**T.C**
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Serap ÜNSAR

# EDİRNE HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM VE UYKU KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Canan ESENYEL**

**EDİRNE – 2012**

**T.C.**
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Serap ÜNSAR

# EDİRNE HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM VE UYKU KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Canan ESENYEL**

**Tez No:**

**EDİRNE – 2012**

# ONAY SAYFASI

## TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmamın yürütülmesinde büyük emeği ve değerli katkısı olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a çalışmamın veri toplama aşamasında bana yardımcı olan Edirne Huzurevi çalışanlarına, araştırmam boyunca benden desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

**Canan ESENYEL**
**Edirne - 2012**

# İÇİNDEKİLER

**İÇİNDEKİLER**

**SİMGE VE KISALTMALAR**

**SAYFA**

**GİRİŞ VE AMAÇ……..1**
**GENEL BİLGİLER …….....5**
**YAŞLILIK……...5**
**Yaşlılığın Sınıflandırılması……..7**
**Yaşlılığın Epidemiyolojisi……....8**
**YAŞLANMA TEORİLERİ …….. 10**
**Biyolojik Yaşlanma……...10**
**Psikolojik Yaşlanma……..10**
**Sosyolojik Yaşlanma……..11**
**Toplumsal Yaşlanma…….11**
**TÜRKİYE'DE YAŞLILIĞIN SON DURUMU…….12**
**YAŞLILIKTA SİSTEMLERDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER….12**
**YAŞLILIKTA SAĞLIK SORUNLARI…….16**
**YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER….18**
**Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi…….18**
**Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler…….....20**
**YAŞLILIKTA UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER……23**
**Yaşlılıkta Uyku Kalitesi……23**
**Yaşlılıkta Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler……..24**
**YAŞLI BİREYLERDE GÖRÜLEN UYKU BOZUKLUKLARI……25**

**YAŞLILIKTA YAŞAM VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI……...28**
**GEREÇ VE YÖNTEM……...30**
**BULGULAR……...42**
**TARTIŞMA…….....81**
**SONUÇ VE ÖNERİLER……....96**
**ÖNERİLER……...100**
**ÖZET ……..102**
**SUMMARRY ……...104**
**KAYNAKLAR……..106**
**ŞEKİLLERLİSTESİ……..116**
**TABLOLAR LİSTESİ……117**
**ÖZGEÇMİŞ ……120**
**EKLER .....121**
ANKET FORMU
EQ-5D YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ
ETİK KURUL İZNİ

## SİMGE VE KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| **AB** | Avrupa Birliği |
| **ABD** | Amerika Birleşik Devletleri |
| **ANA** | American Nursing Assembly |
| **Ark** | Arkadaşlar |
| **BM** | Birleşmiş Milletler |
| **DSÖ** | Dünya Sağlık Örgütü |
| **EQ-5D** | Euro QOL Yaşam Kalitesi Ölçeği |
| **NREM** | Non-Rapid Eye Movement |
| **PUKİ** | Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi |
| **REM** | Rapid Eye Movement |
| **TDH** | Toplam Doğurganlık Hızı |
| **TNSA** | Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| **WHO** | World Health Organization |
| **WHOQOL** | World Health Organization Quality Of Life |

# GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık her canlıda ayrıcalıksız olarak görülen, bireyde intrauterin hayatta başlayıp, ölüm ile sonuçlanan geri dönüşü olmayan temel biyolojik bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı ‘‘çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması’’ olarak tanımlamıştır. Yaşlılık önüne geçilmesi mümkün olmayan, biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ile karmaşık bir süreçtir. DSÖ’nün yaşlılık ile ilgili 1998 yılında yayınladığı raporlarda ve ülkemizde yaşlılığın başlangıç yaşı olarak 60 yaş kabul edilmiştir (1-4).

Son yüzyılda bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, yaşam standartlarının yükseltilmesi, önlenebilir hastalık ve ölümlerin azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile doğumdan beklenen yaşam süresi ve toplumdaki yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (5).

Yaşlı birey sayısındaki artış, gelir kaynağındaki artış ve tıp alanındaki gelişmelerle birlikte, tedavi olanaklarındaki gelişmeler ve bu gelişme ile ölüme yol açan bir çok faktörün ortadan kaldırılması, dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusunda sayıca artışı beraberinde getirmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’nın 2008 yılı bulgularına göre, toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı %7’dir. Bugün dünyada 60 yaş ve üzeri birey sayısı 580 milyondur ve bu sayının önümüzdeki 20 yıl içerisinde 1 milyarın üzerine çıkması tahmin edilmektedir. DSÖ’nün verilerine göre, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş ve üzeri yaşlı birey

sayısının 2025 yılında 1.2 milyar, 2050 yılında ise 2 milyar olması beklenmektedir (6-11).

Ülkemiz nüfusundaki yaşlanmaya paralel olarak yaşlı nüfusun özelliklerinin, yaşlanmayla organizmada meydana gelen değişikliklerin, yaşlı bireylerde sık karşılaşılan sağlık sorunlarının ve bakım gereksinimlerinin hemşirelik disiplini tarafından bilinmesi zorunlu hale gelmiştir. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfustaki bu artış sağlık bakım ekibi üyelerinin yaşlanan toplumun bu gereksinimleri doğrultusunda yeni stratejiler geliştirmesine, 'Gerontoloji' ve 'Geriatri' kavramlarının gündeme gelmesine neden olmuştur. Gerontoloji, yaşlılığı psikolojik, sosyal, ekonomik tüm yönleri ile inceleyen bir disiplindir (12,13).

Yaşam kalitesi ilk kez 1960'larda gündeme gelmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yaklaşımının 1980'li yıllardan sonra yaygınlaşması ile birlikte daha önem kazanan bir öncelik haline gelmiştir. Toplumların yaşlanması ve yaşlılığın kaçınılmaz bir durum olması sonucu da "yaşlılıkta yaşam kalitesi" kavramını ortaya çıkarmıştır. Son yıllarda yaşam kalitesi kavramı sağlık, rehabilitasyon alanında ve tıbbi literatürde giderek artan bir önem kazanmıştır. Hızla artan yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin arttırılması hem günümüzde hem de gelecekte sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olacaktır (8,10,14,15).

DSÖ yaşam kalitesini "bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını, yaşamlarındaki değer sistemlerini, hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları" olarak tanımlamaktadır. (16-18).

Yaşlılık birçok değişmenin bir arada yaşandığı geri dönüşümsüz bir süreçtir. Farklı kültürlere sahip toplumlardan kimilerinde yaşlılık, olumlu bir süreç olarak kabul edilirken, kimi toplumlarda ise bir sorun olarak kabul görmektedir. Yaşlılık ile birlikte artan stres, değişen koşullara adaptasyon ve bağışıklığın azalması, duyuların zayıflaması veya tamamen kaybedilmesi, zihinsel süreçlerde meydana gelen değişim nedeniyle algılama, kavrama ve koordinasyonda güçlüklerin ortaya çıkması sonucu yaşlı bireylerde hastalıklar daha sık görülmektedir ve yaşlı bireylerde var olan hastalıkların büyük bir çoğunluğu kronik hastalıklar olup, ilk hedef hastalıkların tedavisinin yanında, yaşlının bedensel, zihinsel ve ruhsal fonksiyonlarını en üst düzeyde tutarak, yaşam kalitesini arttırmaktır. Yaşlı bireylerde kronik hastalık durumlarının

giderek artacağı ve 2010 yılında 141 milyona ulaştığı saptanmıştır. İki yada daha fazla kronik hastalığa sahip olma oranı yaşla artmakta ve 45-64 yaşlarında %35 iken, 65 yaş ve üzerinde %62'ye yükselmektedir (19-23).

Yaşlılık dönemi yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Bu dönemde bireysel özelliklerin olumsuzluğu, fonksiyonel bozukluk, günlük yaşam aktivitesi düzeyinin azalması, hareket yeteneğinin gerilemesi, hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme kaygısı, uyku sorunları, engelliliğe neden olan diğer sorunlar ve durumlar yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. (14,24-26).

Günaydın'ın (27) çalışmasında rapor edildiğine göre; Bowling ve Gabriel yaşlı bireylerin bakış açısını dikkate alarak yaşam kalitesi hakkında kavramsal bir taslak geliştirmeye çalışmışlardır. Çocuklar, arkadaşlar, aile ve komşularla iyi sosyal ilişkiler, ücretsiz ulaşım hizmetleri gibi halk servisleri, rahat evler, iyimserlik, pozitif tutum, memnuniyet gibi psikolojik faktörleri; eğitim kurslarına katılmak ve gönüllü olmak gibi sosyal aktivitelerde etkin bir şekilde rol almayı; iyi sağlık durumu ve mali güvenceye sahip olabilmek gibi durumları yaşam kalitesini arttıran faktörler olarak saptamışlardır.

Uyku insan ömrünün yaklaşık üçte birini oluşturan temel bir insan gereksinimi olup, insanın fizik ve ruh sağlığı ile yakından ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada uyku süreci bireyin ruhunu, aklını ve bedenini yeniden kullanabilmek için bir molaya gereksinim duyduğu zamanlarda sorumluluk ve stresten arınma süreci olarak tanımlanmıştır. Uyku bilinen ancak açıklanamayan, bireyin farkında olmadığı akıl dışı yaşantıların meydana geldiği bir süreç olarak tanımlanmıştır (28).

Yaşlanma her canlıda ayrıcalıksız olarak görülen, tüm işlevlerde değişme ve azalmaya neden olan, devamlı, sosyal, biyolojik, psikolojik boyutları olan geri dönüşümsüz bir süreçtir. Bu bağlamda yaşlanmayla birlikte, uyku süresi, düzeni ve kalitesinde de değişiklikler ortaya çıkmakta ve yaşlı bireylerde uyku sorunlarının yaygınlığı artmaktadır (28-31).

Uyku aynı zamanda sağlıkta yaşam kalitesinin de önemli bir boyutunu oluşturmaktadır ve bu nedenle de sağlığın korunması ve sürdürülmesinde uyku önemli bir faktördür. Yaşlı bireyler hem

yaşam kalitelerini maksimum düzeyde sürdürebilmek, hem de fiziksel ve mental fonksiyonları korumak için kaliteli bir uykuya ihtiyaç duymaktadır. Ağargün (32) tarafından 1996 yılında yapılan bir çalışmada uykunun bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görüldüğü bildirilmiştir (15,28,29,30,31,33).

Yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin bilinmesi ve değerlendirilmesi, uyku sorununa müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin temel görevlerinden biridir. DSÖ sağlıklı yaşlanmanın sağlanmasına yönelik olarak 1995 yılında ‘‘Yaşlanma ve Sağlık’’ programını uygulamaya koymuştur. Bu program ile Dünya Sağlık Örgütü yaşlanmanın getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra sağlıklı yaşlanma, üretken, başarılı ve bağımsız yaşlanmayı hedeflemektedir (17,23,33,34).

1973 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Assembly) (ANA) tarafından yaşlı bireylerin bakım standartları belirlenmiştir. Bu standartlar Gerontoloji hemşireliği hizmetlerinin örgütlenmesi, teorileri geliştirme ve kullanma, veri toplama, hemşirelik tanısı koyma, girişimler, değerlendirme, disiplinler arası işbirliği, araştırma, etik ve mesleki gelişim başlıklarını içermektedir ve sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıkları önleme ve öz bakım gücünü geliştirme gibi uygulamalar konusunda rehber niteliğindedir (22,35).

Bu çalışma huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlemesi amacı ile kesitsel olarak planlanmıştır.

# GENEL BİLGİLER

## YAŞLILIK

Yaşlılık, anne karnından başlayarak yaşamın sonlanmasına kadar devam eden, yaşam süresinin çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal ve kaçınılmaz bir çağıdır. Yaşlılık, bilişsel, fiziksel alanda gerilemenin meydana geldiği, üreticilik rolünün bırakıldığı, kişiler arası desteğin zayıfladığı, sağlığın kaybı gibi yaşlılık dönemine özgü sorun ve kayıpların yaşandığı bir dönemdir. (9,36,37).

DSÖ yaşlılığı ‘‘çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması’’ olarak tanımlamıştır. Yaşlılık kronolojik yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan biyolojik, ekonomik ve psikolojik değişimlerin meydana geldiği döllenme ile başlayıp hayat boyu devam eden geri dönüşü olmayan bir süreçtir (2,9,22,37-41).

Yaşlanma yaşamın diğer tüm evreleri gibi doğal ve kaçınılmaz bir olgu olup tüm insanlar için geçerli olan bireysel bir durumdur. Bireysel olarak tanımlanmasının nedeni ise her bireyin yaşlanma olayına kattığı anlamın farklı olmasıdır. DSÖ 60 yaşı yaşlılığın başlangıcı olarak kabul etmiş ve 60 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak tanımlamıştır (37,42).

Yaşlılık, göreceli bir kavram olup, her yaşlının biyolojik bir geçmişi, iş deneyimleri ve duygusal yaşamı bulunmaktadır (37).

Bireyin yaşlılığı algılaması onun kalıtım ile getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve yetiştiği kültüre göre farklılıklar göstermektedir (37,41).

Yaşlılık fiziksel, bilişsel aktivitelerde azalma, üreticilik rolünün, kişiler arası desteğin ve yaşam doyumunun azalması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla yaşanan bir dönemdir. Yaşlılık, genel olarak bağımlılığın arttığı, sosyal yaşamdan kopuklukların meydana geldiği, yaşlı bireyin kendisini yalnız ve işe yaramaz hissettiği, kayıpların yaşandığı bir olgudur (7,43).

Yaşlanma süreci bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar:

Kalıtım: Eğer birey genç görünümlü ise ve yavaş yaşlanan bir aile yapısına sahipse bu olumlu bir durumdur (37).

Çevre: Zor bir yaşam ve kötü beslenme gibi bir çok koşul bireyin daha hızlı yaşlanmasına neden olmaktadır (37).

Hastalık: Izdırap çektiren veya sakatlık veren bir durumun bulunması olumsuz bir durumdur (37).

Duygular: Sürekli acı ve üzücü deneyimlere maruz kalmak bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. (37).

Bilim ve teknolojideki gelişmeler, çevre koşullarında meydana gelen iyileşmeler, yeni ilaç ve tedavi yöntemlerinin bulunması, birçok sağlık sorununun çözüme kavuşturulması ile çok sayıda insan ileri yaşlara kadar ulaşma şansına kavuşmuştur. Böylelikle, toplumda yaşlı nüfus oranı artmaya, toplum yaşlanmaya başlamıştır (38,44-46).

Günümüze yaklaştıkça toplum ve aile yaşamında önemli değişimler olmuş ve bu değişimler toplumsal kurumları, davranış ve değerleri değiştirmiş, ailedeki değişimler yaşlının statüsünü ve fonksiyonlarını etkilemiştir. Sonuç olarak, aileler ayrı hanelerde otursalar da , akrabalar arasında karşılıklı yardım ve destek beklenmekte, çocuk bakımında anne-babadan yardım istenilmekte, yaşlı anne babanın bakım ve geçim sorumluluğu ise yetişkin çocuklarına düşmektedir. Tüm

dünya ile birlikte ülkemizde de artık yaşlılık olgusunun ve yaşlılık politikalarının gözden geçirilmesi gerekmektedir. Yaşlanmaya bakış açısı, yaşlıya bakım sağlamanın ötesinde, toplumla bütünleşme, kaybolan statü ve rollerin yeniden kazanımı, işlevlerin arttırılması, boş zamanların etkili değerlendirilmesi gibi konuların tartışılmasını içermektedir (36,44,47).

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı arttırmaya odaklanmaktadır. DSÖ bu nedenle 'aktif yaşlanma' terimini gündeme getirmiştir. Aktif yaşlanma, yaşam boyunca fiziksel, mental, sosyal iyilik durumu için fırsatları maksimum düzeyde kullanarak, yaşam beklentisini, üretkenliği ve yaşam kalitesini arttırmak biçiminde tanımlamaktadır (47,48).

Yaşam hakkı bireyin en temel haklarından biridir. Bu kavram bireyin, yaşamını tüm yönleri ile dolu, anlamlı ve sağlıklı olarak sürdürmesini ve yaşamın kısalmasını etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasını ifade etmektedir. Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejilerinden (Sağlık 21) hedef 7'de ''2020 yılına kadar ergen, yaşlı ve özürlülerin daha sağlıklı olmaları ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak'' olarak belirlenmiştir. Ayrıca bu hedefin 7.4'ünde ''2020 yılına kadar, kendi kendine yeter ve toplumda aktif olarak yaşayabilen 60 yaş ve üzeri yaştaki bireylerin oranını en az %50 arttırmak' olarak ifade edilmiştir (36,37,47).

**Yaşlılığın Sınıflandırılması**

Yaşlanma sürecinde kalıtım, yaşam biçimi, iş, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar, kişilik özellikleri gibi bireysel özellikler etkili olmakla birlikte ''60'' yaş yaşlılık sınırı olarak kabul edilmektedir. DSÖ yaşlılığın başlangıç yaşını 60 olarak kabul etmiştir (12,40).

DSÖ' nün yaptığı bir sınıflandırmaya göre;

- 45-59 yaş arası orta yaşlılık,
- 60-74 yaş arası yaşlılık,
- 75-89 yaş arası ileri yaşlılık
- 90 yaş ve üzeri ihtiyarlık olarak tanımlanmıştır (40-42).

Bir ülkenin yaşlı nüfusunun toplam nüfus içindeki oranının %7'nin üzerine çıkması o ülkenin

yaşlı toplum olma yolunda ilerlediğinin kanıtıdır. Bu oranın hem ülkemizde hem de tüm dünyada giderek arttığı dikkat çekmektedir. Bu bağlamda DSÖ 21. yüzyılda herkes için sağlık hedeflerinden 5.'sini ''2000 yılına kadar 60 yaş ve üzeri bireyler sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olmalı ve aktif sosyal rol oynayabilmelidirler'' biçiminde belirlemiştir (2,37).

**Yaşlılığın Epidemiolojisi**

Yaşlanma her canlıda var olan, doğumdan hatta intrauterin dönemden başlayan, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregen, evrensel ve geri dönüşü olmayan kaçınılmaz bir süreçtir ve dünya nüfusunun giderek yaşlandığı görülmektedir (37).

Dünya'da sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, temel sağlık bakımı anlayışının yaygınlaşmasıyla enfeksiyonların kontrol altına alınması, etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde tedavi edilmesi, perinatal ve natal ölümlerin kontrol altına alınması, doğum oranlarındaki azalma ölüm hızını azaltarak doğumda beklenen ortalama yaşam süresini uzatmıştır. Doğurganlık hızının azalması, eğitim düzeyinin yükselmesi ve doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfus ülkemizde ve tüm dünyada giderek artmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlılık ve beraberinde getirdiği sorunlar gelecekte önemi giderek artan bir durum haline gelecektir (2,9,12,23,35,48).

Yaşlı nüfusun oranı ülkemizde ve tüm dünyada günden güne artmaktadır. Bugün dünyada 60 yaş ve üzeri nüfus, tüm nüfusun %10'unu oluştururken, 2050 yılında bu oranın %16'nın üzerine çıkması beklenmektedir. Dünyada 60 yaş ve üzeri nüfusun 1980 yılında 370.8 milyon olduğu ve toplam nüfusun %8.5'ini oluşturduğu saptanmıştır. 2025 yılında ise 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfusun %12.5'ini oluşturacağı, 2030 yılında ise 1.4 milyara ulaşacağı ve bu yaşlı nüfusun %72'sinin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (3,36,40,41,46,49,50).

Ülkemizde ise 2000 yılında %5.6 olan 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı, 2009 yılında %7'ye ulaşmış ve yaşlı birey sayısı 5 milyonun üzerine çıkmıştır. Bu sayının 2020-2025 yılları arasında

8 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı %14.1 olup, 2000 yılında %18.2'ye yükseldiği saptanmıştır. 2025 yılında dünyadaki tüm yaşlı bireylerin %70'inin gelişmiş ülkelerde bulunacağı düşünülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ülkemiz %1.6 nüfus artışı oranı ile 71 milyon nüfusa sahiptir (2,51,52).

DSÖ'ne göre 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranının 2050 yılında 3 kat artarak %7'den %23'e ulaşacağı belirtilmiştir. 1990 yılında yapılan nüfus sayımına göre, ülke nüfusunun yalnızca %4.3'ünü oluşturan 60 yaş ve üzeri yaşlı birey nüfusunun 2025 yılında %9.7'ye ulaşması beklenmektedir. Her ne kadar ülkemiz genç bir nüfus yapısına sahip olsa da, ülkemiz nüfus profilinin yavaş yavaş da olsa bir yaşlanma sürecine girdiği görülmektedir (37,53,54).

Yıllık nüfus artış hızı Türkiye genelinde binde 18.3 iken, yaşlı nüfusta binde 48.6, üretken nüfusta binde 24.3 ve genç nüfusta binde 2.4 olarak gerçekleşmiştir. 2005 yılı verilerine göre ise, 35 milyon olan 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun 2050 yılında 80 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (37,55).

21. yüzyıl başlarında dünyada 66 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin 2025 yılında 73 yıl olacağı belirlenmiştir. Ülkemizde ise doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 69 yıl, 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin tüm nüfusa oranı ise %6'dır. 2025 yılında bu oranın %10'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (36,37,42,56,57).

60 yaşın üzerindeki nüfus dağılımına bakıldığında, kadınların yüzdesel olarak erkeklerden fazla bulundukları görülmektedir. Kadınlar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkeklerle karşılaştırıldığında ortalama olarak daha uzun yaşam süresine sahiptirler. Yaşlı nüfus içinde kadın-erkek yüzdeleri incelendiğinde, neredeyse tüm ülkelerde kadınların erkeklere göre daha büyük yüzdeye sahip oldukları görülmektedir. 2000-2005 yılları arasında doğuşta beklenen yaşam süresi erkek yaşlı bireylerde 68.5 iken, kadınlarda 73.3'tür (12,35,41,56,58,59).

Bu rakamlardan da anlaşılacağı gibi yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır.

## YAŞLANMA TEORİLERİ

Yaşlanma ile ilgili evrensel olarak kabul edilmiş bir teori bulunmamaktadır. Yaşlılık, toplumsal gelişmişliğe, kişinin sağlık durumuna, sosyal ve psikolojik durumuna bağlı bir ‘‘değişken’’ olarak yaşanılan çağa ve bölgeye göre farklılaşan subjektif bir kavramdır (12,60).

### Biyolojik Yaşlanma

Biyolojik yaşlanma zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisinde meydana gelen değişimleri ifade etmektedir. Biyolojik teorilere göre yaşlanma fizyolojik ve fonksiyonel değişikliklerle açıklanmaktadır. Yaşlanma süreci aslında döllenme ile başlamakta, zamanla gittikçe hızlanmakta ve orta yaş sonuna doğru saçların ağarması, derinin kırışması, kas gücünün zayıflaması, bel bükülmesi, yavaş hareket etme gibi dış görünüşte meydana gelen yaşlanma belirtileri ile tanımlanabilir duruma gelmektedir. Ayrıca bazı kronik hastalıkların sıklığında artış olmakta, doku ve hücrelerde histolojik değişiklikler meydana gelmekte, organlarda fonksiyon kayıpları söz konusu olmakta, bireysel yaşlanma da ise, kalıtım, yaşam biçimi, çevre koşulları, kişisel özellikler, beslenme alışkanlıkları sonucu psikolojik ve fiziksel fonksiyonlarda belirgin yetersizliklerin ortaya çıkması ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe durumu söz konusu olmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda, yaşlı nüfusun %18’inde önemli bir hareket kısıtlılığı bulunduğu, kalp hastalıkları, artritler ve görme sorunlarının bu kısıtlılıklara neden olan üç faktör olduğu saptanmıştır (12,37,60).

### Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik teoriler yaşlanmayı, davranışsal ve sosyal etkileşimlerle açıklamaktadır. Yaşın kronolojik olarak ilerlemesine bağlı olarak bireyin algılama, öğrenme, problem çözme gibi bellek ile ilgili yetenekleri ile kişilik kazanma alanlarında uyum sağlama kapasitelerindeki değişiklikleri içermektedir. Psikolojik yaşlanma, bireyin kendisini yaşlanma olayına hazırlamamasından kaynaklanmaktadır (12).

Ribot kanununa göre, yaşlı bireylerde önceden elde edilen bilgiler sağlam kalmakta ancak

yeni öğrenilen bilgiler çabuk unutulmaktadır. Zihinsel değişikliklere paralel olarak, kişilik yapısında da değişiklikler meydana gelebilmekte ve yeni durumlara uyum sağlayabilme, yeni düşünceleri kabul etmede güçlükler yaşanabilmektedir (12,37).

**Sosyolojik Yaşlanma**

Sosyolojik yaşlanma toplumda belirli bir yaş grubundaki bireylerden beklenen davranışlar ve toplumun bu gruba verdiği değerlerle ilgilidir. Toplumda yaşayan bireylerin her biri ait olduğu grubun kültürel normları içerisinde belirli statülerde bulunmaktadır. Yaşlılık, bireyin bu toplumsal rollerinde bir değişikliğe ve çoğu zamanda kayba neden olan bir durumdur. Yaşlı bireylerin çevresindeki sosyal desteğin ve ilişkilerin özellikle de batılı toplumlarda giderek azalıyor olması, bu bireylerin ruh sağlığı açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. (12,37).

‘‘Dünya Yaşlanma Asamblesi-World Assembly on Ageing’’ (12)’nde 1982 yılında belirtildiği gibi; yaşlılar fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal, eğitsel ve kaynaklarını kullanabilmeli, nerede yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, mümkün olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendisi ile ilgili politikaların belirlenmesinde aktif rol alabilmelidir (23,37).

**Toplumsal Yaşlanma**

Tüm canlılar gibi insanlar da doğanın değişmez kuralına uyarak doğmakta, büyümekte ve yaşlanmaktadır. Birey toplumla insan olmakta ve toplumla bütünleşerek varlığını sürdürmektedir. Yaşlılık fiziksel ve ruhsal bir gerileme dönemidir. Bu tanımdan yola çıktığımızda karşımıza, zaman etmeni, fiziksel gerileme ve ruhsal gerileme olmak üzere üç kavram çıkmaktadır (12).

Zaman etmeni ile meydana gelen yaşlılık kronolojik yaşlılıktır. Fiziksel gerileme, biyolojik olarak beden işlevlerinin yavaşlaması, azalması, durması durumlar ile ortaya çıkan bir durumdur. Toplumsal yaşlanma bireyin yaşlılığa verdiği anlam ve toplumun yaşlılığı algılaması ile ilgilidir.

Toplumsal yaşlılık, fiziksel yaşlanmaya bağlı olarak, bireyin günlük yaşamını etkilemeye başlaması ve toplumsal rollerini gerektiği gibi yerine getirememesi sonucu çevresinden yaşlı olduğuna dair mesajlar alması durumunu tanımlamaktadır (37,61).

## TÜRKİYE'DE YAŞLILIĞIN SON DURUMU

Yaşlılık, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemi giderek artan konulardan biridir. Son yıllarda sağlık alanında meydana gelen gelişmeler, beslenme koşullarının daha iyiye gitmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış ve bu durumda dünyada yaşlı nüfusunun artmasına neden olmuştur. Ayrıca doğurganlık ve mortalite hızlarının düşmesi ile birlikte dünyada ve ülkemizde nüfus yaşlanmaktadır (7,62,63).

Doğumda beklenen yaşam süresinin ülkemizde, 1994 yılında 67.7 iken, 2000 yılında 69.1, 2005 yılında 70.3, 2010 yılında 65 yaş ve üzeri bireylerin tüm dünya nüfusunun %7.3'ünü oluşturduğu saptanmıştır. 2015 yılında ise %5.7 olması beklenmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi 2000 yılında kadında 71.5 yıl, erkekte ise 66.9 yıldır. 2010 yılında ise bu oran kadında 73.8, erkekte 69 yıl olmuştur. (5,37,41,56-59,62).

T.C. Sağlık Bakanlığının 1995 yılı nüfus projeksiyonlarına göre, ülkemizde 60 yaş ve üzeri nüfus 2010 yılında toplam nüfusun %6.7'sini, 2020 yılında %8.5'ini, 2030 yılında %12.1'ini oluşturacaktır. Ülkemizde günümüzdeki nüfus durumuna göre henüz "yaşlı toplum" tanımlamasına uygun bir nüfus projeksiyonu bulunmamaktadır. DSÖ 1987 yılında yayınladığı raporunda, dünya genelinde genel nüfus içindeki yaşlı nüfus oranının 2000 yılında 600 milyon, 2025 yılında 1.2 milyar ve 2050 yılında ise 2 milyara ulaşacağını belirtmiştir. (12,37,48,56,64).

## YAŞLILIKTA SİSTEMLERDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER

### Kardiyovasküler Sistem

Kalp kitlesinde yaşın artması ile birlikte artış meydana gelmektedir. 75 yaş ve üzeri yaşlı

bireylerde ölümlerin %70'i kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle gerçekleşmektedir. Yaşlılık döneminde;

- Kalp hızı düşmekte,
- Miyokard esnekliği azalmakta,
- Kalp pompalama yeteneği %1 azalmakta,
- Aritmiler oluşabilmekte,
- Kalp çevresinde yağ dokusu artmakta,
- Periferik vasküler rezistans artmakta, kan basıncı yükselmekte
- Venöz kapaklar değişime uğramaktadır (12,42).

**Solunum Sistemi**

Yaşlanma ile birlikte akciğerlerin elastikiyetinde azalma meydana gelmektedir. Yaşlanma kanın oksijenlenme kapasitesini de azaltan bir durumdur. Oturur veya yatar durumda nefes alıp verirken, özellikle 60 yaşından sonra tüm hava yolları açılamaz. Bu nedenle de yaşlı bireyin uzun süre oturur yada yatar durumda bulunması pnömoni riskini arttırmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerin akciğer embolisinden ölüm riski artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte;

- Rezidüel volüm artmakta,
- Vital kapasite azalmakta,
- Ventilasyon bozulmakta, diffüzyon azalmakta,
- Öksürük refleksi azalmaktadır (12,42).

**Sinir Sistemi**

Yaşlanma ile birlikte merkezi sinir sistemini oluşturan hücrelerde kayıplar meydana gelmektedir. Beyin ağırlığında 70 yaşında %10, 80 yaşında ise %17 oranında bir azalma meydana gelmektedir. Yaşlanma süreci ile birlikte öğrenme ve bilgi depolama yeteneklerinde de azalma gerçekleşmektedir. Depolanan bilgiyi anımsayamamak yaşlı bireyi endişeye düşürmekte ve bu endişe durumu da bellekteki yetersizliği daha da arttırmaktadır.

- Nöron kaybı olmakta,
- Beyin ağırlığı erkeklerde %10, kadınlarda %5 azalmakta,
- Kısa bellekte bozulma ortaya çıkmakta,
- Reaksiyon zamanı uzamaktadır (12,42).

**Gastrointestinal Sistem**

Yaşlanma olayının gastrointestinal sistemde yaptığı genel etki hareket, salgı ve emilim kapasitesindeki azalmadır. Yaşlanma süreci ile birlikte mide mukozasında atrofi, mide boşalmasında gecikme, mide asit salgısında azalma meydana gelmektedir. Özellikle 60 yaş üzerindeki bireylerin %40'ında bazı pankreatik yetersizlikler meydana gelmektedir. Yaşlılık döneminde kalın barsak ve kolon motilitesinin azalması nedeniyle de konstipasyon sık karşılaşılan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

- Dişlerde çürüme ve diş kayıpları görülmekte,
- Sindirim ve emilim kapasitesi azalmakta,
- Karaciğer kan akımı azalmakta,
- Tad ve koku reseptörleri zayıflamaktadır (12,42).

**Boşaltım Sitemi**

Yaşlanma süreci ile birlikte nefron ünitelerinin kaybedilmesi sonucu, 40 ile 80 yaşlar arasında böbrek kitlesinde %20 oranında azalma meydana gelmektedir. Böbrek fonksiyonlarında 30-80 yaşları arasında %50 oranında azalma meydana gelmekte, böbrek yetersizliğine yakalananların sayısında da artış olmaktadır. Yaş arttıkça glomerüler filtrasyon hızında azalma gerçekleşmekte, mesane kapasitesi ilerleyen yaş ile birlikte azalmaktadır.

- Genital sistemde atrofi ve mukozalarda kuruluk olur, üreme sistemi fonksiyonları gerilemekte,
- Böbrek kan akımı azalmakta,
- Duyu reseptörleri zayıflamaktadır (İnkontinans) (12,42).

**Bağışıklık Sistemi**

Yaşın artması ile birlikte immün fonksiyonlarda azalma meydana gelmekte, yaşlı bireylerde vücudun enfeksiyonlara karşı mücadele gücü azalmaktadır. Bunun sonucunda yaşlı bireylerde, enfeksiyonlara ve kötü huylu kanserlere yakalanma sıklığı da artmaktadır (65).

**Kas-iskelet Sistemi**

Yaşlanma kemik dokusunun hem miktarını, hem de niteliğini etkilemekte, bu yapılarda azalma meydana getirmektedir. Yaşlanma ile birlikte kemik yapımında da belirgin bir azalma meydana gelmektedir. Yaşlanmaya bağlı meydana gelen kemik kaybı kadınlarda menopoz sonrasında daha da hızlanmakta ve osteoporoza yol açmaktadır (12).

- Kas kütlesi azalmakta,
- Kas gücü azalmakta
- Kemiklerde mineral kaybı olmaktadır. (12,65).

**Metabolik ve Endokrin Değişiklikler**

- Glikoz toleransı bozulmakta,
- İnsülin direnci artmakta,
- Vücut kütlesi azalmaktadır (12).

**Görme**

- Göz yaşı salgısında azalma
- Pupillerin ışığa uyumunda bozulma
- Göz kapağında gevşeme ve düşme
- Konjoktivada incelme ve sarımsı renk meydana gelmektedir (12,65).

**İşitme ve Denge**

- İç kulaktaki hücrelerde sertleşme ve atrofi ve kulak salgısında artma

- Koklea hücrelerinin sayısında azalma
- Dış kulak yolunda daralma oluşmaktadır (12,65).

**Tat ve Koku**

Tat ve koku hücrelerinin sayı ve işlevlerinde azalma meydana gelmektedir (65).

**Dokunma**

İlerleyen yaş ile birlikte derinin epidermis tabakasında incelme meydana gelmekte böylece derinin pigment hücrelerinin sayısında azalma gözlenmektedir. Subkutan dokudaki duyu reseptörlerinin sayı ve işlevlerinde azalma oluşmaktadır (31,33).

## YAŞLILIKTA SAĞLIK SORUNLARI

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşam süresi giderek artmaktadır. Yaşlı nüfusun artışı da önemli sağlık ve sosyo-ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlılıkta yaşam kalitesinin yükseltilmesi fiziksel ve ruhsal sağlık alanındaki kronik sağlık sorunlarının azaltılması, sosyal sağlık alanında ise bireyin toplum ve iş yaşamına aktif katılımın sürdürülmesi ile sağlanabilmektedir. Kronik hastalıklar tüm ölümlerin %49.5'ini oluşturmakta ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (7,66).

DSÖ 60 yaşı yaşlılık sınırı olarak kabul etmiştir. Bu yaş sınırına ulaşmış bireylerde çeşitli derecelerde kronik hastalıklar gelişmektedir. Yapılan çalışmalarda ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun %90'ının kronik hastalığı bulunduğu, bu bireylerin %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört yada daha fazla kronik hastalığı bulunduğu saptanmıştır (28,30,67).

Bayık ve ark. (67) çalışmasında rapor edildiğine göre; Fadıloğlu ve ark. yaptıkları bir çalışmada yaşlıların bireylerin %63.3'ünde görme, %72.9'unda diş sorunları, %48.4'ünde hipertansiyon, %39.2'sinde en az bir kronik hastalık belirlemişlerdir.

Ülkemizdeki 60 yaş üstü gerçekleşen ölümlerde en önemli sebepler, %43.2 ile kalp hastalıkları, %10.3 ile kanserler ve %8.4 ile serebrovasküler hastalıklardır. Yaşlı bireylerde en çok görülen sağlık sorunları hareket sistemi ile ilgili problemler, görme ve işitme problemleri,

hipertansiyon, kalp-damar sistemi hastalıkları, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi ciddi hastalıklardır. Yaşlılık döneminde meydana gelen bu sorunlar bir yandan insan ömrünü kısıtlarken, diğer yandan da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Görme, işitme, hareket yetersizliği gibi sağlık sorunları olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi bu sorunlardan olumsuz yönde etkilenmektedir (27,30,44,62).

Bir çalışmaya göre, kronik hastalıkları bulunan yaşlı bireylerin %17'si gerekli aktiviteleri yapamamakta, %22'si ise bu aktiviteleri yapmakta güçlük çekmektedir. 6 yaş grubunda %10-12, 60 yaş üzerinde ise %20-22 oranıyla yaşlı bireylerde en önemli sorunlardan biri demansdır. Demans, yaşlı bireylerin topluma uyumlarını bazen de bakımlarını güçleştiren, özellikle zihinsel yetersizliklerle karakterize bir durumdur. Bunun yanında, yaşlı bireylerde sık görülen ve bireyin çevreye uyumunu ve sağlıklı yaşamı olumsuz yönde etkileyen diğer önemli bir sağlık sorunu da depresyondur (39).

Kaya ve ark. (68) tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada, Türk toplumunda orta yaş olarak isimlendirilen 35-64 yaş grubu bireylerde hipertansiyon prevalansı %42.3, 65 yaş ve üzeri yaşlı popülasyonda ise %75.1 bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarında da hipertansiyon sıklığının 55 yaş altında %11.8 iken, 55 yaş üstünde %41.1 olarak saptanmıştır.

Kerem ve ark. (39) çalışmasında rapor edildiğine göre; Çivi ve Tanrı kulu'nun 2000 yılında, 60 yaş ve üzerindeki 302 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada, bu bireylerdeki kronik hastalıkların oranı incelenmiş ve en sık karşılaşılan sağlık sorunlarının kas-iskelet sistemi hastalıkları, hipertansiyon, gastro-intestinal sistem hastalıkları, kalp hastalıkları, genito-üriner sistem ve solunum sistemi hastalıkları olduğu, Dustman ve ark. 1984 yılında yaşlı bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, düzenli egzersiz yapılmasının ve aktif bir yaşam sürdürülmesinin yaşın geçmesi ile birlikte artan sistem hastalıklarının oranında azalmanın meydana geldiği ve İncalzi ve ark. 1992 yılında 70-95 yaş arası 178 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada ise, hijyen, giyinme, yemek yeme ve hareketleri sırasında bağımlı veya bağımsız olma durumlarını incelemişler ve sonucunda en fazla bağımlılığın hareketleri sırasında yaşandığını bildirmişlerdir. Bireylerin %42'sinin yürüme sırasında, %48'inin ise merdiven inip çıkarken bir kişi veya yardımcı bir araca ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

Son on yıl içinde yapılan tüm çalışmalar strese karşı yaşlı bireyin korunmasında sosyal destek sistemlerinin önemini ortaya koymaktadır. Özellikle ailenin desteği bu yıkım döneminin atlatılmasında en önemli etkendir. Yaşlı bireyler bir çok kayıp yaşadıklarından sosyal izolasyona çok duyarlı olmaktadırlar. Yaşlılık döneminde en önemli destek aile desteğidir. Ancak yakınlarının kaybı ile yalnız yaşayan ya da huzurevi gibi ortamda yaşayan yaşlı bireylerde bu paylaşım azalmakta ve sorunlar baş göstermektedir (20,62).

DSÖ, sağlıklı, bağımsız ve özürsüz bir yaşlılık için; sağlıklı beslenme, sigara içmeme, düzenli egzersiz, yaralanma ve sakatlıkların önlenmesi ve kronik hastalıkların tedavi edilmesini temel faktörler olarak tanımlamıştır (42).

## YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

### Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Doğuşta beklenen yaşam süresinin yıllar içinde yükselmesi yaşlılık kavramının önemini arttırmakla beraber yaşanılan yılların niteliği konusunu da daha fazla gündeme getirmiştir. Bu bağlamda ‘‘yaşam kalitesi’’ hemen bütün toplumların bir biçimde ulaşmayı amaçladığı evrensel bir olgu haline gelmiştir. Batılı ülkelere olduğu gibi, ülkemizde de giderek artan yaşlı nüfusun sağlıklı, dinamik ve mutlu bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli olanakların sağlanması temel amaçtır (14,36,68-70).

Doğumda beklenen yaşam süresinin artması yaşlı nüfusta hızlı bir artış meydana getirmiş ve böylece artan yaşlı popülasyonda yaşanılan yaşam kalitesi de önem kazanmıştır. DSÖ’nün 21. yüzyıl sağlık hedeflerinin beşincisi olan sağlıklı yaşlanma hedefinde 2020 yılında 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin potansiyel sağlıklarının zirvesinde ve sosyal olarak aktif olacakları belirtilmiştir. Yaşam beklentisi toplumların sağlık durumlarını gösteren önemli bir ölçüttür ancak yaşlı nüfus için değerlendirilmesi gereken asıl ölçüt hastalık ya da bağımlılığın bulunmadığı sağlıklı ve aktif bir yaşam beklentisidir (23,45,70-72).

Dilek F.’nin (73) çalışmasında rapor edildiğine göre; Shin ve Johnson yaşam kalitesini

bireyin gereksinimlerinin giderilmesine yönelik kaynaklara sahip olmak, istek ve arzulara, kişisel gelişimi sağlayan aktivitelere katılmak ve kendini başka bireyler ile kıyaslamak biçiminde tanımlamışlardır.

DSÖ, yaşam kalitesini ‘‘bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını, yaşamlarındaki değer sistemlerini, hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları’’ olarak tanımlamaktadır (74-78).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; bireyin hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlanmaktadır (79,80).

Yaşam kalitesi bireyin psikolojik, ekonomik ve sosyal tüm yönlerden iyi olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık, bireylerin bedensel, sosyal ve ruhsal işlevlerinde kayıpların meydana geldiği dönemdir ve yaşam kalitesinin giderek azaldığı bir duruma işaret etmektedir (24,73,81-83).

Teknolojik ilerlemeler, tıp alanındaki gelişmeler ve bu gelişmelerin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar hastalık ve ölüm oranlarını azaltarak yaşam kalitesini uzatmıştır. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesi, bireyin etkin başa çıkma stratejileri ile çeşitli alanlarda yaşanan kayıpları kabullenmeleri ve bunları telafi edebilmeleri ile yakından ilişkilidir (27,58,83,84).

Akyol (78) tarafından 1993 yılında yaşam kalitesi, mutluluk, doyum, yaşama uyum, yaşamdan haz duymak olarak tanımlanmıştır.

Yaşam kalitesi ağrı, bulantı, kusma, halsizlik, defekasyon, anksiyete, beslenememe, kendine güven kaybı, sosyal ilişkilerde bozulma, geleceğin belirsizliği gibi bir çok faktörün etkisi altındadır. Özellikle yaşlılık döneminde çok yoğun olarak yaşanan bu sorunlar yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini önemli düzeyde etkilemektedir (85,86).

Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör yaşlılığa etki eden kronik hastalıklardır ve bu hastalıkların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği ancak kaçınılmaz olduğu unutulmamalıdır. Yaşlı bireylerde sedanter yaşam tarzı ile yaşam kalitesi arasında

olumsuz bir ilişki bulunduğu bilinmektedir. Yaşlı bireylerde özellikle yaşanan sakatlıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve bu durumun kadınlarda daha belirgin olduğu saptanmıştır. Yaşlılık sürecinde en önemli olgu, yaşlı bireyin kendisini hiçbir zaman işe yaramaz hissetmemesidir. Bu düşüncenin oluşmamasının en önemli yolu da, yaşlı bireyin kendisine mutluluk veren işlerle uğraşması, üretken olması, yaşamdan doyum sağlayabileceği bir takım faaliyetlerde bulunmasıdır. Yaşam kalitesi bireyin yaşamına ilişkin subjektif doyumunun bir göstergesidir (35,50,51).

Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaşlıların sağlıklarını koruyucu ve geliştirici yönde davranışlar göstermelerinde, sosyal yaşantılarını devam ettirebilmelerinde ve mutlu bir yaşam sürdürebilmelerinde büyük önem taşımaktadır. Yaşlı bireyler için yaşamın uzun olmasından çok daha önemli olan bu yaşamın kalitesidir (54,85).

Sonuç olarak, yaşam kalitesi her ne kadar yaşlı bireyin kendi algısı ile şekillense de, değiştirilebilir, önlenebilir yada tam tersi değiştirilemez ve önlenemez pek çok neden yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle de, yaşlı sağlığı, bakımı ile ilgili politika ve programlar hazırlanırken, yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkileyen bu etmenler ve bunların birbirleri ile olan ilişkileri göz önünde bulundurularak, bütüncül bir görüşle yaşlının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek girişimler planlanmalıdır (2,54).

**Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Yaşam kalitesi farklı etmenlerden etkilenen karmaşık ve soyut bir kavramdır. Kişinin değerleri, yaşamı aile yakınları ile olan ilişkileri, kendi sağlığını algılama durumu, yaşadığı ortam, inançları yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir (87).

Yaşam kalitesini etkileyen bu faktörler:

**Yaşlı Bireyin Bireysel Özellikleri:**

Cinsiyet, yaş, doğuştan getirilen bazı kalıtsal hastalıklar yaşam kalitesini etkilemektedir (88).

**Sosyo-Demografik Değişkenler:**

Eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, mali durum yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerdir (88).

**Ekonomik Değişkenler:**

Yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biridir. Yaşlı bireyin emeklilik döneminde rahat koşullarda yaşamını devam ettirebileceği bir gelir varlığı ve bu gelirin sürekliliğidir. Yaşlı bireyin sosyal güvencesinin varlığı ve yaşlının gereksinim duyduğu tüm sağlık hizmetlerini ve gerektiğinde bakım hizmetlerini de karşılayabilmesi büyük önem taşımaktadır (10,16,88).

**Fiziksel Özellikler:**

Yardımcı araç kullanımı, görme yardımcısı, işitme yardımcısı, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı gibi özelliklerdir (10,88).

**Yaşlının Yaşadığı Çevresel Değişkenler:**

Yaşlı bireyin fiziksel çevresi, onun sağlığı ve azalan fonksiyonel durumu göz önünde bulundurularak oluşturulmalı, çevresel düzenlemeler yaşlı bireyin yaşamını kolaylaştıracak biçimde olmalıdır. Yaşlının yaşadığı evin veya kurumun kaza ve düşmeler açısından güvenli olması sağlanmalıdır (2,88).

**Psikolojik, Moral Değişkenler:**

Yaşlı bireyin genel olarak mutluluk, yaşamdan doyum sağlama duygularını içeren değişkenlerdir. Yaşlı bireyin kendi çevresi ile olan ilişkilerinden aldığı doyum, kendi sağlık durumundan duyduğu memnuniyet, bireyin psikolojik durumunu ve dolayısıyla da yaşam kalitesini etkilemektedir (2,88).

**Depresyon, Fonksiyonel Özürlülük, Mobilite Düzeyi** (2,10,16).

**Çok Boyutluluk:**

Yaşam kalitesinin bu kavramı, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları içermektedir. Fiziksel boyut, bireyin enerji harcayarak, günlük işlevlerini ne derecede yerine getirebildiklerinin algılanması ile ilgilidir. Sosyal boyut, bireylerin, aile bireyleri, komşuları, çevresindeki bireylerle olan ilişkilerini içermektedir. Psikolojik boyut içerisinde ise, depresyon, anksiyete, korku, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar bulunmaktadır (18,89).

**Öznellik:**

Bireyin kendi duygularını, düşüncelerini ve beklentilerini algılamalarıdır. Bireyin kendi yaşamlarını nasıl değerlendirdiklerini açıklamak için kullanılan bir terimdir (18,89).

**Dinamiklik:**

İnsanlar karmaşık bir yapıya sahip olduklarından değişime açıktırlar. Bireyin doğrudan kendisinde yada çevresinde meydana gelen değişimler bireyin kendi yaşam kalitesini ifade etme biçimini de değiştirmektedir (18,89).

**Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar:**

- Temel gereksinimlerin karşılanamaması
- Beden imgesinin değişmesi
- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Akut ve kronik sağlık sorunları (89,90).

**Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar:**

- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması
- Güven içerisinde yaşaması
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içerisinde olması
- İtibar görmesi
- Mahremiyetine değer verilmesi
- Otonomisinin olması
- Kendini ifade edebilmesi
- Fonksiyonel olarak yeterli olması
- Özgün bir birey olarak algılanması
- Huzur içinde olunması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi (89,90).

## YAŞLILIKTA UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

### Yaşlılıkta Uyku Kalitesi

Uyku insan ömrünün yaklaşık üçte birini oluşturan temel bir insan gereksinimi olup, insanın fizik ve ruh sağlığı ile yakından ilişkilidir. Yaşlanma her canlıda ayrıcalıksız olarak görülen, tüm işlevlerde değişme ve azalmaya neden olan, devamlı, sosyal, biyolojik, psikolojik boyutları olan geri dönüşümsüz bir süreçtir. Uyku ile ilgili bozukluklar, genel erişkin popülasyonda sıktır ve nüfus yaşlandıkça prevalansı da artar (28,91,92).

İlerleyen yaş, uykunun yapısında belirli değişikliklere yol açmakta bu bağlamda yaşlanmayla birlikte, uyku süresi, düzeni ve kalitesinde de değişiklikler ortaya çıkmakta ve yaşlı bireylerde uyku sorunlarının yaygınlığı artmaktadır (28,31,93,94).

Yaşlılarda toplam uyku süresi azalır ve alışılagelmiş ortalama 7,5 saatlik gece uyku süresi, 4,5–5,5 saate iner. Kişilerin uykuya dalma süresi uzar, uyku başlangıcından sonra uyanmaların sayısı ve süresi artar. Uyku hafif ve yüzeyseldir. Yatakta geçirilen süre artar ancak uyku kalitesi düşüktür. Gündüz uykululuğu artmıştır (91,92).

Yapılan bir çalışmada uyku süreci bireyin ruhunu, aklını ve bedenini yeniden kullanabilmek için bir molaya gereksinim duyduğu zamanlarda sorumluluk ve stresten arınma süreci olarak belirtilmiş, uyku bilinen ancak açıklanamayan, bireyin farkında olmadığı akıl dışı yaşantıların meydana geldiği bir süreç olarak tanımlanmıştır (29,30).

**Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Yaşlı bireylerin uyku kalitelerini, yaş, tıbbi hastalıklar, ilaç tedavisi, sık idrara çıkma, yetersiz uyku hijyeni gibi bir çok faktör etkilemektedir. Yaşlanma ile bireylerin uyku yapısında meydana gelen değişiklikler Şekil 1'de gösterilmiştir (74,93).

Yaşın artması ile birlikte uyku sorunları artma eğilimi göstermektedir. Yaşlanma ile birlikte nörolojik, psikiyatrik ve diğer tüm sistemlere ait hastalıkları yaygınlığı artmaktadır. Ayrıca emeklilik, huzurevinde yaşamaya başlama, eşin ve yakınlarının kaybı gibi yaşa özgü stresli yaşam olaylarının da yaşam kalitesini etkileyebileceği unutulmamalıdır (28,30).

Yaşlı bireylerde uykuyu etkileyen fiziksel hastalıklar, kas-iskelet sistemi ağrıları, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları (koah, astım), gastrointestinal sistem bozuklukları, metabolik bozukluklar ve obezitedir. Uykuyu etkileyen ruhsal bozukluklar, deliryum, demans, depresyon ve anksiyetedir. Deliryum, yaşlı bireylerde sık görülen bir beyin sendromudur. Demansta da gün boyunca uykulu bir durum, sersemlik, uyku ve uyanıklık dengesinde bozulma görülmektedir (28,95).

Anksiyete bozukluğu olan yaşlı bireylerde de uyku bozukluğu, uykuya dalmada güçlük ve gece boyunca sık sık uyanma en fazla görülen sorunlardır. Yaşlıda uykuyu etkileyen ilaçlar ise, antihipertansifler, kardiyovasküler ilaçlar (digoxin, antiaritmikler), antihistaminler (alerji ve mide ilaçları), antidepresanlar ve kortikosteroidlerdir. Ayrıca uzun süreli kullanılan uyku ilaçları da ağır uykusuzluğa neden olabileceğinden dikkatli kullanılmalıdır (28,30,95).

| Yaşlanma ile uyku yapısında meydana gelen değişiklikler |
|---|
| Erken uyuma, erken uyanma |
| Uykuda geçen toplam sürenin kısalması |
| Uyku latansının uzaması |
| Geceleri sık uyanma |
| Ram uykusunda azalma |

**Şekil 1. Yaşlanma ile uyku yapısında meydana gelen değişiklikler (74,93)**

## YAŞLI BİREYLERDE GÖRÜLEN UYKU BOZUKLUKLARI

Normal bir bireyin günlük uyku gereksinimi ortala 7-8 saat iken, uyku gereksinimi yaş ile birlikte azalma eğilimi göstermekte ve 45 yaşından sonra 6,5 saate inmektedir. Yaşlı bireylerde uykuya dalma süresi uzamakta ve uyandıklarında uykuya dalmada güçlük çekmektedirler. Yaşlılık bireyin uyku düzeninde değişikliklerin, bozuklukların yoğun olarak yaşandığı dönemdir. Yaşlı bireylerin %50'sinden fazlasının uyku sorunu bulunmaktadır (30,33,96).

Yaş ilerledikçe nörolojik, psikiyatrik ve diğer tüm sistemlere ait hastalıkların yaygınlığı artmaktadır (28).

### Uykusuzluk (İnsomnia)

Yaşlı bireylerde görülen uyku sorunlarının büyük bir çoğunluğunu uykusuzluk (insomnia) sorunu oluşturmaktadır. Uykusuzluk sorunu, uykuyu başlatmada, sürdürmede, sabah erken kalkmakta zorluk ve uyandıktan sonra kendini dinlenmemiş olarak hissetmekle karakterize bir bozukluktur. Birey uyanamamaktan korkar ve gece boyunca uyku tutmayacağı endişesi yaşamaktadır (91,97).

Uykusuzluk kısa süreli ve süregen (kronik) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli uykusuzluk, geçici bir stres durumu ile ilişkilidir. Birkaç gün veya hafta devam edebilmektedir. Süregen uykusuzluk ise, aylardan yıllara kadar devam edebilmektedir. Süregen uykusuzluk,

gündüz uyuklamaya, bilişsel bozulmaya, kaza riskinin artmasına, duygu durum bozukluklarına, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Kısa süreli stres, öfke, kızgınlık gibi duyguların bastırılması ve yaşlanma ile uykusuzluk durumu artmaktadır (91,92).

Göktaş ve Özkan'ın (31) çalışmasında rapor edildiğine göre; Chui ve ark. tarafından 1999 yılında yapılan çalışmada, yaşlıların %75'inin uyku bozukluğundan yakındıkları uykusuzluk yakınmalarının ise %38 olduğu, Maggi ve ark. tarafından 1998 yılında yapılan çalışmada, yaşlıların uykusuzluk sıklığının erkeklerde % 36, kadınlarda %54 olduğu, Pallesan ve ark. tarafından 2002 yılında yapılan çalışmada uykusuzluk problemi yaşayan yaşlı bireylerin, uyku problemi olmayan yaşlı bireylere göre, kaygı ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

**Hipersomnia (Aşırı Uykululuk)**

Geceleri normal bir süre uyunduğu halde, gündüzleri aşırı uykulu olunmasıdır. Bireyde gün boyu uykuya eğilim, uyuklama ve uyku sarhoşluğu görülmektedir. Gece uykusuzluğu ve gündüz uyuklama atakları en fazla görülen durumlardır. Yaşlı bireyin gündüz aşırı uykulu olma durumu bireyin günlük yaşamında sahip olduğu yetilerini etkin bir şekilde kullanabilmesini engellediği için, hemşirelik bakımı açısından önem verilmesi gereken bir durumdur (30,92,93,97).

**Uyku Apne Sendromu**

Uyku apne sendromu; uyku sırasında oluşan solunum durmaları, uyku bölünmesi, oksijen kapasitesinde azalma, ve gündüz uyuklamaları biçimindeki tablodur. Horlama, bölünmüş gece uykusu, gündüz uyuklamaları, bilişsel bozukluk gibi bulgular ortaya çıkarmaktadır. Uyku apne sendromu durumunun sıklığı yaşın artması ile birlikte artma eğilimindedir ve yaşlı erkeklerde %27, kadınlarda %19'a yükselmektedir. Yaşın artması ile meydana gelen yumuşak damak sarkması, farengeal yağ dokusu hacmindeki artma, farengeal havayolu çevresindeki kemik yapılarındaki değişiklikler gibi değişiklikler uyku apnesine neden olmaktadır (30,97).

**Sirkadyen Ritim Uyku Bozukluğu**

Uyku-uyanıklık düzeninde bozukluk bulunmaktadır. Uyku ve uyanıklık zamanları normal zamanın dışındadır. Kişi sabaha karşı uykuya dalmakta ve öğlende ya da öğlenden sonra uyanmaktadır. Huzurevlerinde ve hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde fazla kalan yaşlı bireylerde ve demansı olan yaşlılarda sık görülen bir sorundur (30,91,97).

**Solunumla İlişkili Uyku Bozukluğu**

Uyku apnesi, uyku esnasında solunumun tekrarlanan nöbetler biçiminde, 10 sn ya da daha uzun süreli olarak durması yada yavaşlamasıdır. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde görülme oranı %24-42 arasındadır (97).

**Periyodik Bacak Hareketleri**

Periyodik bacak hareketleri, uyku esnasında genellikle alt ekstremiteler de olmakla birlikte bazen gövdeyi de tutan ritmik kas seyirmeleri ya da kasılmalar biçiminde görülen ayak ve bacak hareketleridir. 20-40 sn aralıklarla ortaya çıkmaktadır. Bu hareketlerin beş defadan fazla olması bir sorun olduğunu gösterir ve sık hareketler uykunun bozulmasına neden olmaktadır. Periyodik bacak hareketleri, uyku kalitesini ve derinliğini azaltan bir uyku bozukluğudur. Yaş ile birlikte artma eğilimi göstermektedir. Yaşlı bireylerde bu uyku bozukluğunun görülme oranı %30-40'dır (31,91,97).

**Huzursuz Bacak Sendromu**

Bacaklarda özellikle de alt ekstremiteler de ağrısız uyuşma, karıncalanma ve huzursuzluk biçiminde belirtiler veren yaşlı bireylerde sık görülen bir bozukluktur. Bireylerin istirahat halinde veya uykuya dalarken bacaklarında uyuşma, karıncalaşma, ağrı, sızı, yanma, huzursuzluk hissi olarak tanımlanan ve bireyi son derece rahatsız eden bir durumdur. Bacak kramplarından farklıdır, bireyin uykuya dalmasını engellemekte veya uykudan uyanmasına neden olmaktadır. Huzursuz bacak sendromu birincil ve ikincil olmak üzere iki şekilde gözlenmektedir. Birincil huzursuz bacak sendromu çoğunlukla aileseldir (30,91,93,97).

İkincil huzursuz bacak sendromu ise, sık olarak üremi, nöropati ve demir eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Huzursuz bacak sendromu ve periyodik bacak hareketleri yaşın artması ile birlikte artma eğilimi göstermektedir. Yetişkinlerde sıklığı %5-6 iken, 65 yaş ve üzerinde bu oran %30-45'e yükselmiştir. Her iki bozuklukta da uyku kalitesi ve günlük işlevlerde azalmalar meydana gelmektedir (30,77,97).

## YAŞLILIKTA YAŞAM VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Bireyler yaşlandıkça, yaşamlarında eş kaybı, yalnız yaşama, emeklilik, huzurevi-bakımevinde kalma, kronik hastalıklarda artma gibi değişiklikler meydana gelmekte, yaşam yavaşlamakta, görme ve işitme fonksiyonları azalmakta, uyku bozuklukları yaşlı bireylerin dikkat, anlama ve kavrama yeteneklerini olumsuz yönde etkilemekte, günlük işlevlerde bozulma yorgunluk ortaya çıkmakta, bu durum yaşlı bireyin yaşam kalitesini bozmaktadır (31,33).

Yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin bozulması bireylerin, duygu, düşünce, motivasyon ve yaşamdan duydukları hazzın bozulmasına neden olmaktadır. Yetersiz uyuyan yaşlı bireylerde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, konfüzyon, irritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, hallüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi birçok durum görülmektedir. Ayrıca bu yaşlı bireylerde yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilmektedir. Tüm bu durumlar göz önüne alındığında uyku bireyin yaşamını, yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (15,91,92).

Yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanan yaşam kalitesi, bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimini ifade etmektedir. Yaşam kalitesi bireylerin,

- Fiziksel fonksiyonlarını,
- Psikolojik durumlarını,
- Aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkilerini,

- Çevreyle etkileşimleri ve inançlarını kapsamaktadır (88).

İnsanlar artık yaşamın uzunluğu ile değil, kalitesi ile ilgilenmektedirler. Yaşam kalitesi kavramı 1970'li yıllarda tıp alanına, 1980'li yıllarda ise hemşirelik alanına girmiştir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin geliştirilmesinde, bireye özel olarak geliştirilmiş interdisipliner bir bakımla desteklenmeleri önemlidir. Yaşlı bireylerin yaşadıkları sorunların büyük çoğunluğuna yönelik bakım, hemşirelik uygulama alanı içinde yer almaktadır (98,99).

Yaşam kalitesi kavramının gün geçtikçe önem kazanması sonucu, tıp ve hemşirelik alanında sağlık bakımının amacı, yalnızca bireylerin yaşam sürelerini uzatmak değil, aynı zamanda bireylerin sorunları ile baş etmelerini sağlamak ve öz bakım gücünü geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmektir. Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk yaşam kalitesi ile eş anlamda kullanılmaktadır (98).

Yaşlı bireylerinin uyku kalitelerinin bozulması bu bireylerin iyilik hallerinin bozulmasına ve yaşam kalitelerinin kötü etkilenmesine neden olmaktadır. Tüm bu olumsuzlukları anlamada hemşireler önemli bir role sahiptirler (33,98,99).

Hemşirelik uyku gereksinimini de içeren tüm temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. "Uyku biçiminde bozukluk", "Uykusuzluk" gibi hemşirelik tanıları yaşlı bireylerde uyku bozuklukları için kullanılabilmektedir. Hemşireler yaşlı bireylerin uyku ile ilgili olarak yaşadıkları ve yaşayabilecekleri tüm sorunları iyi bilmeli, yaşlı bireylerin uyku ve buna bağlı yaşam kalitelerini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler (29,30,50).

Yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif olarak değerlendirilmesidir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri, doyum ve memnuniyet verici kaliteli bir yaşama yönelik olmalıdır. Hemşireler özellikle yaşlı bireyin yaşı, öğrenim durumu, boş zaman faaliyetleri ve kronik hastalık bulunmasının etkilerini göz önünde bulundurarak, yaptıkları düzenli incelemelerle, sistematik değerlendirme ve uygulamalarla yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirebilmektedirler. (15,33,61).

# GEREÇ VE YÖNTEM

## ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma; Edirne Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerini ve etkileyen faktörleri belirlemek, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede yol gösterecek önerileri sunmak amacı ile planlanmış kesitsel tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

## ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma T.C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Edirne Huzurevinde kalmakta olan yaşlı bireyler üzerinde uygulanmıştır.

## ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

1. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ile sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?
2. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?
3. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

## ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

### Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini Temmuz 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında T.C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Edirne Huzurevinde kalmakta olan 107 yaşlı birey oluşturmuştur.

### Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemine Temmuz 2011 – Haziran 2012 tarihleri arasında Edirne Huzurevinde yaşayan iletişim kurmaya engel teşkil edecek depresyon, demans, inme ve sağırlık problemi bulunmayan, araştırmaya katılmaya istekli, 60 yaş ve üzeri 73 yaşlı birey alınmıştır.

EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ile uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiş, alfa güvenirlik düzeyi %95 ve yanılma payı %5 olduğu göz önünde bulundurularak ve (9 yaşlı bireyde inme, 7 yaşlı bireyde psikolojik problem, 5 yaşlı bireyde demans ve 3 yaşlı bireyde sağırlık problemi mevcut) kayıp verilerinde olabileceği düşünülerek $n = 73$ yaşlı birey çalışmaya alınmıştır.

## VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler danışman ve araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu (Ek-1), yaşam kalitesini ölçmede kullanılan EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2) ve uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-3) kullanılarak elde edilmiştir.

### Anket Formu

Anket formunun birinci bölümünü oluşturan kişisel özellikler bölümünde hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, çocuk sayısı, çocuklarını görme sıklığı değerlendirilmiştir.

Anket formunun ikinci bölümünü oluşturan yaşam biçimi ile ilgili özellikler bölümünde kronik hastalık varlığı ve neler olduğu, alınan ilaç sayısı, düzenli alınıp alınmadığı, yaşlı

bireylerin huzurevinde kalış süresi, sağlık durumlarını algılayışları, sigara kullanımı, miktarı ve süresi, alkol kullanımı, miktarı ve süresi, günlük işlerde yardım ihtiyacı, yardımcı araç kullanımı, düzenli egzersiz yapılması ve egzersiz türü, huzurevinde kalmaktan memnuniyet araştırılmıştır.

Anket formunun üçüncü bölümünü oluşturan uyku düzeni ile ilgili özellikler bölümünde ise, uykunun düzenli olup olmadığı, günlük ortalama uyuma süresi, uyuklama sorunu, uyku sorunları ile baş etme yöntemleri, gece idrara çıkma sorunu, kalınan oda tipi, odanın sessizliği incelenmiştir.

Anket formu, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ve yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerini etkileyebileceği kabul edilen faktörleri [kişisel özellikler (7 madde), yaşam biçimi ile ilgili özellikler (17 madde) ve uyku ile ilgili özellikler (8 madde)] içeren formdur (Ek-1).

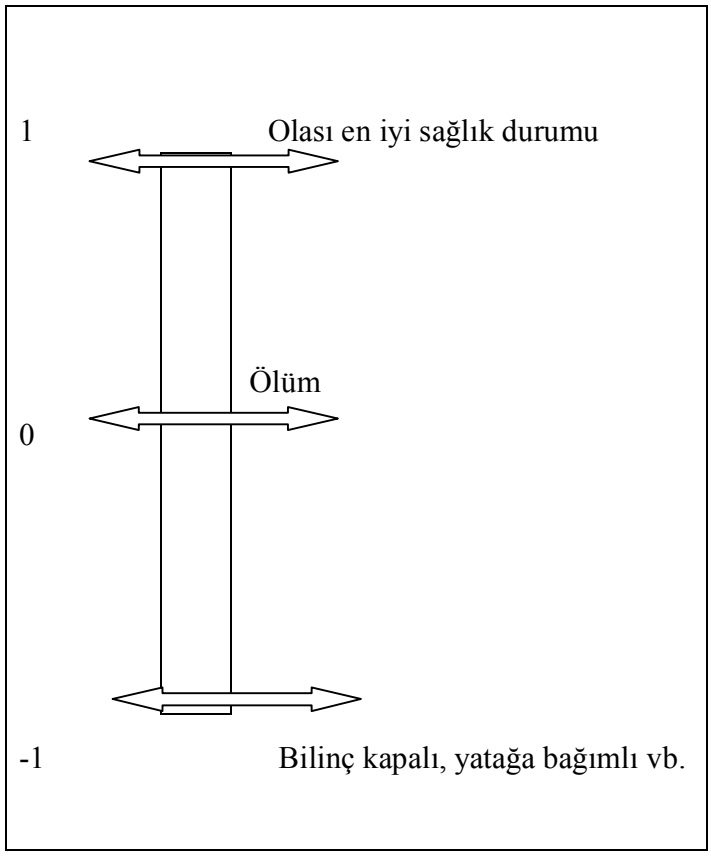
**EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Çeşitli durumlarda yaşam kalitesi genel sağlık ölçekleriyle ve / veya hastalığa özgü ölçeklerle hesaplanabilmektedir. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir (Ek-2).

Batı Avrupa Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D genel sağlık ölçeği EuroQol grup tarafından 60'ı aşkın dile çevrilmiştir, bunlardan birisi de Türkçe'dir. 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır. EQ-5D ölçeği iki parçadan oluşmaktadır (19).

**1- EQ-5D İndeks Ölçek:** Hareket edebilme (Mobilite), öz-bakım (self-care), olağan işleri yapabilme (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/moral bozukluğu (anxiety/depression) olmak üzere 5 boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere üç seçeneklidir. Sonuç olarak bu ölçekle 243 ($3^5$=243) olası farklı sonucu tanımlamaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı

gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir (Şekil 2).

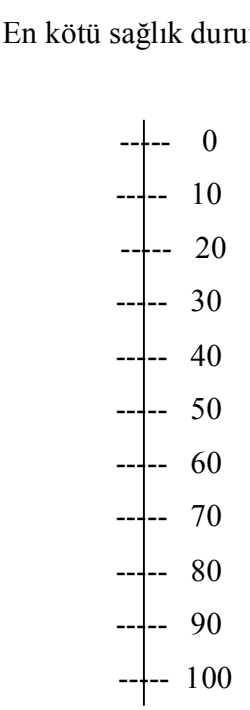



**Şekil 2: EQ-5D indeks skorun şekilsel gösterimi (88)**

| BOYUT | KATSAYI |
|---|---|
| SABİT | 0.081 |
| HAREKET (MOBİLİTE) | |
| PROBLEM YOK | 0 |
| BİRAZ PROBLEM VAR | 0.069 |
| MAJÖR PROBLEM VAR | 0.314 |
| ÖZ-BAKIM (SELF-CARE) | |
| PROBLEM YOK | 0 |
| BİRAZ PROBLEM VAR | 0.104 |
| MAJÖR PROBLEM VAR | 0.214 |
| OLAĞAN İŞLERİ YAPABİLME (USUAL ACTİVİTİES) | |
| PROBLEM YOK | 0 |
| BİRAZ PROBLEM VAR | 0.036 |
| MAJÖR PROBLEM VAR | 0.094 |
| AĞRI/RAHATSIZLIK (PAİN/DİSCOMFORT) | |
| PROBLEM YOK | 0 |
| BİRAZ PROBLEM VAR | 0.123 |
| MAJÖR PROBLEM VAR | 0.386 |
| ENDİŞE/MORAL BOZUKLUĞU (ANXİETY/DEPRESSİON) | |
| PROBLEM YOK | 0 |
| BİRAZ PROBLEM VAR | 0.071 |
| MAJÖR PROBLEM VAR | 0.236 |
| N3 | 0.269 |
| N3: HERHANGİ BİR BOYUTTA MAJÖR PROBLEM OLMASI DURUMU | |

**Tablo 1: EQ-5D İndeks Ölçeği Boyut ve Cevapları (88)**

**2- EQ-5D VAS Ölçek:** Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arasında değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale) dır. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir (Şekil 3, 88).




**Şekil 3: EQ-5D VAS Ölçek (88)**

**Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)**

Uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Smyth C.'nin (94) çalışmasında rapor edildiğine göre; 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş, geçmiş 1 aylık sürede uyku kalitesi ve bozukluğunu değerlendiren bir öz bildirim ölçeği olup, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ülkemizde

ise geçerlik güvenirlik (r = 0.804) çalışması Ağargün ve ark. (32) tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Ölçek toplam 18 soru ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Bileşenler şu şekilde sıralanabilir: subjektif uyku kalitesi (bileşen1), uyku latensi (bileşen2), uyku süresi (bileşen3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen4), uyku bozukluğu (bileşen5), uyku ilacı kullanımı (bileşen6), gündüz işlev bozukluğu (bileşen7). Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazılarıysa birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde edilmektedir.

Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Toplam puanın 5'in üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Toplam puanın 5'in altında olması ise uyku kalitesinin iyi olduğunu gösteren bir durumdur (32).

**Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin (PUKİ) Hesaplanması (Ek-3)**

**Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi soru 9'un puanlaması ile elde edilir.**

Soru 9 için;

Çok iyi: 0 puan Oldukça iyi: 1 puan Oldukça kötü: 2 puan Çok kötü: 3 puan

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 1 puanı elde edilmiştir.

**Bileşen 2**: **Uyku latensi soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile elde edilir.**

Soru 2 için ;

≤15 dakika : 0 puan 16-30dakika : 1 puan 31-60 dakika : 2 puan >60 dakika : 3 puan

Buradan soru 2'nin puanı elde edilir.

Soru5a için;

Hiç : 0 puan Haftada birden az: 1 puan Haftada bir veya iki kez: 2 puan Haftada üç veya daha fazla: 3 puan

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 2 ve 5a'nın toplamı için;

0: 0 puan; 1-2: 1 puan; 3-4: 2 puan; 5-6: 3 puan

Böylece elde edilen puan ile Bileşen 2 puanı bulunmuştur.

**Bileşen 3: Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir.**

Soru 4 için;

≥7 saat: 0 puan; 6-6.9 saat: 1 puan; 5-5.9 saat: 2 puan; <5 saat: 3 puan

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 3 puanı elde edilmiştir.

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

Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi hesaplanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

$$\text{Alışılmış uyku etkinliği(\%)} = \frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi}}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}} \times 100$$

Alışılmış uyku oranı;

>%85: 0 puan; %75-84: 1 puan; %65-74: 2 puan; <65: 3 puan

Alışılmış uyku etkinliği yukarıdaki gibi puanlandıktan sonra bileşen 4 puanı elde edilmiştir.

**Bileşen 5:Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile elde edilir.**

Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j soruları için ;

Hiç: 0 puan; Haftada birden az: 1puan; Haftada bir veya iki kez: 2 puan; Haftada üç veya daha fazla: 3 puan

Daha sonra 5b-5j puanları toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.

Soru 5b-5j toplamları için;

0: 0puan 1-9: 1 puan 10-18: 2 puan 19-27: 3 puan

Bu değerlendirme sonunda bileşen 5 puanı elde edilmiş olur.

**Bileşen 6:Uyku ilacı kullanımı soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.**

Soru 6 için;

Hiç: 0 puan; Haftada birden az: 1puan; Haftada bir veya iki kez: 2 puan; Haftada üç veya daha fazla: 3 puan

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 6 puanı elde edilmiş olur.

**Bileşen 7:Gündüz işlev bozukluğu soru 7 ve soru 8'in puanlaması ile elde edilir.**

Soru 7 için;

Hiç 0 puan; Haftada birden az 1 puan; haftada bir veya iki kez 2 puan; haftada üç veya daha fazla 3 puan

Buradan soru 8'in puanı elde edilir.

Soru 8 için;

Hiç problem oluşturmadı 0 puan, yalnızca çok az bir problem oluşturdu 1 puan, bir dereceye kadar problem oluşturdu 2 puan, çok büyük bir problem oluşturdu 3 puan,

Buradan soru 9'un puanı elde edilir.

Soru 7 ve 8 in puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 7 ve 8'in toplamı için;

0 puan 1-2, 1 puan 3-4, 2 puan 5-6, 3 puan

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 7 puanı elde edilmiştir.

**Tüm bu değerlendirmeler sonucunda bileşen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 puanları toplanarak Global PUKİ (Global PSQI) puanı bulunmuştur.**

**Veri Toplama Araçları EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerlilik ve Güvenirliliği**

**Tablo 2. EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n= 73)**

| **Ölçekler** | **Cronbach alfa (α) katsayısı** |
|---|---|
| **EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği** | 0.92 |
| **Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi** | 0.95 |

EQ-5D genel bir sağlık ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe çevirisi EuroQol tarafından yapılmıştır, bu nedenle ölçek bu gruptan temin edilmiştir (87).

Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. Katsayısı 1'e yaklaştıkça güvenirlik artmakta, 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Cronbach alfa katsayısı; <0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında ise ölçek düşük güvenilir, 0.60-0.80 arasında ise orta derecede güvenilir, >0.80 ise yüksek derecede güvenilir yorumu yapılır.

Süt ve Ünsar'ın (100) EQ-5D'nin akut koroner sendromlu hastalarda geçerli bir ölçek olup olmadığını araştırdıkları çalışmalarında ölçeğin Cronbach alfa sayısı 0.86 bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alfa değeri 0.80 bulunmuştur (58).

Bu çalışmalara dayanılarak EQ-5D ölçeğinin yaşam kalitesinin ölçülmesinde istatistiksel anlamda ileri derecede güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilmektedir.

EQ-5D genel sağlık ölçeğine güvenirlik analizi uygulanarak elde edilen güvenirlik (Cronbach-α) katsayıları Tablo 2'deki gibi bulundu. Buna göre EQ-5D genel sağlık ölçeğinin güvenirlik katsayısı Cronbach α=0.92 olarak bulundu. Bu veriden yola çıkarak EQ-5D genel sağlık ölçeği yaşam kalitesinin ölçülmesinde güvenilir bir ölçektir.

PUKİ, bir aylık bir zaman aralığındaki uyku kalitesi ve bozukluğunu değerlendiren bir öz

bildirim ölçeğidir. PUKİ, Smyth C.'nin (94) çalışmasında rapor edildiğine göre; 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş ve yeterli iç tutarlılığa (Cronbach's alfa= 0.80), test-tekrar test güvenilirliğine ve geçerliliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde PUKİ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması Ağargün ve ark. (32) tarafından 1996 yılında (Cronbach's alfa= 0.80) yapılmıştır. Smyth'in (94) PUKİ ile ilgili çalışmasında cronhbach alfa sayısı 0.83 bulunmuştur.

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.95 olarak bulundu. Bu verilerden yola çıkarak PUKİ uyku kalitesinin ölçülmesinde güvenilir bir ölçektir.

**Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve PUKİ 01 Temmuz 2011- 01 Ocak 2012 tarihleri arasında T.C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Edirne Huzurevinde kalmakta olan depresyon, demans, inme ve sağırlık gibi iletişim kurmaya engel teşkil edecek herhangi bir problemi bulunmayan, araştırmaya katılmaya istekli, 60 yaş ve üzeri 73 yaşlı bireye uygulanmıştır. Anket formu ve ölçekler bir araya toplanarak yaşlı bireylere sorular anket formu biçiminde sunulmuştur. Araştırmada kullanılan anket formu yaşlı bireyler ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Her birey için veri toplama süresi 30-45 dakikadır.

**İSTATİSTİKSEL ANALİZLER**

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, yaş ile uyku kalitesi ve EQ5D-VAS (Genel Sağlığı Değerlendirme) puanları arasındaki ilişki Trakya Üniversitesi Lisanslı İstatistik Programı, Pearson Korelasyon Analizi, yaş ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve boyut puanları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Yaşlı bireylerin özelliklerine göre uyku kalitesi toplam puanı ve EQ5-Yaşam Kalitesi Ölçeği ve boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Analizi (ileri analiz olarak Bonferroni

düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır.

İlişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına p değerlerine göre karar verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

İlişkinin yönüne karar verilirken, r değerinin başında ‘‘-‘‘ işareti varsa ilişkinin negatif yönde olduğu, bir puanın artarken diğer puanın azaldığını göstermektedir. r değerinin başında bir işaret yoksa bu durum pozitif yönde bir ilişki olduğunu, bir puan artarken diğer puanında arttığını göstermektedir.

İlişkinin gücü ise p değerinden daha önemlidir. Korelasyon katsayısı (r değeri) 0-1 arasında yer alır. (negatif de olabilir, pozitif de). r değeri : 0-0.24 arasında ise ilişki yok ya da zayıftır.
0.25-0.49 arasında ise orta düzeyde bir ilişki vardır.
0.50-0.74 arasında ise güçlü düzeyde bir ilişki vardır.
0.75-1.00 arasında ise çok güçlü bir ilişki vardır (101).

# BULGULAR

Temmuz 2011- Haziran 2012 tarihleri arasında Edirne Huzurevinde kalmakta olan 73 yaşlı birey ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular:

- Kişisel özellikler, yaşam biçimi, huzurevi ve uyku düzenlerine ilişkin özellikler,
- Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanlarının dağılımı**,**
- Kişisel özellikler ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin (PUKİ) karşılaştırılması,
- Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) arasındaki ilişkinin belirlenmesi olmak üzere dört bölümde incelenecektir.

## KİŞİSEL ÖZELLİKLER, YAŞAM BİÇİMİ, HUZUREVİ VE UYKU DÜZENLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

**Tablo 3: Yaşlı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=73)**

| **ÖZELLİKLER** | *** $\bar{x}$ ± SS / n** | **Min – Max / %** |
|---|---|---|
| **Yaş** | 74.99 ± 7.19 | 61 - 93 |
| | **n** | **%** |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 23 | 31.5 |
| Erkek | 50 | 68.5 |
| **Medeni Durum** | | |
| Evli | 4 | 5.5 |
| Bekar | 29 | 39.7 |
| Dul/boşanmış | 40 | 54.8 |
| **Eğitim Durumu** | | |
| Eğitimi yok (OYD ve OY) | 38 | 52.1 |
| İlköğretim | 23 | 31.5 |
| Lise ve yüksekokul | 12 | 16.4 |
| **Çocuk Sahibi Olma Durumu** | | |
| Evet | 48 | 65.8 |
| Hayır | 25 | 34.2 |
| | **$\bar{x}$ ± SS** | **Min - Max** |
| **Çocuk Sayısı (n=48)** | 1.71 ± 0.65 | 1 - 3 |
| | n | % |
| **Çocukları Görme Sıklığı (n=48)** | | |
| Her gün/hf. 1-2 kez | 13 | 17.8 |
| Ayda 1-2 kez | 22 | 30.1 |
| Yılda birkaç kez/nadiren | 13 | 17.8 |

*** $\bar{x}$ ± SS**: Ortalama ± Standart Sapma

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin kişisel özellikleri Tablo 3'de verilmiştir. Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 74.99 ± 7.19 olup, minimum yaş 61 ve maksimum yaş 93'tür.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %68.5'inin erkek olduğu, %54.8'inin dul/boşanmış olduğu, %52.1'inin eğitiminin olmadığı yani okur yazar durumda olmadığı yada yalnızca okuma yazma bildiği bulundu.

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %65.8'i çocuk sahibiydi. Yaşlı bireylerin sahip oldukları çocuk sayıları 1 ile 6 arasında değişiklik göstermekle birlikte, sahip oldukları çocuk sayılarının ortalamalarının 1.71 ± 0.65 olduğu ve yaşlı bireylerin %17.8'inin çocuklarını yılda birkaç defa gördüğü ya da nadiren görürken yine %17.8'inin ayda 1-2 kez gördüğü belirlenmiştir.

**Tablo 4: Yaşlı Bireylerin Yaşam Biçimlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=73)**

| ÖZELLİKLER | * $\bar{x}$ ± SS / n | Min – Max / % |
|---|---|---|
| **Kronik Hastalık Durumu** | | |
| Var | 56 | 76.7 |
| Yok | 17 | 23.3 |
| **Kronik Hastalık Türleri (n=56)**** | | |
| Hipertansiyon | 40 | 71.4 |
| Diyabet | 15 | 26.8 |
| Kalp yetmezliği/Dolaşım bozukluğu | 18 | 32.1 |
| Astım/Bronşit(Solunum güçlüğü,Nefes darlığı) | 10 | 17.9 |
| Diğer*** | 11 | 19.6 |
| | **$\bar{x}$ ± SS** | **Min - Max** |
| **Günde Alınan İlaç Sayısı (adet) (n=64)** | 5.64 ± 3.90 | 1 - 18 |
| **Sürekli İlaç Kullanma Durumu** | | |
| Kullanıyor | 64 | 87.7 |
| Kullanmıyor | 9 | 12.3 |
| | **n** | **%** |
| **İlaçların Düzenli Kullanım Durumu (n=64)** | | |
| Evet | 56 | 87.5 |
| Hayır | 8 | 12.5 |
| | **n** | **%** |
| **Sigara Kullanma Durumu** | | |
| Evet | 28 | 38.4 |
| Hayır | 45 | 61.6 |
| | **$\bar{x}$ ± SS** | **Min - Max** |
| **Günlük İçilen Sigara Sayısı (Adet) (n=28)** | 22.50 ± 11.98 | 5 - 50 |
| **Sigara Kullanma Süresi (Yıl) (n=28)** | 45.82 ± 10.43 | 15 - 60 |
| **Alkol Kullanma Durumu** | | |
| Evet | 7 | 9.6 |
| Hayır | 66 | 90.4 |
| | **$\bar{x}$ ± SS** | **Min - Max** |
| **Günlük Kullanılan Alkol Miktarı (Kadeh) (n=7)** | 1.43 ± 0.79 | 1 - 3 |
| **Alkol Kullanma Süresi (Yıl) (n=7)** | 25.71 ± 13.97 | 10 - 40 |
| | n | % |
| **Günlük İşlerde Yardımcı İhtiyacı Durumu** | | |
| Evet | 31 | 42.5 |
| Hayır | 42 | 57.5 |

| | | |
|---|---|---|
| **Kullanılan Yardımcı Araç Varlığı (Baston, işitme cihazı, gözlük vb.)** | | |
| Evet | 22 | 30.1 |
| Hayır | 51 | 69.9 |
| **Düzenli Egzersiz Yapılma Durumu** | | |
| Evet | 17 | 23.3 |
| Hayır | 56 | 76.7 |
| **Yapılan Egzersiz Türü (n=17)**** | | |
| Yürüyüş | 17 | 100.0 |
| Merdiven çıkma | 3 | 17.7 |
| Koşma | 1 | 5.9 |

* $\bar{x}$ ± **SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**Birden fazla cevap verilmiştir.
***Diğer grubunda yer alan tanılar: Böbrek yetmezliği, Prostat, Osteoporoz, Kanser ikişer kişi, İdrar inkontinansı, Epilepsi ve Parkinson birer kişi.

Tablo 4'te yaşlı bireylerin yaşam kalitesine ilişkin özellikleri görülmektedir. Yaşlı bireylerde kronik hastalık varlığı durumu incelendiğinde; yaşlı bireylerin %76.7'sinde kronik hastalık bulunduğu belirlendi. Yaşlı bireylere sahip oldukları kronik hastalıklar sorulduğunda bazı bireyler birden fazla yanıt verirken, %71.4'ü hipertansiyon problemi yaşadıklarını söylerken, %19.6'sı ise diğer farklı birçok hastalığa sahip oldukları yanıtını vermiştir. Kronik hastalık türüne diğer yanıtını veren bireylerden ikişer kişinin böbrek yetmezliği, prostat, osteoporoz gibi hastalıklara, birer kişinin ise idrar inkontinansı, epilepsi ve parkinson gibi hastalıklara sahip oldukları bulundu.

Yaşlı bireylerin günde alınan ilaç sayısı ortalamaları 5.64 ± 3.90 olarak bulundu. %87.7'sinin sürekli ilaç kullandıkları, sürekli ilaç kullanan bireylerin çoğunluğunun (%85.5) ilaçlarını düzenli olarak kullandıkları bulundu.

Yaşlı bireyler sigara alışkanlıkları açısından değerlendirildiklerinde; %61.6'sının sigara kullanmadığı belirlendi. Sigara içen bireylerin günlük içtikleri sigara sayısı ortalamaları 22.50 ± 11.98, sigara kullanma süresi ortalamaları 45.82 ± 10.43 olup, minimum 15 yıl ve maksimum 60

yıldır. Alkol kullanım durumları incelendiğinde ise; yaşlı bireylerin çoğunun (%90.4) alkol kullanmadığı, alkol kullanan bireylerin günlük kullanılan alkol miktarı ortalamaları 1.43 ± 0.79 olup, alkol kullanma süreleri ortalamaları 25.71 ± 13.97 olarak bulunmuş, minimum kullanma süreleri 10 ve maksimum kullanma süreleri 40 yıl olarak belirlendi.

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin günlük işlerinde bir yardımcıya ihtiyaç duyma durumları incelendiğinde; yarıdan fazlasının (%57.5) herhangi bir yardımcıya ihtiyaç duymadan işlerini gerçekleştirebildikleri, %69.9'unun baston, işitme cihazı, gözlük yada daha farklı bir yardımcı araç kullanmadığı bulundu. Yaşlı bireylerin %76.7'sinin düzenli egzersiz yapmadıkları, düzenli egzersiz yapan bireylerin ise birden fazla yanıt verdikleri ve %100.0'ünün yürüyüş yaptıkları bulundu.

**Tablo 5. Yaşlı Bireylerin Kaldıkları Huzurevine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=73)**

| | n | % |
|---|---|---|
| **Huzurevinde Kalış Süresi** | | |
| ≤ 3 yıl | 26 | 35.6 |
| 3-5 yıl | 21 | 28.8 |
| 5 yıl ve üzeri | 26 | 35.6 |
| **Huzurevinde Kalınan Oda Tipi** | | |
| Tek yataklı | 35 | 47.9 |
| Çok yataklı | 38 | 52.1 |
| **Huzurevinin Sessiz Olma Durumu** | | |
| Evet | 47 | 64.4 |
| Hayır | 26 | 35.6 |
| **Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumu** | | |
| Memnunum | 39 | 53.4 |
| Biraz memnunum | 20 | 27.4 |
| Memnun değilim | 14 | 19.2 |

Tablo 5'te yaşlı bireylerin kaldıkları huzurevine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %35.6'sının 3 yıl ve daha az süredir huzurevinde kalıyor olduğu ve yine aynı sayıda bir o kadar bireyin (%35.6) 5 yıl ve daha fazla süredir huzurevinde kaldığı, yaşlı bireylerin %52.1'inin huzurevinde çok yataklı odalarda kaldıkları, %64.4'ünün huzurevi ortamını sessiz olarak değerlendirdiği ve yaşlı bireylere huzurevinde kalmaktan memnun olma durumları sorulduğunda %53.4'ünün huzurevinde kalmaktan memnun oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 6: Yaşlı Bireylerin Uyku Düzenlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=73)**

| **ÖZELLİKLER** | *** $\bar{x}$ ± SS / n** | **Min – Max / %** |
|---|---|---|
| **Uykunun Düzenli Olma Durumu** | | |
| Evet | 36 | 49.3 |
| Hayır | 37 | 50.7 |
| **Günlük Ortalama Uyku Süresi (saat)** | **$\bar{x}$ ± SS** | **Min - Max** |
| | 6.32 ± 1.53 | 4 - 10 |
| **Günlük Uyuklama Sorunu** | | |
| Evet | 38 | 52.1 |
| Hayır | 35 | 47.9 |
| **Uyku Sorunu İle Baş etme Yöntemleri*** | | |
| Hiçbir uygulama yapmama | 3 | 7.9 |
| İlaç alma | 19 | 50.0 |
| Süt içme / yoğurt yeme | 13 | 34.2 |
| Tv izleme / radyo dinleme | 26 | 68.4 |
| Dolaşma | 21 | 55.3 |
| Sigara içme | 9 | 23.7 |
| Diğer** | 7 | 18.4 |
| **Gece İdrara Çıkma Durumu** | | |
| Evet | 55 | 75.3 |
| Hayır | 18 | 24.7 |

* **$\bar{x}$ ± SS**: Ortalama ± Standart Sapma

** Birden fazla cevap verilmiştir.

*** Diğer seçeneğinde yapılan uygulamalar; Dua okuma: 4 kişi, El işi yapma: 2 kişi, Kitap okuma: 1 kişi.

Tablo 6'da yaşlı bireylerin uyku kalitelerine ilişkin özellikleri görülmektedir. Yaşlı bireylerin uyku düzenleri incelendiğinde; %50.7'sinin ise uykularının düzensiz olduğu belirlendi, günlük uyku süreleri ortalamaları 6.32 ± 1.53 olduğu ve minimum uyku saatleri 4, maksimum uyku saatleri 10 saat olarak bulundu.

Yaşlı bireylerin %52.1'inde uyuklama sorunu bulunduğu, uyku sorunu ile baş etme yöntemleri araştırıldığında; %68.4'ünün tv izleme/radyo dinleme yöntemini kullanırken, %7.9'unun uyku sorunu ile baş etmede herhangi bir uygulama yapmadığı belirlendi. Yaşlı bireylerin %18.4'ü ise diğer yanıtını verdi ve diğer yanıtını veren yaşlı bireylerden 4'ü dua okumak, 2'si el işi yapmak, 1'i kitap okumak yanıtını vermiştir.

Yaşlı bireylerin gece idrara çıkma durumları değerlendirildiğinde; bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%75.3) gece idrara çıktıkları belirlenmiştir.

## YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EQ-5D) VE UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) PUANLARININ DAĞILIMI

**Tablo 7a: EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Her Bir Maddesine Verilen Cevapları Frekans Dağılımı (n=73)**

| | Problem Yok | | Biraz Problem Var | | Ciddi Problem Var | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| **Hareket edebilme(Mobility)** | 28 | 38.4 | 39 | 53.4 | 6 | 8.2 |
| **Öz-bakım(self-care)** | 36 | 49.3 | 25 | 34.2 | 12 | 16.4 |
| **Olağan işleri yapabilme(usual activities)** | 30 | 41.1 | 34 | 46.6 | 9 | 12.3 |
| **Ağrı/rahatsızlık(pain/discomfort)** | 10 | 13.7 | 38 | 52.1 | 25 | 34.2 |
| **Anksiyete/depresyon(anxiety/depression)** | 30 | 41.1 | 23 | 31.5 | 20 | 27.4 |

Yaşlı bireylerin EQ-5D ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı Tablo 7a'da gösterilmiştir. Bu tabloya göre hareket ile ilgili soruya yaşlı bireylerin %38.4'ü herhangi bir sorunu olmadığını, %53.4'ü bazı sorunları olduğunu, %8.2'si ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Öz-bakım ile ilgili soruya yaşlı bireylerin %49.3'ü herhangi bir sorunu olmadığını, %34.2'si bazı sorunları olduğunu, %16.4'ü ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Olağan aktiviteler ile ilgili olan soruya yaşlı bireylerin %41.1'i herhangi bir sorunu olmadığını, %46.6'sı bazı sorunları olduğunu, %12.3'ü ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Ağrı/rahatsızlık ile ilgili olan soruya yaşlı bireylerin %13.7'si herhangi bir sorunu olmadığını, %52.1'i bazı sorunları olduğunu, %34.2'si ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Anksiyete/depresyon ile ilgili soruya yaşlı bireylerin %41.1'i herhangi bir sorunu olmadığını, %31.5'i bazı sorunları olduğunu, %27.4'ü ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 7b. Yaşlı Bireylerin EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Aldığı Puanların Özellikleri/Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 73)**

| Ölçek ve Alt boyutları | Min | Max | * $\bar{x}$ ± SS |
|---|---|---|---|
| **EQ-5D VAS puanı** (Genel sağlık durumunu algılama düzeyi) | 20.00 | 90.00 | 60.82 ± 19.77 |
| **EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi** | -0.11 | 1.00 | 0.55 ± 0.34 |
| **EQ-5D Maddeleri** | | | |
| **Hareket edebilme** | 1.00 | 3.00 | 1.70 ± 0.62 |
| **Öz-bakım** | 1.00 | 3.00 | 1.67 ± 0.75 |
| **Olağan işleri yapabilme** | 1.00 | 3.00 | 1.71 ± 0.68 |
| **Ağrı/rahatsızlık** | 1.00 | 3.00 | 2.21 ± 0.67 |
| **Anksiyete/depresyon** | 1.00 | 3.00 | 1.86 ± 0.82 |

* $\bar{x}$ ± **SS**: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 7b'de yaşlı bireylerin EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanların özellikleri/ tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Yaşlı bireylerin verdiği yanıtlara göre yapılan analizde elde edilen EQ-5D VAS puanı yani yaşlı bireylerin genel sağlık durumu algılama düzeyi puan ortalamaları 60.82 ± 19.77, minimum puan 20, maximum puan ise 90 bulundu. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi indeks puanlarının ise minimum -0.11, maximum ise 1.00 olarak bulunurken, indeks puan ortalamaları 0.55 ± 0.34 olarak bulundu. Yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar 1 ile 3 arasında değişirken, yaşlı bireylerin yaşamlarında en iyi ağrı/rahatsızlığı tolere edebildikleri, öz-bakım puanlarının ise diğer yaşam aktivitelerinden daha düşük olduğu bulunmuştur.

**Tablo 8a. Yaşlı Bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) Toplam Puan ve Bileşenlerinden Aldıkları Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri (n=73)**

| Ölçek ve Alt boyutları | En Düşük | En Yüksek | * $\bar{x}$ ± SS |
|---|---|---|---|
| **Global PUKI Toplam Puanı** | 2 | 21 | 9.88 ± 5.63 |
| ***Ölçek Alt Boyutları*** | | | |
| 1. Öznel Uyku Kalitesi | 0 | 3 | 1.56 ± 0.87 |
| 2. Uyku Latensi | 0 | 3 | 1.63 ± 0.81 |
| 3. Uyku Süresi | 0 | 3 | 1.33 ± 1.07 |
| 4. Alışılmış Uyku Etkinliği | 0 | 3 | 1.40 ± 1.10 |
| 5. Uyku Bozukluğu | 0 | 3 | 1.93 ± 0.80 |
| 6. Uyku İlacı Kullanımı | 0 | 3 | 0.74 ± 1.04 |
| 7. Gündüz İşlev Bozukluğu | 0 | 3 | 1.29 ± 1.23 |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma

**Tablo 8b. Yaşlı Bireylerin Uyku Kalitesi Düzeylerine Göre Dağılımları (n=73)**

| Uyku Kalitesi Düzeyi | Sayı | % |
|---|---|---|
| Uyku Kalitesi İyi (0-4.99 Puan Alanlar) | 15 | 20.5 |
| Uyku Kalitesi Kötü (5 ve Üzeri Puan Alanlar) | 58 | 79.5 |

Yaşlı bireylerin PUKİ toplam puan ve bileşenlerinden aldıkları puanların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 8a ve Tablo 8b'de verilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin PUKI toplam puan ortalaması 9.88 ± 5.63 (En az=2, En fazla=21), %79.5'inin uyku kalitesinin kötü olduğu bulundu. PUKİ alt bileşenleri puan ortalamaları (En az=0, En fazla=3) incelendiğinde; Bileşen 1 (Öznel Uyku Kalitesi) için 1.56 ± 0.87, Bileşen 2 (Uyku Latensi) 1.063 ± 0.81, Bileşen 3 (Uyku Süresi) 1.33 ± 1.07, Bileşen 4 (Alışılmış Uyku Etkinliği) 1.40 ± 1.10, Bileşen 5 (Uyku Bozukluğu) 1.93 ± 0.80, Bileşen 6 (Uyku İlacı Kullanımı) 0.74 ± 1.04, Bileşen 7 (Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu) puan ortalamasının 1.29 ± 1.23 olduğu bulundu (Tablo 8a, Tablo 8b).

## KİŞİSEL ÖZELLİKLER İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EQ-5D) VE UYKU KALİTESİ İNDEKSİNİN (PUKİ) KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 9. Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Yaşı ile Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n= 73)**

| **Ölçekler** | | $r_s$ | p |
|---|---|---|---|
| PUKİ (toplam puan) | | 0.19 | 0.118 |
| EQ-5D VAS puanı | | -0.29 | **0.014** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | -0.25* | **0.035** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket edebilme | 0.38* | **0.001** |
| | Öz-bakım | 0.22* | 0.059 |
| | Olağan işleri yapabilme | 0.25* | **0.037** |
| | Ağrı/rahatsızlık | 0.23* | 0.051 |
| | Anksiyete/depresyon | 0.20* | 0.094 |

$r_s$: Spearman korelasyon analizi yapıldı.

Huzurevinde kalan bireylerin yaşı ile uyku kalitesi ve yaşam kalitesine ilişkin EQ-5D VAS puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile, EQ-5D İndeks puanı ve beş boyut puanları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi (Tablo 9).

Yaşlı bireylerin yaşı ile PUKİ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 9).

Yaşlı bireylerin yaşı ile EQ5-VAS puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.014$, Tablo 9). Bireylerin yaşı arttıkça EQ5-VAS puanları (genel sağlığı algılama düzeyleri) düşmektedir.

Yaşlı bireylerin yaşı ile EQ5 Yaşam Kalitesi İndeks puanları arasında negatif yönde (yaş arttıkça EQ5 indeks puanı azalmaktadır) ve iki boyutunun (hareket edebilme ve olağan işleri yapabilme) puanları arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0.035,0.001,0.037$; sırasıyla, Tablo 9).

Bireylerin yaşı arttıkça EQ5 indeks puanı azalmakta, hareket edebilme ve olağan işleri yapabilme puanları ise artmaktadır.

Bireylerin yaşı ile EQ5 yaşam kalitesi indeksinin öz bakım, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon olmak üzere üç boyutunun puanları arasında ise anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 9).

**Tablo 10: Yaşlı Bireylerin Cinsiyetine Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Cinsiyet | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kadın (n= 23) * $\bar{x}$ ± SS | Erkek (n= 50) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 9.61 ± 5.69 | 10.00 ± 5.66 | 555.0 | 0.812 |
| EQ-5D VAS Puanı | | 53.91 ± 14.38 | 64.00 ± 21.19 | 384.5 | **0.022** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.48 ± 0.32 | 0.58 ± 0.34 | 473.0 | 0.223 |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.91 ± 0.51 | 1.60 ± 0.64 | 411.0 | **0.029** |
| | Öz-Bakım | 1.83 ± 0.78 | 1.60 ± 0.73 | 481.0 | 0.222 |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.96 ± 0.64 | 1.60 ± 0.67 | 407.5 | **0.029** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.26 ± 0.69 | 2.18 ± 0.66 | 536.0 | 0.608 |
| | Anksiyete/Depresyon | 2.00 ± 0.80 | 1.80 ± 0.83 | 495.0 | 0.311 |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma

**U*:** Mann Whitney U Testi

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin cinsiyetine göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 10).

Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre uyku kalitesi (Global PUKİ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 10).

Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin VAS (genel sağlığın algılanması) puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p=0.022$), erkeklerin puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Huzurevinde kalmakta olan yaşlı bireylerin cinsiyetine göre EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeks puan ortalaması ve öz-bakım, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon olmak üzere üç alt

boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ($p>0.05$, Tablo 10).

Kadınların, hareket edebilme ve olağan işleri yapabilme alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.029$, 0.029; sırasıyla, Tablo 10).

**Tablo 11: Yaşlı Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Eğitim Durumu | | | KW* | p | Anlamlı Fark |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Eğitimi Yok [a] (n=38) * $\bar{x}$ ± SS | İlköğretim[b] (n=23) * $\bar{x}$ ± SS | Lise/YO [c] (n=12) * $\bar{x}$ ± SS | | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 10.47 ± 5.81 | 9.26 ± 5.26 | 9.17 ± 6.04 | 1.775 | 0.412 | |
| EQ-5D VAS Puanı | | 53.68 ± 16.67 | 66.96 ± 17.43 | 71.67 ± 25.17 | 11.387 | **0.003** | **a<b,c** |
| EQ-5D YK İndeks Puanı | | 0.46 ± 0.32 | 0.62 ± 0.30 | 0.71 ± 0.40 | 9.949 | **0.007** | **a<b,c** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.89 ± 0.51 | 1.52 ± 0.59 | 1.42 ± 0.79 | 13.069 | **0.001** | **a>b,c** |
| | Öz-Bakım | 1.87 ± 0.74 | 1.48 ± 0.67 | 1.42 ± 0.79 | 8.446 | **0.015** | **a>b,c** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.92 ± 0.63 | 1.57 ± 0.66 | 1.33 ± 0.65 | 12.117 | **0.002** | **a>b,c** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.34 ± 0.67 | 2.22 ± 0.52 | 1.75 ± 0.75 | 9.950 | **0.007** | **a,b>c** |
| | Anksiyete/Depresyon | 2.05 ± 0.80 | 1.70 ± 0.82 | 1.58 ± 0.79 | 7.210 | **0.027** | **a>b,c** |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma

**KW*:**Kruskal Wallis Analizi

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Kruskal Wallis Analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 11).

Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre uyku kalitesi (Global PUKİ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 11).

Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin VAS puanı, İndeks

Puanı ve beş alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (öz-bakım ve anksiyete/depresyon $p<0.05$, diğerleri $p<0.01$, Tablo 11).

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde (Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi);

- Eğitimi olmayan (OY değil ve okur yazar olanların) yaşlı bireylerin EQ-5D VAS ve EQ-5D İndeks puan ortalamalarının diğer iki gruptakilere göre *(ilköğretim ve lise/yüksekokul mezunu olanlarınkine göre)* anlamlı olarak daha düşük olduğu, hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme ve anksiyete/depresyon alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının ise diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu ($p=0.003$,0.007, 0.001,0.015, 0.002,0.027; sırasıyla) belirlenmiştir. Söz konusu puanlarda ilköğretim ve lise/yüksekokul mezunu olanlar arasındaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
- Ağrı/rahatsızlık alanında ise, hem eğitimi olmayan hem de ilköğretim mezunu olanların puan ortalamalarının lise/yüksekokul mezunu olanlarınkine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.007$, Tablo 11).

**Tablo 12: Yaşlı Bireylerin Çocuklarının Ziyaret Etme Sıklığına Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=48)**

| Ölçekler | | Çocuklarının Ziyaret Etme Sıklığı | | | KW* | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Haftada 1-2 kez (n=13) * $\bar{x}$ ± SS | Ayda 1-2 kez (n=22) * $\bar{x}$ ± SS | Nadiren yada hiç (n=13) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 9.38 ± 5.84 | 8.82 ± 4.72 | 10.66 ± 6.06 | 1.188 | 0.552 |
| EQ-5D VAS Puanı | | 62.31 ± 20.88 | 64.09 ± 15.93 | 58.42 ± 21.50 | 0.948 | 0.623 |
| EQ-5D YK İndeks Puanı | | 0.53 ± 0.43 | 0.58 ± 0.31 | 0.54 ± 0.32 | 0.020 | 0.990 |
| EQ-5D Maddeleri | Hareket Edebilme | 1.77 ± 0.83 | 1.73 ± 0.55 | 1.66 ± 0.58 | 0.250 | 0.883 |
| | Öz-Bakım | 1.77 ± 0.93 | 1.68 ± 0.65 | 1.63 ± 0.75 | 0.270 | 0.874 |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.85 ± 0.80 | 1.77 ± 0.61 | 1.63 ± 0.67 | 1.237 | 0.539 |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.00 ± 0.82 | 2.18 ± 0.66 | 2.29 ± 0.61 | 1.493 | 0.474 |
| | Anksiyete/Depresyon | 2.00 ± 0.82 | 1.77 ± 0.75 | 1.87 ± 0.88 | 0.602 | 0.740 |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma

**KW*:**Kruskal Wallis Analizi

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin çocuklarının kendilerini ziyaret etme durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Kruskal Wallis Analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 12).

Yaşlı bireylerin çocuklarının huzurevine ziyaret için gelme sıklığına göre uyku kalitesi (Global PUKİ) ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puan ortalamaları (EQ-5D yaşam kalitesi VAS puanı, indeks puanı ve beş alanına ilişkin puan ortalamaları) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 12).

**Tablo 13. Yaşlı Bireylerin Sigara İçme Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Sigara İçme Durumu | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | İçiyor (n: 28) * $\bar{x}$ ± SS | İçmiyor (n: 45) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 10.32 ± 5.45 | 9.60 ± 5.79 | 568.0 | 0.481 |
| EQ-5D VAS Puanı | | 61.79 ± 17.86 | 60.22 ± 21.05 | 617.0 | 0.881 |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.59 ± 0.32 | 0.53 ± 0.35 | 591.0 | 0.656 |
| EQ-5D Maddeleri | Hareket Edebilme | 1.61 ± 0.57 | 1.76 ± 0.65 | 558.5 | 0.362 |
| | Öz-Bakım | 1.61 ± 0.69 | 1.71 ± 0.79 | 594.5 | 0.660 |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.64 ± 0.62 | 1.76 ± 0.71 | 583.0 | 0.558 |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.18 ± 0.67 | 2.22 ± 0.67 | 607.5 | 0.778 |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.89 ± 0.79 | 1.84 ± 0.85 | 604.5 | 0.758 |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**U*:**Mann Whitney U Testi

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin sigara içme durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U Analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 13).

Yaşlı bireylerin sigara içme durumuna göre, sigara içen ve içmeyen grupların uyku kalitesi (Global PUKİ) ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puan ortalamaları (EQ-5D yaşam kalitesi VAS puanı, indeks puanı ve beş alanına ilişkin puan ortalamaları) arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 13).

**Tablo 14. Yaşlı Bireylerin Alkol Kullanma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Alkol Kullanma Durumu | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kullanıyor (n: 7) * $\bar{x}$ ± SS | Kullanmıyor (n: 66) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 6.43 ± 4.50 | 10.24 ± 5.65 | 135.5 | 0.073 |
| EQ-5D VAS Puanı | | 80.00 ± 8.16 | 58.79 ± 19.57 | 81.0 | **0.004** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.87 ± 0.13 | 0.52 ± 0.33 | 93.5 | **0.010** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.14 ± 0.38 | 1.76 ± 0.61 | 107.0 | **0.009** |
| | Öz-Bakım | 1.14 ± 0.38 | 1.73 ± 0.76 | 132.0 | **0.042** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.14 ± 0.38 | 1.77 ± 0.67 | 112.5 | **0.015** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 1.57 ± 0.53 | 2.27 ± 0.65 | 106.5 | **0.010** |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.29 ± 0.49 | 1.92 ± 0.83 | 133.5 | 0.051 |

**$\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**U*:**Mann Whitney U Testi

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin alkol kullanma durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U Analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 14).

Alkol kullanan yaşlı bireylerin uyku kalitesi (Global PUKİ) puan ortalamasının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 14).

Alkol kullanan yaşlı bireylerin EQ-5D VAS puanı ($p=0.004$, Tablo 14) ve EQ-5D indeks puan ortalaması ($p=0.010$) alkol kullanmadığını ifade eden bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek, beş alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları ise daha yüksek bulunmuştur. Alt boyutlardan hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme ve ağrı/rahatsızlık alanlarındaki fark anlamlı düzeyde iken ($p=0.009$, 0.042, 0.015, 0.010; sırasıyla, Tablo 14), anksiyete/depresyon alanındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 14).

**Tablo 15. Yaşlı Bireylerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Düzenli Egzersiz Yapma | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Yapıyor (n: 17) * $\bar{x}$ ± SS | Yapmıyor (n: 56) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 6.53 ± 4.84 | 10.89 ± 5.50 | 244.5 | **0.002** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 78.82 ± 15.76 | 55.36 ± 17.58 | 146.5 | **<0.001** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.84 ± 0.18 | 0.46 ± 0.33 | 151.0 | **<0.001** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.18 ± 0.39 | 1.86 ± 0.59 | 194.0 | **<0.001** |
| | Öz-Bakım | 1.12 ± 0.33 | 1.84 ± 0.76 | 222.5 | **<0.001** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.12 ± 0.33 | 1.89 ± 0.65 | 174.5 | **<0.001** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 1.71 ± 0.59 | 2.36 ± 0.62 | 236.0 | **0.001** |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.24 ± 0.44 | 2.05 ± 0.82 | 216.5 | **<0.001** |

**$\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**U*:**Mann Whitney U Testi

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre PUKİ ve EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 15).

Egzersiz yapma durumuna göre grupların hem uyku kalitesi hem de yaşam kalitesine ilişkin tüm puan ortalamaları arasında çok anlamlı düzeyde fark vardır (PUKİ ve ağrı/rahatsızlık için $p<0.010$, diğerleri $p<0.001$, Tablo 15).

Düzenli olarak egzersiz yaptığını ifade eden yaşlı bireylerin uyku kalitesi puan ortalamaları düzenli egzersiz yapmayan bireylere göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı iken ($p<0.010$), EQ-5D VAS ve indeks puan ortalamaları ise istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$).

Düzenli egzersiz yapan yaşlı bireylerin EQ-5D ölçeğinin ağrı/rahatsızlık alt boyutundan aldığı puan ortalamasının ileri düzeyde ($p<0.010$), hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme ve anksiyete/depresyon alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının ise anlamlı olarak düzenli egzersiz yapmayan bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, Tablo 15).

**Tablo 16. Yaşlı Bireylerin Günlük İşlerde Yardımcıya İhtiyacı Olma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Günlük İşlerde Yardımcıya İhtiyacı Olma | | t/U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Evet (n=31) * $\bar{x}$ ± SS | Hayır (n=42) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 14.16 ± 4.49 | 6.71 ± 4.11 | t: 7.359 | **<0.001** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 45.16 ± 15.03 | 72.38 ± 14.11 | t: 7.926 | **<0.001** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.29 ± 0.27 | 0.75 ± 0.23 | U: 124.0 | **<0.001** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.36 ± 0.48 | 2.16 ± 0.45 | U: 208.5 | **<0.001** |
| | Öz-Bakım | 1.29 ± 0.51 | 2.19 ± 0.70 | U: 228.0 | **<0.001** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.33 ± 0.48 | 2.23 ± 0.56 | U: 196.0 | **<0.001** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 1.86 ± 0.57 | 2.68 ± 0.48 | U: 222.0 | **<0.001** |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.48 ± 0.71 | 2.39 ± 0.67 | U: 253.0 | **<0.001** |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**t* :** Bağımsız gruplarda t testi
**U*:** Mann Whitney U testi

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük işlerde yardımcıya ihtiyacı olma durumuna göre PUKİ ve EQ-5D VAS puan ortalamaları Bağımsız Gruplarda t Testi, EQ-5D İndeks ve beş alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları ise Mann Whitney U Analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 16).

Günlük işlerinde yardımcıya ihtiyacı olan yaşlı bireylerin uyku kalitesi (global PUKİ) ve EQ-5D ölçeğinin beş alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının yardımcıya ihtiyacı olmayanlara göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu, EQ-5D VAS ve İndeks puan ortalamalarının ise ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, Tablo 16).

**Tablo 17. Yaşlı Bireylerin Yardımcı Araç Kullanma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Yardımcı Araç Kullanma | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Evet (n: 22) * $\bar{x}$ ± SS | Hayır (n: 51) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 14.27 ± 4.64 | 7.98 ± 4.95 | 196.5 | **<0.001** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 43.64 ± 14.65 | 68.24 ± 16.94 | 159.0 | **<0.001** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.25 ± 0.29 | 0.68 ± 0.26 | 147.0 | **<0.001** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 2.23 ± 0.53 | 1.47 ± 0.50 | 217.5 | **<0.001** |
| | Öz-Bakım | 2.36 ± 0.73 | 1.37 ± 0.53 | 185.0 | **<0.001** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 2.32 ± 0.65 | 1.45 ± 0.50 | 200.5 | **<0.001** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.68 ± 0.48 | 2.00 ± 0.63 | 253.5 | **<0.001** |
| | Anksiyete/Depresyon | 2.36 ± 0.66 | 1.65 ± 0.80 | 289.0 | **<0.001** |

**$\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**U*:** Mann Whitney U testi

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük işlerde yardımcı araç kullanma durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 17).

Günlük işlerini yaparken yardımcı araç kullanan yaşlı bireylerin uyku kalitesi (global PUKİ) ve EQ-5D ölçeğinin beş alandaki (hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon) yaşam kalitesi puan ortalamalarının yardımcı araç kullanmayanlara göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu, EQ-5D VAS ve indeks puan ortalamalarının ise ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$, Tablo 17).

**Tablo 18. Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:73)**

| Ölçekler | | Kronik Hastalığı | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Var (n=56) * $\bar{x}$ ± SS | Yok (n=17) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 10.71 ± 5.70 | 7.12 ± 4.54 | 293.5 | **0.017** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 56.96 ± 19.81 | 73.53 ± 13.67 | 245.0 | **0.002** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.47 ± 0.33 | 0.82 ± 0.22 | 173.0 | **<0.001** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.86 ± 0.59 | 1.18 ± 0.39 | 194.0 | **<0.001** |
| | Öz-Bakım | 1.84 ± 0.76 | 1.12 ± 0.33 | 222.5 | **<0.001** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.86 ± 0.67 | 1.24 ± 0.44 | 238.5 | **0.001** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.34 ± 0.61 | 1.76 ± 0.66 | 267.5 | **0.003** |
| | Anksiyete/Depresyon | 2.05 ± 0.80 | 1.24 ± 0.56 | 211.5 | **<0.001** |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**U*:** Mann Whitney U testi

Huzurevindeki yaşlı bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U Analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 18).

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin uyku kalitesi (global PUKİ) puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0.017, Tablo 18).

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin EQ-5D VAS ve İndeks puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre çok anlamlı düzeyde daha düşük iken (VAS için p<0.01, indeks için p<0.001), hareket edebilme, öz-bakım, anksiyete/depresyon (p<0.001), olağan işleri yapabilme ve ağrı/rahatsızlık (p<0.01) alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının ise daha yüksek

olduğu belirlenmiştir. (Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin daha kötü, yaşam kaliteleri düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.)

**Tablo 19. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalış Süresine Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Huzurevinde Kalış Süresi | | | KW* | p | Anlamlı Fark |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | < 3 yıl [a] (n: 26) * $\bar{x}$ ± SS | 3-5 yıl [b] (n: 21) * $\bar{x}$ ± SS | > 5 yıl [c] (n: 26) * $\bar{x}$ ± SS | | | |
| PUKİ(toplam puan) | | 6.65 ± 4.74 | 10.14 ± 4.22 | 12.88 ± 5.87 | 16.175 | **<0.001** | **a<b,c** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 70.77 ± 16.71 | 62.38 ± 18.14 | 49.62 ± 18.65 | 15.004 | **0.001** | **a,b>c** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeks Puanı | | 0.74 ± 0.25 | 0.53 ± 0.27 | 0.38 ± 0.37 | 15.580 | **<0.001** | **a>b,c** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.42 ± 0.58 | 1.67 ± 0.48 | 2.00 ± 0.63 | 11.360 | **0.003** | **a<c** |
| | Öz-Bakım | 1.35 ± 0.63 | 1.67 ± 0.73 | 2.00 ± 0.75 | 10.748 | **0.005** | **a<c** |
| | Olağan işleri yapabilme | 1.35 ± 0.56 | 1.81 ± 0.60 | 2.00 ± 0.69 | 13.383 | **0.001** | **a<b,c** |
| | Ağrı/ Rahatsızlık | 1.85 ± 0.54 | 2.33 ± 0.58 | 2.46 ± 0.71 | 13.036 | **0.001** | **a<b,c** |
| | Anksiyete/ Depresyon | 1.38 ± 0.57 | 2.00 ± 0.71 | 2.23 ± 0.91 | 14.123 | **0.001** | **a<b,c** |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**KW*:** Kruskal Wallis analizi

Yaşlı bireylerin huzurevinde kalış süresine göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Kruskal Wallis Analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 19).

Yaşlı bireylerin huzurevinde kalış süresine göre uyku kalitesi (Global PUKİ) ve yaşam kalitesi ölçeğinin tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (uyku ve EQ-5D indeks için $p<0.001$, diğerleri için $p<0.01$, Tablo 19). Yapılan ileri analizde (Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney testi);

- Huzurevinde üç yıldan daha az kalan bireylerin uyku kalitesi (Global PUKİ) ve olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının üç yıl ve daha fazla kalanlarınkine göre (3-5 yıl ve 5 yıldan fazla kalanlara göre) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.01$, Tablo 19),
- Huzurevinde üç yıldan az ve üç ile beş yıl arasında kalan grupların EQ-5D VAS puan ortalamalarının beş yıldan fazla kalanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p=0.001$, Tablo 19),
- Huzurevinde üç yıldan az kalan bireylerin EQ-5D indeks puan ortalamalarının üç yıl ve daha fazla kalanlarınkine göre *(hem 3-5 yıl, hem de 5 yıldan fazla kalanlara göre)* anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.01$, Tablo 19),
- Huzurevinde üç yıldan az kalan bireylerin hareket edebilme ve öz-bakım alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının beş yıldan fazla kalanlarınkine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.01$, Tablo 19), diğer ikili gruplar arasındaki farkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 20. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kaldıkları Oda Tipine Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Oda Tipi | | t/U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tek Yataklı (n=35) * $\bar{x}$ ± SS | Çok Yataklı (n=38) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 8.69 ± 5.51 | 10.97 ± 5.60 | t: 1.758 | **0.083** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 63.71 ± 22.11 | 58.16 ± 17.22 | t: 1.203 | 0.233 |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.61 ± 0.36 | 0.50 ± 0.31 | U: 520.0 | 0.107 |
| EQ-5D Maddeleri | Hareket Edebilme | 1.66 ± 0.64 | 1.74 ± 0.60 | U: 615.0 | 0.535 |
| | Öz-Bakım | 1.57 ± 0.81 | 1.76 ± 0.68 | U: 543.5 | 0.142 |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.63 ± 0.77 | 1.79 ± 0.58 | U: 553.5 | 0.176 |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.06 ± 0.73 | 2.34 ± 0.58 | U: 525.5 | **0.088** |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.69 ± 0.83 | 2.03 ± 0.79 | U: 508.5 | 0.065 |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**t* :** Bağımsız gruplarda t testi
**U*:** Mann Whitney U testi

Huzurevindeki yaşlı bireylerin kaldıkları oda tipine göre PUKİ ve EQ-5D VAS puan ortalamaları Bağımsız Gruplarda t Testi, EQ-5D İndeks ve beş alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 20).

Huzurevinde tek yataklı odada kalan yaşlı bireylerin uyku kalitesi (global PUKİ) ve yaşam kalitesi ölçeğinin beş alanındaki puan ortalamalarının çok yataklı odada kalanlarınkine göre daha düşük (p=0.083, Tablo 20), EQ-5D VAS ve İndeks puan ortalamalarının ise daha yüksek olmasına karşın, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (p>0.05, Tablo 20).

Huzurevinde çok yataklı odada kalan yaşlı bireylerin ağrı/rahatsızlık alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p=0.088, Tablo 20), diğer alanlarda anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 21. Yaşlı Bireylerin Huzurevini Sessiz Bulma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Huzurevinin Sessiz Olması | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Evet (n: 47) * $\bar{x}$ ± SS | Hayır (n: 26) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 9.30 ± 5.66 | 10.92 ± 5.55 | 498.5 | 0.194 |
| EQ-5D VAS Puanı | | 61.28 ± 20.81 | 60.00 ± 18.11 | 578.5 | 0.705 |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.57 ± 0.36 | 0.53 ± 0.30 | 554.5 | 0.513 |
| EQ-5D Maddeleri | Hareket Edebilme | 1.70 ± 0.66 | 1.69 ± 0.55 | 604.0 | 0.928 |
| | Öz-Bakım | 1.62 ± 0.77 | 1.77 ± 0.71 | 530.0 | 0.307 |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.68 ± 0.73 | 1.77 ± 0.59 | 551.0 | 0.447 |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.17 ± 0.70 | 2.27 ± 0.60 | 570.5 | 0.606 |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.81 ± 0.82 | 1.96 ± 0.82 | 547.5 | 0.435 |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**U*:** Mann Whitney U testi

Yaşlı bireylerin huzurevinde kaldıkları ortamı sessiz bulma durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 21).

Huzurevinde kaldıkları ortamı rahat uyku ve dinlenmelerini sağlayacak kadar sessiz olduğu düşüncesine katılan ve katılmayan grupların (sessiz bulan ve bulmayan) uyku kalitesi (Global PUKİ) ve yaşam kalitesi ölçeğinin tüm puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 21).

**Tablo 22. Yaşlı Bireylerin Huzurevinde Kalmaktan Memnun Olma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:73)**

| Ölçekler | | Memnun Olma Durumu | | t/U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Evet (n: 39) * $\bar{x}$ ± SS | Kısmen/Hayır (n: 34) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 8.64 ± 5.85 | 11.29 ± 5.10 | t: 2.051 | **0.044** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 62.56 ± 19.70 | 58.82 ± 19.96 | t: 0.804 | 0.424 |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.60 ± 0.34 | 0.49 ± 0.33 | U: 510.500 | 0.090 |
| EQ-5D Maddeleri | Hareket Edebilme | 1.67 ± 0.62 | 1.74 ± 0.62 | U: 623.500 | 0.623 |
| | Öz-Bakım | 1.54 ± 0.72 | 1.82 ± 0.76 | U: 522.000 | 0.088 |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.62 ± 0.67 | 1.82 ± 0.67 | U: 550.500 | 0.172 |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.08 ± 0.74 | 2.35 ± 0.54 | U: 532.500 | 0.110 |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.72 ± 0.79 | 2.03 ± 0.83 | U: 526.500 | 0.107 |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**t* :** Bağımsız gruplarda t testi
**U*:** Mann Whitney U testi

Yaşlı bireylerin huzurevinde kalmaktan memnun olma durumlarına göre PUKİ ve EQ-5D VAS puan ortalamaları Bağımsız Gruplarda t Testi, EQ-5D İndeks ve beş alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları ise Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 22).

Huzurevinde kalmaktan memnun olduğunu ifade eden yaşlı bireylerin uyku kalitesi (Global PUKİ) puan ortalamalarının memnun olmadığını ifade edenlerinkinden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.044$, Tablo 22).

Huzurevinde kalmaktan memnun olma durumuna göre grupların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 22).

**Tablo 23. Yaşlı Bireylerin Uykularının Düzenli Olma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:73)**

| Ölçekler | | Uykunun Düzenli Olması | | t/U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Evet (n: 36) * $\bar{x}$ ± SS | Hayır (n: 37) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 5.42 ± 2.50 | 14.22 ± 4.26 | t: 10.792 | **<0.001** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 72.22 ± 13.96 | 49.73 ± 18.33 | t: 5.886 | **<0.001** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.76 ± 0.24 | 0.35 ± 0.30 | U: 215.0 | **<0.001** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.42 ± 0.55 | 1.97 ± 0.55 | U: 347.5 | **<0.001** |
| | Öz-Bakım | 1.28 ± 0.51 | 2.05 ± 0.74 | U: 293.0 | **<0.001** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.36 ± 0.54 | 2.05 ± 0.62 | U: 297.5 | **<0.001** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 1.83 ± 0.56 | 2.57 ± 0.55 | U: 274.5 | **<0.001** |
| | Anksiyete/Depresyon | 1.44 ± 0.65 | 2.27 ± 0.77 | U: 301.0 | **<0.001** |

**$\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**t*:** Bağımsız gruplarda t testi
**U*:** Mann Whitney U testi

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin uyku düzenine göre PUKİ ve EQ-5D VAS puan ortalamaları Bağımsız Gruplarda t Testi, EQ-5D İndeks ve beş alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları ise Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 23).

Uykusunun düzenli olduğunu ifade eden yaşlı bireylerin uyku kalitesi (Global PUKİ) puan ortalamalarının ve hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının, uykusunun düzenli olmadığını ifade eden bireylere göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu, EQ-5D VAS ve İndeks puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, Tablo 23).

**Tablo 24. Yaşlı Bireylerin Gece İdrara Çıkma Durumuna Göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=73)**

| Ölçekler | | Gece İdrara Çıkma | | U* | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Evet (n: 55) * $\bar{x}$ ± SS | Hayır (n: 18) * $\bar{x}$ ± SS | | |
| PUKİ (toplam puan) | | 11.24 ± 5.52 | 5.72 ± 3.64 | 199.0 | **<0.001** |
| EQ-5D VAS Puanı | | 56.00 ± 18.72 | 75.56 ± 15.42 | 214.0 | **<0.001** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | 0.48 ± 0.33 | 0.78 ± 0.27 | 230.0 | **<0.001** |
| **EQ-5D Maddeleri** | Hareket Edebilme | 1.80 ± 0.59 | 1.39 ± 0.61 | 313.5 | **0.009** |
| | Öz-Bakım | 1.84 ± 0.74 | 1.17 ± 0.51 | 241.5 | **<0.001** |
| | Olağan İşleri Yapabilme | 1.84 ± 0.66 | 1.33 ± 0.59 | 289.5 | **0.004** |
| | Ağrı/Rahatsızlık | 2.33 ± 0.64 | 1.83 ± 0.62 | 303.0 | **0.007** |
| | Anksiyete/Depresyon | 2.05 ± 0.80 | 1.28 ± 0.57 | 235.5 | **0.000** |

*** $\bar{x}$ ± SS:** Ortalama ± Standart Sapma
**U*:** Mann Whitney U testi

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin gece idrara çıkma durumuna göre PUKİ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 24).

Gece uykusunda idrara çıkan yaşlı bireylerin uyku kalitesi (Global PUKİ) puan ortalamalarının ve hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının gece idrara çıkmayan bireylere göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, EQ-5D VAS ve İndeks puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (uyku, EQ-5D VAS, öz-bakım, anksiyete/depresyon için $p<0.001$, diğerleri $p<0.01$, Tablo 24).

## YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EQ-5D) VE PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Tablo 25. Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=73)**

| Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Boyutları | | Yaşam kalitesi puanları ile PUKİ puanları arasındaki ilişki | |
|---|---|---|---|
| | | **r** | **p** |
| EQ-5D VAS puanı | | r: -.67 | **<0.001** |
| EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi | | $r_s$: -.70 | **<0.001** |
| **EE-5D Maddeleri** | Hareket edebilme | $r_s$: .53 | **<0.001** |
| | Öz-bakım | $r_s$: .57 | **<0.001** |
| | Olağan işleri yapabilme | $r_s$: .62 | **<0.001** |
| | Ağrı/rahatsızlık | $r_s$: .66 | **<0.001** |
| | Anksiyete/depresyon | $r_s$: .65 | **<0.001** |

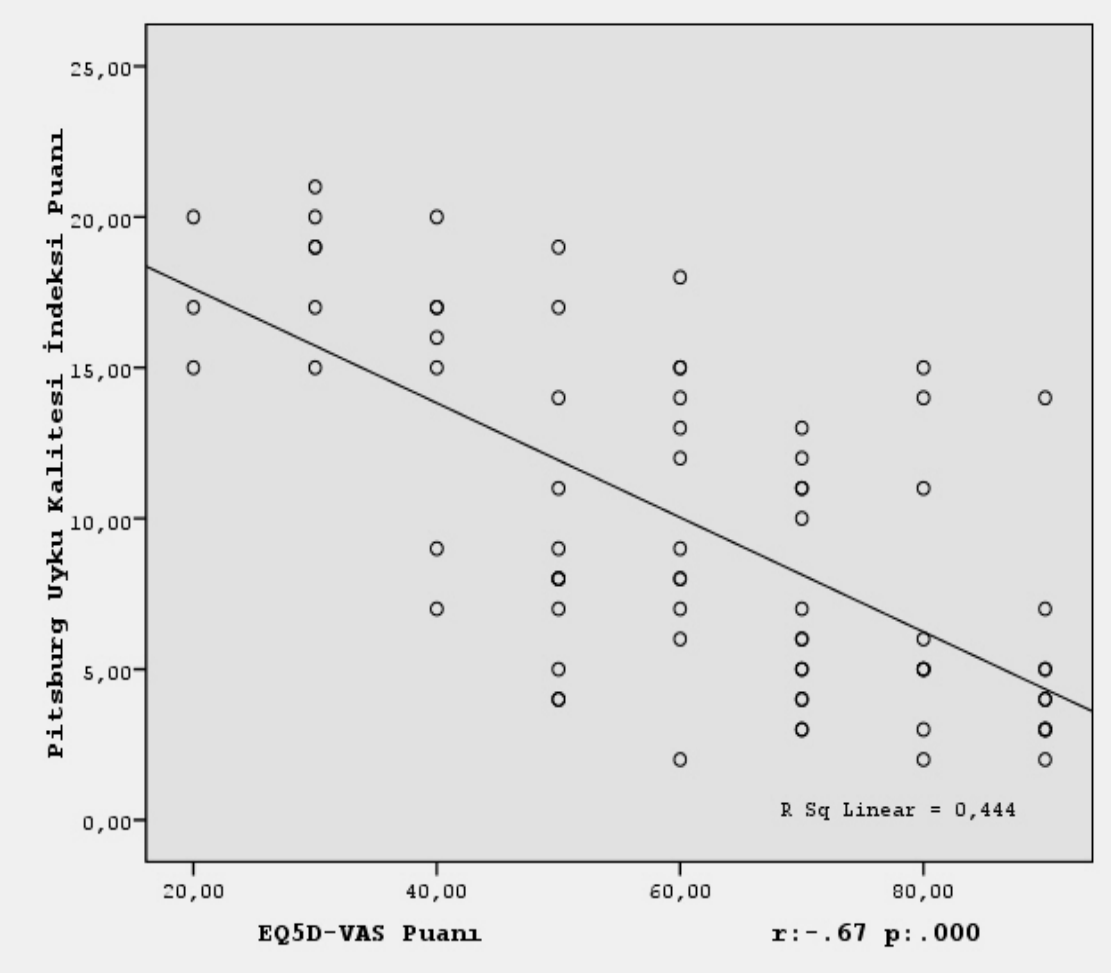
**r:** Pearson korelasyon analizi
**$r_s$:** Spearman korelasyon analizi

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin PUKİ ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin VAS (genel sağlığı değerlendirme) puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelendiğinde, negatif yönde, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<.001$, Tablo 25, Şekil 4). Bireylerin genel sağlığı algılama puanları arttıkça uyku kalitesi puanları düşmektedir.

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin PUKİ ile EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi puanları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile incelendiğinde, negatif yönde, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bireylerin EQ-5D İndeksi (yaşam kalitesi) puanları arttıkça uyku kalitesi puanları düşmektedir. (Yaşam kalitesi puanları olumlu yönde arttıkça uyku kaliteleri de artmaktadır).

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin PUKİ ile EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksinin beş boyutunun puanları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile incelendiğinde, pozitif yönde, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

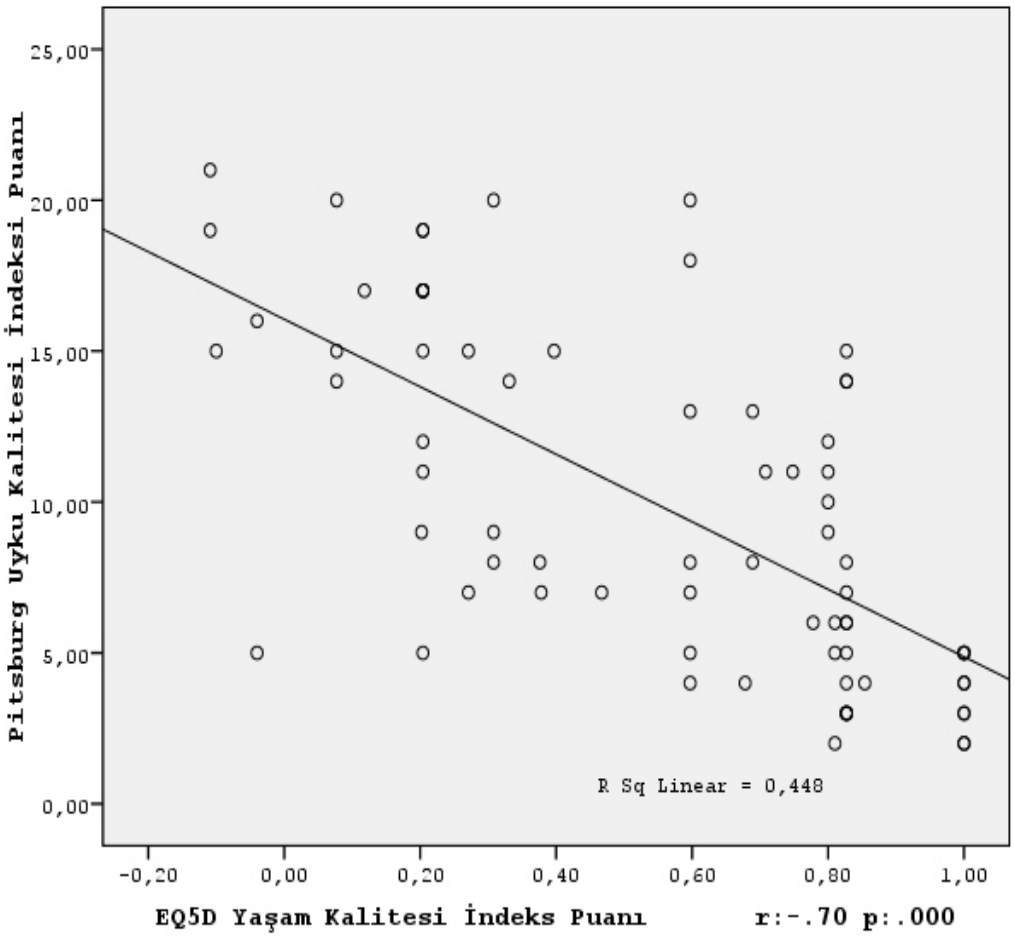
Bireylerin EQ-5D İndeksinin beş boyutuna ilişkin puanları arttıkça uyku kalitesi puanları da artmaktadır. (Hareket edebilme, Öz-bakım, Olağan işleri yapabilme, Ağrı/rahatsızlık Anksiyete/depresyon alanındaki yaşam kalitesi düştükçe uyku kaliteleri de bozulmaktadır).




**Şekil 4. Yaşlı Bireylerin Uyku Kalitesi ile EQ-5D VAS Puanları Arasındaki İlişki**

EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği VAS puanları ile PUKİ puanları arasındaki korelasyon şekil 4'te verilmiştir. EQ-5D VAS puanı ile PUKİ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r = -0.67; p<0.001).

Buna göre PUKİ puanı artarken, EQ-5D yaşam kalitesi VAS (genel sağlığı değerlendirme) puanı kötüleşti.




**Şekil 5. Yaşlı Bireylerin Uyku Kalitesi ile EQ-5D İndeks Puanları Arasındaki İlişki**

EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeks puanı ile PUKİ puanı arasındaki korelasyon Şekil 5'te verilmiştir. EQ-5D indeks puanı ile PUKİ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($r= -0.70$; $p<0.001$). Buna göre PUKİ puanı artarken, EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeks (genel sağlığı değerlendirme) puanı kötüleşti.

# TARTIŞMA

Araştırma; huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada; Temmuz 2011- Haziran 2012 tarihleri arasında Edirne Huzurevinde yaşayan depresyon, demans, sağırlık, inme gibi iletişim kurmaya engel teşkil edecek herhangi bir problemi bulunmayan, araştırmaya katılmaya istekli, 60 yaş ve üzeri 73 yaşlı birey yer almıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler şeklinde sunulmuştur:

- Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine, yaşam biçimi, huzurevi ve uyku düzeni ile ilgili özelliklerine ilişkin veriler,
- Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) ve Pittsburg Uyku Kalitesi (PUKİ) puanlarının değerlendirilmesi,
- Yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri ile kişisel özelliklerinin karşılaştırılması,
- Yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi

## KİŞİSEL ÖZELLİKLER, YAŞAM BİÇİMİ, HUZUREVİ VE UYKU DÜZENİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Çalışma grubundaki yaşlı bireylerin yaş ortalaması 74.99 ± 7.19 olarak bulundu. Yaşlı bireylerin 50'sini (%68.5) erkek bireyler oluşturmaktadır. Yetmiş üç yaşlı bireyin çoğunluğu (%54,8) dul/boşanmıştır. Yaşlı bireylerin eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğun (%52.1) eğitiminin olmadığı yani okuma yazma bilmediği yada okur yazar olduğu, buna karşın lise ve yüksekokul eğitim düzeyine sahip olanların ise %16.4 olduğu bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan 73 yaşlı bireyin 48'i (%65.8) çocuk sahibiyken, sahip oldukları çocuk sayılarının ortalamalarının 1.71 ± 0.65 olduğu ve yaşlı bireylerin 38'inin (%52.1) çocuklarını nadiren gördüğü yada yılda birkaç kez gördüğü belirlenmiştir (Tablo 3).

Yaşlı bireylerde kronik hastalık varlığı durumu incelendiğinde; yaşlı bireylerin 56'sında (%76.7) kronik hastalık olduğu bulundu. Yetmiş üç yaşlı bireyin 40'ının (%71.4) hipertansiyon problemi bulunmaktayken, 11 yaşlı bireyin (%19.6) diğer farklı birçok hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Yaşlı bireylerin günde alınan ilaç sayısı ortalamaları 5.64 ± 3.90 olarak bulundu. Yetmiş üç yaşlı bireyin çoğunluğunun (%87.7) sürekli ilaç kullandıkları, 56'sının (%87.5) ilaçlarını düzenli kullandıkları bulundu. Yetmiş üç yaşlı bireyin 45'inin (%61.6) sigara kullanmadığı sigara içen bireylerin ise günlük içtikleri sigara sayısı ortalamaları 22.50 ± 11.98, sigara kullanma süresi ortalamaları 45.82 ± 10.43 bulundu. Alkol kullanım durumları incelendiğinde ise; yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%90.4) alkol kullanmadığı, alkol kullanılan bireylerin günlük kullanılan alkol miktarı ortalamaları 1.43 ± 0.79 olup, alkol kullanma süreleri ortalamaları 25.71 ± 13.97 olduğu bulunmuştur. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yarıdan fazlasının (%57.5) herhangi bir yardımcıya ihtiyaç duymadan işlerini gerçekleştirebildikleri, %69.9'unun baston, işitme cihazı, gözlük ya da daha farklı bir yardımcı araç kullanmadığı, yaşlı bireylerin 56'sının (%76.7) düzenli egzersiz yapmadıkları, düzenli egzersiz yapan bireylerin ise birden fazla yanıt verdikleri ve 17'sinin (% 100.0) yürüyüş yaptıkları bulundu (Tablo 4).

Yaşlı bireylerin 26'sının (%35.6) huzurevinde 3 yıl ya da daha az kalırken yine 26 yaşlı bireyin (%35.6) 5 yıl ve daha uzun süredir huzurevinde kaldığı, huzurevinde kalan bireylerin

38'inin (%52.1) çok yataklı odalarda kaldıkları, 47 (%64.4) yaşlı bireyin huzurevinin sessiz bir ortam olduğunu düşündüğü ve yaşlı bireylerden 39'unun (%53.4) huzurevinde kalmaktan memnun olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Huzurevinde kalan 73 yaşlı bireyin 37'sinin (%50.7) uykularının düzenli olmadığı ve günlük uyku süreleri ortalamalarının 6.32 ± 1.53 olduğu bulundu. Yaşlı bireylerin 38'inin (%52.1) günlük uyuklama sorunu yaşadıkları ve bu sorun ile baş etmek için bazı bireylerin bir bazı bireylerin ise birden fazla yöntem kullandıkları, 26'sının tv izledikleri yada radyo dinledikleri, diğer yanıtını veren 7 (%18.4) bireyin ise 4'ünün dua okudukları, 2'sinin el işi yaptıkları ve 1 kişinin ise kitap okuduğu bulunmuştur. Yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%75.3) gece idrara çıktıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

## YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EQ-5D) VE PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşlı bireylerin EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı incelendiğinde; hareket ile ilgili soruya yaşlı bireylerin %38.4'ü herhangi bir sorunu olmadığını, %53.4'ü bazı sorunları olduğunu, %8.2'si ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Öz-bakım ile ilgili soruya yaşlı bireylerin %49.3'ü herhangi bir sorunu olmadığını, %34.2'si bazı sorunları olduğunu, %16.4'ü ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Olağan aktiviteler ile ilgili olan soruya yaşlı bireylerin %41.1'i herhangi bir sorunu olmadığını, %46.6'sı bazı sorunları olduğunu, %12.3'ü ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Ağrı/rahatsızlık ile ilgili olan soruya yaşlı bireylerin %13.7'si herhangi bir sorunu olmadığını, %52.1'i bazı sorunları olduğunu, %34.2'si ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Anksiyete/depresyon ile ilgili soruya
yaşlı bireylerin %41.1'i herhangi bir sorunu olmadığını, %31.5'i bazı sorunları
olduğunu, %27.4'ü ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir (Tablo 7a).

Süt'ün (88) akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğini yaptığı çalışmasında yaşlı bireyler öz-bakımları konusunda problem yaşamadıklarını söylerken, hareket edebilme konusunda biraz problem yaşadıklarını belirtmişler

ve ciddi problem var sorusunda ise en yüksek puanı ağrı/rahatsızlık maddesinde almışlardır.

Yaşlı bireylerin öz-bakım ile ilgili problem yaşamadıklarını söylemeleri bir çok gereksinimlerinin huzurevi personeli tarafından karşılanmasına bağlanabilir. Artan yaş ve kronik hastalıklar yaşlı bireylerin ağrı/rahatsızlık konusunda daha fazla problem yaşamalarına neden olmaktadır.

Yaşlı bireylerin EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanların özelliklerine/ tanımlayıcı istatistiklerine bakıldığında; yaşlı bireylerin verdiği yanıtlara göre yapılan analizde elde edilen EQ-5D VAS puanı yani yaşlı bireylerin genel sağlık durumu algılama düzeyi puan ortalamaları 60.82 ± 19.77, minimum puan 20, maximum puan ise 90 bulundu. Yaşlı bireylerin Yaşam Kalitesi İndeks puanlarının ise minimum -0.11, maximum ise 1.00 olarak bulunurken, İndeks puan ortalamaları 0.55 ± 0.34 olarak bulundu. Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut en düşük ve en yüksek puanları 0-3 arasında değişirken, yaşlı bireylerin aldıkları puanlar göz önünde bulundurularak orta düzeyde bir yaşam kalitesine sahip oldukları söylenebilmektedir. Yaşlı bireyler en düşük yaşam kalitesi alt boyut puanını (1.67 ± 0.75) öz bakım fonksiyonunda alırken, en yüksek puanı (2.21 ± 0.67) ağrı/rahatsızlık alt boyutunda almışlardır (Tablo 7b).

Ünsar ve Süt'ün (48) kronik hastalığı olan yaşlı bireyler ile ilgili yaptıkları çalışmalarında genel sağlığı algılama düzeyi puan ortalamasını (EQ-5D VAS) 57.2 ± 17.9 ve indeks puanı ise 0.51 ± 0.4 bulunmuştur. Ünsar ve Süt'ün (100) akut koroner sendromlu hastalarda yaptıkları çalışmalarda bireylerin orta düzeyde bir yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (EQ-5D VAS puan 66.9 ± 13.9, İndeks puan 0.79 ± 0.31).

Orta düzeyde bir yaşam kalitesine sahip olan yaşlı bireylerin ağrı/rahatsızlık alt boyutunda yaşam kaliteleri yüksekken, bireylerin öz bakım ile ilgili yaşam kalitesi puanlarının düşük olması, gereksinimlerinin huzurevi personeli tarafından karşılanmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması 9.88 ± 5.63 (En az = 2, En fazla = 21), %79.5'inin uyku kalitesinin kötü olduğu bulundu.

PUKİ alt bileşenleri puan ortalamaları (En az = 0, En fazla = 3) incelendiğinde; Bileşen 1

(Öznel Uyku Kalitesi) için 1.56 ± 0.87, Bileşen 2 (Uyku Latensi) 1.063 ± 0.81, Bileşen 3 (Uyku Süresi) 1.33 ± 1.07, Bileşen 4 (Alışılmış Uyku Etkinliği) 1.40 ± 1.10, Bileşen 5 (Uyku Bozukluğu) 1.93 ± 0.80, Bileşen 6 (Uyku İlacı Kullanımı) 0.074 ± 1.04, Bileşen 7 (Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu) puan ortalamasının 1.29 ± 1.23 olduğu bulundu. Yaşlı bireylerin %79.5'i kötü uyku kalitesine sahipken, %20.5'inin uyku kalitenin iyi olduğu belirlendi (Tablo 8a, Tablo 8b).

Fadıloğlu ve ark. (33) huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitelerini araştırdıkları çalışmalarında yaşlı bireylerin toplam PUKİ puanı ortalaması 8.02 ± 2.87 olarak belirlenmiştir.

Fadıloğlu ve ark.'larının (33) 2006 yılında yaptıkları çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %77'sinin kötü uyku kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir. Arslan ve ark.'larının (15) kanserli hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada da bireylerin yarıdan fazlasının (%66.2) uyku kaliteleri kötü iken, %33.8'inin iyi uyku kalitesine sahip olduğunu bulunmuştur.

Bu araştırmada yaşlı bireylerin klinik uyku kalitelerinin kötü olduğu, uyku bozukluğu seviyelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin bağımlılık düzeyleri, kronik hastalık varlığı, huzurevi ortamından memnun olmama durumları arttıkça uyku kalitelerinin de kötüleştiği söylenebilir.

### KİŞİSEL ÖZELLİKLER İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EQ-5D) VE PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİNİN (PUKİ) KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşı ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Ayrıca yaşam kalitesinin bir göstergesi olan EQ-5D VAS ve İndeks puan ile yaş arasında negatif yönde (yaş arttıkça yaşam kalitesi düşüyor) orta düzeyde bir korelasyon (r=-0.19,-0.29 sırasıyla) bulunmuş ve özellikle de indeks puandaki bu farkın iki alt boyuttan (hareket edebilme ve olağan işleri yapabilme) kaynaklandığı saptanmıştır (p=0.001,0.037 sırasıyla) (Tablo 9).

Arslan ve ark.'larının (15) uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında bireylerin uyku puanları ile yaşları arasında anlamlı bir farkın olmadığını bildirmişlerdir. Literatürde uykunun yaşa göre farklılık gösterdiği, yaş ilerledikçe

yaşlı bireylerin gece uyanıklık süresinde artış olduğu ve uyku kalitelerinde azalmaların meydana geldiği belirtilmektedir. Bunların nedenleri arasında daha çok tıbbi hastalıklar, depresyon, ölüm korkusu ve sosyal destek kaybı olduğu söylenmektedir. Birtane ve ark.'larının (26) Edirne Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında yaşın artması ile yaşam kalitesinin gözle görülür biçimde azalma potansiyeli taşıdığını bildirmişlerdir.

Bireylerin yaşı arttıkça kronik sağlık problemleri artmakta, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak hareket edebilme ve olağan işleri yapabilme alt boyutlarının anlamlı çıkmasının kadın cinsiyetten kaynaklandığını, yaşlı kadınlarda bu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile uyku kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamış, yaşlı erkek bireylerin EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği VAS puan ortalamalarının kadın bireylere göre daha yüksek iken hareket edebilme ve olağan işleri yapabilme alanındaki yaşam kaliteleri kadın bireylere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 10).

Fadıloğlu ve ark.'larının (33) huzurevinde kalan bireylerin uyku kalitelerini araştırdıkları çalışmalarında kadın yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin erkek yaşlı bireylere göre daha kötü olduğunu saptamalarına karşın gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır. Gümüş ve ark.'larının (28) huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin uyku kalitelerini araştırdıkları çalışmalarında kadın bireylerin uyku düzeni özelliklerinde erkek bireylere göre daha fazla sorun yaşadıklarını ve kadın yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin erkek bireylere göre daha kötü olduğunu belirtmişlerdir.

Kadın bireylerin fiziksel yapısının erkeğe göre daha zayıf olması, kadının yaşamı boyunca aile yaşamında ve çocukların bakımında aktif olarak rol oynaması kadınların yaşamları boyunca daha fazla yıpranmalarına neden olur. Kadınların daha duygusal bir yapıda olması nedeniyle, yaşam boyunca üstlendikleri eşlik ve annelik görevlerinin yaşlılık döneminde huzurevi gibi ailesinden onu uzaklaştıracak bir ortamda yaşamaya başladığında sona erdiğini düşünmelerine neden olmakta bu durum da yaşlı kadın bireylerin yaşam kalitelerini ve yaşamdan aldıkları

doyumu azaltmaktadır. Ancak yaşamları boyunca bahsedilen nedenlerden dolayı kadın bireylerin daha aktif bir yaşam sürdürmeleri nedeni ile hareket edebilme ve olağan işleri yapabilme puanları yüksek bulunmuştur.

Yaşlı bireylerin eğitim durumlarının uyku kaliteleri üzerine bir etkisi olmadığı, EQ-5D yaşam kalitesi VAS ve indeks puanları lise/yüksekokul mezunu olan yaşlı bireylerde yüksek iken, alt boyut puanları eğitimi olmayan bireylerde yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Fadıloğlu ve ark.'larının (33) huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesini araştırdıkları çalışmalarında eğitim düzeyinin uyku kalitesi üzerine bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Arslan ve ark.'larının (15) yaptıkları çalışmada da uyku kalitesi ile eğitim durumları arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir.

Özyurt ve ark.'larının (52) yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi ve alt boyut puanları artmaktadır.

Eğitim düzeyinin yükselmesi bireyin bilgi düzeyini ve yaşam standartlarını yükseltmekte, çevresi ile daha rahat ve açık iletişim kurmasına olanak sağlamaktadır. Artan eğitim düzeyi ile yaşlı bireylerin sağlık sorunları konusunda farkındalık düzeylerinin de yükseldiği ve bu durumun yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Alt boyut puanlarının eğitimi olmayan bireylerde yüksek bulunması yönünde ise daha fazla çalışma grupları ile araştırma yapılması önerilebilir.

Yaşlı bireylerin çocuklarının huzurevine ziyaret için gelme sıklığına göre uyku kalitesi (Global PUKİ) ve EQ-5D yaşam kalitesi VAS, indeks puanı ve alt boyutları (hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

Gülseren ve ark.'larının (62) huzurevinde yaptıkları çalışmalarında yaşlı bireylerin yakınları ile görüşme sıklığı açısından incelendiğinde yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ile çocuklarının ziyaretleri arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla daha fazla aştırma yapılması önerilebilir.

Yaşlılık bireylerin kendilerini daha fazla yalnız hissettikleri ve özellikle aileleri tarafından

daha fazla desteğe ve birlikteliğe ihtiyaç duydukları bir dönemdir. Bu dönemde özellikle



çocuklarının yanlarında onlara destek olmaları yaşlı bireyler için çok önemlidir. Özellikle de huzurevi gibi bireylerin kendilerini yalnız, kimsesiz, yükmüş gibi hissetmelerine daha fazla neden olabilecek ortamlarda yaşamak zorunda kalmaları yaşlı bireylerin bu desteğe daha fazla ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır. Çalışmada bireylerin çocukları tarafından ziyaret edilme sıklığı ile uyku ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir bağın bulunmamasının ise bireylerin yaklaşık yarısının çocuk sahibi olmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Sigara içen ve içmeyen yaşlı bireylerin uyku kalitesi (Global PUKİ) ve EQ-5D yaşam kalitesi VAS, indeks puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 13).

Çalışmamızda bireylerin yarıdan fazlasının sigara içmediği saptanmıştır. Bayık ve ark.'larının (67) yaptıkları çalışmada da bireylerin %64.4'ünün sigara içmediği bulunmuştur.

Sigara içmek insanlarda bir çok olumsuz durumlara ve hastalıklara yol açabilmektedir. Ancak huzurevinde yaptığımız bu çalışmada yaşlı bireylerde sigara içme oranının düşük olması varolan sağlık problemlerinin sigaradan kaynaklanmadığı yada sigara nedeniyle yaşlı bireylerin uyku ve sosyal yaşamlarına ilişkin problem yaşamadıkları belirlenmiştir.

Alkol kullanmayan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri alkol kullanan bireylere göre daha kötü bulunmuş ancak aradaki bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. Alkol kullandığını belirten yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ise alkol kullanmayan bireylere göre daha düşük bulunmuş ve bu farkın hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme ve ağrı/rahatsızlık alt boyutlarından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 14).

Gülseren ve ark.'larının (62) yaptıkları çalışmalarında yaşlı bireyler sigara/alkol alışkanlıkları açısından incelediklerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Alkol kullanımı bireyin yaşam fonksiyonlarını etkileyen bir durumdur. Bu durumun bağımlılık seviyesine ulaşması ise bireyin sadece yaşam fonksiyonlarını etkilemekle kalmamakta ayrıca da birey de pek çok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Bu yaşam fonksiyonlarının etkilenmesi de bireyin yaşam kalitesini azaltmakta ve sosyal yaşamdan soyutlanmasına neden olabilmektedir. Ancak alkol alma durumu bireylerin bilinç yapılarında da

değişimlere neden olabileceğinden bireyler yaşam kalitelerinde bir bozulma olduğunun farkına varamamakta ve uykuya eğilimlerini arttırabileceğinden yaşlı bireyler uyku düzenlerinden şikayette bulunmadıklarından uyku kalitelerinin alkol kullanan bireylerde daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaşlı bireylerin sigara ve alkol kullanımları ile uyku ve yaşam kaliteleri arasında ilişkiyi gösteren literatür araştırmasının daha kapsamlı yapılması önerilebilir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin aktif bir yaşam içinde oldukları söylenemezken, yaşamını aktif olarak sürdüren yani düzenli egzersiz yapan bireylerin hem uyku hem de yaşam kalitelerinin düzenli egzersiz yapmayan bireylere göre daha iyi olduğu söylenebilir (Tablo 15).

Birtane ve ark.'larının (26) Edirne huzurevinde yaptıkları çalışmada günlük yaşam aktivitelerindeki azalmanın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olduğu bulunmuştur.

Aktif bir yaşam sürdürebilmek bireyin kendisini daha güçlü hissetmesini sağlar, yaşanabilecek olan sağlık sorunlarının azalmasına yardımcı olur. Yaşlı bireyin sağlık sorunlarının azalması daha dinamik bir yaşam, daha rahat bir uyku uyumasına, daha rahat bir yaşam sürmesine olanak sağlar. Düzenli egzersiz yapmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarının yüksek olmasının ise örneklem sayısının fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ile egzersiz yapma durumları arasında ilişki olduğunu gösterir literatür çalışması yapılması önerilebilir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin %57.5'inin günlük aktivitelerinde bir yardımcıya ihtiyaç duymadıkları belirlenmiştir. Günlük işlerin de yardımcıya ihtiyaç duyan bireylerin uyku kalitelerinin ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ancak hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon alt boyutlarından aldıkları puanlar ise yüksek bulunmuştur (Günlük işlerinde yardıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin uyku ve yaşam kaliteleri daha kötüdür) (Tablo 16).

Yaish ve ark.'larının (102) 2010 yılında yaptıkları ve yaşlı toplumların uyku kalitelerini inceledikleri çalışmalarında bireylerin günlük ihtiyaçlarını karşılama durumları ile uyku kaliteleri arasında olumlu yönde bir ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir. Hellström ve ark.'larının (20) yaşlı bireyler üzerine yaptıkları çalışmalarında bireylerin %65'inin başka bireylerin yardımına ihtiyaç

duyduklarını belirtmişlerdir. Appollonia ve ark.'larının (85) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin yardım gereksinimlerinin arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmiştir.

Bireyin günlük işlerinde bir yardımcıya ihtiyaç duyması yaşam kalitesini en çok etkileyen durumlardan biridir. Bunun en önemli nedeni de bireyin işlerini tek başına yapamadığından dolayı bir stres durumunun ortaya çıkması ve yaşlı bireyin kendini yetersiz hissetmesidir. Yaşlı bireyin günlük işlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyması yaşam kalitesini azaltmanın yanında sosyal sorunlara da yol açabilmektedir. Birey kendi başına işlerini başaramadığı için kendi içine çekilecek, başkalarına yük olduğunu düşünecek, bu durumda psikolojik sorunları ve bunun beraberinde uyku düzeni ile ilgili pek çok sorunu da beraberinde getirecektir.

Çalışmamızda günlük işlerini yaparken ya da günlük yaşamı içinde yardımcı araç kullanan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri yardımcı araç kullanmayan yaşlı bireylerden daha kötü bulunmuştur (Tablo 17).

Yaish ve ark.'larının (102) 2010 yılında yaptıkları ve yaşlı toplumların uyku kalitelerini araştırdıkları çalışmalarında yaşlı bireylerin günlük işlerinde bağımlılıkları ve günlük yaşamları içinde yardımcı araç kullanım ihtiyaçları arttıkça uyku kalitelerinin azaldığını belirtmişledir.

Yapılan bir çalışmada bireylerin yaşlandıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık oranının daha fazla olduğu ve yaşlı bireylerde baston, gözlük vb. yardımcı araç kullanımının arttığı belirlenmiştir (39).

Yaş ilerledikçe görme, işitme, yürüme fonksiyonlarındaki kayıplar artmakta, sağlık problemlerinin de etkisi ile bireylerin yaşlandıkça baston, gözlük gibi yardımcı araçlara olan gereksinimleri de artmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerin kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olmakta yaşamlarını zorlaştırmakta, yaşanan streste yaşamlarının bir parçası olan uyku kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmamızda kronik bir yada birden fazla hastalığı olan yaşlı bireylerin, kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylere göre uyku kalitelerinin daha kötü, yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

Gümüş ve ark. (28) huzurevindeki yaşlı bireylerin uyku düzeni özelliklerini inceledikleri

çalışmalarında yaş ile birlikte artan hastalıkların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Arslantaş ve ark. (24) çalışmasında rapor edildiğine göre; yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %90.4'ünün kronik hastalığı bulunduğu ve kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin diğer bireylere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Kronik hastalıklar, dünyada 2001 yılındaki ölümlerin yaklaşık %59'unun nedeni olarak bildirilmektedir. Bu hastalıklar sakatlıklara neden olduğu gibi yaşam kalitesini de azaltmakta, sosyal ve tıbbi hizmetlerin yükünü de arttırmaktadır Yaşın ilerlemesi ile birlikte organizmada bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Tüm sistemlerdeki değişimler sonucu hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve kronikleşen hastalıklar kişilerin beden yapısında bozulmaya neden olmaktadır. Yaşanan hastalıklar ve buna bağlı gelişen kısıtlılık ve sınırlılıklar bireyin yaşamını olumsuz etkilemekte, yaşamdan alınan zevki, mutluluğu azaltmakta,yaşlı bireyi bağımlı hale getirmekte, yaşanan sıkıntılar, rahatsızlıklar hastalıkların neden olabileceği ağrı vb. bir çok rahatsız edici durum yaşlı bireyin yaşam kalitesini kötüleştirmekte ve uyunan uykunun süresini ve kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan fonksiyonel bozukluk, yetersizlik ve sakatlıklar sonrasında ise bireyin yaşam kalitesi bozulmaktadır (69).

Huzurevinde üç yıldan daha az süredir yaşayan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ve olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon alanındaki yaşam kaliteleri üç yıl ve daha fazla zamandır huzurevinde kalanlara göre daha düşükken, üç yıldan az ve üç ile beş yıl arasında kalan bireylerin genel sağlığı algılama puanları beş yıldan fazla kalanlara göre daha yüksektir (Tablo 19).

Gümüş ve ark.'larının (28) yaşlı bireylerin uyku düzenlerini inceledikleri çalışmalarında huzurevi ortamında yaşamanın yaşlı bireylerin uyku kaliteleri açısından olumsuz durum olduğunu ve uyku bozukluklarına yol açtığını belirtmişlerdir. Gülseren ve ark.'larının (62) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin huzurevinde kalış sürelerinin uzamasının yaşam kalitelerine olumsuz etki yaptığı bildirilmiştir.

Yaşlı bireylerin ilk yıl içinde bulundukları ortama ve kişilere uyum sağlayamadıkları için ve

huzurevinde 5 yıldan daha uzun süre kalanların ise uyku kalitelerinin ortama bağlı olarak olumsuz etkilendiği, bu durumun yaşlı bireylerin günlük yaşamlarında anksiyete, stres ve emosyonel sorunları da beraberinde getirerek hem bireylerin yaşam kalitelerini kötüleştirdiği hem de uyku düzenlerini olumsuz etkilediği ve bireylerin uykusuzluk sorunları yaşamasına neden olduğu söylenebilir.

Tek yataklı odalarda kalan yaşlı bireylerin uyku ve yaşam kalitelerinin çok yataklı odalarda kalan bireylere göre daha iyi olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bulundu (Tablo 20).

Gülseren ve ark.'larının (62) huzurevinde yaşayan bireylere yaptıkları çalışmalarında çok kişilik odalarda kalan birey sayılarının fazla olduğunu ve bu durumdan memnun olduklarını bu durumunda yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Yaşlanma süreci ile birlikte bireylerin fiziksel ve ruhsal yapılarında meydana gelen değişimler sonucunda bireylerin tahammül sınırlarında azalma meydana gelmekte, diğer yaşlı bireylerle olan paylaşımlarda sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durumda bireyin yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, yaşadığı ortamdan memnun olmaması nedeniyle uyku sorunlarını daha fazla yaşayabilmektedir. Aradaki farkın anlamlı olmamasının tek yataklı ve çok yataklı odalarda kalan birey sayılarının birbirine çok yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin % 64.4'ü huzurevi ortamını sessiz bulduklarını söylemişlerdir. Huzurevinde kaldıkları ortamının rahat uyku ve dinlenmelerini sağlayacak kadar sessiz bulan yada sessiz olduğunu düşünmeyen yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 21).

Arpacı'nın (17) Ankara Huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini incelediği çalışmasında huzurevinin fiziksel koşullarının iyi olmasının yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri üzerine olumlu etkisinin olduğunu belirtmiştir.

Huzurevi ortamını sessiz bulan ve sessiz olduğunu düşünmeyen bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri arasında anlamlı bir fark olmamasının nedeni tek ve çok yataklı odalarda kalan bireylerin sayılarının birbirine çok yakın olması ve bu nedenle bireylerin sesi ve sessizliği aynı oranlarda algılamaları ile ilişkili olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Huzurevinde kalmaktan memnun olan yaşlı bireylerin uyku ve yaşam kalitelerinin kısmen memnun olan yada huzurevi ortamında yaşamaktan memnuniyet duymayan yaşlı bireylerden daha iyi olduğu bulunmuştur. Ancak huzurevinde kalmaktan memnun olma durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 22).

Gümüş ve ark.'larının (28) yaşlı bireylerin uyku düzenlerini inceledikleri çalışmalarında ise huzurevinde kalmaktan memnun olma durumunun uyku kalitesi üzerine bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Gülseren ve ark.'larının (62) huzurevindeki bireylerle ilgili yaptıkları çalışmalarında huzurevinde kalmaktan memnun olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur.

Huzurevinde yaşamaya başlamak yaşlı bireyler için stres yaratan, bireylerin kendilerini umutsuz ve istemeyen bir durumda hissettikleri bir durumdur. Ancak huzurevinde yaşamaya başladıktan sonra ortamda yaşıtları ile birlikte zaman geçirmek, paylaşım içinde bulunmak yaşlı bireylerin yaşadıkları ortamdan daha memnun olmalarını sağlamaktadır. Huzurevinde yaşamaktan memnun olma durumu da yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal durumlarını etkilemekte bu durum hem bireylerin daha rahat bir yaşam sürdürmelerini hem de ruhsal yönden rahat olduklarından uyku düzenlerinin de daha iyi olmasını sağlamaktadır.

Çalışmamızda uykusunun düzenli olduğunu ifade eden yaşlı bireylerin yaşam kalitesi VAS ve indeks skorları daha yüksek iken, alt boyut puanları uykusunun düzenli olduğunu ve düzenli olmadığını söyleyen bireylerin sayıları arasındaki fark çok az olduğundan (1 kişi) düşük bulunsa da anlamlı kabul edilmemiştir. Uykusunun düzenli olduğunu söyleyen yaşlı bireylerin uyku kaliteleri uykusunun düzenli olmadığını ifade eden bireylere göre daha iyi bulunmuştur (Tablo 23).

Fadıloğlu ve ark. (33) çalışmasında rapor edildiğine göre; Bixler ve ark.'ları genel popülasyonda yaptıkları bir çalışmada uyku problemlerinin sıklığını %14-42 olarak bildirmişlerdir. Göktaş ve Özkan'ın (31) yaşlılarda uyku bozukluklarını araştırdıkları çalışmalarında yaşlanma ile uyku problemlerinin artma eğilimi gösterdiği ve bu durumunda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin yarıdan fazlasının (%75.3) gece idrara çıktıkları ve gece idrara çıkan bireylerin yaşam kaliteleri VAS ve İndeks puanlarının gece idrara çıkmayan bireylere göre daha yüksek olmasına karşın uyku kalitelerinin ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği bulundu (hareket edebilme, öz bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon) (Tablo 24).

Göktaş ve Özkan'ın (31) yaşlılarda uyku bozukluklarını araştırdıkları çalışmalarında yaşlı bireylerde gece idrara çıkma durumunun uyku düzeninde ve kalitesinde bozulmalar meydana getirdiğini, yaşanan uyku sonucu oluşan günlük işlerde bozulma ve yorgunluk sonucu ise bireyin yaşam kalitesinin bozulduğunu belirtmişlerdir.

Gece idrara çıkmak özellikle artan yaşla birlikte farklı sorunların bir sonucu da olabilirken, gece idrara kalkma ile uykuda meydana gelen bölünmeler yaşlı bireylerin uyku düzenlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kaliteli ve yeterli süre uyunan bir uyku sayesinde bireyin günlük aktivitelerini yerine getirebilmesinde yeterli enerjiyi kendinde bulabilmesini sağlar. Yaşam faaliyetlerindeki olumsuz durumunda gece idrara çıkma ile kötüleşen uyku kalitesi sonucunda ortaya çıktığı söylenebilir.

## YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EQ-5D) VE PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ) ARASINDAKİ İLİŞKİ

EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ile PUKİ karşılaştırılmasına bakıldığında yaşlı bireylerin genel sağlığı algılama durumları arttıkça uyku kaliteleri, yaşam kaliteleri, hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon alt boyutları da artmaktadır. Yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ile EQ-5D VAS ve indeks puan arasında negatif yönde, anlamlı düzeyde bir korelasyon bulunmuştur Tablo 25, Şekil 4).

Yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ile EQ-5D yaşam kalitesi indeksinin hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon alt boyutları alanındaki puanları arasında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin EQ-

5Dyaşam kalitesi ölçeği indeksinin beş boyutuna ilişkin puanları arttıkça uyku kaliteleri de artmaktadır (Şekil 5).



Yaşlı bireylerin hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon boyutlarındaki yaşam kalitesi iyileştikçe, uyku kaliteleri de artmaktadır.

Göktaş ve Özkan'ın (31) çalışmasında rapor edildiğine göre; Schubert ve ark.'larının yaşlı bireylerde uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen 2002 yılında yapmış oldukları çalışmalarında, uyku şikayeti fazla olan bireylerin yaşam kalitelerinin de olumsuz yönde etkilendiğini bulmuşlardır. Uykuda yaşanan problemler arttıkça uyku kalitesi puanı artmakta, uyku kalitesi kötüleşmekte ve yaşam kalitesi azalmaktadır.

Yaşlı bireylerin kronik hastalık ve bağımlılık düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi kötüleşmekte, ağrı, rahatsızlık vb. durumlar uyku kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir.

# SONUÇ VE ÖNERİLER

## SONUÇLAR

Araştırma; huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanan çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

## YAŞLI BİREYLERE İLİŞKİN GENEL SONUÇLAR

- Araştırmanın örneklemini oluşturan 73 yaşlı bireyin kişisel özellikleri incelendiğinde; yaşlı bireylerin yaş ortalamasının 74.99 ± 7.19 olduğu, %68.5'inin erkek, %54.8'inin dul/boşanmış, %52.1'inin eğitimi olmadığı (okur yazar değil yada okur yazar), %65.8'inin çocuk sahibi olduğu bulundu.
- Yaşlı bireylerin %77.7'sinin kronik bir hastalığının mevcut olduğu ve %71.4'ünde hipertansiyon sorununun bulunduğu, %87.7'sinin sürekli ilaç kullandıkları belirlendi.
- Yaşlı bireylerin %61.6'sının sigara ve %90.4'ünün kullanmadıkları görüldü. Yaşlı bireylerin %57.5'inin günlük işlerini yapmada yardımcıya ihtiyaç duymadığı, %69.9'unun kullandığı herhangi bir yardımcı aracın (gözlük, baston, işitme cihazı vb.) bulunmadığı, %76.7'sinin düzenli egzersiz yapmadığı bulundu.

- Yaşlı bireylerin çoğunun 3 yıl ve daha az (35.6) ve 5 yıl ve daha fazla (35.6) süredir huzurevinde kaldıkları, %52.1'inin çok yataklı odalarda kaldıkları, %64.4'ünün huzurevi ortamını sessiz buldukları, %53.4'ünün huzurevinde kalmaktan memnun oldukları bulundu.



- Yaşlı bireylerin %50.7'sinin uykusunun düzenli olmadığı, günlük uyku saati ortalamalarının 6.32 ± 1.53 olduğu, %75.3'ünün gece idrara çıkma problemi yaşadıkları bulundu.

**EQ-5D YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN SONUÇLAR**

- EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Güvenirlilik Katsayısı Cronhbach α=0.92 olarak bulundu.
- Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin maddelerine verdikleri cevaplar incelendiğinde; yaşlı bireylerin öz-bakım (%49.3), anksiyete/depresyon (%41.1) ile ilgili sorulara problem olmadığı, hareket edebilme (%53.4), olağan işleri yapabilme (%46.6) ve ağrı/rahatsızlık (%52.1) ile ilgili sorulara biraz problem yaşadıkları cevabını verdikleri görüldü.
- EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği VAS puanı (genel sağlık durumunu algılama düzeyi) ortalaması 60.82 ± 19.77, İndeks puan ortalaması ise 0.55 ± 0.34 bulundu.

**PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİNE (PUKİ) İLİŞKİN SONUÇLAR**

- Çalışmamızda yaşlı bireylerin PUKİ Güvenirlilik Katsayısı Cronhbach α= 0.95 olarak bulundu.
- PUKİ puanı ortalamasının 9.88 ± 5.63 olduğu, en iyi uyku kalitesi puanının uyku ilacı kullanımı (0.74 ± 1.04) ile sağlandığı bulundu. Yaşlı bireylerin çoğunluğu (%79.5) kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptandı.

**YAŞLI BİREYLERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ İLE EQ-5D YAŞAM VE PİTTSBURG UYKU KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

- Çalışmamızda yaşlı bireylerin yaşları ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken (p>0.05), yaşam kalitesinin bir göstergesi olan EQ-5D VAS ve indeks puan ile yaş arasında negatif yönde (yaş arttıkça yaşam kalitesi düşüyor) orta düzeyde bir korelasyon (r=-0.19,-0.29) bulundu.

- Yaşlı bireylerin uyku kaliteleri, indeks puanları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0.05$), erkek bireylerin yaşam kalitesi VAS puanının kadın bireylere göre daha



yüksek olduğu ancak kadın bireylerinde hareket edebilme ve olağan işlerini yapabilme alanlarında erkek bireylerden daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları bulundu.

- Eğitim grupları arasında uyku kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), yaşlı bireylerin eğitim durumları ile yaşam kaliteleri (EQ-5D VAS ve indeks puanları ve alt boyutları) arasında anlamlı farkın bulunduğu ve bu farkın lise/yüksekokul mezunu olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi VAS ve indeks puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyordu. Alt boyut yaşam kalitesi puanlarının ise eğitimi olmayan bireylerde daha yüksek olduğu bulundu.
- Alkol kullanan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kaliteleri alkol kullanmadığını ifade eden yaşlı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
- Günlük işlerinde bir yardımcıya ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri (global PUKİ) ve beş alandaki yaşam kaliteleri (hareket, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon) yardımcıya ihtiyacı olmayan bireylere göre daha yüksek iken, yaşam kalitesi EQ-5D VAS ve indeks puanlarının daha düşük olduğu (yardımcıya ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin uyku ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir) bulundu.
- Günlük işlerini yaparken yardımcı araç kullanan yaşlı bireylerin uyku (global PUKİ) ve beş alandaki yaşam kalitesi puanlarının yardımcı araç kullanmayan yaşlı bireylere göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu ancak yaşam kalitesi EQ-5D VAS ve indeks puanlarının yardımcı araç kullanmayan bireylerde daha düşük olduğu (günlük işlerinde yardımcı araç kullanan yaşlı bireylerin uyku ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu) bulundu.
- Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri (global PUKİ) daha kötü, yaşam kalitesi (EQ-5D VAS ve indeks puanları) daha düşük,yaşam kalitesi beş alt boyut (hareket edebilme, öz-bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon) puanları ise daha yüksek bulundu.
- Yaşlı bireylerin huzurevinde kalış süresine göre uyku kaliteleri (global PUKİ) ve yaşam

kaliteleri (EQ-5D VAS, indeks puanları ve alt boyutları) arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi. Huzurevinde üç yıldan az kalan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri (global PUKİ) ve olağan işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon



alanındaki yaşam kaliteleri üç yıl ve daha fazla süredir huzurevinde kalan yaşlı bireylerden daha düşük, hareket edebilme ve öz bakım alanındaki yaşam kalitesi puanları beş yıldan fazla süredir huzurevinde kalan bireylere göre daha düşük, EQ-5D yaşam kalitesi VAS ve indeks puanları ise daha yüksek bulundu.

- Uykusunun düzenli olduğunu ifade eden yaşlı bireylerin uyku kalitesi (global PUKİ) ve yaşam kalitesi alt boyut alanındaki puan ortalamalarının daha düşük olduğu yani iyi uyku kalitesine sahip oldukları ve EQ-5D VAS ve indeks yaşam kaliteleri puanlarının uykusu düzenli olmayan yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu bulundu.
- Gece idrara çıkmayan yaşlı bireylerin uyku kalitelerinin ve yaşam kalitelerinin (EQ-5D VAS ve indeks puan) gece idrara çıkan bireylerden daha yüksek olduğu ancak yaşam kalitesi alt boyut alanlarından alınan puanların gece idrara çıkan bireylerde daha yüksek olduğu bulundu.

**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM VE UYKU KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

- Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin arttıkça uyku kalitelerinin de iyileştiği bulundu.
- Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin uyku kaliteleri ile EQ-5D yaşam kalitesi beş alt boyutunun puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Yaşlı bireylerin beş alt boyut alanına; hareket edebilme, öz bakım, olağan işleri yapabilme, ağrı / rahatsızlık, anksiyete / depresyon alanındaki yaşam kalitesi düştükçe uyku kaliteleri de kötüleşmekteydi.

# ÖNERİLER

1. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin kendilerini daha mutlu, huzurlu ve yararlı hissetmelerini sağlayacak aile desteği ve toplumsal, sosyal destek programlarının sağlanması,
2. Yaşlı bireylerin kronik hastalıklarının tedavisinde, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmalarının sağlanması; ağrı, rahatsızlık, hareket kısıtlılığı vb. sağlık sorunlarının en aza indirilmesinin sağlanması, günlük işlerinde birilerine bağımlılık/yardımcı araç kullanım düzeylerinin en aza indirgenmesi ile yaşam kalitesi düzeylerinin iyileştirilmesi,
3. Yaşlı bireylerin uyku kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacak önlemlerin alınması; huzurevinin fiziksel çevre koşullarının iyileştirilmesi; uyunacak çevrenin serin, sessiz olması, ılık süt içme, ılık duş, kitap okuma, tv izleme vb. uyumaya yardımcı girişimlerin uygulanması,
4. Gündüz dinlenme saatlerin de uyumak yerine; oturarak, yormayacak aktiviteler (yürüyüş, el işi yapma vb.) ile vakit geçirilmesinin sağlanması,

5. Yatma saatlerinin düzenli olması gece yatmadan önce aşırı sıvı alımından kaçınılması,
6. Yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasiteleri doğrultusunda düzenli egzersiz yapmalarının sağlanması,



7. Huzurevi ortamına gerekli adaptasyonun sağlanması, huzurevinde yaşlı bireylere bakım veren hemşirelerin ve tüm huzurevi personelinin yaşlı bireylerin uyku düzenlerini, yaşam kalitelerini ve bunları etkileyebilecek faktörler konusunda bilgilendirilmelerini, bu bilgilerini hemşirelik bakımı ve yaşlı bireylere olan yaklaşımlarına yansıtmalarını,
8. Hemşirelerin yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerini PUKİ, EQ-5D, vb. kolay uygulanabilen, ayrıca tek bir uyku kalitesi skoru veren ve yaşam kalitesini farklı alt boyutlarda ve yönlerde karşılaştırma olanağı sağlayan geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirilmesini önerebiliriz.

# EDİRNE HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM VE UYKU KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## ÖZET

Bu araştırma, Edirne Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerini, etkileyen faktörleri, yaşam ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacı ile kesitsel olarak planlanmıştır.

Bu araştırma Temmuz 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında T.C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Edirne Huzurevinde ikamet eden toplam 73 yaşlı birey üzerinde yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Anket Formu, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Pearson Korelasyon Analizi, Spearman Korelasyon Analizi, Student-t Testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Analizi kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin yaş ortalamasının 74.99 ± 7.19 olduğu, %77.7'sinin kronik bir hastalığının mevcut olduğu ve %71.4'ünde hipertansiyon sorununun bulunduğu belirlendi. Yaşlı bireylerin genel sağlık algılayış puan ortalaması 60.55 ± 19.77 olarak bulundu. Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlı bireylerin EQ-5D puanları ile PUKİ puanları arasında negatif yönde güçlü ve anlamlı

bir ilişki olduğu, yaşlı bireylerin yaşam kalitesi arttıkça uyku kalitesinin de iyileştiği bulundu ($p < 0.05$).

Kronik hastalığa sahip olan, yardımcıya / yardımcı araç kullanımına gereksinim duyan yaşlı



bireylerin, uykusu düzensiz olanların, gece idrara çıkan bireylerin, yaşam ve uyku kaliteleri daha kötü idi.

Sonuç olarak, hemşirelerin yaşlı bireylerin uyku düzenlerini ve yaşam kalitelerini ve bunları etkileyebilecek faktörler konusunda bilgilendirilmesini, bu bilgilerini hemşirelik bakımı ve yaşlı bireylere olan yaklaşımlarına yansıtmalarını, yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerini PUKİ, EQ-5D vb. geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirmelerini önerebiliriz.

**Anahtar Kelimeler**: Yaşlılık, huzurevi, EQ-5D, Pittsburg, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, hemşirelik bakımı

# DETERMINATION OF THE LIFE AND SLEEP QUALITY OF THE ELDERLY LIVING IN EDIRNE NURSING HOME

## SUMMARY

This cross-sectional study was planned to determine the relationships between the quality of life and sleep; the life and sleep quality of the elderly living in Edirne Nursing Home, and the factors which affecting their life and sleep quality.

This study was done among 73 old individuals Living in Turkish Social Service and Children Protection Instituon's Edirne Nursing Home between the dates July 2011 and September 2012. Data were gathered by used a survey (which was formed by the resercher), EQ-5D Life Quality Scale and Pittsburg Sleep Quality Scale. Data were analysed by number, percentage, average and standart deviation, Pearson and Spearman Correlation Analysis, Student-t Test, Mann Whittney U Test, Kruskal Wallis Analysis.

It was determined that average age of the elderly was 74.99 ± 7.19; 77.7% of them had a chronic disease and 71.4% of them had hypertension. The average of general health perception score was 60.55 ± 19.77. A significant negative correlation was found between EQ-5D scores and

PUKİ scores of the elderly in the Nursing Home ($p<0.05$). As the level of sleep quality increased, elderly individuals quality of life increased too.

Elderly individuals with cronic illness, who need the use of the assistant vehicle, those who had irregular sleep, who had nocturia sleep at night to urinate had worse quality of life and sleep .

104

In conclusion, it suggested that nurses should be informed about quality of life and sleep quality of the elderly and the factors affecting the mand nurses should do their work according to this fact. They should also evaluate the life and sleep quality of the elderly regularly in regard to the validand reliable scales such as PUKİ, EQ-5D.

**Key Words:** Geriatric, nursing home, EQ-5D, Pittsburg, life quality, sleep quality, nursing care

# KAYNAKLAR


1. Akça F, Şahin G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Psikolojik Belirtilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11 (4): p. 190-199.
2. Keskinoğlu P. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Nedenler. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. AKM, İzmir. 25-27 Mart 2010.
3. Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda Yaşam Doyumu. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6 (2): p. 72-74.
4. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 4 (2): p. 32-39.
5. Özer M. A Study on The Life Satisfation of Elderly Individuals Living ın Family Environment and Nursing Homes,Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7 (1): p. 33-36.
6. Şimşek TT, Öztürk A, Yümin ET, Sertal M, Yümin M. Aile Ortamı ve Huzurevinde Yaşayan Kronik Hastalığa Sahip Yaşlıların Sağlıkla İlgili Yaşam Kaliteleri İle Sosyo demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2010; (1):

p. 14-22.

7. Altıparmak S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2009; 23 (3): p. 159-164.



8. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2 (4): p. 173-178.
9. Bilir N, Kutsal YG. Yaşlanan Toplum. ( Erişim Tarihi: 10 Haziran 2010 ).
10. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (1): p. 30-33.
11. Eser S, Saatli G, Eser E ve ark. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21 (1): p. 37-48.
12. Karadakovan A. Yaşlılık ve Bakım. Türk Geriatri Vakfı Geriatri Ve Gerontoloji Derneği 8. Ulusal Geriatri Kongresi, Özel Sayı, Fethiye, 29 Ekim-01 Kasım 2009; p. 98-99.
13. Wong ME, Lıu ME. Health Care for Elderly People. Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat 1997; p. 1-35.
14. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı. Yaşlanan Kadın Sempozyumu Kitabı 2009.
15. Arslan S, Fadıloğlu Ç. Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009; 2: p. 16-27.
16. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2009 (1): p. 48-60.
17. Arpacı F. Ankara'da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (1): p. 1-13.
18. Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi.

Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2008.

19. İçli G. Huzurevinde Kalan Yaşlılar Üzerine Bir Araştırma. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2004; (1): p. 5-24.



20. Hellström Y, Hallberg R. Perspectives of Elderly People Receiving Home Help On Health, Care and Quality Of Life. Health and Social Care İn The Community, 2000; 9(2): p. 61-71.
21. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5(4): p. 155-159.
22. Fadıloğlu Ç, Tokem Y. Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7 (4): p. 241-246.
23. Gemalmaz A. Aile Hekimi Gözüyle Yaşlı Bakımı. Türk Geriatri Vakfı Geriatri Ve Gerontoloji Derneği 8. Ulusal Geriatri Kongresi, Özel Sayı, Fethiye, 29 Ekim-01 Kasım 2009; p. 48-51.
24. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28 (2) : p. 81-89.
25. Altay B, Avcı İA. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Öz bakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36 (4): p. 275-282.
26. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi Sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İrdelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3 (4): p. 141-145.
27. Günaydın R. Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2010; 13 (4): p. 278-284.
28. Gümüş AB, Engin E, Özgür G. Bir Huzurevinde Yaşayan ve Bilişsel Bozukluğu Olmayan Yaşlıların Uyku Düzeni Özelliklerinin İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2009; 12 (3): p. 138-146.
29. Önler E, Yılmaz A. Cerrahi Birimlerde Yatan Hastalarda Uyku Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2008; 62(16): p. 114-121.

30. Özgür G, Baysan L. Yaşlılarda Uyku sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(2): p. 147-157.
31. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(4): p. 226- 233.



32. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö (1996). Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 7, 107-15.
33. Fadıloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım YK. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(3): p. 165-169.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2001). Herkes İçin Sağlık: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Öztek Z. ve ark. (Ed). Barok Matbaacılık, Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi İşlemleri Genel Müdürlüğü. (2002). Yaşlı Sağlığı. Ankara.
35. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye'de Gerontoloji Hemşireliği Eğitimi: Bir Sertifika Programı Geliştirme Çalışması-Programın Dayandığı Temeller, Deneyimler ve Eğitim Programı Önerisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(1): p. 33-39.
36. Şener A. Yaşlılık, Yaşam Doyumu Ve Boş Zaman Faaliyetleri. (2006) Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Aile Ve Tüketici Bilimleri Bölümü. Ankara. ( asener@hacettepe.edu.tr erişim Kasım 2006).
37. Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. (2005) Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları. Ankara. ( www.tied.org.tr erişim Kasım 2005 ).
38. Bozoğlu E, Naharcı İ. Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme. Türk Geriatri Vakfi Geriatri ve Gerontoloji Derneği 8. Ulusal Geriatri Kongresi, Özel Sayı. Fethiye. 29 Ekim-01 Kasım 2009: p. 26-28.
39. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2001; 4(3): p. 106-112.
40. Tufan Y, Güraksın A, İnandı T, Vançelik S. Erzurum İli Pasinler İlçesinde Yaşlı Popülasyonun Mediko-Sosyal Sorunları. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Erzurum, 2000: p. 139-143.

41. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler İle İlişkisi. Düşünen Adam; 2005, 18 (4): p. 187-195.
42. Aksoydan E. Yaşlılık ve Beslenme. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara. 2008: p. 1-48.



43. Oğuzhanoğlu KN, Özdel O. Yaşlılık, Huzurevi Ve Yaşam Yolculukları. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(2): p. 124-132.
44. Bilir N, Kutsal YG. Yaşlanan Dünya ve Yaşlanan İnsan. In: Gökçe Kutsal Y (ed). Geriatri Modern Tıp Seminerleri: 30. Güneş Kitabevi. Ankara, 2004; p. 1-7.
45. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış Beş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Alan Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2 (2): p. 79-86.
46. Kutsal YG. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. (Erişim Mart 2011: www.gebam.hacettepe.edu.tr).
47. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007. (erişim: Aralık 2010 http://ekutup.dpt.gov tr/nüfus/yaşlılık/eylemplan.pdf )
48. Ünsar S, Süt N. (2009) Depression and Health Status In Elderly Hospitalized Patients With Cronich Illness. Arch. Gerontol. Geriatr. 2010; 50; p.6-10.
49. Aydın ZD. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2 (4): p.179-187.
50. Günaydın R. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi - Değerlendirme ve Ölçekler. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, AKM. İzmir. 25-27 Mart.
51. Akın Yılmaz BG. Avrupa Birliği'nin Yaşlanma Sorununa Bir Çözüm Olarak Türkiye'nin Üyeliği. Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi 2009; 8(1): p. 27-37.
52. Özyurt CB, Eser E,Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2007; 10(3): p. 117-123.
53. Erdil F, Bayraktar N. Yaşlı Bireylerde Kas-iskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik

Girişimleri. İ.U.F.N. Hemşirelik Dergisi 2010; 18 (2): p. 106-113.

54. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Geriatride Kullanımı, Sağlıkta Yaşam Kalitesi. Sağlıkta Birikim Dergisi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2006; 1(2): p. 21-26.



55. Sayın YY, Kanan N. İleri Evre Kanser Hastalarının Evde Palyatif Bakım Organizasyonu. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2007; 3: p. 4-13.
56. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye, 2004.
57. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Önemli Bir Kavram: Yaşam Kalitesi. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, AKM, İzmir. 25-27 Mart 2010.
58. Carver JD, Chapman AC, Thomas SV, Stadnyk KJ, Rockwood K. Validity And Reliability of The Medical Outcomes Study Short Form-20 Questionnaire As A Measure of Quality of Life In Elderly People Living At Home. Division of Geriatric Medicine, Dalhouise University, Halifax, Nova Scotia, Canada, Age and Ageing 1999; 28: p. 169-174.
59. Eser E, Eser S, Özyurt BC, Fidaner C. Perception of Quality of Life by a Sample of Turkish Older Adults: WHOQOL-OLD Project Turkish Focus Group Results. Turkish Journal of Geriatrics 2005; 8(4): p.169-183.
60. Akandere M. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Fiziksel Aktivitelerin Yaşam Doyumu Düzeylerine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 18: p. 1-9.
61. Güler N, Akal Ç. Quality of Life of Elderly People Aged 65 Years And Over Living At Home In Sivas, Turkey. Turkish Journal of Geriatrics 2009; 12(4): p. 181-189.
62. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde Yaşamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(4): p. 133-140.

63. Öz F. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. Kriz Dergisi 2000; 10(2): p. 17-28.



64. Cankurtaran M. Yaşlılık, Yaşlanma Mekanizmaları, Antiaging ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Ünitesi, Ankara. 2007.
65. Beğer T. Yaşlanma Ve Yaşlılık. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Geriatrik Hasta Ve Sorunları Sempozyumu 1998; p. 9-13.
66. Şahin Z. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yorgunluğun Değerlendirilmesi. (2009). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans Programı. Edirne.
67. Bayık A ve ark. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5 (2): p. 68-74.
68. Kaya BB, İçağasıoğlu A, Eriman E, Moral Oğuz F. 55 Yaş Altı ve Üstü Romatoid Artritli Hastalarda Hastalık Aktivitesi Demografik Özellikler Ağrı ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11(3): p. 136-139.
69. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye'de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi. Toplum Hekimliği Bülteni, Eylül-Aralık 2007; 26(3): p. 7-12.
70. Akyüz G. Geriatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi. Geleneksel Çubukçu Günleri Konuşması 2006; p. 57-59.
71. İnal S, Subaşı F, Ay MS ve ark. Yaşlıların Fiziksel Kapasiteleri ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6(3): p.95-99.
72. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7 (3): p. 162-165.
73. Dilek F. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik

Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği; 2008.
74. Yazgan P. Yaşlıda Uyku Sorunu. Türk. Fiz. Tıp. Rehab. Derg. 2009; 55 Özel Sayı 2: p. 67-68



75. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. Huzurevinde Kalan Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(3): p. 143-149.
76. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği; 2006.
77. Demirağ AS. Kişisel Bakış Açısı Önemli Mi? Geriatride Yaşam Kalitesi Kavramı. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008; (2): p. 57-94.
78. Akyol Y, Durmuş D, Doğan C, Bek Y, Cantürk F. Quality of Life and Level of Depressive Symptoms in the Geriatric Population. Turk J Rheumatol 2010; 25: p. 165-173.
79. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü, Sağlıkta Yaşam Kalitesi. Sağlıkta Birikim Dergisi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2006; 1(2): p. 1-5.
80. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, 2005; p. 25-29.
81. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S. Tulunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Alan Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(3): p. 205-212.
82. Baran AG. Yaşlılıkta Sosyalizasyon Ve Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008; (2): p. 86-97.
83. Bayraktar R. Yaşlılıkta Biyolojik Ve Psiko-sosyal Belirleyiciler. Türk Geriatri Vakfi Geriatri Ve Gerontoloji Derneği 8. Ulusal Geriatri Kongresi, Özel Sayı, Fethiye. 29 Ekim-01 Kasım 2009.
84. Durademir AB. Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-bakım

Davranışları. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 1998.



85. Appollonia I, Carabellese C, Frattola L, Trabucchi M. Effects of Sensory Aids on the Quality of Life and Mortality of Elderly of Elderly People: A Multivariate Analysis. Age and Ageing 1996; 25: p. 89-96.
86. Kaya M, Aslan D, Vaizoğlu AS ve ark. Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11(1): p. 12-17.
87. Yıldırım YK. Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1) : p. 47-61.
88. Süt HK. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği; 2009.
89. Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2009.
90. Urcıoli O, Buono MD, Padoani W, Leo DD. Assesment of Quality of Life In The Oldest-Olds Living In Nursing Homes and at Home. Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl. 1998; (6): p. 507-514.
91. Tuncel D, Orhan FÖ. Geriatrik Sorunlar: Uyku Sorunları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı 2010. (erişim şubat 2011: TUBTORAKS_55_2_167_173.pdf. ).
92. Tural Ü. Uyku ve Bozuklukları. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları 2008.
93. Kaymak SU, Peker S, Cankurtaran EŞ, Songür AH. Yaşlılarda Uyku Sorunları. Akad

Geriatri Dergisi 2010; 2: p. 61-70.

94. Smyth C. The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). Issue Number 6.1, Revised 2007.



95. Fidan D. Ulusal Yaşam Kalitesi Skorlarını Hesaplama Çalışmaları: Farklı Ülkelerden EQ5D Örnekleri. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi AKM, İzmir. 25-27 Mart 2010.

96. Köktürk O, Çiftçi TU. Yaşlılarda Uykuda Solunum Bozuklukları. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7 (1): 9-14.

97. Montgomery P, Lilly J. Insomnia In The Elderly. BJM Clin Evid 2008; (1): p. 1-15.

98. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3 (2): p. 18-26.

99. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21 (1) : p. 13-31.

100. Süt HK, Ünsar S. Is EQ-5D a Valid Quality of Life Instrument In Patients With Acute Coronary Syndrome? Anadolu Kardiyol Dergisi 2011; 11:156-162.

101. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri D.E.Ü. Rektörlük Matbaası. 2001 – İzmir.

102. Yaish N, Zisberg A. Yaşlıda Rutin Uyku Kalitesi Shochat T. Katkısı. 2010; 33 (4) :509-514.

.

# ŞEKİLLER LİSTESİ

**ŞEKİLLER** **Sayfa**

**Şekil 1.** Yaşlanma ile uyku yapısında meydana gelen değişiklikler……. 25
**Şekil 2.** EQ-5D indeks skorun şekilsel gösterimi ..... 33
**Şekil 3.** EQ-5D VAS Ölçek……35
**Şekil 4.** Yaşlı bireylerin uyku kalitesi ile EQ-5D VAS puanları arasındaki ilişki…....78
**Şekil 5.** Yaşlı bireylerin uyku kalitesi ile EQ-5D indeks puanları arasındaki ilişki.....79

# TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 1.** EQ-5D İndeks Ölçeği Boyut ve Cevapları 34

**Tablo 2.** EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayıları 39

**Tablo 3.** Yaşlı bireylerin kişisel özelliklerine göre dağılımı 43

**Tablo 4.** Yaşlı bireylerin yaşam biçimlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı 45

**Tablo 5.** Yaşlı bireylerin kaldıkları huzurevine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı 48

**Tablo 6.** Yaşlı bireylerin uyku düzenlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımları 49

**Tablo 7a.** EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin her bir maddesine verilen cevapların frekans dağılımı 51

**Tablo 7b.** Yaşlı bireylerin EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve maddelerinden aldıkları puanların özellikleri / tanımlayıcı istatistikleri 52

**Tablo 8a.** Yaşlı bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) toplam puan ve bileşenlerinden aldıkları puanların tanımlayıcı istatistikleri 53

**Tablo 8b.** Yaşlı bireylerin uyku kalitesi düzeylerine göre dağılımları 53
**Tablo 9.** Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin yaşı ile Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişki 54



**Tablo 10.** Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 56
**Tablo 11.** Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 58
**Tablo 12.** Yaşlı bireylerin çocuklarının ziyaret etme sıklığına göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 60
**Tablo 13.** Yaşlı bireylerin sigara içme durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 61
**Tablo 14.** Yaşlı bireylerin alkol kullanma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 62
**Tablo 15.** Yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 63
**Tablo 16.** Yaşlı bireylerin günlük işlerde yardımcıya ihtiyacı olma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 65
**Tablo 17.** Yaşlı bireylerin yardımcı araç kullanma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 66
**Tablo 18.** Yaşlı bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 67
**Tablo 19.** Yaşlı bireylerin huzurevinde kalış süresine göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 69
**Tablo 20.** Yaşlı bireylerin huzurevinde kaldıkları oda tipine göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 71
**Tablo 21.** Yaşlı bireylerin huzurevini sessiz bulma durumuna göre Pittsburg Uyku

Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 72
**Tablo 22.** Yaşlı bireylerin huzurevinde kalmaktan memnun olma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 73



**Tablo 23.** Yaşlı bireylerin uykularının düzenli olma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 75
**Tablo 24.** Yaşlı bireylerin gece idrara çıkma durumuna göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması 76
**Tablo 25.** Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişki 77

# ÖZGEÇMİŞ

1987 Tekirdağ doğumlu Canan ESENYEL ilk, orta ve lise öğrenimini Tekirdağ'da tamamladı. 2005 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde eğitimine başladı. 2009 yılında hemşire unvanı alarak mezun oldu. Temmuz 2009-Eylül 2009 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisinde hemşire olarak çalıştı. Eylül 2009'da Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.

Kasım 2009- Temmuz 2010 tarihleri arasında T.C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Edirne Huzurevinde hemşire olarak çalıştı. Temmuz 2010'da Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesine hemşire olarak atandı. Temmuz 2010-Aralık 2011 tarihleri arasında Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Servisinde hemşire olarak çalıştı. Aralık 2011 tarihinde Tekirdağ Devlet Hastanesine hemşire olarak atandı. Halen Tekirdağ Devlet Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Servisinde hemşire olarak çalışmaktadır.

# EKLER

Ek 1: Anket Formu

Ek: 2: EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek 3: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Ek 4: Etik Kurul İzni

**(Ek-1)**

# ANKET FORMU

Bu araştırma, Edirne Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Uyku Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. İsim yazmanıza gerek yoktur. Lütfen size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz ve boş soru bırakmayınız.

Katılmayı kabul ettiğiniz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

LÜTFEN CEVAPSIZ SORU BIRAKMAYINIZ.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Danışman
Doç. Dr. Serap ÜNSAR
İç Hastalıkları Hemşireliği Yükseklisans
Öğrencisi
Canan ESENYEL

**Kişisel Özellikler**

1. Yaşınız…….

2. Cinsiyetiniz ……..

3. Medeni durumunuz



1 ( ) Evli 2 ( ) Bekar 3 ( ) Dul / Boşanmış

4. Eğitim durumunuz

1 ( ) Okuryazar değil 2 ( ) Okuryazar 3 ( ) İlkokul 4 ( ) Ortaokul

5 ( ) Lise 6 ( ) Yüksekokul

5. Sosyal güvenceniz

1 ( ) SSK 2 ( ) Emekli sandığı 3 ( ) Bağ kur 4 ( ) Yeşil kart 5 ( ) Yok

6. Çocuk sayınız ……..

7. Çocuklarınızı ne sıklıkla görüyorsunuz?

1 ( ) Her gün 2 ( ) Haftada 1-2 3 ( ) Ayda 1-2 4 ( ) Yılda birkaç defa

5 ( ) Nadiren yada hiç

**Yaşam Biçimi**

8. Kronik bir hastalığınız var mı?

1 (  ) var  2 (  ) yok



9. Kronik hastalığınızı/ hastalıklarınızı yazınız ……

10. Günde toplam kaç ilaç alıyorsunuz? ……..

11. İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz/ kullanıyor musunuz?

1 (  ) evet  2 (  ) hayır

12. Ne kadar süredir huzurevinde kalıyorsunuz?

1 (  ) 1 yıldan az
2 (  ) 1-3 yıl
3 (  ) 3-5 yıl
4 (  ) 5 yıl ve üzeri

13. Genel sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (  ) | (  ) | (  ) | (  ) | (  ) | (  ) | (  ) | (  ) | (  ) | (  ) | (  ) |

14. Sigara kullanıyor musunuz?

1 (  ) evet  2 (  ) hayır

15. Kullanıyorsanız  ne kadar (adet/gün) ……..kaç yıldır? …….

16. Alkol kullanıyor musunuz?



1 ( ) evet 2 ( ) hayır

17. Kullanıyorsanız ne kadar (kadeh/gün) …….kaç yıldır? ……

18. Günlük işlerinizi yaparken başkalarının yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?

1 ( ) evet 2 ( ) hayır

19. Kullandığınız yardımcı araç var mı?

1 ( ) evet 2 ( ) hayır

20. Düzenli egzersiz yapar mısınız?

1 ( ) evet 2 ( ) hayır

21. Egzersiz türünüz nedir?

1 ( ) yürüyüş 2 ( ) merdiven çıkma 3 ( ) diğer……

**Uyku Düzeni…….**

22. Uykunuz düzenli mi?

1 ( ) evet 2 ( ) hayır

23. Günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz? ……

24. Gündüz uyuklama sorununuz var mı?



1 (  ) evet  2 (  ) hayır

25. Uyku sorununuzla baş etme yönteminiz/ yöntemleriniz nelerdir?

1 (  ) hiçbir şey yapmama
2 (  ) süt içme / yoğurt yeme
3 (  ) tv seyretme/ radyo dinleme
4 (  ) dolaşma
5 (  ) ilaç alma
6 (  ) kitap / gazete okuma
7 (  ) dua okuma
8 (  ) el işi yapma
9 (  ) sigara içme

26. Gece idrara çıkıyor musunuz?

1 (  ) evet  2 (  ) hayır

27. Huzurevinde kalmaktan memnun musunuz?

1 (  ) memnunum  2 (  ) biraz memnunum  3 (  ) memnun değilim

28. Huzurevinde kaldığınız oda tipi

1 (  ) tek yataklı  2 (  ) çok yataklı

29. Huzurevi ortamı rahat uyku ve dinlenmenizi sağlayacak kadar sessiz mi?

1 (  ) evet  2 (  ) hayır

**(Ek-2)**

A- Hareket ederken (yürürken)

**EQ-5D**

## YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1( ) Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum

2( ) Yürürken bazı güçlüklerim oluyor

3( ) Yatalağım

B- Kendi Kendine Bakabilme *(yıkanırken veya giyinirken)*

1( ) Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum

2( ) Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor

3( ) Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan işler

*(*örneğin*, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya b*oş *zaman faaliyetleri)*

1( ) Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum

2( ) Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor

3( ) Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

1( ) Ağrı veya rahatsızlığım yok

2( ) Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var

3( ) Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Endişe / Moral Bozukluğu

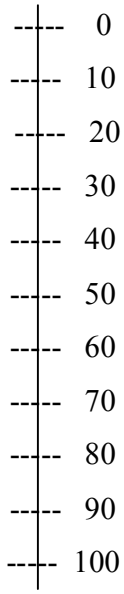
1( ) Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim

2( ) Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk

3( ) Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk



En kötü sağlık durumu




En iyi sağlık durumu



**(Ek-3)**

# PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

## PITSBURG UYKU KALİTESİ ANKETİ

**Açıklamalar:** Aşağıdaki sorular geçen ay boyunca olan uyku alışkanlığınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen aydaki gündüz ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

**Geçen ay boyunca;**

**1.** Genellikle ne zaman yatmaya gittiniz?.....

**2.** Her gece uykuya dalmanız ne kadar (kaç dakika) sürdü? sürdü?

**3.** Sabahları genellikle ne zaman uyandınız?……

**4.** Geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz? (bu yatakta kaldığınız süreden farklı olabilir) ……...

| | **Hiç (0)** | **Haftada birden az (1)** | **Haftada 1-2 (2)** | **Haftada 3 veya daha fazla (3** |
|---|---|---|---|---|
| **5.** Geçen ay boyunca aşağıda belirtilen uyku sorunlarını ne sıklıkta yaşadınız? | | | | |
| a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız | | | | |
| b. Gece yarısı veya sabah uyandınız | | | | |
| c. Tuvalet gereksiniminizi karşılamak zorunda kaldınız | | | | |
| d. Rahat şekilde nefes alamadınız | | | | |
| e. Öksürdünüz veya gürültülü şekilde horladınız | | | | |
| f. Aşırı şekilde üşüdünüz | | | | |
| g. Aşırı şekilde sıcaklık hissettiniz | | | | |
| h. Kötü rüyalar gördünüz | | | | |
| i. Ağrınız oldu | | | | |
| a. Diğer nedenler, lütfen belirtiniz …… | | | | |
| **6.** Geçen ay boyunca uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkta uyku ilacı (reçeteli-reçetesiz) kullandınız? | | | | |
| **7.** Geçen ay boyunca araba kullanırken, yemek yerken veya sosyal aktivite esnasında ne kadar sıklıkta uyanık kalmak için zorlandınız? | | | | |
| **8.** Geçen ay boyunca bu durum işlerinizi istekle yapmanızda ne derece sorun oluşturdu? | | | | |

| | **Çok iyi (0)** | **Oldukça iyi (1)** | **Oldukça kötü (2)** | **Çok kötü (3)** |
|---|---|---|---|---|
| **9.** Geçen ay boyunca,genel uyku kaliteniz nasıldı? | | | | |