getirebilmeleri için uykuyla ilgili temel bilgiye sahip olmaları, bakım verdikleri bireylerin uykularının özelliklerine, uykuyu etkileyen ve kolaylaştıran faktörlere dikkat etmeleri gerekmektedir.

Aroma yağlarla uygulanan sırt masajının uyku üzerinde etkisini inceleyen az sayıda araştırma vardır (65,104,108).Bu araştırma lavanta yağıyla uygulanan sırt masajının yaşlıların uyku kalitesine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

3.1. Genel Bilgiler

Yaşlanma, kişiden kişiye anlamı değişen, her canlıda görülen, her insanda farklı hızla seyreden, intrauterin yaşamdan başlayıp, ölüme kadar devam eden geriye dönüşü olmayan tüm sistemleri etkileyen evrensel bir süreçtir. Yaşlılık biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve kronolojik ölçütleri olan bir kavramdır (42,69,70). Bireyin yaşlanma sürecinde genetik, çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, yaşam biçimi, meslek, geçirilen hastalıklar ve kişilik özellikleri etkilidir (2,5,42). Yaşlılık için belirlenmiş bir yaş sınırı olmamakla birlikte sıklıkla 60-65 yaş sınır olarak kabul edilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına göre;

- 45-59 yaşları “orta yaş”
- 60-74 yaşları “yaşlılık”
- 75-89 yaşları “ihtiyarlık”
- 90 ve üzeri yaşları “ileri ihtiyarlık”

olarak sınıflandırılmaktadır (2,5).

Dünya nüfusu içinde 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısı 1950 yılında 200 milyon iken, 2000 yılında 590 milyon olduğu belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun 2025 yılında 1 milyar 100 bin, 2050 yılında ise 2 milyar olması beklenmektedir (69). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ülkemizde 2005 yılında 6 milyon 147 bin olan 60 yaş ve üzerindekiilerin sayısının, 2015’de 8 milyon 442 bin, 2025’te ise 12 milyon 55 bin olacağını belirtmektedir (40).

Yaşlı nüfusun hızla artması yalnızlık, yoksulluk, engellilik, kronik hastalıklar, bakım ve destek gereksiniminin karşılanamaması gibi sorunları gündeme getirmektedir. Yaşlı bakımı; yaşlıya yardımı amaçlayan sağlık, sosyal

ve bakım etkinliklerinin tümünü içermektedir. Yaşlılar için iyi ve kaliteli bir bakım hizmeti; yaşlının günlük yaşam aktivitelerini karşılayabilmesi, kararlara yaşlının da katılması, sağlğının korunması, geliştirilmesi, bağımlılığın azaltılması, yaşlının kendi evinde bakım hizmeti alabilmesi ve öz saygısının korunması olarak sıralanabilir. Yaşlılara; gerek yakın aile bireylerinden gerekse aile dışı kurum ve kuruluşlardan ev içi sağlık hizmeti sunabilmesi, yaşam kalitesini arttırıcı en önemli hizmettir (2). Ülkemizde sosyo-ekonomik yaşamdaki hızlı değışimlere paralel olarak ailenin işlevi ve yaşam tarzında önemli değışmeler oluşmuş ve bu süreç de yaşlının aile içindeki yeri, önemi, gücü ve otoritesi geniş ölçüde azaltmıştır. Bu değışim yaşlı bakımında aile dışı kurumların varlığını zorunlu kılmıştır.

Ülkemizde yaşlıların, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi, huzur ve güven içinde yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak amacıyla 1963 yılında T.C Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü bünyesinde huzurevleri açılmıştır (69). Huzurevleri bakım ve tedavi gereksinimi olmayan yaşlıların yaşamlarını uzun süreli sürdürebildikleri yerlerdir (2).

3.1.1. Uykunun Tanımı

Uyku, karşılanması gereken temel fizyolojik bir gereksinimdir. Uykunun değışik tanımları yapılmaktadır (70).

Uyku, bireyin duysal ya da başka uyaranlarla uyandırılabilceğı bir bilinçsizlik durumudur (5,70). Uyku; düzenli ve tekrarlayan, dış uyaranlara yanıt

eşiğinin yükseldiği ve göreceli hareketsizlikle belirli bir durumdur (4). Uyku; bedensel işlevler ile bağlantılı olan karmaşık bir biyolojik ritimdir.

Uyku insan yaşamında, günün yaklaşık üçte birini kapsayan, bazıları için fazlalığı ile bazıları için azlığı ile yakınma konusu olabilen bir süreçtir. İnsan beyninin elektriksel aktivitesini kaydetmesi ile uyku ve uyanıklıkta farklı ritimlerinin varlığının ortaya konması, uyku araştırmalarına yeni bir boyut kazandırmış, uyanıklık ve uykuyu oluşturan nöral yapılar belirlenmeye başlamıştır (93).

3.1.2. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord, serebral kortekste yer alan Retikular Activating System (RAS) ve medullada yer alan Bulbar Synchronizing Region (BSR) tarafından düzenlenir. Beyin merkezleri aralıklı olarak inhibe ve aktive olur. İnhibisyon uykuya neden olurken aktivasyon uyanıklığı sağlar (6). Retiküler aktive edici sistem, uyanıklık süresince yorulmakta ve bir süre sonra inaktif hale geçmektedir. Uykunun doğal siklusunu kontrol etmede retiküler aktive edici sistem ve bulber senkronize edici bölge beraber çalışmaktadır (17,56,121).

Retiküler aktive edici sistem, uyanıklıkla ilişkili kortikal aktivitelerin yanında refleks ve istemli hareketlerin oluşumunu da sağlar ve uyku esnasında vücudun periferinden ve serebral korteksten gelen bazı uyarıları algılayabilir. Bu durumda uyanıklık haline geçer. Uyarıların azalması sistemin aktivasyonunu azaltmaktadır. Ağrı, gürültü, basınç gibi dışarıdan gelen uyarılar retiküler aktive edici sistemi uyarır ve vücudun uykudan uyanıklığa geçmesine neden olur.

Bulber senkronize edici bölgenin aktivitesinin artması uykuyu başlatır. Yani retiküler aktive edici sistemin aktivitesinin azalması ve bulber senkronize edici bölgenin aktivasyonun artması uyanıklıktan uyku sürecine geçişi sağlamaktadır.

Uyku esnasında beden sıcaklığı ve kortizol düzeyi düşer, melatonin salgısı artmaya başlar. Santral sinir sisteminde subkortikal bölgede locus seruleusda (norepinefrinerjik) inhibisyon başlaması ile birlikte organizma uyumaya hazırlanır. Bu sırada dorsal rafe nukleuslarında (serotoninerjik) aktivite artar ve böylece uyku derinleşir. Uyku derinleştikçe adrenerjik sistemde de inhibisyon artar (4). Dopamin, serotonin, histamin, norepinefrin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler uykuda rol oynar (17,56,121).

Beyindeki belli alanların uyarılması (hipotalamus, rafe çekirdekleri, nucleus traktus solitarius, diensefalondaki bazı bölgeler) uyku siklusunu etkilemektedir (4).

3.1.3. Sirkadiyen Ritim (Biyolojik Saat)

Vücut işlevlerinin düzenli olarak işleyişine Latince “circadien” kelimesinden türemiş olan sirkadiyen denilmektedir. Sirkadiyen ritim endojen bir düzenleme olmasına rağmen, dışarıdan gelen aydınlık-karanlık mesajlarıyla da ilişkilidir. 24 saatlik olan gece-gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılır. Biyolojik saat insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına başka bir dönemde ise uyanmasına neden olur. Her bireyin uyku siklusu ile beraber bireye özgü bir biyolojik saati vardır (70,56)

Kalp hızı, kan basıncı, beden sıcaklığı, hormon salınımı, metabolik aktiviteler, kişisel performans ve duygu durum değişiklikleri de bu sirkadiyen ritmin bir parçasıdır. Uyku uyanıklık döngüsünün bozulması uykunun kalitesini bozarak fiziksel ve mental işlevlerin azalmasına neden olur. Sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ısı ve ışıktır. İnsanlar alışık oldukları saatlerde daha kolay uyurlar ve kalkma saatleri alışkanlıklarına bağlı olarak değişir. Bireyin bu durumu sirkadiyen ritmi ile uyumludur (4).

3.1.4. Uykunun Evreleri

E.E.G. (elektroensefalografi) ile beynin elektriksel aktivitesi, E.M.G. (elektromyografi) ile kasın istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumu ve E.O.G. (elektrookülogram) ile göz hareketleri saptanarak polisomnografik incelemelerle uykunun evreleri değerlendirilmektedir.

Yapılan araştırmalara göre uykunun iki majör evresi tanımlanmıştır.

1.NREM (Non Rapid Eye Movement-Hızlı Olmayan Göz Hareketleri)

2.REM (Rapid Eye Movement-Hızlı Göz Hareketleri).

Uyku, genellikle yetişkinlerde 24 saatte bir yinelenen döngüsel bir süreçtir. Yaklaşık 6-8 saatlik uyku süresince her biri 90-100 dakika olan 4-6 uyku siklusu vardır. Bu 90-100 dakikalık uyku siklusu, birbirini izleyen 2 dönemden oluşmaktadır. Bunlar uykunun hızlı göz hareketlerinin olduğu REM ve hızlı göz hareketlerinin olmadığı NREM evreleridir. Doksan dakika aralıklarla bir gecede 3-5 REM döneminden geçilmektedir. Genel olarak uykunun ilk 1/3'lük bölümünde derin uyku, son 1/3'lük bölümünde REM uykusu daha fazla yer almaktadır (14,17,56,62,83,118,121).

3.1.4.1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM)

NREM uykusunun 4 aşaması E.E.G. ile saptanmıştır. Bu uykuya “derin sakın uyku”, “rüyasız uyku”, “delta dalgalı uyku” gibi değişik isimler verilmektedir. NREM uyku derin ve dinlendiricidir. Uyuyan bireyin alfa ve beta beyin dalgaları, uyanık olan bireyin beyin dalgalarından daha yavaştır. NREM’in 4 evresi vardır (17,56,58,121).

Evre I : Uyku ile uyanıklık arası geçiş dönemidir. Uykunun ilk evresidir ve uyku hafif düzeydedir. Kişi gürültü, dokunma ve diğer duymasal uyarılarla uyandırılabilir. EEG’de alfa dalgaları kaybolur, düşük voltajlı desenkronize faaliyet oluşur. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Gözler bir taraftan diğer tarafa yuvarlanır durur. Bu evre uykuya başlarken ve gece uykusunun bitiminde 1-7 dakika sürer. Tüm uyku periyodunun % 4-5’inde meydana gelir (4,17,58).

Evre II : Daha derin bir uykudur. Uyandırma daha da güçleşir. Gözler hareketsizdir. EEG’de uyku sivrilikleri ve “K kompleksleri” belirir. Nabız ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır. Beden ısısı düşer. Kas tonüsü azalmaya devam eder. Bu evre 10-15 dakika sürer ve tüm uykunun % 40 -50’sini oluşturur (14,17,58).

Evre III : İkinci evreden daha derindir. Uyuyan bireyi uyandırmak için daha güçlü uyaran gerekir. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı olarak kalp ve solunum hızı düzenli ve oldukça yavaştır. Kaslar gevşek ve vücut sıcaklığı düşüktür ve protein sentezi artar. Bu evre 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun % 10’nu kapsar (5,17,56,121).

Evre IV : Çok derin bir uyku dönemi olup, bireyi uyandırmak çok güçtür. Vücudun fiziksel olarak dinlediği ve fizyolojik olayların geliştiği derin uyku evresidir. Kalp atımı, solunum sayısı ve vücut ısı azalmış kaslar gevşemiş metabolizma yavaşlamıştır. Bu evrede horlama, uykuda anlamsız konuşma ve uyurgezerlik ve enürezis gibi durumlar görülebilir. Somatotropin ve büyüme hormonu salgılanır, protein sentezi artar. Bu evre 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10'unu kapsar. Evre 3 ve 4 birlikte, düşük frekanslı senkronize dalgaların ortaya çıkmasından dolayı "yavaş dalgalı uyku" veya "derin uyku" olarak bilinmektedir (4,14,17,56,58,103,110).

3.1.4.2. Hızlı Göz Hareketli Uyku (REM)

REM uykusunda E.O.G. kayıtlarında hızlı göz hareketleri görülür. Bu evrede uyuyan birini uyandırmak oldukça güçtür. Kalp atımı, solunum, kan basıncı ve bazal metabolizma artar, baş-boyun, kas iskelet tonüsü ve derin tendon refleksi baskılanır, gastrik sekresyon artar. Uykunun başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra NREM döneminden REM dönemine geçilir. Gece süresince, her 90-100 dakikada bir REM periyodu görülür. İlk REM periyodu 10 dakikadan kısadır, daha sonrakiler 15-40 dakika sürer. Uykunun ilk yarısında NREM uykusu, ikinci yarısında REM uykusu daha yoğundur. Sabaha doğru REM uykusunun süresi 60 dakika kadar olabilir. Rüyalarda bütün uyku periyotlarında görülmekle birlikte % 80 oranında bu evrede görülür. Bu evre tüm evrenin % 20-25'ni kapsar (14,17,58,103,121).

3.1.5. Uyku Gereksinimi

Uyku tüm bireyler için önemli bir yaşam aktivitesidir. Her bireyin uyku ihtiyacı farklıdır. Bazı bireylerin uyku süreleri kısadır ve uygun işlevsellik için gecede 6 saatin altında uyku yeterlidir. Bazı bireylerin ise gecede 9 saatin üstünde uyku gereksinimi olabilir. Uyku için uzun süreye gereksinimi olanlarda, daha fazla REM periyodu ve her bir periyotta daha hızlı göz hareketleri görülür. Kısa süreli uykunun yeterli olduğu bireyler genellikle etkin, hırslı, sosyal ve durumlarından memnun, uzun süreli uykuya gereksinim duyanlar ise hafif deprese, anksiyeteli ve sosyal olarak çekingendirler. Fiziksel hastalık, hamilelik, genel zihinsel stres ve artmış mental etkinlik de uyku gereksinimini arttırmaktadır. REM dönemleri, zorlu öğrenme durumları ve stresli dönemlerde artar.

Bireyin uyku gereksinimini etkileyen faktörlerden biri de bireyin yaşıdır. Yaşlara göre uyku gereksinimleri farklılık göstermektedir (4,17,56).

Yenidoğanlar; kısa uyanıklık dönemleri ile genellikle günde 16 saat uyku uyurlar. REM uykusu, total uyku zamanının %50'inden fazlasını oluşturur. Uyanıklık döneminden doğrudan REM dönemine geçer.

Yeni yürümeye başlayan çocuklar; günde 10-14 saat uykuya ihtiyaç duyarlar. Uykunun %20-30 REM evresidir. Rüyalar ve kabuslar yaygındır.

Okul öncesi çocuklarda; günde 11 saat uyku gereksinimleri vardır. Uykunun % 20'si REM evresidir.

Okul dönemindeki çocuklarda; ortalama uyku süresi 10 saattir. Uykunun %18.5'i REM evresidir. Bu çağıdaki çocuklar genellikle sakin bir gece geçiremezler.

Adölesanlar ve genç yetişkinlerde; uyku ihtiyacı 8-10 saat olmakla birlikte uykunun %20'sini REM evresi oluşturmaktadır. Kişisel alışkanlıklar hamilelik, günlük aktiviteler, fiziksel ve emosyonel sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak genç yetişkinler, uyku gereksinimlerine göre uyku saatlerini ayarlar.

Yetişkin insanların; uyku gereksinimi 8 saattir. Gece boyunca süren uykunun %20-25'ni REM evresi oluşturur. Uykunun IV. Evresi kısadır. Buna karşılık REM dönemi sürelerinde hafif artış görülür.

Yaşlanma ile uyku kalitesinde bozulmalar başlar. REM süresi kısalma eğilimindedir. Uykunun NREM 3. ve 4. evresindeki kısalma ilerleyicidir. Bazı yaşlılarda 4. evre, yani derin uyku tamamen kaybolabilir. Yaşlılarda uykunun % 20-25'i REM evresidir. Uykunun derinliği azalır ve uyanmalar artmaya başlar. Yaşlılar fiziksel hastalıklar, anksiyete, yalnızlık ve korku gibi nedenlerle, geceleri uyuyamamaktan şikayet ederler ve gündüz uyumaları artabilir (4,17,56,58,70).

3.1.6. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler

Pek çok etmen uykunun süresini ve kalitesini etkilemektedir. Genellikle tek etmen değil, fiziksel, psikolojik ve çevresel pek çok etmenin bir arada bulunuşu uyku sorunlarına neden olmaktadır. Bireyin uyku gereksinimini etkileyen faktörler şunlardır.

3.1.6.1. Yaş

Uyku örüntüleri yaşa bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Yaş bireyin uyku fizyolojisinin en güçlü belirleyicisidir (11). Yaşla birlikte en önemli değişiklikler 3 yaşından sonra, ergenlikten sonra ve özellikle erkeklerde 30

yaşından sonra meydana gelir. Yaşamın erken dönemlerinde zamanın çoğu uykuda geçer. Ancak yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku gereksinimi de azalır. Yaşlılar gençlere göre uykuya dalmada daha fazla zamana gereksinim duyarken gece daha çabuk ve sık uyanırlar.

3.1.6.2. Cinsiyet

Cinsiyet uykuyu değerlendirmede göz önüne alınması gereken etmenlerden biridir. Yaşlanmayla birlikte erkeklerde yavaş dalga uykusu ve bütün olarak uyku etkinliği daha fazla azalır. Kadınların ise daha çok uyku sorunu belirttiği ve uyku ilacı aldıkları, buna karşın erkeklerden belirgin olarak daha fazla uyudukları saptanmıştır (4,70,103).

3.1.6.3. Egzersiz ve Yorgunluk

Sürekli ve düzenli olarak yapılan egzersizler kolay uyumayı sağlar. Düzensiz yapılan egzersizler ise uykunun bozulmasına sebep olabilir. Sabah erken saatlerde ve yatmadan hemen önce yapılan egzersizler uykuya bir yarar sağlamaz. Uykuyu olumlu etkileyebilecek en uygun egzersiz zamanı, öğleden sonra ve akşam üzeridir (4,58,70).

3.1.6.4. Emosyonel Durum

Üzüntü, anksiyete, depresyon gibi emosyonel sorunlar uyku düzenini bozarak gevşemeyi engelleyebilmektedir. Bu nedenle uykuyu desteklemek için yapılacak girişimlerden birisi de terapötik teknikler kullanarak hastanın gevşemesini sağlamaktır. (4,5,58,70).

Depresif bireyler yattıklarında, genellikle uzun süre olumsuz düşüncelerle meşgul olmakta ve bu durum uykuya geçişi engellemektedir. Bu kişilerin temel özelliklerinden biri de sabah çok erken saatte uyanmaları ve bir daha uyuyamamalarıdır (4,70,91,103).

3.1.6.5. İlaçlar

Bazı ilaçlar uykunun başlamasını ve süresini etkiler. Trankilizanlar, sedatifler, hipnotikler, ağrı ve bulantı için verilen ilaçlar uyumayı etkiler. İlaçlar total uyku zamanını arttırmakla beraber barbitüratlar, anfataminler ve antidepresanlar REM uykusunu azaltır.

Uykuyu Etkileyen İlaç ve Maddeler; Hipnotikler, derin uyku için tercih edilir. Geçici olarak (bir hafta) uykunun niceliğinde artış sağlar. Gün içerisinde uykusuzluk, konfüzyon ve enerji azalmasına neden olur. Yaşlılarda uyku apnesini daha da kötüleştirir. Diüretikler, noktüriye neden olur. Antidepresanlar ve stimülanlar, REM uykusunu baskılar. Total uyku süresini azaltır. Alkol, uykuya geçişi kolaylaştırır. REM uykusunu bozar. Kafein, uyuklamayı engeller. Gece boyunca uyuyamamaya neden olur. Beta-blokerler, gece kabuslarına uykudan ani uyanmalara ve uykusuzluğa (insomnia) neden olur. Benzodiazepinler, uyku süresini artırır. Gün boyu uykulu olmaya neden olur. Narkotikler, REM uykusunu bastırır. Gün boyu uykulu olmaya neden olur (4,15,58,70,91,103).

3.1.6.6. Alkol ve Diğer Uyarıcılar

Belli içeceklerin alımının uykuyu etkilediği bilinmektedir. Yatmadan önce alınan az miktardaki alkol, sedatif etki gösterip uykuya geçişi kolaylaştırırken

fazla miktarda alkol REM uykusunu bozarak süresini azaltmaktadır. Eğer alkol toleransı başlamışsa uyuma engellenir. Kafein, uyarıcı bir maddedir ve kafein içeren içeceklerin (kahve, çay, çikolata, kolalı içecekler) fazla miktarda alınması uykuya dalmayı güçleştirerek gece sık sık ve sabah erkenden uyanmaya neden olur (4,5,15,56,70,103).

3.1.6.7. Sigara

Nikotin uyarıcı bir maddedir ve uykuya geçişi zorlaştırır. Sigara içen bireylerde uykuya dalma güçlüğü ve daha hafif uyuma görülebilir. Sigara içenlerde akşam yemeklerinden sonra sigara içilmemesinin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı ve daha iyi uyumaya neden olduğu belirlenmiştir (4,56,58,70,103).

3.1.6.8. Hastalıklar

Hastalık hem fiziksel hem de psikolojik bir stres etkenidir ve uyku düzenini etkiler. Pek çok hastalık; ağrı, fiziksel sıkıntı, anksiyete ve depresyona dolayısıyla uykusuzluğa neden olmaktadır. Gastrit sekresyon REM uykusu boyunca arttığı için peptik ülserli hastalar gece ağrı ile uyanabilirler. Artritlik, neoplastik ya da postoperatif ağrı uykunun kalitesini etkilemektedir. Hipertirodizm uykuya dalmayı zorlaştırmakta, hipotiroizm ise uykunun 4.evresini kısaltmaktadır. Hipertansiyonu olan hastalar genellikle sabah erken uyanmakta ve kendilerini yorgun hissettiklerini ifade etmektedirler. Hastanın uyuyabilmesi için fiziksel konforunun sağlanması gerekir. Hasta kişi sağlıklı bireylere göre daha fazla uykuya gereksinim duymaktadır (4,91,103).

3.1.6.9. Diyet

Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırmakta, karbonhidratlar ise serotonin düzeyini etkileyerek kişide sakinlik ve rahatlığa neden olmaktadır. Kilo alma ve verme uykuyu düzenini etkilemektedir. Kilo verme genel olarak uykuyu süresinin kısalmasına, erken uyanmalara ve uykunun bölünmesine neden olurken, kilo alımı uykuyu süresinin uzamasına, geç uyanmalara neden olmaktadır (4,58).

3.1.6.10. Çevre

Bireylerin uykuya dalmasını ve uykuyu sürdürmesini etkileyen önemli etkenlerden biri de çevredir. Çevre uykuya dalmayı kolaylaştırabileceği gibi bazen de engelleyici bir faktör olabilmektedir. Ortamın iyi havalandırılmış olması dinlendirici uykuyu için şarttır. Yatağın ölçüsü, rahatlığı ve pozisyonu uykunun kalitesini etkileyebilir. Özellikle yaşlı bireyler için çevrenin ve yatağın güvenli olması çok önemlidir. Gürültü uykuyu ile yakından ilişkili önemli bir etmendir. Hafif gürültü uykunun 1.evresindeki bir bireyi uyandırabilirken, daha yüksek gürültü 3.ve 4.evrelerden uyandırılabilir. Bazı bireyler uykuyu için sessiz ve sakin bir ortam tercih ederken, bazıları uykuya dalmak için hafif bir ışık ya da müzik tercih edebilirler. Odanın ısısı uykuya dalma ya da uykunun devamında önemli bir rol oynar. Aşırı sıcak ya da soğuk uykuyu kalitesini bozabilir. Özellikle yaşlı bireyler ve çocuklar sıcaklıktan daha kolay etkilenirler. Bu nedenle geceleri oda sıcaklığı en az 18°C olmalıdır (4,58).

3.1.6.11. Yaşam Biçimi

Bireylerin düzenli yaptığı günlük uygulamalar, yaptığı iş ve çalışma biçimi uyku kalitesini etkileyebilir. Vardiyalı çalışma sistemi uyku sorunlarının yaşanmasına neden olan en önemli durumlardan biridir. Bireylerin değişen uyku programına uyum sağlaması zordur. Gece çalışan bireylerde bir iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olur (4,58,103).

3.1.7. Yaşlılıkta Uyku ile ilgili Değişiklikler

Yaşlanma süreci ile birlikte normal uyku düzeninde bazı değişikliklerin meydana geldiği, uykusuzluk yakınmalarının arttığı bilinmektedir (45). Yaşlılar daha çok uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğünden, sabah erken saatte uyanma ve gündüz saatlerinde aşırı uyuklamadan şikâyetçidirler (17,120). Uyku ölçekleriyle ve polisomnografiyle uyku kalitesini inceleyen çalışmalarda yaşlıların uyku kalitesinin bozuk ve uyku miktarının yeterli olmadığı gösterilmiştir (12,55, 118,120). Toplam uyku süresi azalır. Alışlagelmiş ortalama 7,5 saatlik gece uyku süresi 4,5-5,5 saate iner. Uykuya dalma süresi uzar. Uyku başlangıcından sonra uyanmaların sayısı ve süresi artar. Uyku hafif ve yüzeyseldir. Yatakta geçirilen süre artar. Uyku kalitesi düşüktür. Gündüz uykululuğu artmıştır (12,55,56,103).

Yaşlılarda poligrafik incelemelerde en çarpıcı elektrofizyolojik bulgu derin uyku (NREM III-IV) miktarının azalması ve delta dalgalarının amplitüdlerinin düşmesidir. Derin uykunun toplam uyku süresi içindeki payı 20’li yaşlarda %18 civarındayken, 60 yaşında %10’a kadar düşmekte, 75 yaşından sonra ise tamamen kaybolabilmektedir (103,118).

Toplam uyku süresinin %15-25 kadarını REM uykusu oluşturur. Yaşlılarda toplam uyku süresinde azalmaya paralel olarak REM uyku süresi de azalır. Ancak REM uyku yüzdesi değişmez. Uykunun Non-REM II döneminin karakteristiği olan uyku içcikleri REM uykusunu sık sık böler. Yaşla birlikte olan REM uykusu oranındaki azalma; zihinsel kayıp, beyin kan akımında azalma, alfa aktivitesinde azalma ve organik mental bozuklukların meydana gelmesiyle ilişkili olma eğilimindedir. REM uykusunda göreceli olarak daha az değişikliğin gözlenmesi, REM uykusundan sorumlu ponto-mesensefalik retiküler çekirdeklerin filogenetik olarak daha eski ve yaşlanmaya (dejenerasyona) daha dayanıklı yapıda olmalarına bağlanmaktadır (12,55,103).

3.1.8. Yaşlılıkta Uyku Bozuklukları

Yaşlılarda uyku bozukluğu insidansının arttığı ve 60 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %35'inin, 65 yaş üzeri bireylerin yaklaşık %50'sinin ve huzurevi gibi uzun süreli bakımevlerinde kalan yaşlıların ise yaklaşık olarak %65'inin bazı uyku bozuklukları yaşadığı bildirilmektedir (12,22,45,56,73). Yaşlılarda uykuyu pek çok faktör etkiler. Bunlardan bazıları; eşlik eden bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, sirkadiyen ritim değişiklikleri, yaşa bağlı uyku değişiklikleri ve birincil uyku bozukluklarıdır. İnsomnia, uyku apne sendromu, huzursuz bacak sendromu, periyodik bacak hareketleri, REM uykusu davranış bozukluğu gibi birincil uyku bozukluklarının sıklığı yaşlılarda artar (12,45,55,56,91).

Son yıllarda uyku bozuklukları ele alınırken farklı tablolar tanımlanmış ve bu tablolardan DSM-IV-TR (Ruh Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı) şu şekilde sınıflandırılmıştır (8,4,56).

1. Dissomnialar

- Primer insonmnia
- Primer hipersomnia
- Narkolepsi
- Solunumla ilişkili uyku bozukluğu.
- Sirkadiyen Uyku Bozukluğu
- Başka türlü sınıflandırılmayan dissomniler

2. Parasomnialar

- Kabus Bozukluğu
- Uyku Terörü Bozukluğu
- Uyurgezerlik Bozukluğu
- Başka türlü ayırtılamayan uyku

bozuklukları

3.1.8.1. Dissomnialar

Dissomnia, uykunun miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişmelerle karakterize, fazla uyuma, uykunun başlama ya da devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (122).

● **İnsomnia**

İnsomnia, uykuya dalma, uykuyu sürdürme, sonlandırmaya ilişkin yakınmalar ve dinlendirici olmayan uyku olarak tanımlanmaktadır (82,89,122).

DSM-IV’de insomnia, en az bir ay süren dinlendirici olmayan uyku olarak tanımlanmıştır. Uykunun işlevi ve yapısı dikkate alındığında insomnia, kişilerin yeteri süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olamadığı durumlar olarak tanımlanmaktadır (15).

İnsanların %50’si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk çekmektedir (124). Erişkin popülasyonda insomnia prevalansı %30-40 civarında olup, ağır ve kalıcı bir şekilde uykusuzluktan yakınmaların oranı ise %10-20’dir. Türkiye’de toplumun %22’nin insomnia yakınması olduğu saptanmıştır. Bunların %50’si uykuya dalma, %44 uykuyu sürdürme güçlüğü tanımlarken, %6’sı hiç uyuyamadıklarını bildirmiştir (4,22,56,89,122).

Uyarılmaya yol açan tüm faktörler insomniaya neden olabilir. Bu nedenle etiyolojide kısa ya da uzun süreli psikolojik/biyolojik değişmelerin yer alabileceği ileri sürülmektedir. Metabolik ve endokrin bozukluklar, kardiyovasküler, solunum ve gastrointestinal sistem hastalıkları, romatizmal hastalıklar nörolojik bozukluklar, psikiyatrik hastalıklar, sirkadiyen ritm bozuklukları, primer uyku bozuklukları, davranışsal problemler, ilaç etkileşimleri başlıca nedenlerdir (15,56,103).

Geçici insomnia oldukça sık rastlanan bir tablodur. Genellikle birkaç geceden fazla sürmez ve stres, ilaçlar gibi nedenler söz konusudur. Hastalar, içinde bulundukları genel uyarılmışlık hali ve uykusuzluk nedeniyle endişeli ve telaşlıdır. Bu tablolar öncelikle durumun aydınlığa kavuşturulması, uyku hijyenine (iyi havalandırılmış, az ışıklı gece lambası olan bir oda düzenlemesi, kafein, alkol, sigara ve ağır yemekten kaçınma vb) uygun düzenlemeler yapılması etkili olmaktadır (122).

Kronik insomniası olan bireyler uyuyabildikleri dönemlerde de yüzeysel uyuduklarını, kolaylıkla uyuyup uyanmakta güçlük çektiklerini ifade etmektedirler. Polisomnografik çalışmalarda, bu insanların kolay uyandıkları ve daha uzun süre uyanık kaldıkları saptanmıştır. Yüzeysel uykunun arttığı, III. ve IV. dönem miktarının azaldığı dikkati çekmektedir (15,56). Kronik insomnia, kadınlarda, yaşlılarda ve tıbbi sorunları olanlarda yaygındır. Araştırmalar, insomniası olan bireylerin günlük yaşamlarında ve sağlık alanlarında daha çok sorunlarının olduğunu, yaşam kalitelerinin düştüğünü, kaza risklerinin arttığını ve daha çok yardım aramaya yöneldiklerini göstermektedir (56).

İnsomniası olan bireylerin, üzerinde yapılan psikofizyolojik çalışmalar, bu kişilerin beden ısılarının ve dirençlerinin, kalp atımlarının, solunum sayılarının ve tonik EMG aktivitelerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu değişiklikler, genel uyarılmışlığın göstergesidir. İnsomniası olan bireylerdeki bu uyarılmışlık, sanal sinir sisteminde sürekli ve yoğun bir aktiviteye yol açmakta, uykuya dalmayı ve sürdürmeyi engellemektedir (15). İnsomniası olan bireylerin, çatışmalarla baş edebilmek için inkar ve bastırma savunmalarını kullanmayı yeğledikleri, çatışmaları bedenlerine yönelttikleri, çeşitli fiziksel yakınmaları bulunduğu dikkati çekmektedir. Bu hastalarda insomnianın şiddeti arttıkça bilişsel alandaki yetersizlikler de artmaktadır (15,103).

● **Hipersomnia**

Hipersomnia normal koşullarda uyku-uyanıklık döngüsü içinde, gün içinde uyanıklık dönemlerinde uyanık kalmada güçlük ve istemsiz uyuklamalar ile tanımlanır. Genellikle 15-30 yaşlarında başlayan kronik gidişli bozukluklardandır (56). Günlük performansı etkileyecek düzeyde gündüz uykululuk hali vardır.

Hastalar bu nedenle dinlendirici olmayan uzun süreli gündüz uyuklamalarından yakınırırlar. Uykululuk bireyin uykuya dalma eğilimini ifade eder ve farklı şiddetlerde olabilir. Hafif uykululuk dikkatin gerekmediği istirahat halleri gibi pasif koşullarda istemsiz uykuya dalma eğilimi olarak tanımlanır. Orta uykululuk ise belirli derecede dikkatin gerektiği araç kullanmak, film seyretmek gibi hafif fiziksel aktivitelerde istemsiz uykuya dalma eğilimidir. Şiddetli uykululuk ise yemek yemek ve konuşmak gibi aktif durumlarda oluşan istemsiz uyku dönemleri için kullanılır (89).

Genel popülasyonun %14'ü hipersomniadan yakınmakta ve bu olguların %32'si kilo fazlalığı göstermektedir. Fazla uyuyanların %5.8 gündüzleri dayanılmaz uyku atakları tanımlamaktadırlar (4,122). İş kazalarının yarısı ve ev içindeki kazaların dörtte biri artmış uykululuk nedeniyle olmaktadır (122). Hipersomnia endüstriyel kazalar ve karayolu trafik kazalarının önemli bir nedenidir (103).

Artmış gündüz uykululuğunun en sık nedeni kötü uyku hijyeni ya da uyku yoksunluğu nedeniyle oluşan yetersiz uykudur. Ancak birçok neden gerek gece uykusu kalitesinde bozulmaya yol açarak gerekse doğrudan gündüz uykululuğuna neden olur. Bunlar uykuda bölünmeye neden periyodik bacak hareketleri, apneler, hipotiroidi, romatizmal hastalıklar, anemi, depresyon, kronik yorgunluk sendromu gibi sorunlardır. Ancak bazı hastalarda herhangi bir neden saptanamaz. Bunlar uyanıklığı sağlayan merkezi sinir sisteminden kaynaklanan primer bozukluklardır. Narkolepsi, idiyopatik ve periyodik hipersomnia ,primer hipersomnia olarak adlandırılan uyanıklığı sağlayan merkezi sinir sistemi bozukluklarıdır (89,122).

- **Narkolepsi**

Narkolepsi, gündüzleri kontrol edilemeyen yineleyici uyku atakları, kaslarda ani tonüs kaybı (katapleksi), uyku ile uyanıklık geçişi sırasında hareketsiz kalma (uyku paralizisi) ile belirli bir bozukluktur. Uyku atakları beklenmedik, karşı konamayan bir biçimde ortaya çıkar (90,124). Gündüz uyku atakları 1.5-2 saat aralıklarla engellenemez bir biçimde ortaya çıkarken, 5-10 dakikalık uyku ile tamamen dinlenmiş hissedilir. Toplumda yaygınlığı 4/10.000'dir (4,56,72,89,122).

- **Solunumla İlişkili Uyku Bozukluğu (Uyku Apnesi)**

Uykuda solunum bozuklukları, çoğunlukla horlamaya eşlik eden uykuda solunum düzensizlikleri ile beliren klinik tablolardır (71). Uyku sırasında solunumla ilişkili bozukluklar oldukça ciddi komplikasyonları olan, yeterince tanınmayan yaygın sorunlardır. Çeşitli psikolojik ve organik sorunlarla karıştırılabilir, hatta bu sorunlara neden olabilir (4,122). Erişkin popülasyonda prevalansı %1-10 arasında bulunmaktadır. Uyku apnesi, yaşlılarda, erkeklerde ve şişman kişilerde daha yaygın görülmektedir (4,56,89,103). Hastaların tümünde yüksek sesli horlama ve gündüzleri uykuya aşırı eğilim bulunmaktadır. Ayrıca bu hastalarda konsantrasyon güçlüğü, bellek sorunları gibi bilişsel işlevlerde sorunlar, sabah baş ağrısı, ağız kuruluğu görülen diğer bulgulardır. Çocuklarda gündüz uykululuğu erişkinlerdeki gibi yaygın değildir (89,122).

Uyku apnesi, periferik ya da santral faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ve uyku sırasında 10 saniyeden uzun süren solunum durmasıdır. Uyku apnesi sendromu tanısı için bir saatlik uykuda 5 taneden fazla apne bulunması koşulu aranmaktadır (56,71,122).

Uykuda görülen solunum bozuklukları başlığı altında; obstrüktif uyku apnesi sendromu, santral uyku apnesi sendromu, santral alveolar hipoventilasyon sendromu ve uykuda üst solunum yolu direnci sendromu sayılabilir (71,122). En sık karşılaşılan obstrüktif uyku apnesi sendromudur (122). Uykuda saat başına düşen apne sayısı 5'in üstünde ve 7 saatlik uyku süresince apne periyodlarının 30'un üzerinde olduğu durumlar uyku apnesi sendromu olarak kabul edilmektedir. Erişkinlerde obstrüktif uyku apnesinin başlıca belirtileri;uyku sırasındaki huzursuzluk, aşırı horlama ve uykuyu tam alamama sonucu gündüz uyuklama halidir (56,71).

Uyku apnesi sıklığı yaşlılarda artma eğilimindedir. Orta yaşlarda sıklığı erkeklerde %9 ve kadınlarda %4'dür. Yaşlılar arasında erkeklerde %27, kadınlarda %19'dur (12). Uyku apnesi belirtileri huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda % 24-42 oranında görülür (91).

● Sirkadiyen Ritim Bozukluğu

Sirkadiyen Ritim Bozuklukları, yirmi dört saatlik bir gün içinde uykunun zamanlaması ile ilişkili bozukluklardır. Bu bozuklukların bir kısmı kişinin denetimi altındaki çalışma saatlerinin değişmesi, zaman dilimi değişikliği gibi uyku döneminin zamanlamasından etkilenirken, bir kısmı da nörolojik mekanizmalardan etkilenir (89,122).

Uyku uyanıklık örüntüsü ile yani arzu edilen uyku düzeni ile içinde bulunan koşullara göre olan uyku düzenleri arasında uyumsuzluk söz konusudur. Uyulması gerekli koşullar istenilen saatlerde uyunmasına engel olmaktadır. Kişi sabaha karşı uykuya dalar ve öğleye doğru ya da öğleden sonra uyanır. Bu nedenle sürekli veya geçici olarak insomnia veya hipersomnia oluşabilmektedir.

Hastanelerde ve huzurevlerinin yoğun bakım ünitelerinde uzun süre kalan yaşlılarda ve demansı olan yaşlılarda görülür (91).

Yaşlılarda sirkadiyen ritimde en belirgin değişiklik “erken uyku fazı sendromu” dur. 60 yaşından itibaren uykunun başlangıç saati her 10 yılda 1 saat kadar geriye çekilmektedir. Yaşlılar akşam yatağa erken gitme (saat 19.00-20.00 gibi), sabah erken uyanma (saat 04.00-05.00 gibi) eğilimindedirler (12,55).

3.1.8.2. Parasomnialar

Parasomnia, uykuda, uyku dönemiyle eş zamanlı, davranış ve fizyolojik alanlarda değişimleri ve bozulmaları kapsamaktadır. Parasomnia genellikle uyku süresince uyanırken yapılan davranışların yapılması şeklinde ortaya çıkar. Bu bozukluklar Santral sinir sistemi aktivasyonunun, otonomik sinir sistemi veya iskelet kaslarına aktarılması ile ortaya çıkan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır.

Parasomniaların çocuklukta sık görülürken erişkinlik döneminde büyük bir azalış göstermesi, bu bozuklukların santral sinir sistemi matürasyonu ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (4,56,89,90,103,122).

• Kabus Bozukluğu

Kabus bozukluğu, her yaşta ortaya çıkabilen en yaygın olarak 3-5 yaşları arasında görülen, genellikle REM döneminde ve uykunun ikinci yarısında bir dış uyaran olmaksızın uyanmaya yol açan, korkutucu rüyalar ile belirlidir. Her yaşta görülmesine karşılık en sık 3-5 yaşlarında ve bu yaştaki çocukların %10-50’sinde bulunur. Genel popülasyonda %5 oranında görülür. Kadınlarda erkeklerden 2-4 kat fazla görülmektedir (56,89,90,122).

Uykudan anksiyete ve korku ile uyanırlar, rüya içeriğini hatırlarlar, uyandıklarında çok az konfüzyon veya dezoryantasyon içindedirler. Epizot geçtikten sonra uykuya dalarlar. Tabloya çoğunlukla insomnia eşlik etmektedir. Spesifik polisomnografi bulgusu olmamakla birlikte epizod sırasında hafif takipne ve taşikardi saptanabilir. Kabus bozukluğunun temel özelliği tekrarlayıcı, yüksek düzeyde anksiyeteye yol açan saldırma korkusu, izlenme, yaralanma ve ölüm ile ilgili düşlerdir. Sık uyanmalar ve kabus göreceği korkusuyla uykuya dalamamak genellikle insomniaya neden olur. Bu durum bireyin gündüz işlevselliğini bozar. Gündüz aşırı uykululuğa, yoğunlaşma güçlüğüne, depresyon, anksiyete ya da iritabiliteye yol açabilirler (89,122).

● **Uyku Terörü**

Uyku terörü, uykunun ilk saatlerinde, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan, çılgılık atma ve ağlamanın eşlik ettiği, yoğun korku ile birlikte otonomik ve davranışsal değişikliklerle belirli bir bozukluktur. Genellikle uykunun ilk 90 dakikası içinde ortaya çıkar. Yaygınlığı çocuklarda %1-6 olup, en çok 5-7 yaşları arasında görülmektedir. Adölesan döneminde epizodların sıklığı azalmaya başlar. Erişkinlerde prevalans %1'in altındadır (56,89,90,122).

● **Uyurgezerlik**

Uyurgezerlik, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan ani motor aktivite ile kendini gösteren bir bozukluktur. Uykunun ilk saatlerinde oluşan, yaklaşık 10 dakika süren, bu sırada kişinin uyandırılmasının güç olduğu ve amnezinin eşlik ettiği bir tablodur. Çocukların %25-30'unda, en sık 12 yaş civarında görülürken, 15 yaştan sonra nadir görülür. Yetişkinlerdeki prevalansın ise yaklaşık %1'dir. Yaşlılarda görülmesi organik beyin sendromunu düşündürmelidir. Uykusuzluk ve

yorgunluk, uyurgezerlik nöbetlerinin sıklığını arttıran etkenlerdendir (56,89,90,92,122).

● **Periyodik Bacak Hareketleri**

Genellikle alt ekstremitelerde kasılma ve seyirmeler şeklinde görülen, periyodik ayak ve bacak hareketleridir. Kişi bu hareketlerin bazen farkında olur, bazen olmaz. Periyodik bacak hareketleri, uyku derinliğini ve kalitesini azaltan dissomnik bir uyku bozukluğudur. Demir eksikliği, romatoit artrit, üremi ve antidepresan kullanımı hastalığının oluşmasında etkindir. Yaşla birlikte artar ve yaşlılarda %30-40 oranında görülür. Çoğunlukla (%80) “Huzursuz Bacak Sendromu” ile birlikte görülür (55,91).

● **Huzursuz Bacak Sendromu**

Yaşlılarda sık görülen dissomnik bir bozukluktur. Bacaklarda özellikle alt ekstremitelerde ağrısız uyuşma, karıncalanma ve huzursuzluk gibi tanımlaması güç belirtilerle kendini gösterebilir. Bacak kramplarından farklıdır. Kişinin uykuya dalmasını engeller veya uykudan uyanmasına neden olur. Ovuşturma ile geçmez, yataktan kalkıp bacağı hareket ettirerek ve yürüyerek geçirilmeye çalışılır.

Huzursuz bacak sendromunun nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Ancak, periyodik bacak hareketlerinde olduğu gibi demir eksikliği, romatoit artrit, üremi ve antidepresan kullanımının hastalığının oluşmasında etken olduğu düşünülmektedir (55,91).

● **REM Uyku Davranışı Bozukluğu**

Uyku sırasında aşırı motor aktivite, hasta ve eşinin tekrarlayan yaralanmaları ile karakterizedir. Hasta uykusunda konuşur, bağırır,

ekstremitelerini hareket ettirir, yataktan çıkar, düşer, rüya etkisi ile hareket eder. Genel popülasyonda %0.4-0.5 oranında olduğu bildirilmektedir (22,89,90,122). En sık erkeklerde ve 60 yaşın üzerinde görülür (90).

3.1.9. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen Fiziksel Hastalıklar

Yaş ilerledikçe hastalıklar ve ilaç kullanımı artmaktadır. Bu durum uyku üzerinde olumsuz etkiler gösterebilir. Yaşlılarda sık rastlanan ağrı, nefes darlığı, öksürük ve idrara çıkma gibi hastalık belirtilerinin gece de devam etmesi uyku bozukluğuna sebep olmaktadır (55).

Kas ve iskelet ağrıları (osteoartrit, parastezi, fibrositiz), kardiyovasküler hastalıklar (sol ventriküler yetmezlik, koroner yetmezlik, kardiyak aritmiler, angina pectoris, hipertansiyon), solunum sistemi hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, alerjik rinit), gastrointestinal bozukluklar (duodenum ülserleri, gastroözofageal reflü), nörolojik bozukluklar (parkinson hastalığı, epilepsi, migren), metabolik bozukluklar (hipertroidizm, hipotroidizm, üremi, diabet), ürogenital bozukluklar (prostat hipertrofisi, kronik böbrek yetmezliği) ve obezite uyku bozukluğuna sebep olan hastalıklardır (55,56, 91).

3.1.10. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen Psikososyal Sorunlar

Hastalık ve hastaneye yatma, emeklilik, eşin kaybı, akrabalar ve çocuklar ile yaşanan sorunlar, huzurevinde kalma, sosyal desteklerde azalma ve ekonomik nedenler yaşlılarda uykusuzluğa neden olabilen durumlardır (91).

3.1.11. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen Ruhsal Hastalıklar

Yaşlılarda deliryum, demans, depresyon, anksiyete ve bilişsel bozukluklar uyku sorunlarına neden olur (55). Deliryum yaşlılarda sıklıkla fiziksel bir hastalıkla birlikte olan akut organik beyin sendromudur. Gün boyunca oryantasyon ve sersemlik görüldüğü gibi, geceleri huzursuzluk, uykusuzluk ve sık sık uyanmalar görülür. Demansta da gün boyunca uykululuk ve sersemlik ile birlikte uyku/uyanıklık döngüsünde bozulma görülür. Yaşlı depresif hastalarda sık görülen uyku bozuklukları uykuya dalmada güçlük ve sabah erken uyanma şeklindedir (91). Anksiyete bozuklukları yaşlılarda bir yakının kaybı, yas ve yaşam değişikliklerine bağlı olarak artmaktadır (55). Anksiyeteye bağlı uyku bozukluğu, uykuya dalmada güçlük ve gece boyunca sık sık uyanma ile karakterizedir (22,55,56,91).

3.1.12. Yaşlılarda Uykuyu Etkileyen İlaçlar

Merkezi sinir sistemi uyarıcıları, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, bronkodilatörler, kortikosteroidler, dekonjenstanlar, uyarıcı antidepresanlar, tiroid hormonları uykusuzluğa neden olurlar. Uzun etkili hipnotikler, antihipertansifler, antihistaminikler ve sedatif etkili antidepresanlar gündüz uykululuğuna neden olurlar. Bu yüzden uyku bozukluğuna neden olmamak için ilaçların dozu ve verilme zamanı ayarlanmalıdır (56,91,92,103).

3.1.13. Yaşlılarda Uyku Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımı

Tedavi altta yatan tıbbi ya da psikiyatrik nedenin belirlenmesi ve bu nedene yönelik çözümlerle olmalıdır (12,64). Tedavide ilaçlar ve ilaç dışı

yöntemler uygulanır. İlaç dışı yaklaşımlar; hasta ve ailesi ileri yaştaki normal fizyolojik değişiklikler konusunda bilgilendirilmesi, iyi bir uyku hijyeni, masaj, uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, gevşeme terapileri, bilişsel terapi, kronoterapi uyku bozuklukların tedavisinde etkilidir (12,22,55,56).

3.1.13.1. İlaçla Tedavi

İlaçla tedavi, genellikle uyku sorunlarından insomnia için kullanılmaktadır. Ancak bu ilaçlar uykusuzluğa neden olan durumu ortadan kaldırmadığı için tedavi edici değildir, semptomatik etkilidir.

Günümüzde benzodiyazepinler en sık kullanılan hipnotiklerdir. Doğru kullanıldıklarında uyku sorunlarının giderilmesine yardımcı olurlar. Ancak özellikle uzun yarı ömürlü benzodiazepin kullanımı hafıza kusurları, motor yavaşlama, uzamış uykululuk, düşme ve kırıkların oluşmasına neden olurlar. Kısa etkili benzodiazepinlerin birikme etkilerinin olmaması bir avantajdır. Ama sıklıkla tolerans gelişir. Tedavi dozunda bile bir süre kullanıldıktan sonra bırakıldığında sıklıkla kesilme belirtileri ve rebound uykusuzluk (uykuya dalmada uzama, kesintili uyku) ve gece terörleri olur. Bu ilaçların uzun dönemli ve sürekli kullanımları önerilmemektedir, ancak kısa dönemli uygulamalar için etkilidir. Eğer uyku sorunu için bu ilaçlar kullanılacaksa, genellikle yarılanma ömrü kısa olan kullanılmalıdır (11,15,21,22,55,83,103,118).

Bununla birlikte, bu ilaçların reçetesiz kullanımı kesinlikle doğru değildir. Hastalar kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri konusunda mutlaka bilgilendirilmeli ve gelişebilecek sorunlarına yardımcı olunmalıdır. Uyku sorunu konusunda ilaç kullanımı en son kullanılacak yöntem olmalıdır (4,110).

3.1.13.2. İlaç Dışı Yöntemler

• Uyaran kontrol tedavisi

Tedavide ana ilkeler ;uyku gelmeden yatağa girmemek, yatak odasını sadece uyumak ve cinsel ilişki için kullanmak,uyuyamadığında yatak ve yatak odasından çıkarak başka bir yerde zaman geçirip uyku gelince yatağa dönmek,uyku süresine bakılmaksızın sabah belli bir saatte kalkmak ve gündüzleri uyumamaktır. (12,15,56).

• Uyku Kısaltma Tedavisi

Uyku kalitesini artırmak amacıyla kişinin uyuduğu kadar bir süreyi yatakta geçirmesi ile sınırlandırılmış bir uyku düzenidir. İlk aşamada, hastadan bir uyku günlüğü tutması istenir. Hastanın tutacağı günlüğe göre muhtemel uyku saatleri belirlenerek bunun dışında yatağa girmeye engel olmalıdır. Bu yolla yatakta geçen sürenin uykuda geçmesi sağlandıkça süre uzatılarak kişinin gereksinimi kadar uyuması sağlanır (12,15,55,56).

• Işık Tedavisi

Yaşlılar yavaşlamış bir yaşam sürdükleri için gün ışığına çok az maruz kalırlar. Bu yüzden günlük ritimleri olumsuz etkilenir. Bunun için yaşlıların mümkün olduğunca dışarıya çıkarılarak gün ışığından ve diğer uyaranlardan yararlanmaları sağlanır. Yataktan çıkarılması güç olgularda, “ışık tedavisi” yararlı bir seçenektir. Işık tedavisi özel lambalarla 2500 lux gücünde ışık sağlanarak uygulanan bir sistemdir (55).

• Gevşeme tedavileri

İnsomninin kaynağı olarak görülen somatik ve psikolojik gerginlikle baş etmek için bilişsel ve somatik gevşeme teknikleri ile gerginlik ortadan

kaldırılmaya çalışılır. Kişi yalnızca rahat olduğunda ve gevşeyebildiğinde uykuya dalabilir. Kişiye rahat bir pozisyon verilerek efloraj biçiminde sırt masajı yapılması, derin solunum egzersizleri ve kasların ritmik kasılıp gevşetilmesi; gerginliği gidererek, rahatlamayı sağlar ve dinlenme için vücudu hazırlar (4,12,22,56,110).

● Psikoterapötik Yaklaşım

Psikoterapötik yaklaşımın temelini agresyon ve girişimciliğin geliştirilmesi oluşturur (12,15,56).

● Kronoterapi

Kronoterapi, yatma zamanının sistemli olarak geciktirildiği davranışçı bir tekniktir. Böylelikle 24 saatlik güne göre daha uzun bir biyolojik ritim sağlanır. Örneğin, bir gün saat 13:00'da uykuya dalan ve on saat sonra uyanan kişiden ertesi gün 16:00'da uyuması ve on saat sonra uyanması istenir. Kişinin uykuya geçiş zamanı ile istenilen uykuya geçiş saati çakışana kadar uyku saati ileriye kaydırılır (60).

Hemşireler, ilaç dışı yöntemlerden özellikle gevşeme tedavileri, psikoterapötik yaklaşım ve uyku hijyenini karşılamaya yönelik girişimlerde bulunarak yaşlıların ve hastaların uyku düzenlerini sağlamaktadır.

● Yaşlı Bireylerin Uyku Gereksinimlerinin Karşılanmasına Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşireler, huzurevi ve hastane gibi yabancı ortamlarda bulunmanın, bedensel ve ruhsal hastalıkların, kullanılan ilaçların yan etkisinin yaşlıların uyku düzenini bozacağını bilmelidir. Bu nedenle, yaşlılarda uyku ve uykusuzluk belirtilerini saptamak için yakın gözlem yapılmalıdır. Yaşlıların uyku sorunları

ilgi ve dikkatle dinlenmeli, uyku şikayetleri göz ardı edilmemelidir. Aşağıda belirtilen uyku hijyeni doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. Aynı zamanda, yaşlıya, varsa ailesine uyku ve uyku hijyeni ile ilgili eğitim verilmeli ve uyku hijyeninin uygulanması için yaşlı ve ailesi desteklenmelidir

Uyku Hijyeni:

Bireyin uyku hijyeni uygulaması uyku kalitesini artırmasına yardımcı olur. Uyku hijyeni ile ilgili genellikle şunlar önerilmektedir (4,12,55,51,56,82,83,91,92,105).

- Uyku gelmeden yatağa yatılmamalıdır. Uyumaya çabalanmamalıdır.
- Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalı, yatakta kitap okumak veya TV seyretmek gibi aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Yattıktan sonra 20-30dk içinde uykuya geçilemezse yataktan kalkmalıdır. Bu girişim uyuyamamanın yaratacağı gerginliği ve uykunun tamamen kaçmasını engellemeye yöneliktir. Tekrar yatmak için uykunun gelmesi beklenmelidir.
- Gece ne kadar az uyunmuş olursa olsun sabahları hep aynı saatte kalkmalı, yorgunluk bahane edilerek yatakta kalma süresi uzatılmamalıdır.
- Öğlen saatlerinde güneş ışığından yararlanmak amacıyla dışarı çıkmalıdır.
- Gün içinde hoşlanarak yapılacak aktiviteler ve uğraşlar arttırılmalıdır.
- Gün içinde, yine yatma saatlerine yakın olmamak kaydıyla mümkün olabildiğince egzersiz veya yürüyüş yapılmalıdır.

- Gündüz kestirmelerinden kaçınılmalıdır.
- Fiziksel koşullardan kaynaklanan uyku bozucu etmenler azaltılmalıdır. Bu girişimler rahat, güvenli bir yatak, uygun yastık ve temiz yatak takımlarının sağlanması, odanın ısı, ışık ve havalandırılmasının bireysel özelliklere uygun olarak ayarlanması, gürültünün en aza indirilmesi, bakım ve tedavilerin uyku saatlerine göre ayarlanmasına özen gösterilmesidir.
- Akşam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir.
- Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde çay, kahve, alkol ve sigara gibi uyarıcı maddelerden uzak durulmalıdır.
- Uyumaya yardımcı bazı uygulamalar yapılmalıdır. Örneğin; kitap okuma, televizyon izleme, müzik dinleme, duş alma ve uykudan hemen önce hafif masaj uygulaması gibi. Bireylere bu uygulamaları yapmaları ve alışkanlık haline getirmeleri önerilebilir.
- Bol ve rahat yatak kıyafetler giyilmelidir.
- Uyku ilaçlarının alınması en son çare olarak düşünülmeli, hekim önerisi olmadan ilaç kullanılmamalıdır.
- Uykusuz geçen zaman yerine, uykuda geçen zamanın düşünülmesi sağlanmalıdır.

3.1.14. Masaj

Masaj, kaslarda gerilimi azaltıp, rahatlamayı sağlamak ve dokulardaki kan dolaşımını uyarmak amacı ile yapılan uygulamalardır (4)

Masaj, hastalıkların tedavisinde kullanılmak üzere 5000 yıldan fazla zaman önce Çin’li hekimler tarafından önerilmiş ve Hipokrat iyileşme için önemli bir yöntem olduğuna inanmıştır (74). Masaj el ile dokunma, baskı, sıvazlama, yoğurma, sıkma gibi temas yollarıyla çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan en eski tedavi yöntemlerinden birisidir (103). Kaslardaki gerilimi azaltıp, rahatlamayı sağlamak ve dokulardaki kan dolaşımını uyarmak amacı ile yapılan uygulamalardır (4,110)

3.1.14.1. Masajın Organizma Üzerindeki Etkileri

Dokunma, basınç, germe, esnetme ve titreştirme şeklindeki hareketlerin etkisiyle oluşan reaksiyon, deri, derialtı dokusu, damarlar ve sinir ağı üzerinde etkilidir. Masajın organizma üzerindeki etkileri, genellikle fiziksel ve psikolojik olarak değerlendirilir. Organizmada oluşan etki ve değişiklikler, basınç ve germe biçiminde verilen uyarıların süresi, niteliği, yoğunluğu ve temposu ile ilgilidir (4,74,110).

3.1.14.1.1. Masajın Dolaşım Sistemi Üzerine Etkileri

Kalp ya da büyük lenf düğümleri yönünde yapılan derin ve etkili masaj hareketleri, arteriyal ve venöz kan dolaşımını ve lenfatik dolaşımı uyarır ve hızlandırır. Dolaşımın hızlanması ile birlikte, dokuların oksijenlenmesi ve beslenmesi artar, artık maddelerin kaslardan uzaklaştırılması sağlanır, zedelenmiş kas dokuları kendilerini daha hızlı yenileyebilir. Ayrıca işlem boyunca hastanın derisindeki renk ve ısı değişiklikleri gözlenerek dolaşım yetersizliği belirtileri gözlenebilir (4,101,102,113).

3.1.14.1.2. Kaslar Üzerine Etkisi

Masaj kasların daha iyi beslenmesini, yaralanmalara ve travmalara karşı daha dirençli olmasını sağlar. Özellikle zorlu bir spor aktivitesi öncesi uygulanması, kasın çalışmaya hazırlığını sağlayarak fiziksel gücün en üst seviyede kullanılmasını sağlamakla birlikte, aktivite sonrası uygulanan gevşetici masaj kasların daha çabuk dinlenmesini sağlar (4,101,102,113).

3.1.14.1.3. Sinir Sistemi Üzerine Etkisi

Masajın sinir sistemi üzerine etkisini belirlemek kolay değildir. Ellerin vücuda dokunması, basınç ve germe uyarıları, eller altında oluşan sıcaklık, deride bulunan sinir uçları aracılığı ile omurilik ve beyne iletilir. Vücutta genel bir etki meydana gelir. Dokunma uyarısı, masajın yoğunluğu, şiddeti ve uygulanan vücut yüzeyi büyüklüğüne göre farklı biçimlerde algılanabilir. Örneğin, geniş yüzeyli, yavaş uygulanan efloraj hareketi dinlendirici, gevşetici etki gösterirken, derin friksiyon ve petrisaj kas tonusunu arttırabilir (4,110,113).

3.1.14.1.4. Dinlendirici ve Gevşetici Etki

Masajın psiko-sedatif etkisi vardır. Masaj uyuma, solunumun derinleşmesi ya da masajdan önceki yorgunluk, bitkinlik ve gerginlik hissinin azalması gibi etkilere sahiptir.

3.1.14.1.5. Ağrı Dindirici Etkisi

Kasılmış ve gergin kasların neden olduğu ağrı, etkili bir masaj ile kasların gevşemesi sonucu hafifler ve azalır. Masaj aynı zamanda dokuların

oksijenlenmesini ve endorfin salınımını artırarak ağrı hissinin azalmasına neden olur.

Kapı kontrol teorisine göre, ağrıyı taşıyan küçük çaplı liflerdeki impulsların üst seviyelere çıkışı, dokunma duyusunu taşıyan kalın liflerin uyarılmasıyla engellenebilmektedir. Dokunma duyusu reseptörleri ise deride bol bulunduğu gibi, sinir lifleri de birçok noktada yüzeyselleşmektedir (4,101,110,113).

3.1.14.1.6. Deri Üzerine Etkisi

Üst epidermise direk etkiyle ter ve yağ bezleri porlarının açıldığı, dolaşımın canlanmasıyla birlikte bu bezlerin fonksiyonlarının aktive edildiği düşünülmektedir (102). Deri masajın dokunma ve rahatlatıcı etkisinin hissedildiği yerdir. Masajla deri daha yumuşak, esnek ve sağlıklı görünüm kazanır (101).

3.1.14.1.7. Bağ dokusu Üzerine Etkisi

Masajın mekanik etkisi deri nedbelerinde, fasyada oluşan sertliklerde, bağ dokusu yapışıklıklarını gevşetici etki gösterir. Subkutanöz nedbe dokusunun oluşumu bir dereceye kadar engellenebilir, oluşan nedbeler dikkatli ve ısrarlı bir friksiyon masajı ile bazen yumuşatılabilir. Böylece fibrozis önlenir (102).

3.1.14.1.8. Refleks etkileri

Masaj deri ve derialtı dokuların duyu reseptörlerini uyardığından refleks etkiye neden olur.

3.1.14.1.9. Psikolojik etkileri

Masajın beynin belli bölgelerinde, korteksin devreye girmesiyle özellikle limbik sistem ve retiküler formasyon üzerinde, uygulama şekline bağlı olarak oluşan bir etkisi daha vardır. Küçük yüzeyli ani ve yoğun mekanik masaj impulsları, uyanıklılık düzeyini yükseltir. Buna karşın, ritmik, yavaş ve geniş alanlı ılımlı manupülasyonlar (elle yapılan hareketler), sakinleştirici, gevşetici ve uyku getirici etki gösterir (102).

3.1.14.2. Klasik Masaj Manevraları

Masaj, uygulama sırasında ellerin aldığı biçimler, hareketin gelişimi ve oluşan etkiler yönünden 5'e ayrılır (4,101,102,110,113,114).

Klasik masaj teknikleri

- Öfloraj (sıvazlama)
- Petrisaj (yoğurma)
- Friksiyon
- Tapotman(vurma)
- Vibrasyon (titreştirme)

● Öfloraj (sıvazlama)

Deri üzerine sıvazlama biçiminde yapılan bu hareket, etkinin yüzeysel ya da derin olmasına göre değişir.

Yüzeysel öfloraj, tüm avuç içiyle, az basınç uygulanarak yapılır. Başlangıç ve bitişte deriye temas çok hafif, ancak bireyin hissedebileceği kadar olmalıdır. Tüm avuç içi deriyle temas etmeli ve parmaklar birbirine bitişik olmalıdır.

Başparmak, elin vücut yüzeyine tam yerleştirilebilmesi için açık ya da bitişik olabilir. Yüzeysel öflorajda, uygulanan basınç çok az olduğu için, kan dolaşımı direkt etkilenmez, ancak dinlendirici ve sakinleştirici etkisi vardır. Gevşeme etkisi yaratabilmek için masaj temposu başlangıçtaki tempo ile aynı olmalıdır.

Derin öflorajda amaç, kan ve lenf dolaşımının mekanik olarak hızlandırılmasıdır. Derin öfloraj, avuç içi, parmaklar, başparmak yardımıyla, tek el ya da çift elle yapılabilir. El başlangıç noktasına dönüşte vücuttan ayrılmaz, çok yüzeysel, okşar gibi geri döner. Hareket kas liflerinin gidiş yönündedir ve tüm kas boyunca devam eder. Hareketin hızı ritmik olmalı, baştaki ve sondaki hız birbiri ile aynı olmalıdır.

Sırt masajında uygulayıcının pozisyonu; hastanın kalçaları hizasında, ayakta durur halde ve yüzü hastanın baş kısmına bakacak biçimde olmalı, uygulayıcı hastanın yanında ayakta durmalıdır (4,101,102,110,113).

• Petrisaj (yoğurma)

Subkütan doku ve kaslara yapılan yoğurma hareketidir. Tüm el kullanılarak ya da çift elle yapılabilir. Hareket kalbe dönüş yönündedir. Kas lifleri, geniş biçimde tutulur, gerdirilir ve bir "S" harfi oluşturacak biçimde eller arasında hareket ettirilir.

Petrisaj hareketinde, genel olarak sıkma, germe, esnetme ve kaydırma olarak dört evre vardır. Petrisaj aynı tempo ile eller ileri-geri hareket ettirilerek tekrar edilmelidir (4,101,102,110,113).

• Friksiyon

Vücut örtüsüne parmaklar ve baş parmakla, bastırma, kaydırma ve sürme tarzında değişken basınçla yapılan küçük alanlı dairesel ve eliptik hareketlerdir.

Friksiyon, eklemlerin çevresindeki dokuların, tendonların ve tendon kılıflarının içindeki birikmiş sıvıların emilmesini kolaylaştırmak, metobolizma artıklarını lenf sistemi aracılığı ile bulunduğu yerden uzaklaştırmak amacı ile uygulanır. Öflorajın aksine hastanın uyanıklılık düzeyini yükseltir.

• Tapotman

Avuç içini kubbeleştirerek hafif vuruş biçiminde yapılan titreşim hareketidir. Derinin kan dolaşımını hızlandırır, tonusu artmış kasların tonusunu azaltmak amacı ile uygulanır.

Tapotmanın en sık uygulanan şekli ellerin ve parmakların dış kenarları ve parmak uçları ile yapılan biçimdir. Eller parmaklar yapışık ve avuç içleri birbirine bakar biçimde tutulur. Sırasıyla vücut yüzeyine belli bir basınçla, ritmik biçimde vurulur (4,110,114). Tapotman uygulamasında, sırt ve belde parmaklarıyla sırtı, uyluk ve kalçalarda ellerin yan kenarları, gluteal bölgede gevşek bir yumruk haline getirilmiş elin dış kenarları kullanılır. En iyi yüzeysel etkiyi, el sırtıyla yapılan tapotman sağlar (113)

• Vibrasyon

Kas üzerine yerleştirilen avuç içi veya yumruk yapılmış el ile ritmik titreştirme hareketidir. Kol dirsekten dik açı ile büküldükten sonra, hareketsiz tutulan el ve parmaklarla düşey yönde titreşim hareketleri yapılır. Titreşim sayısı saniyede 10-15 kadardır. Vibrasyonda el hareket etmez, yalnız üzerinde bulunduğu kasla sınırlıdır (4,101,103,110,113).

3.1.14.3. Masajın Kontrendikasyonları

- Deri infeksiyonları, lenfanjit, dermatit, apse, erizipel, bursit, flebit, osteomyelit,
- Tüm akut yaralanmalarda, taze yara, yeni hematoma, iç yaralanmalar, kas lifleri, bağları, tendonlar ve fasyalardaki taze kopuklar, aşırı zayıflık, yeni çıkık ve kırıklarda, kas atrofilerinin ya da kontraktürlerin giderilmesi için yapılacak masajlarda, yeterli kemiksel ve fibröz doku oluşumu beklenmelidir.
- Kanamaya eğilimli olanlar, yanığı ve açık yarası olanlarda,
- Yangılı ve dejeneratif eklem hastalıklarında, tromboflebit, trombus, arteriyel emboli, lenfanjit,
- Direkt mekanik etkiyle tümör hücrelerinin kan ve lenf yoluyla dağılma olasılığı nedeni ile malign tümörlerde masajdan kaçınılmalıdır.
- Gebelikte karın masajı uygulanmamalıdır
- Genel hastalıklar; enfeksiyon hastalıkları, habis tümörler, aşırı zayıflık, koah (tapotman masajı sakıncalı olabilir) olanlarda masajdan kaçınılmalıdır (101,102,113,114).

3.1.14.4. Masaj Tedavisinde Temel İlkeler

Etkili masaj uygulaması, yoğun konsantrasyon gerektirir. Her masaj için dikkat edilmesi gereken ön koşullar vardır. Bunlar;

- Tempo hep aynı düzeyde kalmalıdır,
- Masaj gerekli hızda sürdürülmelidir,

- Eller ılık, yumuşak ve esnek olmalıdır,
- Masajı uygulayan kişi doğru duruşu almalıdır,
- Tedavi edilen dokuya ve öngörülen amaca göre optimal basınç uygulanmalıdır, Bunlar, değişik özel masaj manevralarından daha önemlidir.

Bireyin masaj uygulanmayan bölümleri daima örtülü tutulmalıdır. Birey, masaj uygulanacak vücut bölgesine göre soyunabilirse de, gevşeyip rahat edebilmesi için gömlek gibi üst giysiler her uygulamada çıkartılmalıdır. Hastanın üşümemesi ve terlememesi için oda sıcaklığı düzenlenmelidir.

Derinin irrite edilmemesi için pudra ya da yağlı bir madde kullanılmalıdır. Vücut nemli ve terliyse, bir havluyla ter silindikten sonra ince ve temiz bir talk pudrası; kuru ise krem ya da sıvı yağlar kullanılmalıdır. Yağ ya da krem deriden az emilmeli ve masajdan sonra deri üzerinde birikip kalmamalıdır. Bu maddeleri masajı uygulayan kişi doğrudan hastanın vücuduna değil, kendi ellerine sürmelidir.

Masajın basıncı vücudun tedavi edilen kısmına göre ayarlanmalı ve kemik sahalar üzerinde çok dikkatli ayarlanmalıdır. Basınç ağır ve ağır yapacak kuvvette olmamalı, hastanın ağrı eşiğine dikkat edilmelidir (101,102,113).

Gevşeme ve rahatlamayı sağlayan yöntemlerden biri sırt masajıdır. Sırt masajı kolay uygulanan ve yan etkisi olmayan bir yöntemdir. Masajın kan akımını etkilediği, kas gerilimini azalttığı, uyarıcı veya sakinleştirici etkisi yardımıyla sinir sistemini etkilediği ve yara iyileşmesini sağladığı bilinmektedir. Ayrıca masaj kas spazmlarını çözer, hareket etkinliğini artırır ve hareket etmeyi kolaylaştırır, stresten kurtulmayı ve gevşemeyi, rahat soluk alıp vermeyi sağlar,

kan akımını ve lenf dolaşımını uyarır, baş ağrısı gibi gerilimle ilgili durumlarda rahatlamayı sağlar, deriyi besler ve geliştirir, iyilik halini sağlar, anksiyeteyi azaltır (4,110,113).

Çınar'ın (2004) yapmış olduğu çalışmada (35) yatmadan önce yaşlılara 10 dakika süreyle uygulanan sırt masajının yaşlıların uyku kalitesini yükselttiği ancak bu etkinin masajın uygulandığı günlerle sınırlı olduğu saptanmıştır.

Yatma zamanı düzenli olarak yapılan sırt gibi geniş vücut yüzeylerine yavaş veya hafif sıvazlama şeklinde uygulanan masajın, rahatlatma, gevşeme, dinlenme ve uyku kalitesini arttırdığını, ağrı, anksiyete depresyon üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Hastaların masajın uygulandığı günlerde ağrı kesici ve uyku ilacı kullanmadan çok daha iyi uydıkları tespit edilmiştir (43,44,46,95,78).

Kronik bel ağrısı çeken hastalara uygulanan masajın etkisini inceleyen bir çok çalışmada (47,48,50,85,100) masajın hastaların daha az ağrı, depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğu yaşamasında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca masajın kanser hastalarında gevşeme, uyku kalitesini artırma, bağışıklık sistemini geliştirme, yorgunluk, ağrı, anksiyete ve mide bulantısına olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (94,97,109).

Song (2006) ve ark. çalışmalarında (106) bakımevinde kalan yaşlılara uygulanan ayak masajının yaşlıların uyku bozulluklarını ve depresyon düzeyini azalttığını belirlemişlerdir. Ejundu (2007) ayak masajı ile yüz masajının etkisini karşılaştırdığı çalışmasında (39) yüz masajının ayak masajına göre uyku üzerinde daha etkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca her iki grubun kan basıncında düşüş olduğunu saptamıştır.

Kalp cerrahisi sonrasında uygulanan masajın hastaların ağrı, anksiyete, gerginlik ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların hastanede kalış süresini azalttığı tespit edilmiştir (7,23,34).

Holliday-Welsh (2009) bilişsel engelli huzurevi sakinlerine uygulanan masajın yaşlıların ajitasyon düzeyini azalttığı saptanmıştır (63).

3.1.15. Aromaterapi

Aromaterapi aromatik bitki öz yağları ile yapılan tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir (24,37,74,87,105). Fransız kimyacı Rene-Maurice Gattefosse'nin 1928 yılında aromaterapi ismini verdiği bu yöntem Amerika ve Avrupa'da hızla büyüyen, kullanımı hasta ve sağlık uzmanları arasında giderek artan alternatif tedavilerden biri haline gelmiştir (74,105,107). Bitkilerin temel yağları, spesifik sıklık ve aromatik komponentleri olan organik bileşiklerdir (74). Aromatik bitkilerden damıtılarak elde edilir (16). Güçlü kokuları olan maddeler antik çağlarda parfüm olarak kullanılmalarının yanında tedavide de kullanılmışlardır. Dünyada yaygın olarak kronik ağrı, depresyon, anksiyete, uyku ve strese bağlı bozukluklarda kullanılmaktadır (1).

Aromatik bitkisel öz yağlar; solunum yolu, deri yolu, ağız yolu olmak üzere üç şekilde uygulanmaktadır (23,25,31,32). Solunum yoluyla; aromatik bitkisel öz yağı, örneğin lavanta yağı, bir gazlı beze damlatılıp göğüs üzerine konularak uygulanabileceği gibi doğrudan buğu şeklinde ya da terapinin yapıldığı ortama koku yayılması şeklinde de uygulanabilir (32). Deri yoluyla; banyo, kompres, masaj gibi girişimlerle uygulanmaktadır (25,32). Ağız yoluyla; bitkisel içerikli ilaçların alınması şeklinde uygulanırlar (24).

Bu moleküller solunum yoluyla uygulandığında, burundan koklama soğanına ve beyindeki limbik sisteme ulaşmaktadır. Limbik sistem serebral korteksin altındaki beyin yapılarının en iteki kompleks halkasıdır. Bu bölgelerden amigdala ve hipokampus, aromaların etki sürecinde oldukça önemlidir. Amigdala duygusal cevabı düzenler. Koku hafızası hipokampüste yer almakta ve öğrenilmiş rahatlatıcı aromaların kimyasalları bu alanda bulunmaktadır. Alınan kokular bu alana iletdikten sonra, önceki deneyimlere göre hoşa giden ya da gitmeyen koku olarak algılanır (24,25,79).

Aromaterapi için kullanılan papatya, okaliptüs, lavanta, melisa, yasemin, neroli, biberiye gibi bir çok yağ özü vardır (21,32,38,74).

Çok yaygın olarak kullanılan aromatik yağlardan lavanta yağının, rahatlatıcı, sedatif olarak amigdala üzerine etki ettiği ve aynı zamanda bütün esansiyel yağlar içinde en az toksik ve alerjik özellik gösterdiği ileri sürülmektedir (24,37,53,84). Ayrıca lavanta yağının antideprasan, yatıştırıcı, uyku bozuklukları, antiseptik, antienflamatuvar, yanık, yara iyileştirme, ağrı kesici, kas gevşetici, dikkati artırdığı ve anksiyeteyi azalttığı, gevşemeyi sağladığı, nabız, solunum sayısı ve kan basıncı gibi otonom sinir sisteminin fiziksel göstergelerini düşürdüğü bulunmuştur (1,25,26,30,32,75,80,95,107).

Uyku bozuklukları ileri yaşlarda sık görülür. Tamamlayıcı alternatif tedavi yaşlılardaki uyku bozukluğu tedavisinde kullanılır (33,54).Yaşlılardaki uyku bozukluğu ilaçla tedavi edilebilir. Fakat yaşlılarda hipnotik ilaç kullanımı çok ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. Özellikle hipnotik ilaçlardan olan benzodiazepinlerin artan tolerans, bağımlılık, hafıza kusurları, motor yavaşlama, uzamış uykululuk, düşme ve kırıkların oluşması ve merkezi sinir sistemi

üzerindeki olumsuz etkilerinin olması hipnotik ilaç kullanımını son yıllarda büyük ölçüde azaltmıştır. Bu nedenle pek çok yaşlı tamamlayıcı alternatif tıp kullanmayı tercih etmektedir (21,33,54,83).

Dunn (1995) ve ark. yoğun bakımda kalan hastalara uygulanan aromaterapi ve masajın hastaların anksiyetesini azalttığı saptanmıştır (37).

Weihbrecht (2008) kronik uyku bozukluğu hikayesi olan 10 yetişkine inhalasyonla lavanta yağı uygulanmıştır. Çalışma boyunca yatma zamanına yakın hastaların yastığına ya da kağıt mendile 2 damla lavanta yağı damlatılmış. Çalışmanın sonucunda 8 kişinin sabahları kendilerini daha dinlenmiş, sakin hissettikleri saptanmıştır (117).

Henry (1994) çalışmasında (59) demans hastalarının koğuşuna lavanta kokusu yaymış ve etkilerini gece monitörden gözlemiştir. Yedi hafta süren çalışmanın sonunda, inhalasyon yoluyla uygulanan lavantanın sedatif etkisinin olduğunu bulmuştur.

Solunum yolu ile uygulanan aromatik yağların dikkati artırma, anksiyeteyi azaltma, gevşemeyi sağlama gibi olumlu psikolojik etkilerinin yanı sıra nabız, solunum sayısı ve kan basıncı gibi fizyolojik göstergeler üzerine de etkileri olduğu saptanmıştır (10,31,98).

Bir çok çalışmada (66,77,81,104,119,120) aromaterapinin kanser hastalarında kan basıncı, nabız, ağrı, anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı azalmaya neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca aromaterapi ve masaj uygulamasının hastaların uyku skorlarını ve depresyon düzeyini azalttığı belirlenmiştir.

Hudson ve Nurse (1996) lavanta yağının yaşlı hastalar üzerinde sedatif ve uyku düzenini sağlamada etkili olduğunu saptamışlardır (65).

Holmes ve Ballard (2004) aromaterapinin demans hastalarının davranışsal sorunları üzerinde önemli etki gösterdiğini tespit etmişlerdir (64).

Kutlu ve ark. sınav kaygısı yaşayan öğrenciler üzerinde lavanta yağının inhalasyonunun öğrencilerin anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır (76). Başka bir çalışmada, Sakamoto ve ark. (2005) lavanta yağının çalışma ortamında yüksek düzeyde konsantrasyon ve sakinleştirici etkisi olduğu belirlenmiştir (99).

Aydın (2006), aromaterapinin öğrencilerin dikkat düzeyini artırma ve stres düzeyini azaltarak bilişsel öğrenme düzeylerini arttırdığını, hafızayı destekleyerek bilişsel öğrenmelerin unutulmasını engellemede etkili olduğu saptanmıştır (13).

Tildesley ve ark. (2005) genç ve sağlıklı yetişkinler üzerinde yaptıkları bir araştırmada, lavanta yağının bilişsel ve duygu-durumu pozitif etkilediği, uyarılmışlık ve hoşnutluğu arttırdığı saptanmıştır (112).

3.1.16. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma huzurevinde kalan ve uyku kalitesi kötü olan yaşlıların uyku kalitesine lavanta yağıyla uygulanan sırt masajının etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ön test-son test deneme modeli ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Hipotezi

H₁: Sırt masajının yaşlıların uyku kalitesine etkisi vardır.

H₂: Yaşlıların uyku kalitesine lavanta yağıyla uygulanan sırt masajının etkisi, kokusuz yağla yapılan sırt masajından daha fazladır.

4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri 1 Kasım 2009-15 Şubat 2010 tarihleri arasında T.C Başbakanlık Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü'ne bağlı Elazığ Gazi Huzurevi'nde toplanmıştır.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Kasım 2009-15 Şubat 2010 tarihleri arasında Elazığ Gazi Huzurevi'nde yaşayan yaşlı bireyler oluşturmaktadır (N=82).

Araştırmaya alınma kriterleri; uyku kalitesi “kötü” olan (Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanı 5'in üzerinde olan), altmış yaş üzeri, demans, majör depresyon tanısı almamış, iletişim kurulabilen, ağır düzeyde işitme-konuşma problemi olmayan, uyku kalitesini etkileyen antidepresan, antihistaminik, diüretik, hipnotik, benzodiazepan ve narkotik türevi ilaç almayan, masaj uygulanmasında sakınca olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 68 yaşlı alınmıştır.

4.5. Veri Toplama Tekniği ve Gereçleri

Verilerin toplanmasında, “Yaşlı Bilgi Formu”(Ek-1), “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)” (Ek -2), “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin 3 günlük versiyonu (PUKİ-3)” (Ek -3) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

4.5.1. Yaşlı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen yaşlı bilgi formunda; yaşlıların sosyo – demografik değişkenleri, uyku özellikleri, uyuma ile ilişkili bireysel alışkanlıkları, uyku sorunu yaşadıklarında yaptıkları uygulamaları ve uykuyu etkileyebilecek durumları belirlemeye yönelik toplam 29 soru yer almaktadır (Ek-1).

4.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, 1989 yılında Buysse ve ark. (50) tarafından, psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda uyku kalitesinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir.

PUKİ son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirir. PUKİ’nin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi öz bildirim sorusudur. Son 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Sözü edilen 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Öz bildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19.soru) bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve PUKİ toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Öz bildirim soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bunlar uyku süresinin, uyku

latensinin ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetinin tahmini ile ilgilidir. Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilmekte, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde edilmektedir. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. PUKİ toplam puanının 5'den büyük oluşu kötü uyku kalitesini gösterir (3,28).

PUKİ'nin 7 bileşeni; uykusuzluk ya da aşırı uyuma yakınmaları olan hastalarla yapılan klinik görüşme sırasında en çok üzerinde durulan noktaların standardize edilmiş uyarlamalarıdır. Bu bileşenler; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6), ve gündüz uyku işlev bozukluğu (bileşen 7) dur. Tek bir madde ile belirtilen bileşenler; bileşen 1 (soru 6), bileşen 3 (soru 4), bileşen 6 (soru 7) dır. Bileşen 2 puanı; soru 2 ve soru 5a, bileşen 4 puanı; soru 1, soru 3 ve soru 4, bileşen 5 puanı; soru 5b-5j, bileşen 7 puanı; soru 8 ve soru 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir.

Soru 4, hem bileşen 3'ün hem de bileşen 4'ün puanlamasında kullanılmaktadır. Tüm indeksin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması yaklaşık 5 dakika sürmektedir. PUKİ, “iyi uykunun” ve “kötü uykunun” tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü verir. PUKİ, psikiyatri ve genel tıp uygulamalarında hem klinik hem de araştırma amacıyla kolay ve yaygın olarak kullanılabilecek niteliktedir (3,28).

Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları (3). tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach's alfa

güvenilirlik katsayısı 0,804 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

4.5.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi-3 (PUKİ-3)

PUKİ bir aylık zaman aralığındaki uyku kalitesini değerlendiren bir ölçektir. Sırt masajının huzurevinde kalan yaşlı bireylerdeki etkisini üç günlük zaman aralığı içerisinde değerlendirileceği için araştırmacı tarafından PUKİ'nin 3 günlük versiyonunun kullanılmasına gerek duyulmuştur.

Bu amaçla; PUKİ'deki likert ölçeğinin “Geçen ay boyunca hiç”, “Haftada birden az”, “Haftada bir veya iki kez”, “Haftada üç veya daha fazla”, şeklindeki ifadeleri, “Üç gün boyunca hiç”, “Bir gece”, “İki gece”, “Üç gece” ifadelerine dönüştürülmüştür. İndekste likert ifadeleri dışında değişiklik yapılmamış ve puanlama aynı kalmıştır (Ek-3).

4.5.4. Yöntem

• Grupların Belirlenmesi ve Uygulama Planı

Huzurevinde en az 1 aydır kalan 82 yaşlıya, tanıtıcı bilgileri elde etmek ve yaşlıların uyku kalitesini ölçmek amacıyla “Yaşlı Bilgi Formu” ve “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)” 2 hafta süresince her yaşlıya bir kez uygulandı. Daha sonra yaşlının PUKİ puanı hesaplandı.

PUKİ puanı 5'in üzerinde olan, uyku kalitesi “kötü” kabul edilen ve çalışmaya alınma ölçütlerine uygun 68 yaşlının PUKİ puanları büyükten küçüğe doğru sıralandı ve birinciden başlanarak numaralandı. Yaşlılardan tek sayı alanlar bir grubu, çift sayı alanlar ise diğer grubu oluşturdu. Böylece PUKİ puanları

benzer 34 kişilik iki grup oluşturuldu ve yaşlıların masaj öncesi PUKİ puanları kontrol değişkeni olarak alındı. Gruplara yapılacak masaj türü kura çekilerek yansız atama ile belirlendi. Gruplardan birine kokusuz vazelin ile sırt masajı (masaj grubu), diğerine lavanta yağıyla sırt masajı (aromaterapi masaj grubu) uygulandı. Önce masaj grubunun, sonra aromaterapi masaj grubunun masajı yapıldı. Böylece lavanta kokusunun diğer grubu etkilemesi önlenmiş oldu (6).

Masajlar 3 gün boyunca, 10 dakika süreyle ve yaşlının yatma saatinden 30 dakika önce uygulandı. Masaj uygulaması tamamlanan her yaşlıya 1 gün sonra PUKİ-3 uygulandı.

● Sırt Masajının Uygulanması

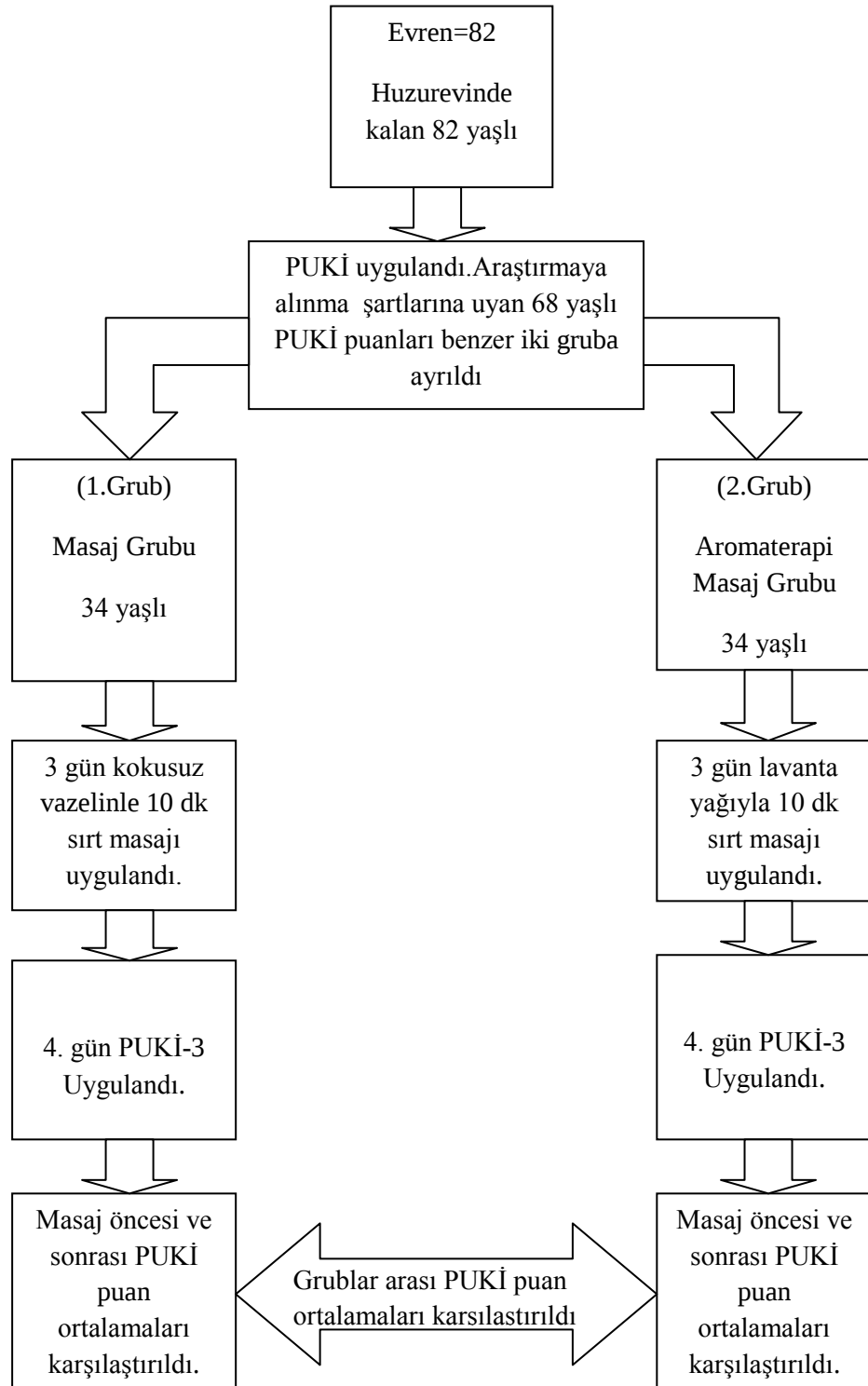
Araştırmacı çalışmanın veri toplama aşamasından önce Fırat Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği'nde görevli fizyoterapist uzmanından masaj uygulaması konusunda eğitim almıştır.

Masaj tüm yaşlılara araştırmacı tarafından, yaşlının yatma saatinden 30 dakika önce ve 3 gün süreyle, gürültüden uzak, ısısı 23-25⁰C'ye ayarlanmış odada, bireyin kendi yatağında, güvenliği ve mahremiyeti korunarak yapıldı. Masaj sırasında yaşlının üst giysileri tamamen çıkarıldı, prone, sağ ya da sol lateral pozisyonlardan, kendini en rahat hissettiği herhangi birisi verildi. Araştırmacı uygulamaya başlamadan önce ellerini yıkayıp, kuruladı ve elleri ısıncaya kadar bekledikten sonra elleri içine 2 ml lavanta yağı ya da kokusuz sıvı vazelin damlattı. Araştırmacı yatağın ayak ucunda, yüzü yaşlıya dönük olarak rahat bir pozisyon aldı. Sakrum üstü ile servikal vertabraların altında kalan bölgeye 10 dakika süreyle dairesel ve yumuşak hareketlerle (efloraj) aşağıdan yukarıya ve aşırı güç uygulamadan masajı uyguladı. Araştırmacı masaj sırasında

ani hareketlerden, yoğunluk ve tempo değişikliğinden kaçındı. Masaj sonrası bölge temiz kuru kağıt havlu ile temizlendi. Yaşlının uygun pozisyon almasına ve giyinmesine yardım edildi.

Bu çalışmada; lavanta yağının rahatlatıcı ve sakinleştirici etkiye sahip olması, düz kaslarını gevşetmesi bu özellikleri nedeni ile uyku kalitesini olumlu etkilemesi, aynı zamanda bütün esansiyel yağlar içinde en az toksik ve alerjik etki göstermesi nedeniyle lavanta yağı kullanımı tercih edilmiştir (24,26,27,30,37,84). Bu araştırmada; T.C. Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'nın 03.07.2007 tarih ve 35-05150-00058-2 sayılı izni ile üretilmiş, etken maddesi *Lavandula angustifolia* olan lavanta yağı kullanılmıştır.

Şekil 1. Araştırma Uygulama Planı



4.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

4.6.1. Bağımlı Değişkenler: PUKİ puanları

4.6.2. Bağımsız Değişkenler

Sırt masajı, lavanta yağıyla uygulanan sırt masajı, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık sorunu bulunma durumu, uyumayı kolaylaştıran alışkanlıklar, sigara-alkol kullanım durumu

4.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplamalar, grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında ki kare önemlilik testi ve Fisher'in kesin testi, masaj öncesi ve sonrası grup içi karşılaştırmalarda bağımlı gruplarda t testi, masaj öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırmalar için bağımsız gruplarda t testi, üç ve daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında varyans analizi kullanılmıştır.

4.8. Araştırmanın Etiği

Araştırma için, Fırat Üniversitesi Elazığ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, T.C. SHÇEK Genel Müdürlüğü'nden ve Elazığ Gazi Huzurevi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-4,Ek-5). Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı kişisel hakların korunmasını gerektirdiğinden yaşlılardan yazılı “gönüllü bilgilendirilmiş onam” alınmıştır (Ek-6).

5. BULGULAR

Tablo 1: Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Yaş Grupları							
60-69 yaş	9	26.5	9	26.5	18	26.5	$\chi^2=0.082$
70-79 yaş	15	44.1	14	41.2	29	42.6	Sd=2
80 yaş ve üzeri	10	29.4	11	32.4	21	30.9	p=0.960
Cinsiyet							
Kadın	12	35.3	12	35.3	24	35.3	$\chi^2=0.000$
Erkek	22	64.7	22	64.7	44	64.7	Sd=1
							p=1.000
Medeni Durum							
Bekar	7	20.6	8	23.5	15	21.1	$\chi^2=1.250$
Evli	1	2.9	3	8.8	4	5.9	Sd=2
Dul	26	76.5	23	67.6	49	72.1	p=0.535
Eğitim Durumu							
Okur – yazar değil	16	47.1	18	52.9	34	50.0	$\chi^2=3.218$
İlkokul-ortaokul	15	44.1	9	26.5	24	35.3	Sd=2
Lise	3	8.8	7	20.6	10	14.7	p=0.200
Çocuk Durumu							
Var	24	70.6	20	58.8	44	64.7	$\chi^2=1.030$
Yok	10	29.4	14	41.2	24	35.3	Sd=1
							p=0.310
Gelir Durumu*							
Gelir-gider az	4	11.8	12	35.3	16	23.5	p=0.043
Gelir-gider eşit/fazla	30	88.2	22	64.7	52	76.5	
Sosyal Güvence							
Var	25	73.5	16	47.1	41	60.3	$\chi^2=4.976$
Yok	9	26.5	18	52.9	27	39.7	Sd=1
							p=0.026
Toplam	34	100.0	34	100.0	68	100.0	

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların yaş ortalaması 75.3 ± 7.3 yaş olup, %44.1'inin 70-79 yaş grubunda, %64.7'sinin erkek, %35.3'ünün kadın olduğu, %76.5'inin dul olduğu, %44.1'inin ilkokul-ortaokul, %70.6'sının çocuğa sahip

olduğu, %88.2'sinin gelir-gider durumu eşit/fazla olduğu, % 73.5'inin sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Masaj grubundaki yaşlıların yaş ortalaması 74.4 ± 8.9 yaş olup, % 41.2'inin 70-79 yaş grubunda, %64.7'sinin erkek, % 35.3'ünün kadın olduğu, %67.6'sının dul olduğu, %26.5'inin ilkokul-ortaokul, % 58.8'inin çocuğa sahip olduğu, % 64.7'sinin gelir-gider durumu eşit/fazla olduğu, % 47.1'inin sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Gruplardaki yaşlıların gelir-gider ve sosyal güvence durumları hariç, yaşlılar arasında sosyodemografik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1; $p > 0.05$).

Tablo 2: Yaşlıların Huzurevinde Yaşama Özelliklerine ve Yakınlarıyla Görüşme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Yaşama Süresi							
1-12 ay	11	32.4	18	52.9	29	42.6	$\chi^2=3.205$
18-36 ay	11	32.4	9	26.5	20	29.4	Sd=2
37 ay ve üzeri	12	35.3	7	20.6	19	27.9	p=0.201
Oda Özelliği*							
Tek Kişilik	10	29.4	4	11.8	14	20.6	p=0.132
Çift Kişilik	24	70.6	30	88.2	54	79.4	
Görüşme Durumu							
Evet	18	52.9	17	50.0	35	51.5	$\chi^2=0.059$
Hayır	16	47.1	17	50.0	33	48.5	Sd=1
							p=0.808
Görüşme Sıklığı							
Ayda bir ve daha sık	12	66.7	10	58.8	22	62.9	$\chi^2=0.230$
Ayda birden daha az	6	33.3	7	41.2	13	37.1	Sd=1
							p=0.631

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 2’de yaşlıların huzurevinde yaşama özelliklerine ve yakınlarıyla görüşme durumlarının gruplara göre dağılımı gösterilmiştir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların, %32.4’ünün 18-36 ay, %70.6’sının çift kişilik odada kaldığı, %52.9’unun yakınlarıyla görüştüğü, yakınlarıyla görüşenlerin %66.7’sinin ayda bir veya daha sık görüştüğü saptanmıştır. Masaj grubundaki yaşlıların %26.5’inin 18-36 ay, %88.2’sinin çift kişilik odada kaldığı, %50’sinin yakınlarıyla görüştüğü, yakınlarıyla görüşenlerin %58.8’inin ayda bir veya daha sık görüştüğü saptanmıştır (Tablo 2).

Yaşlıların huzurevinde yaşama özelliklerine ve yakınlarıyla görüşme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 2; $p>0.05$).

Tablo 3: Yaşlıların Sağlık Sorunlarının ve İlaç Kullanma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Sağlık Durumu*							
Sağlık Sorunu Olan	27	79.4	30	88.2	57	83.8	p=0.512
Sağlık Sorunu Olmayan	7	20.6	4	11.8	11	16.2	
İlaç Kullanma							
İlaç Kullanan	27	79.4	26	76.5	53	77.9	x²=0.086 Sd=1 p=0.770
İlaç Kullanmayan	7	20.6	8	23.5	15	22.1	

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 3’de yaşlıların sağlık durumları ve tanılarının gruplara göre dağılımı gösterilmiştir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %79.4’ünün sağlık sorunu olduğu, % 79.4’ünün ilaç kullandığı, masaj grubundaki yaşlıların ise %88.2’inin sağlık sorunu olduğu ve % 76.5’inin ilaç kullandığı saptanmıştır. Yaşlıların sağlık sorunları ve ilaç kullanma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3; p>0.05).

Yaşlıların sağlık sorunları arasında öncelikli olarak, hipertansiyon, romatizma, mide ülseri, diyabet, kronik kalp yetmezliği, böbrek rahatsızlığı, işitme ve görme sorunları yer almaktadır. Yaşlıların kullandıkları ilaçlar arasında ise antihipertansif, antiromatizmal, antidiyabetik, kolesterol düşürücü, antikoagülan ve ülser ilacı kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 4: Yaşlıların Çay İçme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Çay İçme*							
İçen	34	100.0	33	97.1	67	98.5	p=1.000
İçmeyen	0	0.0	1	2.9	1	1.5	
Çay İçme Saati							x ² =0.011
Gündüz	20	58.8	19	57.6	39	58.2	Sd=1
Gündüz ve Akşam	14	41.2	14	42.4	28	41.8	p=0.918
Gündüz İçilen Miktar							
1 su bardağı	9	26.5	12	36.4	21	31.3	x ² =0.787
2 su bardağı	21	61.8	18	54.5	39	58.2	Sd=2
3 su bardağı ve üzeri	4	11.8	3	9.1	7	10.4	p=0.675
Akşam İçilen Miktar							
1-3 su bardağı	8	57.1	6	42.9	14	50.0	x ² =0.571
4 su bardağı ve üzeri	6	42.9	8	57.1	14	50.0	Sd=1
							p=0.450

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4’de yaşlıların çay içme durumlarının gruplara göre dağılımı incelenmiştir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların tümünün çay içtiği, %58.8’ inin gündüz çay içtiği, %41.2’sinin gündüz ve akşam çay içtiği, %61.8’inin gündüz 2 su bardağı içtiği saptanmıştır. Masaj grubundaki yaşlıların ise %97.1’ inin çay içtiği, %57.6’sının gündüz çay içtiği,%42.4’ünün gündüz ve akşam çay içtiği, %54.5’inin gündüz 2 su bardağı içtiği saptanmıştır (Tablo 4).

Yaşlıların çay içme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4; p>0.05).

Tablo 5: Yaşlıların Madde Kullanma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Sigara İçme							
İçen	11	32.4	11	32.4	22	32.4	x ² =0.000 Sd=1 p=1.000
İçmeyen	23	67.6	23	67.6	46	67.6	
İçilen Sigara Miktarı*							
1-20 adet/gün	8	72.7	9	81.8	17	77.3	p=1.000
20 adet üzeri/gün	3	27.3	2	18.2	5	22.7	
Alkol Kullanma							
Alkol Kullanan	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-
Alkol Kullanmayan	34	100.0	34	100.0	68	100.0	

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 5’de yaşlıların madde kullanma durumlarının gruplara göre dağılımı incelenmiştir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %32.4’ünün sigara içtiği, %67.6 sınıfın sigara içmediği, %72.7’sinin 1-20 adet/gün sigara içtiği saptanmıştır. Masaj grubundaki yaşlıların %32.4’ünün sigara içtiği, %67.6 sınıfın sigara içmediği, %81.8’inin 1-20 adet/gün sigara içtiği saptanmıştır. Yaşlıların hiçbiri alkol kullanmadıkları için istatistiksel bir işlem yapılmamıştır (Tablo 5). Yaşlıların madde kullanma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5; p>0.05).

Tablo 6: Yaşlıların Egzersiz Yapma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Egzersiz Yapma							
Düzenli Egzersiz	6	17.6	8	23.5	14	20.6	$\chi^2=4.366$ Sd=2 p=0.113
Düzensiz Egzersiz	4	11.8	0	0.0	4	5.9	
Egzersiz Yapmayan	24	70.6	26	76.5	50	73.5	
Egzersiz Saati*							
Sabah	7	70.0	8	100.0	15	83.3	p=0.216
Sabah ve İkinci	3	30.0	0	0.0	3	16.7	

***Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.**

Tablo 6’de yaşlıların egzersiz yapma durumlarının gruplara göre dağılımı incelenmiştir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %17.6’sının düzenli egzersiz yaptığı, %70.6’sının egzersiz yapmadığı, masaj grubundaki yaşlıların ise %23.5’sinin düzenli egzersiz yaptığı, %76.5’sinin egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Yaşlıların %83.3’ünün sabah egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Yaşlıların egzersiz yapma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6; $p>0.05$).

Tablo 7: Yaşlıların Huzurevinde Kaldıkları Sürede Uyku Alışkanlıklarında Değişiklik Olma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Uyku Alışkanlığı Değişikliği							
Var	22	64.7	23	67.6	45	66.1	x²=0.650 Sd=2 p=0.723
Yok	12	35.3	11	32.4	23	33.8	

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %64.7’inde uyku alışkanlığında değişiklik olduğu, masaj grubundaki yaşlıların %67.6’sında uyku alışkanlığında değişiklik olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların huzurevinde kaldıkları sürede uyku alışkanlıklarında değişiklik olma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7; $p>0.05$).

Tablo 8: Yaşlıların Uyku Alışkanlığında Yaşadıkları Problemlerin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Uyku Problemleri	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Hiç uyuyamıyorum							$\chi^2=0.243$
Evet	21	61.8	19	55.9	40	58.8	Sd=1
Hayır	13	38.2	15	44.1	28	41.2	p=0.622
Uykuya dalmakta zorlanıyorum							$\chi^2=0.283$
Evet	25	73.5	23	67.6	48	70.6	Sd=1
Hayır	9	26.5	11	32.4	20	29.4	p=0.595
Sık sık uyanıyorum*							
Evet	29	85.3	31	91.2	60	88.2	p=0.709
Hayır	5	14.7	3	8.8	8	11.8	
Uyanmakta zorlanıyorum*							p=0.259
Evet	32	94.1	28	82.4	60	88.2	
Hayır							
Solunum sıkıntısı ile uyanma							$\chi^2=0.620$
Evet	9	26.5	12	35.3	21	30.9	Sd=1
Hayır	25	73.5	22	64.7	47	69.1	p=0.431
Gündüz uyuklama							
Evet	15	44.1	21	61.8	36	52.9	$\chi^2=2.125$
Hayır	19	55.9	13	38.2	32	47.1	Sd=1
							p=0.145
Uyku saatimde değişiklik oluyor							$\chi^2=0.770$
Evet	25	73.5	28	82.4	53	77.9	Sd=1
Hayır	9	26.5	6	17.6	15	22.1	p=0.380
Çok erken uyanıyorum							$\chi^2=0.086$
Evet	27	79.4	26	76.5	53	77.9	Sd=1
Hayır	7	20.6	8	23.5	15	22.1	p=0.770

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %61.8'inin hiç uyuyamadığı, %73.5'inin uykuya dalmakta zorlandığı, %85.3'ünün sık sık uyandığı, %44.1 gündüz uyukladığı, %73.5 uyku saatinde değişiklik olduğu, % 79.4'ünün çok erken uyandıklarını ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 8).

Masaj grubundaki yaşlıların %55.9'ının hiç uyuyamadığı, %73.5'sinin uykuya dalmakta zorlandığı, %91.2'sinin sık sık uyandığı, %61.8'inin gündüz uyukladığı, %82.4'ünün uyku saatinde değişiklik olduğu, %76.5'inin çok erken uyandıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Yaşlıların yaşanan uyku problemleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 8; $p>0.05$).

Tablo 9: Yaşlıların Uykusuzluğa Neden Olan Şikayetlerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Şikayetler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Çok fazla kişi ile aynı odada kalma							$\chi^2=0.941$
Evet	15	44.1	19	55.9	34	50.0	Sd=1
Hayır	19	55.9	15	44.1	34	50.0	p=0.332
Fiziki koşullar (gürültü, aydınlatma vb.)							$\chi^2=2.926$
Evet	16	47.1	23	67.6	39	57.4	Sd=1
Hayır	18	52.9	11	32.4	29	42.6	p=0.086
Ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler							
Evet	20	58.8	20	58.8	40	58.8	$\chi^2=0.000$
Hayır	14	41.2	14	41.2	28	41.2	Sd=1
							p=1.000
Gün içinde yaşanan olaylar							$\chi^2=1.482$
Evet	13	38.2	18	52.9	31	45.6	Sd=1
Hayır	21	61.8	16	47.1	37	54.4	p=0.223
Üzüntü*							
Evet	33	97.1	33	97.1	66	97.1	p=1.000
Hayır	1	2.9	1	2.9	2	2.9	
Gece sık tuvalete kalkmak							$\chi^2=0.000$
Evet	24	70.6	24	70.6	48	70.6	Sd=1
Hayır	10	29.4	10	29.4	20	29.4	p=1.000
Gündüzleri uyumak							
Evet	11	32.4	17	50.0	28	41.2	$\chi^2=2.186$
Hayır	23	67.6	17	50.0	40	58.8	Sd=1
							p=0.139

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Yaşlıların %50'sinin çok fazla kişi ile aynı odada kalma, %57.4'ünün fiziki koşullar, %58.8'inin ağrı ya da hastalığa bağlı nedenler, %70.6'sının gece sık tuvalete kalkma, %97.1'inin üzüntü gibi nedenlerden dolayı uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Yaşlıların uykusuzluğa neden olan şikayetler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9; $p>0.05$).

Tablo 10: Yaşlıların Uyumadan Önce Uykuyu Kolaylaştıran Bireysel Alışkanlıklarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu		Toplam		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Alışkanlık Durumu							$\chi^2=1.722$
Var	26	76.5	21	61.8	47	69.1	Sd=1
Yok	8	23.5	13	38.2	21	30.9	p=0.189
Bireysel Alışkanlıklar							
Kalkıp Dolaşma							$\chi^2=0.195$
Evet	9	34.6	6	28.6	15	31.9	Sd=1
Hayır	17	65.4	15	71.4	32	68.1	p=0.659
TV seyretme							
Evet	16	61.5	15	71.4	31	66.0	$\chi^2=0.506$
Hayır	10	38.5	6	28.6	16	34.0	Sd=1
							p=0.477
Müzik dinleme							
Evet	8	30.8	8	38.1	16	34.0	$\chi^2=0.278$
Hayır	18	69.2	13	61.9	31	66.0	Sd=1
							p=0.598
Kitap okuma*							
Evet	2	7.7	6	28.6	8	17.0	p=0.115
Hayır	24	92.3	15	71.4	39	83.0	
Sohbet etme							
Evet	9	34.6	9	42.9	18	38.3	$\chi^2=0.334$
Hayır	17	65.4	12	57.1	29	61.7	Sd=1
							p=0.563
Ilık bir şeyler içme*							
Evet	4	15.4	3	14.3	7	14.9	p=1.000
Hayır	22	84.6	18	85.7	40	85.1	
Uykunun gelmesini bekleme							$\chi^2=0.396$
Evet	15	57.7	14	66.7	29	61.7	Sd=1
Hayır	11	42.3	7	33.3	18	38.3	p=0.529
İbadet etme							
Evet	5	19.2	7	33.3	12	25.5	$\chi^2=1.215$
Hayır	21	80.8	14	66.7	35	74.5	Sd=1
							p=0.270

*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %76.5'inin uyumadan önce uykuyu kolaylaştıran bireysel alışkanlıkları olduğu, %34.6'sının kalkıp dolaşma, %61.5'inin televizyon seyretme, % 34.6'sının sohbet etme,% % 57.7'sinin uykunun gelmesini beklediklerini ifade ettikleri saptanmıştır.

Masaj grubundaki yaşlıların %61.8'inin uyumadan önce uykuyu kolaylaştıran bireysel alışkanlıkları olduğu, %28.6'sının kalkıp dolaşma, %71.4'ünün televizyon seyretme, %42.9'unun sohbet etme alışkanlıkları olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Yaşlıların uyumadan önce yapmış oldukları bireysel alışkanlıklar açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10; $p>0.05$).

Tablo 11: Yaşlıların Masaj Öncesi Günlerdeki PUKİ Alt Bileşenlerinin Gruplara Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Masaj Öncesi PUKİ Alt Bileşenleri	Grup	n	Ortalama±SD	Önemlilik Testi
Öznel Uyku Kalitesi	Aromaterapi Masaj Grubu	34	1.50±0.74	t=-0.158 p=0.875
	Masaj Grubu	34	1.47±0.78	
Uyku Latensi	Aromaterapi Masaj Grubu	34	2.38±0.69	t=-0.875 p=0.384
	Masaj Grubu	34	2.21±0.94	
Uyku Süresi	Aromaterapi Masaj Grubu	34	2.35±0.54	t=-1.567 p=0.122
	Masaj Grubu	34	2.12±0.68	
Alışlagelen Uyku Etkinliği	Aromaterapi Masaj Grubu	34	2.00±1.12	t=-0.229 p=0.819
	Masaj Grubu	34	1.94±0.98	
Uyku Bozukluğu	Aromaterapi Masaj Grubu	34	1.32±0.53	t=0.238 p=0.813
	Masaj Grubu	34	1.35±0.48	
Uyku Hapları Kullanımı	Aromaterapi Masaj Grubu	34	0.21±0.64	t=0.766 p=0.446
	Masaj Grubu	34	0.35±0.61	
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	Aromaterapi Masaj Grubu	34	1.03±0.90	t=1.126 p=0.264
	Masaj Grubu	34	1.29±1.03	

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların, masaj öncesi PUKİ alt bileşenlerinin ortalamaları; öznel uyku kalitesi 1.50±0.74, uyku latensi 2.38±0.69, uyku süresi 2.35±0.54, alışlagelen uyku etkinliği 2.00±1.12, uyku bozukluğu 1.32±0.53, uyku hapları kullanımı 0.21±0.64, gündüz uyku işlev bozukluğu

1.32±0.53, uyku hapları kullanımı 0.21±0.64, gündüz uyku işlev bozukluğu 1.03±0.90 olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Masaj grubundaki yaşlıların, masaj öncesi PUKİ alt bileşenlerinin ortalamaları; öznel uyku kalitesi 1.47±0.78, uyku latensi 2.21±0.94, uyku süresi 2.12±0.68, alışlagelen uyku etkinliği 1.94±0.98, uyku bozukluğu 1.35±0.48, uyku hapları kullanımı 0.35±0.61, gündüz uyku işlev bozukluğu 1.29±1.03 olarak bulunmuştur.

Yaşlıların masaj öncesi günlerdeki PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 11; $p>0.05$).

Tablo 12: Yaşlıların Masaj Sonrası Günlerdeki PUKİ Alt Bileşenlerinin Gruplara Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Masaj Sonrası PUKİ Alt Bileşenleri	Grup	n	Ortalama±SD	Önemlilik Testi
Öznel Uyku Kalitesi	Aromaterapi Masaj Grubu	34	0.52±0.50	t=3.884 p=0.001
	Masaj Grubu	34	1.00±0.49	
Uyku Latensi	Aromaterapi Masaj Grubu	34	1.35±0.54	t=1.546 p=0.127
	Masaj Grubu	34	1.58±0.70	
Uyku Süresi	Aromaterapi Masaj Grubu	34	1.11±0.64	t=4.396 p=0.001
	Masaj Grubu	34	1.73±0.51	
Alışlagelen Uyku Etkinliği	Aromaterapi Masaj Grubu	34	0.73±0.86	t=4.750 p=0.001
	Masaj Grubu	34	1.67±0.76	
Uyku Bozukluğu	Aromaterapi Masaj Grubu	34	1.00±0.00	-
	Masaj Grubu	34	1.00±0.00	
Uyku Hapları Kullanımı	Aromaterapi Masaj Grubu	34	0.00±0.00	t=1.436 p=0.156
	Masaj Grubu	34	0.58±0.23	
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	Aromaterapi Masaj Grubu	34	0.29±0.46	t=3.153 p=0.002
	Masaj Grubu	34	0.67±0.53	

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların, masaj sonrası PUKİ alt bileşenlerinin ortalamaları; öznel uyku kalitesi 0.52±0.50, uyku süresi 1.11±0.64, alışlagelen uyku etkinliği 0.73±0.86, gündüz uyku işlev bozukluğu 0.29±0.46 olarak bulunmuştur. Masaj grubundaki yaşlıların, masaj sonrası PUKİ alt

bileşenlerinin ortalamaları; öznel uyku kalitesi 1.00 ± 0.49 , uyku süresi 1.73 ± 0.51 , alışlagelen uyku etkinliği 1.67 ± 0.76 , gündüz uyku işlev bozukluğu 0.67 ± 0.53 olarak saptanmıştır.

Yaşlıların masaj sonrası günlerdeki PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; öznel uyku kalitesi, uyku süresi, alışlagelen uyku etkinliği ve gündüz uyku işlev bozukluğu puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 12; $p < 0,05$). Yaşlıların uyku bozukluğu puan ortalamaları eşit olduğu için istatistiksel bir işlem yapılmamıştır.

Tablo 13: Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Grup İçinde Karşılaştırılması

Grup	n	Masaj Öncesi PUKİ	Masaj Sonrası PUKİ	Farkın Ortalaması	p
Aromaterapi Masaj Grubu	34	10.88 ± 3.47	5.00 ± 1.79	5.88 ± 2.31	p=0.001
Masaj Grubu	34	10.71 ± 3.19	7.74 ± 1.71	2.97 ± 2.03	p=0.001

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların masaj öncesi PUKİ puan ortalaması 10.88 ± 3.47 olup, masaj sonrası PUKİ puan ortalaması 5.00 ± 1.79 olarak belirlenmiştir. Yapılan analizde aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 13; $p < 0.001$).

Masaj grubundaki yaşlıların masaj öncesi PUKİ puan ortalaması 10.71 ± 3.19 olup, masaj sonrası PUKİ puan ortalaması 7.74 ± 1.71 olarak bulunmuştur. Yapılan analizde masaj grubundaki yaşlıların masaj öncesi ve masaj

sonrası PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 13; $p<0.001$).

Tablo 14: Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Özellikler	Grup	n	Ortalama $\pm$ SD	Önemlilik Testi
Masaj Öncesi	Aromaterapi	34	10.88 $\pm$ 3.47	t=-0.218 p=0.828
	Masaj Grubu			
Masaj Sonrası	Masaj Grubu	34	10.71 $\pm$ 3.19	t=6.437 p= 0.001
	Aromaterapi	34	5.00 $\pm$ 1.79	
	Masaj Grubu	34	7.74 $\pm$ 1.71	

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların masaj öncesi PUKİ puan ortalaması 10.88 $\pm$ 3.47, masaj grubundaki yaşlıların ise PUKİ puan ortalaması 10.71 $\pm$ 3.19 olarak bulunmuştur. Yapılan analizde iki grubun masaj öncesi PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 14; $p>0.05$).

Yaşlıların masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları, aromaterapi masaj grubunda 5.00 $\pm$ 1.79, masaj grubunda 7.74 $\pm$ 1.71 olarak belirlenmiştir. İki grubun masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 14; $p<0.001$).

Tablo 15: Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Yaş Grupları, Cinsiyet, Sağlık Sorunu ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu	
	Masaj Öncesi n PUKİ-ort	Masaj Sonrası n PUKİ-ort	Masaj Öncesi n PUKİ-ort	Masaj Sonrası n PUKİ-ort
Yaş Grupları				
60-69 yaş	9 11.22±4.54	9 5.00±2.06	9 9.44±3.32	9 7.00±1.80
70-79 yaş	15 10.80±3.32	15 4.87±1.92	14 10.64±2.95	14 7.79±0.97
80 yaş ve üzeri	10 10.88±3.47	10 5.20±1.47	11 11.82±3.28	11 8.27±2.24
Önemlilik Testi	F=0.058 p=0.944	F=0.098 p=0.907	F=1.403 p=0.261	F=1.414 p=0.258
Cinsiyet				
Kadın	12 10.50±2.67	12 5.25±1.65	12 10.83±2.51	12 7.92±1.24
Erkek	22 11.09±3.87	22 4.86±1.88	22 10.64±3.56	22 7.64±1.94
Önemlilik Testi	t=-0.469 p=0.642	t=0.595 p=0.556	t=0.169 p=0.867	t=0.451 p=0.655
Sağlık Sorunu				
Var	27 11.14±3.53	27 5.30±1.79	30 10.77±3.22	30 7.80±1.75
Yok	7 9.85±3.23	7 3.86±1.34	4 10.25±3.40	4 7.25±1.50
Önemlilik Testi	t=0.874 p=0.389	t=1.975 p=0.057	t=0.299 p=0.766	t=0.598 p=0.554

Her iki grupta masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarının yaş grupları, cinsiyet, sağlık sorunları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 15; $p>0.05$).

Tablo 16: Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Çay İçme, Sigara İçme ve Egzersiz Yapma Durumları ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Aromaterapi Masaj Grubu		Masaj Grubu	
	Masaj Öncesi n PUKİ-ort	Masaj Sonrası n PUKİ-ort	Masaj Öncesi n PUKİ-ort	Masaj Sonrası n PUKİ-ort
Çay İçme				
Gündüz	20 10.80±3.41	20 5.25±1.97	19 11.47±3.00	19 8.16±1.74
Gündüz ve Akşam	14 11.00±3.67	14 4.64±1.49	14 10.00±3.21	14 7.29±1.59
Önemlilik Testi	t=-0.163 p=0.872	t=0.971 p=0.339	t=1.352 p=0.186	t=1.475 p=0.150
Sigara İçme				
İçen	11 11.18±3.89	11 4.73±1.55	11 11.09±3.47	11 7.55±1.75
İçmeyen	23 10.73±3.33	23 5.13±1.94	23 10.52±3.11	23 7.83±1.72
Önemlilik Testi	t=0.343 p=0.734	t=-0.608 p=0.548	t=0.480 p=0.634	t=-0.442 p=0.634
Egzersiz Yapma				
Düzenli Egzersiz	6 8.83±2.31	6 5.25±2.98	8 9.00±2.72	8 6.75±1.16
Düzensiz Egzersiz	4 13.00±5.47	4 5.21±1.64		
Egzersiz Yapmayan	24 11.04±3.20	24 9.00±2.72	26 11.23±3.19	26 8.04±1.75
Önemlilik Testi	F=1.916 p=0.164	F=1.145 p=0.331	t=-1.782 p=0.084	t=-1.939 p=0.061

Yaşlıların her iki grupta masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarının çay içme, sigara içme ve egzersiz yapma durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 16; $p>0.05$).

6.TARTIŞMA

6.1.Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre İncelenmesi

Yaşlıların gelir-gider ve sosyal güvence durumları dışındaki, diğer sosyodemografik özellikleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1; $p>0.05$). Bu durum her iki grubun homojen olduğunu göstermektedir. Yaşlıların gelir-gider ve sosyal güvence durumlarının gruplar arasındaki farklılığı huzurevinin hizmetlerinden yararlanmalarını etkilememektedir, huzurevinde kalan her yaşlıya eşit hizmet sunulmaktadır. Her iki grupta erkek oranı yüksek bulunmuştur. Bu sonuç yaşlılık döneminde erkeklerin öz bakımlarını sağlamada kendilerini daha yetersiz hissedip, huzurevinde yaşamayı tercih ettiklerini düşündürmektedir

Gruplardaki yaşlıların huzurevinde yaşama özelliklerine ve yakınlarıyla görüşme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo2; $p>0.05$). Yaşlıların huzurevinde yaşama sürelerinin uzun olduğu ve yaklaşık yarısından fazlasının aile ve yakınlarıyla görüştüğü görülmektedir.

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların huzurevinde yaşama süreleri, %57.5'inin 3-9 ay, %42.5'inin 10-24 ay, %84.8'inin tek kişilik odada, %15.2'sinin çift kişilik odada, % 90.9'unun yakınlarıyla görüştüğü, %46.6'sının ayda bir görüştüğü saptanmıştır.

Güngör ve arkadaşlarının (57) çalışmalarında, yaşlıların huzurevinde kaldıkları ortalama hafta süresi 168.78 ± 154.10 , %70.4'ünün huzurevi dışında görüştüğü kişilerin olduğu saptanmıştır.

Fadıloğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında (45) yaşlıların huzurevinde yaşama süreleri %30'u 1 yıldan az, %39'u 1-3 yıl ve %23'ünün 3-5 yıldır huzurevinde kaldığı saptanmıştır.

Yaşlıların sağlık durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3; $p>0.05$). Sağlık sorununun varlığı uyku kalitesini etkileyebilen bir değişken olduğundan grupların bu değişken yönünden benzer olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlı bireylerde tıbbi ve psikolojik problemlerin önemli oranda arttığı ve kötü uyku kalitesinin bu problemlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (55,56,91). Çınar (35), Güngör (57), Bayık (18) ve Fadıloğlu'nun (45) çalışmalarında yaşlıların yarısından fazlasında sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan yaşlıların % 77.9'unun sürekli olarak ilaç kullandığı görülmektedir (Tablo 3). Yaşlıların ilaç kullanma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3; $p>0.05$). Tıbbi hastalıklar ve onların tedavisinde kullanılan bazı ilaçların uykuyu etkilediği bilinmektedir (4,12,48,55,91). Bu nedenle grupların benzer olması olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda yaşlıların büyük bir çoğunluğunun kronik bir hastalığı olduğu için ilaç kullandığı saptanmıştır (18,35,45,57).

Bu çalışmada yaşlıların tamamına yakınının %98.5'inin çay içme alışkanlığının olduğu bulunmuştur. Yaşlıların çay içme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4; $p>0.05$). Çayın ülkemizde yaygın olarak içilen bir içecek olmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir. Çayın içinde bulunan kafeinin, uyuklamayı

engellediği, gece boyunca uyuyamamaya neden olduğu belirtilmektedir (4,56). Hindmarch ve ark. yaptıkları çalışmada (61), gün içerisinde tüketilen çay, kahve gibi kafeinli içecekler uykuya başlamayı, uyku zamanını ve uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların %54.5'inin gündüz çay içtiği, %6'sı gündüz 1 çay bardağı, %88'inin gündüz 2 çay bardağı, %6'sı 3 çay bardağı içtiği, %30'unun gece çay içtiği, %60'ı gece 1 çay bardağı, %40'ı 2 çay bardağı çay içtiğini belirtmiştir.

Çalışmaya alınan yaşlıların hiçbirinin alkol almadığı, %34.4'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir. Yaşlıların sigara kullanma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5; $p>0.05$). Bu da her iki grubun homojen olduğunu göstermektedir.

Sigara içen bireylerde uykuya dalma güçlüğü ve daha hafif uyuma görülebilmektedir. Ayrıca sigara içenlerde akşam yemeklerinden sonra sigara içilmemesinin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı ve daha iyi uyumaya neden olduğu belirlenmiştir (4,56,70,103).

Çınar'ın (35) çalışmasında yaşlıların %42.4'ünün, Güngör ve arkadaşlarının çalışmalarında (57) %23'ünün, Bayık ve ark. çalışmalarında (18) yaşlıların %35.6'sının sigara içtiği saptanmıştır. Bulgular yapılan çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %17.6'sının düzenli egzersiz yaptığı, %70.6'sının egzersiz yapmadığı, masaj grubundaki yaşlıların ise %23.5'sinin düzenli egzersiz yaptığı, %76.5'sinin egzersiz yapmadığı

saptanmıştır. Yaşlıların %83.3'ünün sabah egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Yaşlıların egzersiz yapma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6; $p>0.05$). Bu da her iki grubun homojen olduğunu gösterir. Egzersiz yapan yaşlıların tamamı yaptıkları egzersizin yürüyüş olduğunu belirtmişlerdir. Yaşlıların egzersiz yapma oranının düşük olmasında; kronik hastalıkların varlığı, toplumda egzersiz yapma alışkanlığının azlığı, huzurevi olanaklarının sınırlılığı gibi nedenlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların % 60.6'sının egzersiz yaptığı, % 39.4'ünün egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Güngör ve arkadaşlarının çalışmalarında (57) yaşlıların %67.6'sının egzersiz yaptığı, %29.6'sının egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Yaşlıların %66.1'inin huzurevinde kaldıkları sürede uyku alışkanlığında değişiklik olduğu görülmektedir. Yaşlıların huzurevinde kaldıkları sürede uyku alışkanlıklarında değişiklik olma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7; $p>0.05$). Bu durum her iki grubun uyku alışkanlıklarında değişiklik olma durumlarının benzer olduğunu ve grupların bu özellik bakımından homojen olduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerin huzurevinde bulundukları ortama ve kişilere uyum sağlayamamaları, günlük yaşamlarındaki anksiyete, stres ve diğer emosyonel sorunların uyku düzenlerini olumsuz etkilemesinin yaşlı bireylerin uykusuzluk sorunları yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %61.8'inin hiç uyuyamadığı, %73.5'inin uykuya dalmakta zorlandığı, %85.3'ünün sık sık uyandığı, %79.4'ünün çok erken uyandıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Masaj grubundaki yaşlıların %55.9'inin hiç uyuyamadığı, %73.5'sinin uykuya dalmakta zorlandığı, %91.2'sinin sık sık uyandığı, %76.5'inin çok erken uyandıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Yaşlıların yaşanan uyku problemleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 8; $p>0.05$). Bu sonuçlar, yaşlıların uykusu ile ilgili değişikliklerde günlük yaşamdaki fiziksel, emosyonel faktörlerin (anksiyete, yalnızlık, stres vb) etkili olduğunu ve uyku kalitesi için gereken koşulların çoğunlukla sağlanamadığını düşündürmektedir.

Yaşlıların %50'sinin çok fazla kişi ile aynı odada kalma, %57.4'ünün fiziki koşullar, %58.8'inin ağrı ya da hastalığa bağlı nedenler, %70.6'sının gece sık tuvalete kalkma, %97.1'inin üzüntü gibi nedenlerden dolayı uykularının etkilendiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Yaşlıların uykusuzluğa neden olan şikayetler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9; $p>0.05$).

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede güçlük yaşama nedenlerinin; %19'u geç saatte çay-kahve içmek, %18'i gün içinde yaşanan olaylar, %15'inin üzüntü, %13'ünün sık sık tuvalete kalkmak, %12'sinin geçmişte yaşanan olaylar, %7'sinin çocuklarının sorunları olduğunu belirtmiştir.

Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların %76.5'inin uyumadan önce uykuyu kolaylaştıran bireysel alışkanlıkları olduğu, %34.6'sının kalkıp dolaşma,

%61.5'inin televizyon seyretme, % 34.6'sının sohbet etme,% % 57.7'sinin uykunun gelmesini beklediklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Masaj grubundaki yaşlıların %61.8'inin uyumadan önce uykuyu kolaylaştıran bireysel alışkanlıkları olduğu, %28.6'sının kalkıp dolaşma, %71.4'ünün televizyon seyretme, %42.9'unun sohbet etme alışkanlıkları olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Yaşlıların uyumadan önce yapmış oldukları bireysel alışkanlıklar açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10; $p>0,05$).

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların %87.9'unun uykuyu kolaylaştıran bireysel alışkanlıkları olduğu, %35'i aynı saatte yattığını, %27'si TV seyrettiğini, %19'u kitap okuduğunu, %14'ü süt içtiğini, %2.5'i duş aldığını ve % 2.5'i dua ettiğini belirtmiştir.

Yaşlıların uyku öncesi yaptıkları alışkanlıkların kişiyi rahatlattığı ve uykuya yardım ettiği düşünülmektedir.

6.2. Yaşlıların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Alt Bileşenlerinin ve PUKİ Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre İncelenmesi

Yaşlıların masaj öncesi günlerdeki PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 11; $p>0,05$).

Yaşlıların masaj sonrası günlerdeki PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; öznel uyku kalitesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz uyku işlev bozukluğu puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 12;

$p<0,05$). Farkın aromaterapi masaj grubu lehine olduğu görülmektedir. Bu durumun uyku kalitesine aroma masajın kokusuz yağla yapılan masajdan daha etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların masaj öncesi ve masaj uygulanan günlerdeki öznel uyku kalitesi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz uyku işlev bozukluğu puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve masaj uygulamasının yaşlıların uyku kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Araştırmanın bulguları Çınar'ın çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmada aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların masaj sonrası PUKİ puan ortalamasının masaj öncesine göre anlamlı bir şekilde düştüğü, aynı düşüşün masaj grubunda da olduğu saptanmıştır (Tablo 13; $p<0.001$). Bu durum masajın ve aromaterapi masajın uyku kalitesine olumlu etki sağladığını düşündürmektedir. H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Çınar'ın çalışmasında yaşlıların PUKİ toplam puan ortalamasının masaj uygulanan günlerde masaj öncesi günlerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bulguları Çınar'ın çalışması ile paralellik göstermektedir (35).

Yapılan çalışmalar yatma zamanı düzenli olarak yapılan sırt gibi geniş vücut yüzeylerine yavaş veya hafif sıvazlama şeklinde uygulanan masajın, rahatlama, gevşeme, dinlenme ve uyku kalitesini arttırdığını, ağrı, anksiyete depresyon üzerinde olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir (43,44,46,78,95).

Grupların masaj öncesi PUKİ puan ortalamaları; aromaterapi masaj grubundaki yaşlılarda 10.88 ± 3.47 , masaj grubundaki yaşlılarda 10.71 ± 3.19 olarak bulunmuştur. Yapılan analizde iki grubun masaj öncesi PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 14; $p>0.05$). Bu araştırmacının

grupları bilinçli olarak PUKİ puanları benzer şekilde ayırmasından kaynaklanmaktadır. Her iki grubun uyku kalitesi toplam PUKİ puan ortalamasının 5'den büyük olması yaşlıların kötü uyku kalitesine sahip olduklarını göstermektedir.

Fadıloğlu ve ark. huzurevindeki yaşlı bireylerin %77'sinin kötü uyku kalitesine (toplam PUKİ puanı >5) sahip olduğu ve ortalama uyku kalitesi puanlarının 8.02 ± 2.87 olduğu saptanmıştır (35).

Grupların masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları; aromaterapi masaj grubundaki yaşlılarında 5.00 ± 1.79 , masaj grubundaki yaşlılarda 7.74 ± 1.71 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 14; $p < 0.001$). Çalışmada aromaterapi masaj grubunun PUKİ puan ortalamasının masaj grubuna göre daha düşük ve uyku kalitesini arttırmada daha etkili olduğu görülmektedir. Aromaterapi masajının kokusuz yağla yapılan masajdan daha etkili olduğu düşünülmektedir. Yaşlılara yatmadan önce uygulanan aromaterapi sırt masajının organizma üzerindeki fiziksel ve psikolojik rahatlama etkisi nedeniyle yaşlıların uyku kalitesini arttırdığı düşünülmektedir. H_2 hipotezi kabul edilmiştir.

Aromaterapi özellikle uyku bozukluklarında, başa çıkma mekanizmalarını geliştirmede, stresi ve anksiyeteyi azaltmada, ağrıda, gevşeme ve iyilik hali duygusunu arttırmada etkilidir (21,32,38,74).

Robinson ve ark. (2005) çalışmalarında uyku sorunu yaşayan hastalarda masaj, aromaterapi, müzik ve ılık içeceklerin yararlı olduğunu belirtmişlerdir (96).

Soden ve ark. (2004) aromaterapi ve masajın kanser hastalarında anksiyete ve ağrı üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Ayrıca aromaterapi ve

masaj uygulamasının hastaların uyku skorlarını ve depresyon düzeyini azalttığı belirlenmiştir. (104).

Fraser ve Kerr (1993) çalışmalarında (50) uzun süre bakım kurumunda kalan kronik hastalığı olan yaşlılara uygulanan sırt masajının rahatlamayı sağladığı ve anksiyete düzeyini azalttığını saptamışlardır.

Song (2006) ve ark. bakımevinde kalan yaşlılara uygulanan ayak masajının yaşlıların uyku bozulluklarını ve depresyon düzeyini azalttığını belirlemiştir (106).

Hudson ve Nurse (1996) lavanta yağının yaşlı hastalar üzerinde sedatif etkisini ve uyku düzenini sağlamada etkili olduğunu saptamışlardır (65).

Weihbrecht (2008) kronik uyku bozukluğu hikayesi olan 10 yetişkine inhalasyonla lavanta yağı uygulamıştır. Çalışma boyunca yatma zamanına yakın hastaların yastığına ya da kağıt mendile 2 damla lavanta yağı damlatılmıştır. Çalışmanın sonucunda 8 kişinin sabahları kendilerini daha dinlenmiş, sakin hissettikleri saptanmıştır (117).

6.3. Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Yaş Grupları, Cinsiyet, Sağlık Sorununa Göre İncelenmesi

Her iki grupta masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarının yaş grupları, cinsiyet, sağlık sorunları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 15; $p>0.05$). Yaş grupları, cinsiyet, sağlık sorunlarına göre masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarındaki değişimin benzer gerçekleştiği, masajın uyku kalitesini aynı düzeyde etkilediği saptanmıştır.

Çınar'ın çalışmasında (35) yaş gruplarına göre masaj öncesi ve masaj uygulanan günlerdeki PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Ancoli-Israel ve ark. yapmış oldukları araştırmada 18 yaş üstü nüfusun %36'sının uyku sorununun olduğu, uyku bozukluklarının 65 yaş üstü bireylerde diğer yaş gruplarına göre daha fazla görüldüğü bulunmuştur (9). Araştırmamızda gruptaki yaşlıların kötü uyku kalitesinin (PUKİ toplam puan>5) olmasında, yaşlıların ileri yaş döneminin ve araştırmaya alınma ölçütlerinin etkisinden kaynaklanmaktadır.

Fadıloğlu ve ark. çalışmalarında yaş grupları ile uyku kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde; 75-79 yaş arası bireylerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (45).

Fadıloğlu ve ark. yaşlıların cinsiyetinin uyku kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir (45).

Kara'nın 1996 yılında yaptığı çalışmada uyku kalitesinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (67).

Cinsiyetin uykuyu değerlendirmede göz önüne alınması gereken bir kriter olduğu ve yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden daha fazla oranda uyku bozukluklarından yakınmalarına karşın, kadınların erkeklerden daha iyi uyudukları belirtilmektedir (4,45).

Doi ve ark. erişkin Japon popülasyonunda yaptıkları çalışmada uyku problemlerinin prevalansının kadınlarda %31.1, erkeklerde %26.4 olduğunu

bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada uyku kalitesinin düşüklüğü erkeklerde %17.8, kadınlarda %20.2 olarak bildirilmiştir (36).

Çınar'ın çalışmasında (35) ise cinsiyete göre masaj öncesi ve masaj uygulanan günlerdeki PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır. Masajın yaşlı erkeklerin uyku kalitesini kadınlara göre daha fazla olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların sağlık sorununa göre masaj öncesi ve masaj uygulanan günlerdeki PUKİ toplam puan ortalamasındaki değişimin benzer gerçekleştiği, sağlık sorununa göre masaj öncesi ve masaj uygulanan günlerdeki PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Fadıloğlu ve ark. tıbbi hastalığı olan yaşlıların uyku kalitelerinin herhangi bir hastalığı olmayanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır (45).

6.4. Grupların Masaj Öncesi ve Masaj Sonrası PUKİ Puan Ortalamalarının Çay İçme, Sigara İçme, Egzersiz Yapma Durumuna Göre İncelenmesi

Gruplardaki yaşlıların masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarının çay içme, sigara içme ve egzersiz yapma durumu açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 16; $p>0.05$). Çay içme, sigara içme ve egzersiz yapma durumuna göre masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarındaki değişimin benzer gerçekleştiği, masajın uyku kalitesini aynı düzeyde etkilediği saptanmıştır.

Çınar'ın çalışmasında (35) yaşlıların çay içme ve sigara içme açısından masaj öncesi ve masaj uygulanan günlerdeki PUKİ toplam puan ortalamasındaki değişimin benzer gerçekleştiği, çay içme ve sigara içme durumuna göre masaj öncesi ve masaj uygulanan günlerdeki PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Şekerci'nin çalışmasında sigara kullanımı ile PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (111).

Eraslan'ın 2001'de Van'da yaptığı çalışmada (41) egzersizin uyku kalitesini artırdığı, uykuya dalmayı kolaylaştırdığı, uykunun devamlılığını sağladığı, gece yarısı uyanma sıklığını azalttığını bulmuştur.

Şekerci'nin (2005) yaptığı araştırmada (111) düzenli fizik egzersiz yapanların uyku kalitesi, düzensiz ve hiç fizik egzersiz yapmayanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur.

7. SONUÇLAR

1. Gruplardaki yaşlıların gelir-gider ve sosyal güvence durumları hariç, yaşlılar arasında sosyodemografik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 1; $p>0.05$),
2. İki grubun huzurevinde yaşama özellikleri ve yakınlarıyla görüşme durumlarının benzer olduğu (Tablo 2; $p>0.05$),
3. Yaşlıların sağlık durumları ilaç, sigara kullanma, çay içme ve egzersiz yapma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 3; 4, 5, 6, $p>0.05$),
4. Yaşlıların huzurevinde kaldıkları sürede uyku alışkanlıklarında değişiklik olma durumlarının iki grupta benzer olduğu (Tablo 7; $p>0.05$),
5. Yaşlıların yaşanan uyku problemleri, uykusuzluğa neden olan faktörler ve uyumadan önce yapmış oldukları bireysel alışkanlıkları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 8, 9, 10; $p>0.05$),
6. Yaşlıların masaj öncesi günlerdeki PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (Tablo 11; $p>0.05$),
7. Yaşlıların masaj sonrası günlerdeki PUKİ alt bileşenlerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; öznel uyku kalitesi, uyku süresi, alışlagelen uyku etkinliği ve gündüz uyku işlev bozukluğu puan

ortalamlarının gruplar arasındaki farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Tablo 12; $p<0.05$),

8. Aromaterapi masaj grubundaki yaşlıların masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (Tablo 13; $p<0.001$),
9. Masaj grubundaki yaşlıların masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu (Tablo 13; $p<0.001$),
10. İki grubun masaj öncesi PUKİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı (Tablo 14; $p>0.05$),
11. İki grubun masaj sonrası PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (Tablo 14; $p<0.001$),
12. Her iki grupta masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarının yaş grupları, cinsiyet, sağlık sorunları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı (Tablo 15; $p>0.05$),
13. Yaşlıların her iki grupta masaj öncesi ve masaj sonrası PUKİ puan ortalamalarının çay içme, sigara içme ve egzersiz yapma durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı (Tablo 16; $p>0.05$) saptanmıştır.

8.ÖNERİLER

Lavanta yağıyla uygulanan sırt masajının yaşlıların uyku kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışma sonunda;

1. Uyku kalitesi kötü olan yaşlılara uyku kalitesini arttırmak için gece yatmadan önce sırt masajı uygulanması,

2. Uyku kalitesi kötü olan yaşlılara ortaya çıkan problemle baş etme yeteneklerinin kazanılması ya da geliştirilmesi konusunda uyku ve uyku hijyeni ile ilgili eğitim verilmesi, uyku hijyeninin uygulanması için yaşlıların desteklenmesi, gerektiğinde psikolojik yardım verilmesi,

4. Huzurevinde görev yapan çalışanlara uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

5. Tamamlayıcı terapötik yaklaşımlardan ve bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olan aromaterapi masaj konusunda hemşirelere hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

6. Uyku kalitesine olumlu etkisi olan masaj ve aromaterapi masajın yaşlılara yatmadan önce uygulanması konusunda huzurevi yönetimine öneride bulunulması,

7. Uykuyu olumsuz etkileyen çevresel faktörlerin azaltılması için huzurevinde düzenlemeler yapılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Abuhamdah S , Chazot P L. (2008). Lemon Balm and Lavender herbal essential oils: Old and new ways to treat emotional disorders?Current Anaesthesia & Critical Care 19: 221-226.
2. Acımış M.N. (2008). Yaşlanma ve Yaşlılık ile İlgili Epidemiyoloji. Geriatri 1. Baskı, Ankara, Fersa Matbaacılık Ltd. şti. 1: 3-7.
3. Ağargün YM, Kara H, Anlar Ö. (1996) Pitsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 7(2): 107-111.
4. Akça Ay F, Keser Özcan N. (2007). Öz Bakım Uygulamaları. Uyku ve Uyku Sorunları olan Hastanın Bakımı. Akça Ay F. (Edi.). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007: 236-241, 409-420.
5. Akdemir N, Birol L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı,Sistem Ofset.
6. Aksayan S, Emiroğlu O, Karataş N. (2002). Araştırma Tasarımı, Araştırmada Örnekleme. Erefe İ. (Edi). Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-Hemarge. Odak Ofset 2002: 65-122, 125-138
7. Albert NM, Gillinov AM, Lytle BW,Feng J, Cwynar R, Blackstone EH. (2009). A randomized trial of massage therapy after heart surgery,Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 38 (6): 480-490
8. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği,Washington DC, Çeviren: Koroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. Ankara.1994
9. Ancoli-Israel S, Roth T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. Sleep. 1999; 22 (2): 347-53.
10. Arslan S (2007). Dokunma,müzik Terapi ve Aromaterapinin yoğun bakım hastalarının fizyolojik durumlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi , 2007
11. Asplund R. (1999). Sleep disorders in the elderly. Drugs Aging 14(2): 91-103.
12. Atay T. (2001). Yaşlılıkta Uyku. Türkiye Klinikleri Psikiyatri 2(2): 91-97.
13. Aydın K (2006). İlköğretim birinci kademe IV. Sınıf öğrencilerinin İngilizce dersindeki öğrenmeleri üzerine aromanın etkileri, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Elazığ (2006).
14. Aydın H, Özgen F (2001). Uyku,Yapısı ve İşlevi, Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 2:2, 79-85.
15. Aydın H, Sütçiğil L, Özgen F (2001). İnsomnia, Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 2 (2): 98-102.

16. Bakkali F, Avertebeck S, Avertebeck D, Idaomar M. (2008). Biological effects of essential oils- A review, Food and Chemical Toxicology 46 (2): 446-475.
17. Benca RM, Cirelli C, Rattenbork NC, Totoni G. (2007). Uykunun Temel Bilimi, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan & Sadock's, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 280-295.
18. Bıyık A, Özgür G, Özsoy S A, Erefe İ, Emeç A U, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş (2002). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları. Turkish Journal of Geriatrics 5 (2): 68-74.
19. Birol L. (2004). Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti; 51-92
20. Bliwise DL, King AC, Harris RB, Haskell WL. (1992). Prevalence of selfreported poor sleep in a healthy population aged 50-65. Soc Sci Med. 34 (1): 49-55.
21. Block KI, Gyllenhaal C, Mead MN (2004). Safety and Efficacy of Herbal Sedatives in Cancer Care Integrative Cancer Therapies, 3(2): 128-148.
22. Boral Kulaksızoğlu I (2008). Yaşlılık Psikiyatrisi, Güncel Klinik Psikiyatrisi, Golden Print Matbaası.
23. Buckle J. (2002). Clinical aromatherapy and AIDS. JANAC 13 (3): 81-99.
24. Buckle J. (2001). The role of aromatherapy in nursing care. Nursing Clinics of North America 2001;36:1.
25. Buckle J. (1999). Aromatherapy in perianesthesia nursing. Journal of Perianesthesia Nursing 14: 336-344.
26. Buckle J. (1999). Use of aromatherapy as a complementary treatment for chronic pain. Alternative Therapies in Health and Medicine 5: 42-9.
27. Buckle J. (1998). Clinical Aromatherapy and touch: complementary therapies for nursing practice. Critical Care Nurse 18:5.
28. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research, Psychiatry Research, 28 (2): 193-213
29. Carpenito L J. (2005). Handbook of Nursing Diagnosis. Erdemir F. (Çev): Hemşirelik Tanıları El Kitabı Nobel Kitabevleri, İstanbul, 2005.
30. Cavanagh HMA, Wilkinson JM. (2002). Biological Activities of Lavender Essential Oil. Phytotherapy Research Phytother. Res. 16: 301-308.
31. Cooke B, Ernst E. (2000). Aromatherapy: a systematic review. British Journal of General Practice 50: 493-496.
32. Cristina ED. (2004). Understanding True Aromatherapy: Understanding Essential Oils, Home Health Care Management & Practice, 16 (6): 474-9
33. Cuellar NG, Rogers AE, Hisghman V (2007). Evidenced Based Research of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for Sleep in the Community Dwelling Older Adult. Geriatric Nursing 28 (1): 46-52

34. Cutshall SM, Wentworth LJ, Engen D, Sundt TM, Kelly RF and Bauer BA. (2009) Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension in cardiac surgical patients: A pilot study , *Complementary Therapies in Clinical Practice* , 16 (2): 92-95
35. Çınar Ş. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Sırt Masajının Uykuya Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, İzmir, 2004.
36. Doi Y, Minowa M, Okawa M, Uchiyama M. (2000). Prevalence of sleep disturbance and hypnotic medication use in relation to sociodemographic factors in the general Japanese adult population. *J Epidemiol.* 2000 Mar;10(2): 79-86.
37. Dunn C, Sleep J, Collett D. (1995). Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 21: 34-40.
38. Dunning T. (2005). Applying a quality use of medicines framework to using essential oils innursing practice. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 11: 172-181.
39. Ejindu A. (2007). The effects of foot and facial massage on sleep induction, blood pressure, pulse and respiratory rate: Crossover pilot study , *Complementary Therapies in Clinical Practice* 13 (4): 266-275
40. Eker E (2007). Yaşlılık Psikiyatrisi. Psikiyatri Temel Kitabı, HYT Basım Yayın ,909-929
41. Eraslan Z. (2001). Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerindeki Etkisi.Bilim Uzmanlığı Tezi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi
42. Erci B,Avcı İ A,Hacılioğlu N,Kılıç D,Tanrıverdi G. (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama,2009,Ankara,
43. Ersser S, Wiles A, Taylor H, Wade S, Walsh R, Bentley T (1999). Measuring the sleep of older people:Tool development and use in the evaluation of therapeutic massage. Oxfort Brookes University and Oxfort Centre for Health Care Research&Development, NTresearch, 4 (1).
44. Ersser S, Wiles A, Taylor H, Bentley T (1999). The Sleep of Older People in Hospital and Nursing Homes.Oxfort Centre for Health Care Research&Development ,School of Health Care, Oxfort Brookes University,UK.
45. Fadıloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım YK. (2006). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 9 (3): 165-169.
46. Fang CS, Liu CF. (2006). Applying back massage protocol to promote an intensive care unit patient's quality of sleep, *Hu Li Za Zhi.* 53(6): 78-84.
47. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Fraser M. (2007). Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy, *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 11:141-145.

48. Field T, Diego M, Cullen C, Hernandez-Reif M, Sunshine W, Douglas, S. (2002) Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy, *Journal of Clinical Rheumatology* , 8 (2): 72-76
49. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiological study of three communities. *Sleep* 18(6): 425-432.
50. Fraser J, Kerr JR. (1993). Psychophysiological effects of back massage on elderly institutionalized patients, *Journal of advanced nursing* 18 (2): 238-245.
51. Friedman L, Benson K, Zarcone V, Bliwise DL, et al (2000). An Actigraphic Comparison of Sleep Restriction and Sleep Hygiene Treatments for Insomnia in Older Adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 13: 17-27.
52. Gedney JJ, Glover TL, Fillingim RB. (2004). Sensory and Affective Pain Discrimination After Inhalation of Essential Oils . *Psychosomatic Medicine* 66: 599-606
53. Gleeson M, Timmins F A. (2005). Review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing* 9: 69-77.
54. Gooneratne NS (2008). Complementary and Alternative Medicine for Sleep Disturbances in Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24 (1): 121-138
55. Gökteş K, Özkan İ. (2006). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. *Turkish Journal of Geriatrics* 9 (4): 226-233
56. Gözükırmızı E, Işık E, Eker E, Kaynak H, Karcı B, Uluöz Ü, Kirazlı T, Özgen F, Aydın H, Coşkunol H, Tuğlular I (1996). Uyku Bozuklukları. Çelikkol A (Editör). *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1 (1): 13-131.
57. Güngör N, Nehir S, Özbaşaran F (2005). Manisa Kent Merkezindeki Huzurevinde Kalan Yaşlıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Beslenme Durumları Üzerindeki Etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 8 (4): 195-204.
58. Harkreader H (2000). *Fundamentals of Nursing*. W.B. Saunders Company. United States of America. 1135-1168.
59. Henry J, Rusius C, Davies M, and T. Veazey-French. (1994). Lavender for night sedation of people with dementia, *Int J Aromather* 6 (2): 28-30.
60. Hızlı FG, Ağargün MY (2009). Gecikmiş Uyku Fazı Tipi Uyku Bozukluğu ve Kronoterapi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 20 (2): 183-187.
61. Hindmarch I, Rigney U, Stanley N, Quinlan P, Rycroft J, Lane J. (2000). A Naturalistic Investigation of The Effects of Day-Long Consumption of Tea, Coffee and Water on Alertness, Sleep Onset and Sleep Quality. *Psychopharmacology*. 149: 203-216.
62. Hoffman S (2003). Sleep in the Older Adult; Implications for Nurses (CE). *Geriatric Nursing* 24: 210-214.

63. Holliday-Welsh DM, Gessert CE (2009). Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment *Geriatric Nursing* 30 (2): 108-117.
64. Holmes C, Ballard C (2004). Aromatherapy in dementia . *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 296-300.
65. Hudson R, Nurse S. (1996). The value of lavender for rest and activity in the elderly patient . *Complementary Therapies in Medicine* 4 (1): 52-57
66. Imanishi J, Kuriyama H, Shigemori I, Watanabe S, Aihara Y, Kita M, Sawai K, Nakajima H, et al. (2009). Anxiolytic Effect of Aromatherapy Massage in Patients with Breast Cancer *Evid. Based Complement. Altern. Med.* 6(1): 123-128.
67. Kara M. (1996). Hastanede Yatan Hastaların Uyku ile İlgili Sorunları ve Hemşirelerin Bu Soruna İlişkin Tutumları. *Bilim Uzmanlığı Tezi. Erzurum. Atatürk Üniversitesi.*
68. Karacan I, Thornby J, Williams RL (1983). Sleep disturbance: A community survey In: Guilleminault C, Lugaresi E, (eds). *Sleep/Wake disorders: Natural history, epidemiology, and long-term evolution.* 37-60.
69. Karadakovan A (2010). Yaşlılık ve Bakım. *Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana Nobel Kitabevi Yayın.* 113-139.
70. Karadeniz G. (2008). Uyku, Dinlenme ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Geriatric Hemşireliği. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ankara.* 70-76, 78-86.
71. Kaynak H, Kaynak D (2001). Uykuda Solunum Bozuklukları, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi.* 2 (2): 103-107.
72. Kaynak H, Kaynak D (2001). Narkolepsi-Katapleksi Sendromu. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi.* 2 (2): 111-114.
73. Köktürk O, Ulukavak ÇT. (2004). Yaşlılarda Uykuda Solunum Bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi* 7 (1): 9-14.
74. Kiresuk T J, Trachtenberg A (2007). Alternatif ve Tamamlayıcı Sağlık Uygulamaları. *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan & Sadock's. Güneş Kitabevi Ltd. Şti.* 2406-2426.
75. Kuriyama H, Watanabe S, Nakaya T, et al. (2005). Immunological and psychological benefits of aromatherapy massage. *eCAM* 2(2): 179-184.
76. Kutlu A, Yılmaz E, Çeçen D (2008). Effects of aroma inhalation on examination anxiety. *Teaching and Learning in Nursing,* 3 (4): 125-130.
77. Kyle G. (2006). Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: Results of a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 12 (2): 148-155.
78. Lawler SP, Cameron LD. (2006). A randomized, controlled trial of massage therapy as a treatment for migraine, *Ann Behav Med.* 32(1): 50-9.

79. Liu M, Mattson RH, Kim E. (2004). Influences of lavender fragrance and cut flowerarrangements on cognitive performance. *The International Journal of Aromatherapy* 14: 169-174.
80. Lorenzi EA. (1999). Complementary / Alternative Therapies So Many Choices., *Geriatric Nursing* 20:125-33.
81. Louis M, Kowalski SD (2002). Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety, and depression and to promote an increased sense of well-being. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 19(6): 381-386.
82. Mendelson W. (2007). Uyku Bozuklukları, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan & Sadock's. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2022-2034.
83. Mitty E, Flores S (2009). Sleepiness or Excessive Daytime Somnolence. *Geriatr Nurs* 30: 53-60.
84. Maddocks-Jennings W. (2004). Critical incident: idiosyncratic allergic reactions to essential oils. *Complementary Therapies in Nursing &Midwifery* 10: 58-60.
85. Mok E, Woo CP. (2004). The effects of slow-stroke back massage on anxiety and shoulder pain in elderly stroke patients. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 10 (4): 209-216.
86. Morris N. (2002). The effect of lavender (*Lavendula angustifolium*) baths on psychological well being: two exploratory randomised control trials. *Complementary Therapies in Medicine* 10: 223-228.
87. Nalbant S. (2008). Alternatif Tedavi Seçenekleri , *Geriatrici*, 1.Baskı, Ankara.Fersa Matbaacılık Ltd. Şti. 1: 3-7.
88. Neubauer DN. (1999). Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician*. 59(9): 2551-8.
89. Özgen F, Yetkin S (2008). Uyku Bozuklukları. *Güncel Klinik Psikiyatri*. Golden Print Matbaası.
90. Özgen F, Karadağ H, Ceyhun E (2001). Parasomnialar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*.2 (2): 117-125.
91. Özgür G, Baysan L. (2005). Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* sayı:2,cilt:21.
92. Öztürk O, Uluşahin A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. *Tuna Matbaacılık San.ve Tic.A.Ş.* 629-39.
93. Pelin Z, Gözükırmızı E (2001). Uyku ve Uyanıklığın Kontrol Mekanizmaları, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2 (2): 69-74.
94. Pruthi S, Degnim AC, Bauer BA, DePompolo RW, Nayar V (2009). Value of massage therapy for patients in a breast clinic, *Clin J Oncol Nurs*. 13 (4): 422-5.
95. Richards K. (1998). Effect of a Back Massage and Relaxation Intervention on Sleep In Critically III Patients,*American Journal of Critical Care* 7 (4): 288-300.

96. Robinson SB, Weitzel T, Henderson L. (2005). The Sh-h-h-h project. *Holistic Nursing Practice* 19: 263-6.
97. Russell NC, Sumler SS, Beinhorn CM, Frenkel MA. (2008). Role of massage therapy in cancer care, *J Altern Complement Med.* 14 (2): 209-14.
98. Saeki Y, Shiohara M. (2001). Physiological effects of inhaling fragrances. *The International Journal of Aromatherapy* 11 (3): 118-125.
99. Sakamoto R, Minoura K, Usui A, Ishizuka Y, Kanba S. (2005). Effectiveness of aroma on work efficiency: Lavender aroma during recesses prevents deterioration of work performance, *Chemical Senses* 30: 683–691.
100. Sansone P, Schmitt L. (2000). Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: A Demonstration Project . *Geriatr Nurs* 21: 303-8.
101. Sarı H. (2004). Masaj. *Tıbbi Rehabilitasyon*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 375-382.
102. Sarioğlu S, Dinçer G. (2003). Masaj. *Romatizma*. Cilt:18, Sayı: 3
103. Shaphiro CM, Swift CG, Waterhouse J, Minors D, Sloan E P, Crisp A H, Parkes J D, Devins G M, Hussain M R G, Douglas N J, Stradling J R, Calverley P M A, Eisen J, MacFarlane J, Flanagan M J. (1993). *ABC of Sleep Disorders*. Shaphiro CM. (Edi.) Tümay Matbaacılık Ltd. Şti.
104. Soden K, Vincent K , Craske S, Lucas C, Sue Ashley S. (2004). A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting . *Palliative Medicine*. 18 (2): 87-92.
105. Sadock BJ, Sadock VA. (1998). *Complementary and Alternative Medicine in Psychiatry*. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry, Ninth edition, Lippincott Williams&Wilkins, 756-781, 851-867.
106. Song RH, Kim DH. (2006). The effects of foot reflexion massage on sleep disturbance, depression disorder and the physiological index of the elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 36 (1):15-24.
107. Steflitsch W, Steflitsch M. (2008). Clinical Aromatherapy. *Journal of Men's Health*. 5 (1): 74-85.
108. Stevensen C. (1994). The psychophy siological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. *Complementary Therapies in Medicine* 2 (1): 27-35.
109. Sturgeon M, Wetta-Hall R, Hart T, Good M, Dakhil S. (2009). Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment, *J Altern Complement Med.* 15 (4): 373-80.
110. Süzen B, Akça Ay F, Demir Y. (2010). *Deri ve Öz Bakım Uygulamaları. Uyku ve Uyku İle İlgili Uygulamalar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. Akça Ay F. (Edi.) Nobel Tıp Kitabevleri: 314-354, 682-694.

111. Şekerci K. (2005). Hastanede Görev Yapan Sağlık Personelinin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2005.
112. Tildesley NTJ, Kennedy DO, Perry EK, Ballard CG, Wesnes KA, Scholey AB. (2005). Positive modulation of mood and cognitive performance following administration of acute doses of *Salvia lavandulaefolia* essential oil to healthy young volunteers. *Physiology & Behavior* 83 (5): 699-709
113. Tuna N. (2004). A'dan Z'ye masaj. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
114. Ulusoy M.F, Görgülü R.S. (2001). Hemşirelik Esasları: Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler, Cilt: I, 5. bs., Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti,
115. Velioğlu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset: 149-171.
116. Walsh JK. (2004). Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. *J Clin Psychiatry* 65 (8): 13-19.
117. Weihbrecht L. (1999). A comparative study on the use of *Lavandula angustifolia* and its effect on insomnia. Unpublished dissertation. Hunter, NY: RJ Buckle Associate.
118. Williams JR (2004). Gerontologic nurse practitioner care guidelines: sleep management in elderly. *Geriatr Nurs.* 25 (5): 310-312.
119. Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A, et al. (2007). Effectiveness of Aromatherapy Massage in the Management of Anxiety and Depression in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology.* 25 (5): 532-539.
120. Wilkinson S, Aldridge J, Salmon I, Wilson B. (1999). An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliative Medicine.* 13 (5): 409-417.
121. Yetkin S, Aydın H. (2007). Uyku ve Uykuda Psikofizyoloji. *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYT Basım Yayın , 453-459.
122. Yetkin S, Özgen F. (2007). Uyku Bozuklukları, *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYT Basım Yayın , 460-473.

10. EKLER

Ek 1 Yaşı Bilgi Formu

1. Yaşınız :.....
2. Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek
3. Medeni durumunuz : 1) Bekar 2) Evli 3)Boşanmış/Dul
4. Eğitim durumunuz : 1) Okur-yazar değil
2) Okur yazar
3) İlkokul mezunu
4) Ortaokulu mezunu
5) Lise mezunu
6) Üniversite mezunu
- 5.Çocuğunuz: 1)Var 2)Yok
- 6.Gelir durumunuz: 1)Gelir-gider az 2) Gelir-gider eşit/Gelir-gider fazla
- 7.Sağlık güvenceniz: 1)Yok
2)Emekli Sandığı
3)SSK
4)Bağ-kur
5)Yeşilkart
6)Diğer
- 8.Kaç yıldır huzurevinde yaşıyorsunuz?.....
- 9.Kaç kişilik odada kalıyorsunuz?.....
10. Herhangi bir sağlık sorunuz var mı? 1)Evet 2)Hayır
11. Yanıtınız evet ise ne tür bir sağlık sorunuz ya da sorunlarınız var?.....
.....
- 12.Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı? 1)Evet 2)Hayır
- 13.Yanıtınız evet ise ilaçların isimleri
nelerdir?.....
.....
14. Aileniz ya da yakınlarınızla görüşüyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
- 15.Yanıtınız evet ise hangi sıklıkta
görüyorsunuz?.....

16. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet kullanıyorum
2) Hayır kullanmıyorum
17. Alkol kullanıyorsanız günde ne kadar kullanıyorsunuz?.....
18. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet kullanıyorum
2) Hayır kullanmıyorum
19. Sigara kullanıyorsanız günde kaç sigara içiyorsunuz?.....
20. Gün içinde kafein içeren madde alıyor musunuz?(Çay,kahve,çikolata)
1) Alıyorum
2) Almıyorum
21. Günün hangi saatlerinde kafein içeren madde alıyorsunuz?.....
22. Bu içecekleri günde kaç bardak tüketiyorsunuz ?
23. Egzersiz yapma durumunuz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
(Düzenli fizik egzersiz; haftada en az 3 gün ve günde en az 20 dk.olarak yapılan egzersizdir)
1) Düzenli olarak fizik egzersiz yapıyorum.
2) Düzensiz olarak fizik egzersiz yapıyorum.
3) Hiç yapmıyorum.
24. Egzersiz yapıyor iseniz günün hangi saatlerinde yapıyorsunuz?.....
25. Huzurevinde kaldığınızdan bu güne uyku alışkanlığınızda olumsuz bir değişiklik oldu mu? (Cevabınız hayır ise 28. soruya geçin) 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır
26. Uyku alışkanlığınızda yaşadığınız sorunlar nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
1) Hiç uyuyamıyorum 2) Uykuya dalmakta zorlanıyorum
3) Sık sık uyanıyorum 4) Uyanmakta zorlanıyorum
5) Solunum sıkıntısı ile uyanma 6) Gündüz uyuklama
7) Uyku saatimde değişiklik oluyor 8) Çok erken uyanıyorum
9) Diğer(.....)

27. Sizce uyku düzeninizin bozulma nedenleri nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

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

28.Uyumadan önce yaptığınız ve uykuya rahat dalmanızı sağlayan herhangi bir alışkanlığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

29. Alışkanlıklarınız nelerdir?

- 1) Sıcak duş alırım
- 2) Kalkıp dolaşırım
- 3) TV seyredirim
- 4) Müzik dinlerim
- 5) Kitap okurum
- 6) Sohbet ederim
- 7) Ilık bir şeyler içerim
- 8)Uykumun gelmesini beklerim
- 9)Diğer.....

Ek 2-PİTTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ (PUKİ)

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca yakın zamandaki uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız yakın zaman içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. (Saatleri yazarken öğlen 12'den itibaren 13:00, 14:00, 15:00: gece 24'den itibaren 1:00, 2:00, 3:00, gibi 24 saatlik gün dilimini dikkate alarak yazınız).

1. Geceleri genellikle ne zaman yattınız?
genel yatış saati
2. Geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
..... dakika
3. Sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
Genel kalkış saati
4. Geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.) bir gecede uyku süresi saat

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

5. Aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(h) Kötü rüyalar gördünüz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(i) Ağrı duydunuz

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

(j) Diğer nedenler, lütfen belirtiniz

.....

Yakın zamanda bu nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız.?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

6. Yakın zamanda, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl vasıflandırabilirsiniz?

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

7. Yakın zamanda uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı aldınız? (reçeteli veya reçetesiz)

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

8. Yakın zamanda araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında
- ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
9. Yakın zamanda bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu.
1. Hiç problem oluşturmadı
 2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
 4. Çok büyük bir problem oluşturdu

Ek 3-PİTTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ-3 (PUKİ-3)

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca son 3 günlük uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız son 3 gün içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. (Saatleri yazarken öğlen 12'den itibaren 13:00, 14:00, 15:00: gece 24'den itibaren 1:00, 2:00, 3:00, gibi 24 saatlik gün dilimini dikkate alarak yazınız).

2. Son 3 gün, genellikle ne zaman yattınız?
genel yatış saati
2. Son 3 gün geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
..... dakika
3. Son 3 gün sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
Genel kalkış saati
4. Son 3 gün, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.) bir gecedeki uyku süresi saat

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

5. Son 3 gün aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(h) Kötü rüyalar gördünüz

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(i) Ağrı duydunuz

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

(j) Diğer nedenler, lütfen belirtiniz

.....

Yakın zamanda bu nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız.?

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

6. Son 3 gün, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl vasıflandırabilirsiniz?

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

7. Son 3 gün ,uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı aldınız? (reçeteli veya reçetesiz)

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

8. Son 3 gün, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1. Son 3 gün boyunca hiç
2. Son 3 gün boyunca bir gece
3. Son 3 gün boyunca iki gece
4. Son 3 gün boyunca üç gece

9. Son 3 gün, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu.

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

Ek 3 Etik Kurul Belgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ELAZIĞ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

ETİK KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÖZÜ
04.11.2009	03	03	Seyhan YAMAN

KARAR

“Lavanta Yağıyla Uygulanan Sırt Masajının Yaşlılardaki Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

GÖREVİ	ADI SOYADI	BÖLÜMÜ	İMZA
Başkan	Doç. Dr. Mehmet TOKDEMİR	Adli Tıp A.D.	İmza
Başkan Yrd.	Doç. Dr. Engin ŞAHNA	Farmakoloji A.D.	Bulunamadı
Üye	Doç. Dr. Yaşar ŞEN	Çocuk Sağlığı ve Hast. A.D.	İmza
Üye	Doç. Dr. Erol KELEŞ	Kulak Burun Boğaz A.D.	Bulunamadı
Üye	Doç. Dr. Rahşan ÖZEN	Deontoloji	İmza
Üye	Doç. Dr. Ubeyde İPEK	Sağlık Mensubu Olmayan Üye	İmza
Üye	Yrd. Doç. Dr. Refik AYTEN	Genel Cerrahi A.D.	İmza
Üye	Yrd. Doç. Dr. Cemil ÇOLAK	Biyoistatistik	Bulunamadı
Üye	Uz. Dr. Yavuz Selim DEMİR	Mikrobiyoloji	İmza
Üye	Uz. Dr. Seçil DAĞ GÜNEY	Biyokimya	İmza
Üye	Uz. Dr. Özgen ARSLAN SOLMAZ	Patoloji	İmza
Üye	Av. Murat TOKGÖZ	Hukuk	İmza
Üye	Müh. Mustafa YALÇIN	Biyomedikal Alanda Çalışan Müh.	İmza
Üye	Ecz. Ayşe ŞİMŞEKLİ	Eczacı	İmza

Ek 5 Huzurevi Onay Belgesi

T.C.
BAŞBAKANLIK
SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

U : B.02.1.SÇE.0.72.00.00/605.01-
: Araştırma Talebi
(Seyhan YAMAN-Fırat Ün.)

949

21 Ekim 2009

FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
ELAZIĞ

İLGİ: Fırat Üniversitesi Rektörlüğü'nün 13.10.2009 tarih ve 11468 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Seyhan YAMAN'ın "Lavanta Yağıyla Uygulanan Sırt Masajının Yaşlılardaki Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu araştırmayı Elazığ Gazi Huzurevi'nde uygulayabilme talebi bildirilmiştir.

Makamın 21.10.2009 tarih ve 330 sayılı Onayı ile söz konusu araştırmanın Kasım 2009-15 Şubat 2010 tarihleri arasında İl Müdürlüğü'nün koordinesinde, Kuruluş Müdürlüğü'nün denetiminde, araştırma bitiminde bir örneğinin Eğitim Merkezi Başkanlığı'na gönderilmesi koşulu ile ses-görüntü kaydı alınmaksızın uygulanabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


H.Lütfi ÖZTÜRK
Genel Müdür a.
Eğitim Merkezi Başkanı

EK: Onay Sureti

DAĞITIM:

Gereği:

-Fırat Ün.Rek.
-Elazığ İl Sos.Hiz.Müd.

Bilgi:

-YBHD Bşk.

Anafartalar Cad. 68/4 Ulus / ANKARA
Telefon: (0 312) 310 24 60 / 1233
e-posta: egitim@shcek.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : A.YÜCE – Öğretmen
Faks: (0 312) 311 89 98
Elektronik Ağ: www.shcek.gov.tr SC

Ek 6 Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışmanın amacı uyku kalitesi kötü olan yaşlılara lavanta yağıyla uygulanan sırt masajının uyku kalitesine etkisini incelemektir.

Bu amaçla size öncelikle uykunuzun kalitesiyle ilgili sorular sorulacaktır. Uyku kalitesi kötü olanlar iki gruba ayrılarak gruplardan birisine lavanta yağıyla sırt masajı diğerine kokusuz vazelinle sırt masajı uygulanacaktır.

Masaj gürültüden uzak, ısısı ayarlanmış (23-25 °C), güvenliğinizi ve mahremiyetiniz korunarak kendi yatağınızda yapılacaktır. Uygulama sırasında rahat bir pozisyonda yatmanız sağlanacak gizliliğinize dikkat edilerek sadece sırtınız açık kalacak ve vücudunuzun diğer bölümleri örtülü tutularak uygulama yapılacaktır. Araştırmacı uygulamaya başlamadan önce ellerini yıkayıp, kurulayıp, elleri ısıncaya kadar bekleyecektir. Araştırmacı elleri içine bir miktar (2 ml) lavanta yağı ya da sıvı vazelin damlatarak gevşeme ve rahatlatmayı sağlayan dairesel hareketlerle (sıvazlama) masaj uygulayacaktır. Masaj araştırmacı tarafından 10 dakika süreyle yatma saatinden 30 dakika önce yaşlının yatağında, 3 gün süreyle uygulanacak ve masaj sonrası bölge temiz kuru kağıt havlu ile temizlenecektir.

Sırt masajı kolay uygulanan ve yan etkisi olmayan bir yöntemdir. Masaj uygulamasında kullanılan lavanta yağının rahatlatıcı ve sedatif etkisinin olduğu bu özelliği nedeni ile uyku kalitesini olumlu etkilediği ileri sürülmektedir. Masaj uygulamasından sonra uyku kalitenizle ilgili sorular sorulacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Herhangi bir zararlı etki ve yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Daha önce araştırmaya katılmaya karar verseniz bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılı olan metni gönüllü yaşlıya araştırmadan önce okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Görüşme tanığı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı Soyadı , unvanı:

Adres:

Tel:

İmza

11. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında İzmir'in Selçuk ilçesi Belevi beldesinde doğdum. İlk ve orta öğrenimimi aynı şehirde tamamladım. 1999 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldum.

1999 yılında Florence Nightingale Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi ve Ortopedi servisinde hemşire olarak çalıştım. 2000 yılından beri Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktayım.

Evli ve iki çocuk annesiyim. Yabancı dilim İngilizce'dir.