



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA
UYGULANAN EL MASAJININ UYKU KALİTESİ VE KAYGI
DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞBA SARI

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ MERVE ÇAYIR YILMAZ

**AMASYA
AĞUSTOS 2025**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA
UYGULANAN EL MASAJININ UYKU KALİTESİ VE KAYGI
DÜZEYİNE ETKİSİ**

Tuğba SARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ**

**AMASYA
AĞUSTOS 2025**

Tuğba SARI tarafından hazırlanan “**HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA UYGULANAN EL MASAJININ UYKU KALİTESİ VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Başkan: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özge DEMİR

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

.....

Tez Savunma Tarihi: 20/08/2025

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Doç. Dr. Gonca ÜSTÜN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Tuğba SARI

20/08/2025

TEŞEKKÜR

Akademik bilgi ve deneyimleri ile desteğini hiç esirgemeyen, öğrenimim süresince danışmanlığımı yapan, üzerimde çok fazla emeği olan Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ’a sabır, anlayış ve özverisi için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi ve desteğiyle bana güç veren annem Kezban SARI’ya, manevi desteğini hep hissettiren canım babam Zeki SARI’ya, bu süreçte bana motivasyon kaynağı olan kardeşim Kübra SARI’ya, benden yardımını hiçbir zaman esirgemeyen sevgili arkadaşım Zehra ÇAKIR’a, yeri geldiğinde bana hem anne hem arkadaş olan teyzem Safiye İZGİ’ye, uzakta olsa da her zaman duacım olan teyzem Samiye ÇİÇEK’e

El masajı uygulamasında her türlü yardım ve danışmalığı sağlayan huzurevi fizyoterapistlerine,

Değerli vakitlerini ayırdıkları için huzurevi sakinlerine tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma	4
2.2. Yaşlılığın Epidemiyolojisi	5
2.3. Yaşlılara Yönelik Kurum Bakımı.....	6
2.3.1. Huzurevi.....	8
2.4. Kurum Bakımının Yaşlı Bireyler Üzerindeki Etkileri	9
2.5. Yaşlılarda Uyku Kalitesi.....	10
2.6. Yaşlılarda Uyku Kalitesinin Arttırılmasında Hemşirenin Rolü	11
2.7. Yaşlılarda Kaygı	12
2.8. Yaşlılarda Kaygının Azaltılmasında Hemşirenin Rolü	13
2.9. Masaj.....	14
2.9.1. El masajı.....	14
2.9.2. El masajı ve hemşirelik	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.3.1 Araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri	16
3.4. Randomizasyon ve Körleme	17
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	17

3.6. Veri Toplama Araçları	17
3.6.1. Tanıtıcı bilgi formu	17
3.6.2. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ).....	18
3.6.3. Sürekli kaygı ölçeği (STAI-TX).....	18
3.7. El Masajının Uygulanması.....	19
3.7.1. El masajı grubuna gerçekleştirilen uygulamalar	19
3.7.2. El masajının uygulama adımları.....	19
3.7.2.1. Masaj öncesi işlem basamakları.....	19
3.7.2.2. El masajı uygulama prosedürü	20
3.7.3. Kontrol grubuna gerçekleştirilen uygulamalar.....	21
3.8. Verilerin Toplanması.....	22
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	22
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
6.1. Sonuç	42
6.2. Öneriler	42
7. KAYNAKLAR.....	43
EKLER.....	57
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul	
Kararı.....	58
EK-2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Uygulama İzni.....	60
EK-3. Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü Uygulama İzni.....	61
EK-4. El Masaj Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	62
EK-5. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	64
EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	66
EK-7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	67
EK-8. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-TX).....	69
EK-9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni.....	71
EK-10. Sürekli Kaygı Ölçeği Kullanım İzni.....	72
ÖZGEÇMİŞ.....	73

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.2. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Yaş ve Huzurevinde İkamet Etme Süreleri.....	27
Tablo 4.3. El Masajı Grubu ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Uyku Kalitesi Alt Boyutları ve Genel Uyku Kalitesi Ön Test Puanları Bağımsız Gruplar için <i>T</i> -Testi Sonuçları	28
Tablo 4.4. El Masajı ve Kontrol Grubu Uyku Kalitesi Alt Boyutları ve Genel Uyku Kalitesi Ön Test ve Son Test Puanları	29
Tablo 4.5. Uyku Kalitesi Alt Boyutları ve Genel Uyku Kalitesi Puanları Son Test Ortalama ve Standart Puanlarının Dağılımı	32
Tablo 4.6. Uyku Kalitesi Alt Boyutları ve Genel Uyku Kalitesi Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.7. El Masajı Grubu ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Sürekli Kaygı Ön Test Puanları Bağımsız Gruplar için <i>T</i> -Testi Sonuçları	36
Tablo 4.8. El Masajı ve Kontrol Grubu Sürekli Kaygı Ön Test ve Son Test Puanları Bağımlı Gruplar için <i>T</i> -Testi Sonuçları.....	37
Tablo 4.9. Sürekli Kaygı Puanları Son Test Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	37
Tablo 4.10. Sürekli Kaygı Son Test Toplam Puanları Tek Yönlü ANCOVA Sonuçları	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.7.1. Consort Akış Şeması	22
Şekil 4.1. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Genel Uyku Kalitesi Puanları Değişim Grafiği	34
Şekil 4.2. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Uyku Süresi Puanları Değişim Grafiği	34
Şekil 4.3. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Öznel Uyku Kalitesi Puanları Değişim Grafiği	35
Şekil 4.4. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Uyku Latensi Puanları Değişim Grafiği	35
Şekil 4.5. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Uyku Bozukluğu Puanları Değişim Grafiği	35
Şekil 4.6. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Gündüz İşlev Bozukluğu Puanları Değişim Grafiği	36
Şekil 4.7. El Masajı ve Kontrol Grubundaki Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Sürekli Kaygı Puanları Değişim Grafiği	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklama

χ^2

Ki Kare

η^2

Eta-kare

Kısaltmalar

Açıklama

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

BM

Birleşmiş Milletler

ASHB

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

REM

Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketi)

NREM

Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Olmayan Göz Hareketi)

PUKİ

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

STAI-TX

Sürekli Kaygı Ölçeği

ANCOVA

Tek Yönlü Kovaryans Analizi

ÖZET

HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA UYGULANAN EL MASAJININ UYKU KALİTESİ VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

Tuğba SARI

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans, Ağustos/2025
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

Bu araştırma, huzurevinde kalan bireylere uygulanan el masajının uyku kalitesi ve kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Randomize kontrollü deneysel desendeki bu araştırma, Kasım 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında Amasya iline bağlı bulunan iki farklı huzurevinde kalmakta olan, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 54 birey (27 el masajı, 27 kontrol) ile yürütülmüştür. Müdahale grubundaki bireylere haftada üç kez, her iki ele 5 dakika olmak üzere toplam 10 dakika el masajı 4 hafta boyunca (toplam 12 seans) uygulanmıştır. Araştırmanın ön test verileri ilk görüşmede (1. gün), son test verileri ise 4 haftalık el masajı uygulamasının ardından (30. gün) toplanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki kare analizi, bağımlı örneklem t testi ve bağımsız örneklem t testi, tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır.

El masajı grubu ve kontrol grubundaki bireyler arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Her iki grubun, ön testte Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmış ($p < 0,05$) olup el masajı grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre uyku kalitelerinin daha düşük, kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Son testte ise el masajı grubundaki bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu ($p < 0,01$) bulunmuş olup, Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Diğer yandan el masajı grubunun Sürekli Kaygı Ölçeği ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve son testte ölçek puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç olarak huzurevinde kalan bireylere uygulanan el masajının, bireylerin uyku kalitesini arttırdığı ve kaygı düzeyini azaltmada kısmen etkili olduğu belirlenmiştir. Kötü uyku kalitesini ve yüksek kaygı düzeyini iyileştirmede hemşirelerin el masajından yararlanmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: El Masajı, Hemşirelik, Huzurevi, Kaygı Düzeyi, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

EFFECT OF HAND MASSAGE APPLIED TO ELDERLY PEOPLE STAYING IN A NURSING HOME ON SLEEP QUALITY AND ANXIETY LEVEL

Tuğba SARI

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Master of Science in Internal Medicine Nursing, August/2025
Advisor: Instructor Asst. Prof. Dr. Merve ÇAYIR YILMAZ

This study was conducted to determine the effects of hand massage on sleep quality and anxiety levels in individuals living in a nursing home.

This randomized controlled experimental study was conducted between November 2024 and December 2024 with 54 individuals (27 hand massage, 27 controls) residing in two different nursing homes in Amasya province. They met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Individuals in the intervention group received a 10-minute hand massage, 5 minutes on each hand, three times a week for 4 weeks (12 sessions in total). Pretest data were collected at the first interview (day 1), and posttest data were collected after the 4-week hand massage application (day 30). The control group received no intervention. Data were collected using an Introductory Information Form, the Pittsburgh Sleep Quality Index, and the Trait Anxiety Scale. Chi-square analysis, dependent sample t-test, independent sample t-test, one-way analysis of covariance (ANCOVA) were used to evaluate the data.

There was no significant difference in sociodemographic characteristics between the individuals in the hand massage group and the control group. A significant difference was found between the mean Pittsburgh Sleep Quality Index and Trait Anxiety Inventory scores of both groups at the pre-test ($p < 0.05$), and individuals in the hand massage group were found to have lower sleep quality and higher anxiety levels than those in the control group. In the post-test, the mean Pittsburgh Sleep Quality Index scores of individuals in the hand massage group were found to be significantly lower than those in the control group ($p < 0.01$), while no significant difference was found between the mean Trait Anxiety Inventory scores ($p > 0.05$). On the other hand, the difference between the mean pre-test and post-test Trait Anxiety Inventory scores of the hand massage group was significant, and the mean scale score was lower at the post-test ($p < 0.05$).

In conclusion, it was determined that hand massage applied to nursing home residents improved their sleep quality and was partially effective in reducing anxiety levels. Nurses are recommended to utilize hand massage to improve poor sleep quality and high anxiety levels.

Keywords: Anxiety Level, Hand Massage, Nursing, Nursing Home, Sleep Quality

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Yaşlı nüfus oranı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde dünyadaki her 6 kişiden 1'inin 60 yaş ve üzerinde olacağı, 2050 yılında dünyadaki 60 yaş ve üzeri nüfusun ikiye katlanacağı (2,1 milyar) ve 2020 ile 2050 yılları arasında 80 yaş ve üzeri nüfusun üç kat artarak 426 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir [1]. Türkiye'de yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus, 5 yıl içerisinde %20'den fazla artış göstermiş olup 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 iken 2024 yılında 9 milyonun üzerine çıkmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa göre oranı ise %10,6 olmuştur. Bu oranın 2030 yılında %13,5, 2040 yılında %17,9, 2060 yılında %27,0 ve 2080 yılında %33,4'e ulaşacağı tahmin edilmektedir [2].

Yaşlı nüfus oranındaki hızlı artış, uzun yaşamla birlikte kimsesizlik, yoksulluk, engellilik ve artan kronik hastalıkları beraberinde getirmektedir [3]. Yaşlanma ile birlikte organizmada gelişen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bireylerin temel günlük yaşam becerilerini yerine getirme yeterliliği ve bağımsızlık düzeyleri için risk oluşturmakta olup sonuçta yaşlı bireylerin bakım ve destek gereksinimlerini arttırmaktadır [4].

Günümüzde yaşlı nüfus oranındaki artışın yanı sıra toplum ve aile yaşamında da önemli değişimler olmuştur. Kalabalık aile yapısı yerini çekirdek aileye bırakmış, kentleşme artmış ve kadınlar çalışma hayatında daha fazla yer almaya başlamıştır [5]. Kalabalık aile yapısının değişmesi ve evdeki primer bakım verici olan kadının iş hayatına geçişi ile birlikte yaşlı bakım süreçleri olumsuz etkilenmiştir. Bu durum çoğu yaşlının yalnız veya kurumda yaşamasına neden olmakla birlikte kurum bakımında ise en sık tercih edilen yerler huzurevleri olmuştur [4, 6].

Huzurevleri, yaşlı bireylerin bağımsız kalabilecekleri ve gerektiğinde bakım alabilecekleri güvenli ve sosyal bir yaşam ortamı sunmayı amaçlayan kurumlardır. Huzurevlerinin en temel özelliği, gündelik ihtiyaçların karşılanmasında ev ortamının oluşturulmaya çalışılması ve bireylerin uzun süreli ikamet ettikleri yerler olmasıdır [6]. Kurum bakımında yaşlı bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanması her ne kadar öncelikli olsa da kurum bakımını tercih eden yaşlılarda, kendini kabullenme ve öz saygıyı belirleyen çevreyi tanıma ve denetleyebilme imkânları azalabilmekte ve yaşlı birey dışlanma, değersizlik gibi duyguları deneyimleyebilmektedir [7]. Yaşlanmanın getirdiği bedensel ve psikolojik değişimler huzurevindeki yaşam koşullarıyla birleştiğinde ise mobilite sorunları,

boşaltım ve beslenme problemleri ve uyku sorunları gibi bireyin günlük yaşam becerilerindeki bozulmalarla daha sık karşılaşmaktadır [8].

Uyku sorunları, kurum bakımında kalan yaşlı bireylerde sık karşılaşılan ve giderek yaygınlaşan bir problem olup, bozulan günlük yaşam becerilerinin önemli göstergelerinden biridir. [9]. Şenol vd. (2013)'nin, huzurevinde kalan yaşlılarla gerçekleştirdiği çalışmasında, yaşlıların yarısından fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğu ve en çok etkilenen alanın ise uyku süresi olduğu saptanmıştır [10]. Zhu vd. (2020)'nin çalışmasında ise huzurevinde kalan yaşlıların büyük çoğunluğunun kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve yaş, kronik hastalık, sosyal destek ile uyku kalitesinin ilişkili olduğu belirlenmiştir [11]. Yaşanılan çevre ve bakım türü, bireylerin yaşlılık sürecinde gelişen değişikliklere uyumunu etkileyebilmekte ve huzurevinde kalan yaşlılarda motivasyon eksikliği, sosyal izolasyon ve kaygı gibi duyguların açığa çıkmasına neden olmaktadır [12].

Kaygı, insanda oluşan nedeni belli olmayan tedirginlik ya da istemsizce korkma anlamına gelen bir duygudur [13]. Huzurevinde kalmak, yakınların ölümü, değersizlik hissi, kişinin kendi evinden ayrılması gibi yaşlılıkta karşılaşılan üzücü olaylar, yaşlı bireylerde kaygıya neden olmaktadır [12, 14]. Barakat vd. (2019)'nin çalışmasında, huzurevinde yaşayan bireylerin üçte birinden fazlasının şiddetli ve orta düzey kaygıya sahip olduğu belirlenmiştir [15]. Benzer şekilde Ulbricht vd. (2019)'nin çalışmasında huzurevinde kalan yaşlılar arasında depresyon ve kaygının yaygın ve sıklıkla birlikte görülen bozukluklar olduğu bildirilmiştir [16]. Alvaro vd. (2013)'nin çalışmasında ise kaygı ile uyku bozukluklarının ilişkili olduğu belirtilmektedir [17].

Huzurevinde kalan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi ve devamlılığı, yaşlı bireylerin bağımsızlığının artması açısından önemli olup bireylerin kendine olan saygısının gelişmesinde de etkilidir [18]. Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku bozuklukları ve kaygı sıkça karşılaşılan sorunlar olup [16, 9], yönetimde farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden yararlanılmaktadır [19]. Ancak farmakolojik tedavi yöntemlerinin etkilerinin sınırlı olması ve çeşitli yan etkilere sahip olması, farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerine olan talebi arttırmıştır [20]. Uyku problemlerini ve kaygıyı azaltmada kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler arasında aromaterapi, bilişsel davranışçı terapi, meditasyon, el masajı vb. yer almaktadır [21 ve 22].

El masajı, semptom yönetiminde sık kullanılan sıvazlama, yoğurma, ovma, vurma ve titreşim içeren beş ana masaj manevrasıyla gerçekleştirilen bir uygulamadır. El masajı; davranışsal ve psikolojik belirtileri azaltmak, bireylerin sakinleşmesini ve gevşemesini

sağlamak, birey ve bakım vericiler arasında iletişime destek sağlamak, uygulama güvenirliliği-kolaylığı sağlamak, yaşam doyumunu iyileştirmek ve bireyin yoğun olarak yaşadığı uyku problemleri, yorgunluk, ağrı, stres, kaygı ve depresyon gibi semptomları azaltmak amacıyla uygulanmaktadır [23 ve 24]. El masajının kolayca öğrenilip yapılabilir olması, non-invaziv olması, durum değişikliği gerektirmemesi ve mahremiyete aykırı olmaması avantajlı yanlarıdır [25].

Literatürde aromaterapi el masajının uyku kalitesi ve anksiyete düzeyine etkisini ortaya koyan çalışmalara [26 ve 27] rastlanmıştır olup, hassas bir grup olan huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yalnızca el masajının uyku kalitesi ve kaygı düzeyine etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Bu çalışmanın, huzurevinde yaşayan yaşlılardaki uyku problemleri ve kaygının yönetiminde el masajının etkisine ilişkin sonuçları ile literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma ayrıca hemşirelerin sundukları bakım hizmetlerine, el masajının güvenli bir biçimde entegre edilebileceğine ilişkin farkındalık oluşturacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının uyku kalitesi ve kaygı düzeyine etkisini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın hipotezleri:

H1-0: Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının, uyku kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H1-1: Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının, uyku kalitesi üzerine etkisi vardır.

H2-0: Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının, sürekli kaygı düzeyi üzerine etkisi yoktur.

H2-1: Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının, sürekli kaygı düzeyi üzerine etkisi vardır.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tek merkezdeki/huzurevindeki yaşlı sayısındaki yetersizlik nedeniyle çalışmanın iki farklı merkezde gerçekleştirilmesi bu araştırmanın sınırlılığıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlanma

Yaşlılık; genetik ve çevresel koşulların birbirini etkilediği, bedensel ve psikolojik farklılıkların meydana geldiği, her canlıda gerçekleşen tıpkı çocukluk, yetişkinlik gibi bir yaşam dönemidir [28]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı; “Yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinin azalması ve çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” şeklinde tanımlamaktadır [29]. Yaşlılık kendi içinde 65-74 yaş arası “genç yaşlılık”, 75-84 yaş arası “orta yaşlılık”, 85 ve üzeri yaş için “ileri yaşlılık”, 100 yaş ve üzeri için ise “asırlık yaşlılık” şeklinde sınıflandırılmaktadır [30]. Yaşlılık, çoğu kez yaşlanma kavramı ile karıştırılmaktadır [31].

Yaşlanma; zamanla sosyal, zihinsel, fiziksel değişikliklerle birlikte akut veya kronik hastalıkların oluşma riskinin arttığı olağan bir süreçtir [32 ve 33]. Yaşlanma, anlaşılması güç ve kişiye özel bir durumdur [34]. Yaşlanma kronolojik, biyolojik, psikolojik ve toplumsal olmak üzere genelde dört boyutta ele alınmakta [35] olup yaşlanmanın boyutlarına aşağıda değinilmiştir.

Kronolojik Yaşlanma: Bireyin doğumundan itibaren ne kadar süre yaşadığıdır. 75 yaşında bir birey 85 yaşında bir bireyden kronolojik olarak daha gençtir. Kronolojik yaş biyolojik, sosyal, psikolojik yaşla uyumlu olmayabilir. Örnek olarak, 85 yaşında biri aktif yaşama sahip olunurken 75 yaşında diğer bir kişi yaşamını evde geçirebilir [31].

Biyolojik Yaşlanma: Kişinin doğum öncesi dönemden itibaren yaşamı boyunca büyüme ve gelişme sürecinde yaşadığı hücre kaybının sonucu olarak oluşur. Vücut sisteminde bozulmalar meydana gelir. Yaşlanmayla kemik kitlesinin giderek azalması sonucu boy kısalır, cildin elastik dokusu ve yağ dokusu azalır. Zaman geçtikçe görme ve duyma yetisi zayıflar, zihinsel fonksiyonlar nöron kaybına bağlı geriler, vücudun yapısı ve onarım işlevi zayıflar [31, 36].

Psikolojik Yaşlanma: Bellek, akıl, duygusal başa çıkma gibi özelliklerdeki farklılıklar, çevresel adaptasyonu etkiler. Çevresel adaptasyonu ve başa çıkma becerisi yüksek olan kişiler psikolojik genç, düşük olan kişiler psikolojik yaşlı olarak tanımlanır [36].

Sosyal Yaşlanma: Yaşlının toplumda yer aldığı konumu ve rolleriyle ilişkilidir. Sahip olunan rol ve konuma zaman içinde yenisi eklenebilir ya da kaybedilebilir. Örnek olarak toplumda yaşlı bireylerin dede, babaanne, anneanne olması yeni roller kazandığının göstergesi ya da bir işte çalışırken emekliye ayrılması bir rolün kaybedilmesi ya da değişimi

olabilir. Toplumda yaşı bireyin yaptığı bazı davranışlar yaşına uygun olarak görülmeyebilir ve yaşı birey eleştirilebilir. Bu bağlamda yaşının sosyal yaşı, bireyin yaşına ve yaşlanma sürecine yönelik algısının oluşmasında etkilidir [31].

2.2. Yaşlılığın Epidemiyolojisi

Toplumda artan sağlık farkındalığı, halk sağlığı hizmetlerindeki yaygınlaşma, tanı ve tedavi hizmetlerindeki gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlanmış olması ve doğum oranlarının düşmesi gibi durumlar yaşı nüfusta artışa neden olmuştur [37]. Birleşmiş Milletler'in (BM), Dünya Nüfus Beklentileri 2024 raporunda; yaşı nüfusun 8,2 milyar kişiden, 2080'lerin ortalarında yaklaşık 10,3 milyara ulaşacağı ve doğum sıklığının azalmasına bağlı olarak dünyanın hızla yaşlanacağı belirtilmiştir [38]. Ayrıca 65 yaş ve üzeri birey sayısının 2050 yılına kadar, 5 yaş altı çocuk sayısından 2 kat daha fazla olacağı bildirilmiştir [39]. Bu durumun devam etmesi halinde 2080 yılına gelindiğinde, 18 yaş altındaki tüm çocuk sayısından daha fazla yaşı olacağı belirtilmektedir [38]. DSÖ'de benzer şekilde dünyada yaşı nüfusun hızla arttığını, genel nüfus içindeki yaşı nüfus oranında büyüme yaşandığını ve insanların büyük çoğunluğu için yaşam beklentisinin 60 yaş ve üzerinde olduğunu belirtmiştir [40]. BM, 2024 yılında doğumdaki ortalama yaşam beklentisinin 73,3 yıla ulaştığını, 2054 yılında ise 77,4 yıla ulaşacağını öngörmektedir [38].

Dünyadaki demografik değişime paralel olarak Türkiye de bir değişim sürecine girmiş olup ülkemizdeki yaşı sayısı ve yaşam beklentisi her geçen gün artmaktadır [41]. Ülkemizde yaşı nüfus, son beş yıl içerisinde %20,7 artarak 9 milyon üzerine çıkmıştır [42]. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2023 yılı verilerine göre; 2075 yılında nüfusun %31,7'sinin yaşı olması öngörülmektedir. Bu da 2075 yılına gelindiğinde her 3 kişiden 1'inin yaşı olacağı anlamına gelmektedir [43].

Yaşı nüfus oranının %10'un üzerinde olması, bir toplumun yaşlandığının işaretidir [44]. BM, Dünya Nüfus Beklentileri 2022 raporunda; dünyadaki 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının %10 olduğu, 2050 yılında ise bu oranın %16'ya çıkacağı öngörülmüş ve 65 yaş ve üzeri yaş grubunun 65 yaş altı tüm yaş gruplarına oranla daha hızlı büyüdüğü belirtilmiştir [45]. Ülkemiz 2023 yılı itibarıyla %10,2'lik yaşı nüfus oranıyla en çabuk yaşlanan ülkelerden olmuştur [46]. Dünya nüfus tahminlerine göre 2024 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun en yüksek olduğu ülke %36,2 ile Monako olmuştur. Monako'yu sırasıyla %29,8 ile Japonya, %24,6 ile İtalya izlemiştir. Yaşı nüfusun %1,7 ile en düşük olduğu ülke ise Katar'dır. Türkiye, dünyada en çok yaşı nüfusa sahip 75. ülke

konumundadır. [42]. Ülkemizdeki demografik süreçler, bölgelere göre farklılaşmaktadır [41]. Karadeniz Bölgesi yaşlı nüfus açısından en yoğun bölge iken, Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşlı nüfus sayıca daha azdır [47].

2.3. Yaşlılara Yönelik Kurum Bakımı

Yaşlılıkta bedensel ve ruhsal gerilemeler ya da kayıplarla karşılaşılabilir. Yaşlanma kişisel bir deneyimdir fakat yaşlının toplumdaki konumunun ve öneminin belirlenmesinde toplumun değerleri etkilidir. Dolayısıyla yaşlılığı sadece biyolojik yönden değil toplumsal ve kültürel yönden de ele almak gerekir. Yaşlanma bedensel, zihinsel, yapısal ve kimyasal süreçlerdeki gerilemenin katlanarak artmasıyla oluşan bir durumdur. Yaşın artmasıyla vücutta birçok değişim ve gerileme (böbrek ve mesane fonksiyonlarında kayıp, kardiovasküler sistemde bozukluk, inme riskinde artış, kas-kemik kitlesinde zayıflık, tepkilerde azalma/ yavaşlama, bilişsel fonksiyonlarda kayıp vb.) meydana gelmektedir. Bu sorunları yaşayan yaşlı bireylerin gün içerisindeki rutinlerini sürdürebilmeleri için bir başkasının bakım ve desteğine ihtiyaçları vardır. Bu süreçte bakım ve destek ihtiyacı oluşan yaşlının gereksinimlerinin ev ya da kurum bakımıyla karşılanması gerekmektedir [48 ve 49].

Yaşlılara yönelik bakım, formal ve informal olarak karşılanabilir [49]. Formal bakım, bakım ihtiyacının sağlık ya da sosyal bakım personeli (sosyal çalışmacı, hemşire, evde bakım teknikeri, fizyoterapist, yaşlı bakım teknikeri) tarafından evde veya bakım hizmeti veren kurumlarda karşılanmasıdır [50]. İnformal bakım ise bakım ihtiyacının evlat, eş, komşu, akraba, arkadaş ya da akraba olmayan kişiler tarafından maddi karşılık beklenmeden karşılanmasıdır [51]. Yaşlının bakım ihtiyacının karşılanmasında aile, önemli yere sahiptir. Bakım verme rolü aile içinde çoğunlukla tek bir kişiye yüklenmiştir ve yaygın kanı olarak kadın, bakımdan sorumlu tutulmuştur. Genellikle evlat, eş ve gelinlerin bakım sorumluluğunu aldığı görülmektedir [52]. Štrancar (2024)'ın informal bakım verenlerle yaptığı çalışmada, yaşlı bireyin bakımının daha çok kızları ve eşleri tarafından karşılandığı belirlenmiştir [53]. Akgün-Çıtak vd. (2020)'nin yaptığı Türkiye'nin de içinde bulunduğu dört Avrupa ülkesini kapsayan bir başka çalışmada; yaşlıya bakım veren kişilerin çoğunun kadın olduğu ve genelde eş, gelin, kız evlat gibi yakın akrabalarından oluştuğu bulunmuştur [54]. Yaşlı bireye aile üyeleri ya da yakını tarafından sunulan bakım, sağlık profesyonelleri tarafından sunulan bakımdan maliyet olarak her ne kadar uygun olsa da süreç aile bireyleri için özellikle ileri yaştaki bakım verenler için zorlayıcı olmaktadır. Bakım vericiler bu süreçte bedensel, ruhsal ve sosyal yönden etkilenmekte, birçok stresöre maruz kalmakta ve

sonuçta bakım veren bireylerin yaşam memnuniyetleri azalmaktadır [55]. Ayrıca yaşlıya ailesi tarafından verilen bakım, manevi yük oluşturmakta ve bu durum kurum bakımının bir tercih olarak görülmesine neden olmaktadır [6].

Yaşlılara yönelik kurum bakımı, özel veya devlete ait kurum ve kuruluşlar tarafından yaşlı bireyin bakım gereksinimini karşılamaya yönelik sunulan hizmetlerdir. Ev içi bakım hizmetine göre ağır sağlık sorununa sahip kişiler için tıbbi bakım ve tedavi sunumu açısından daha uygun olduğu düşünülmektedir [56]. Kırsal veya kentsel yaşam, cinsiyet, evde daha önce bir ayrılık yaşanması gibi durumlar yaşlının kurum bakımı tercihinin etkilemektedir. Lv vd. (2024)'nin yaptığı çalışmada, yalnız yaşayan kadınların ve çocuk sayısı az olanların kurumsal bakım alma olasılığının daha fazla olduğu görülmüştür [57]. Günümüzde kurum bakımı, gelişmiş ülkelerdeki yaşlılarda ortaya çıkan sorunların ve oluşan gereksinimlerin giderilmesinde en sık başvurulacak bakım türü olma özelliğine sahiptir. Kurum bakımından yararlanabilme, her ülkede farklı şartlara bağlı kılınmış olup devlet-özel kuruluşların/yerel yönetimlerin ortak çalışması doğrultusunda yürütülmektedir [58]. Birçok batı ülkesi son dönemlerinde ev bakımı yerine kurum bakımını tercih eder hale gelmiştir [59].

Kurum bakımı, ülkemizde de yaşlı bireylerin bakım ve korumalarının sağlanmasında sunulan en temel hizmetlerdendir [60]. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) tarafından veya özel kurum ve kuruluşlarca çeşitli adlar altında yaşlılara yönelik kurum bakımı sağlanmaktadır [61]. Aşağıda dünyadaki ve ülkemizdeki yaşlılara yönelik kurum bakımlarına ilişkin örneklerle yer verilmiştir.

Gündüz Bakım Evi: Aile bakımında olan yaşlının; aktif rolünün devam etmesinde, yaşam doyumunun ve sosyal faaliyetlerinin sürdürülmesinde, iletişimin devamlılığında, ruhsal sağlığın korunmasında etkili kurumlardan biri olan gündüz bakım evi, yaşlıya çeşitli imkânlar sunarak günlük yaşamına destek olmaktadır [62].

Yaşlı (Emekli) Köyü: Bu köyler, yaşlı bireylerin bağımsız yaşamlarının desteklenmesi, akranlarıyla ilişkilerinin sürdürülmesi, sağlık ve sosyal hizmet ihtiyaçlarının karşılanması ve boş zaman aktivitelerinin oluşturulmasında etkilidir. Ayrıca sağlık personeline erişim imkânı sunarak, kurumsal bakım sağlaması açısından da önemlidir. Ülkemizde 1997 yılında Adana'da yapılan 54 adet bahçeli konutu içeren 'Küçük Evler' projesi yaşlı köyüne benzer en eski çalışma olup, yaşlılar arası dayanışma, komşuluk ve sosyal aktiviteleri desteklemektedir [63].

Korumalı-Korunaklı Konut: Korunaklı konutlar; evsizler, muhtaç durumda olanlar ve tamamen bakıma gereksinimi olmayan yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanmasında, sağlık

durumlarının kontrol edilmesinde, bağımsız yaşamlarının desteklenmesinde zengin olanaklar içeren konutlardır. Yalnız yaşam, tadilat sorunları, güvenlik endişesi gibi durumlar yaşlıların korunaklı konutları tercih etmelerinde etkili olmuştur. Konutlar, dezavantajlı gruplar düşünülerek tasarlanmıştır. Ulaşım açık mutfak, banyo gibi alanlar mevcuttur. Kiracıların yardıma ihtiyaç duydukları anda çağrıda bulunmaları için alarm sistemleri ve kiracıları kontrol eden, yapılacak faaliyetleri düzenleyen, konutların hijyenini sağlayan görevliler bulunur. Tüm konutlarda ilaçlardan sorumlu 24 saat nöbet tutan ya da bireylerin ihtiyaç duyması halinde görev yapan sağlık personelleri mevcuttur [64 ve 65].

Yaşlı Bakım Merkezi: Günlük yaşamı devam ettirmek için desteğe gereksinimi olan (yatalak, engelli, demans tanılı vb.) yaşlılara hizmet sunan merkezlerdir [48].

Yaşlı Yaşam Evi: Huzurevi gibi yoğun kapasiteye sahip kurumlarda yaşamak istemeyen yaşlılara il, ilçe merkezlerinde, insanlardan uzaklaşmadan yaşama fırsatı veren kurumlardır. Bağlı olduğu birim, evin tüm ihtiyacını karşılamakta ve yaşlının bakımını sağlamaya yönelik personel hizmeti sunmaktadır. Ülkemizde ilk kez 2009 yılında Ankara’da faaliyete geçirilmiş daha sonra kapatılıp İzmir, Isparta, Karaman gibi illerde tekrar açılmıştır [66]. Ülkemizde 32 yataklı, 32 bireyin hizmet aldığı 6 yaşam evi bulunmaktadır [67].

Huzurevi: Huzurevine aşağıda detaylıca değinilmiştir.

2.3.1. Huzurevi

Yaşlı huzurunu sağlamaya yönelik kurum bakım hizmetlerinin en önemlilerinden biri, huzurevleridir [7]. Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde huzurevi; “Sağlıklı yaşlıları huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal, fiziksel ve moral ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından kurulan ve yirmi dört saat yatılı hizmet veren, en az yirmi kapasiteli sosyal hizmet kuruluşu” olarak tanımlanmaktadır [68]. Huzurevi, yaşlı bireyin ihtiyaç duyduğu yıkanma, giyinme, yemek pişirme gibi ev içi aktivitelerinin devamlılığının sağlanmasında ve yaşlı bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemlidir. Bakımda, yaşlı bireylerin kendi evlerindeymiş gibi güvenli bir ortamda ikamet etmeleri ve mevcut olan işlevsel düzeylerinin korunması hedeflenir. Ayrıca kurum bünyesinde, tedavi ve takip süreçlerinin yürütülmesinin yanı sıra, istismar ve ihmal durumlarına ilişkin değerlendirmeler de gerçekleştirilmektedir [69].

Ülkemizde ASHB’ye, yerel yönetimlere, özel kurum ve kuruluşlara bağlı huzurevleri bulunmaktadır. Huzurevlerine başvuru koşulları, ilgili yönetmelikte belirtilmiş olup bu

koşullar; 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak, kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak, yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak, ruh sağlığı yerinde olmak, bulaşıcı hastalığı olmamak, uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak, sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmaktır [70]. ASHB'ye bağlı huzurevi sayısı, hizmet alan yaşlı miktarı ve kontenjanı değerlendirildiğinde; 2002'de 63 olan huzurevi sayısı 2024 itibariyle 168'e, 4,952 hizmet alan yaşlı sayısı 2024 yılında 14,712'ye yükselmiştir. 2002 yılına göre huzurevi sayısı ve kontenjanı 2,7 kat, kurumdan hizmet alan yaşlı ise yaklaşık 2,8 kat artış göstermiştir [71 ve 72]. 2023 yılı itibariyle toplam huzurevlerinin %37'si kamuya bağlı iken %59'u özel kamu kurum ve kuruluşlar bünyesinde hizmet vermektedir [71]. Bakanlık tarafından kontrolleri gerçekleştirilen özel huzurevlerinin sayısı 267 olup, bu huzurevleri 13,030 yaşlıya hizmet vermektedir [67, 72]. 61 ilimizde bakanlığa, Burdur ve Kayseri illerimizde ise yerel yönetimlere bağlı huzurevleri bulunmaktadır. Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgeleri başta olmak üzere 18 ilimizde huzurevi dahil yaşlılara bakım veren bir kuruluş bulunmamaktadır [66]. Türkiye Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu (2017)'nda huzurevlerinde mevcut 706 boş yatak olduğu, kurum hizmetinden yararlanmak isteyenlerin sayısını yaklaşık 8,000 civarında olduğu, bekleyenlerin yarısından fazlasının ise kadın olduğu bildirilmiştir [60]. Yaşlı nüfusun ve kurum sayısının fazla olduğu illerde başvuru ve bekleyen sayısında artış olurken, kurum sayısının az ya da hiç olmadığı illerde sayı düşüktür. Bunun nedeni, kurum sayısının yetersizliğinin yanında geleneğe bağlı kalıp aile bakımının sürdürülmek istenmesidir [66].

2.4. Kurum Bakımının Yaşlı Bireyler Üzerindeki Etkileri

Günümüzde yaşlı birey sayısındaki hızlı artış, yaşlılarda sağlık ve bağımlılık sorunlarının oluşmasına neden olmakta bu durum yaşlı bireyleri bakıma muhtaç hale getirmektedir [48]. Zaman içerisinde değişikliklere uğrayan yaşlı bakımı, aile üyeleri tarafından karşılanmaktan çıkmış olup yerini kurum bakımına bırakmıştır [73]. Yaşlanma ile birlikte kısıtlı barınma olanakları, sağlık sorunları, çoklu ilaç kullanımı, destek ihtiyacı gibi durumlar kurum bakım gereksinimini daha da arttırmaktadır [74]. Kurum bakımı, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını desteklemenin yanı sıra, gerekli bakım hizmetlerini sağlamakta ve sosyal etkileşimi teşvik ederek serbest zamanın değerlendirilmesine olanak tanımaktadır [75]. Ülkemizde kurumda kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada, kurum bakımından memnuniyet düzeyinin %85 olduğu ve artan memnuniyetin yaşam doyumunu

da arttırdığı belirlenmiştir [76]. Diğer yandan kurum bakımının fiziksel ve psikolojik yönden olumsuz etkilerinin olabileceği de belirtilmektedir [77]. Yapılan çalışmalarda kurum bakımı alanların uyku kalitesin daha düşük [78], umutsuzluk, çaresizlik [79], kaygı, yalnızlık, depresyon [80] ve depresif belirti yaşama sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur [81].

2.5. Yaşlılarda Uyku Kalitesi

Uyku, vücudun güç kazanması ve bireyin istirahatinin sağlanmasında etkili olan kompleks yapıli bir süreçtir. Olağan uyku süreci, hızlı ve hızlı olmayan göz hareketlerinin olduğu REM ve NREM uyku evrelerinden oluşmaktadır [82]. NREM evresi dört aşamada gerçekleşir. Birinci aşama, uykuya dalış aşamasıdır. Bu aşamada birey hızlıca uyandırılabilir. Uykunun ilk 15 dakikası bu aşamayı oluşturur. İkinci aşama, uykunun gittikçe derinleştiği ve uyanmanın zorlaştığı aşamadır. Uykuyu büyük ölçüde bu evre oluşturur. Göz hareketleri yoktur. Nabız, nefes alma hızı, vücutta gerçekleşen tepkimelerin hızı azalır. Üçüncü aşamada, diğer aşamalardan daha derin uyku gerçekleşir [83]. Son aşama ise kasların rahatlaması ve vücudun iyilik hali için gerekli aşamadır ve yaşlanma ile birlikte süresi gitgide kısalır [84 ve 85]. NREM evresinin ardından REM evresine geçiş yapılır [84]. REM evresinde, kalp hızı ve kan basıncında artış olmaktadır. REM evresi öğrenmenin gerçekleştiği ve rüyaların görüldüğü evredir [85].

Uyku kalitesi; uyku süresi, uyku memnuniyeti ve uyku tutarlılığı (düzenliliği) ile birlikte uyku sağlığının önemli bir bileşenidir [86]. Yaşla birlikte uyku süresinde farklılıklarla karşılaşmaktadır. Bebeklik çağında genellikle 16 saat uyku yeterli olurken, erişkinlikte 7-8 saat uyku yeterli olmaktadır. Yaşlılık döneminde ise bölünmüş bir uyku düzeni, dikkati çekmektedir [87]. Tekrar uyumak çoğu yaşlıda yarım saatten fazla zaman almakta olup kadınlarda bu durum ile daha sık karşılaşmaktadır. Uyku problemleri; yaşlının uyanık geçirdiği vaktin artmasına, erken kalkma ve gün içinde uyuma gibi durumların oluşmasına neden olmaktadır [88]. Uyku-uyanıklık döngüsünde meydana gelen bu bozulmalar da düşük uyku kalitesine sebebiyet vermektedir [89]. Kötü uyku kalitesi ise yorgunluk, halsizlik, bedensel ve ruhsal sorunlar, düşmeler, yaşamdan alınan doyumunun azalması ile sonuçlanmaktadır [90]. Ülkemizde 2023 yılında 449 yaşlı bireyle gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %62,1'inin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir [91]. Pekçetin ve İnal (2019) tarafından yapılan çalışmada azalan uyku kalitesinin yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu [89], Han vd. (2021)'nin yaptığı çalışmada yetersiz uykuya sahip olanların olmayanlara göre düşme riskinin 2,57 kat arttığı

saptanmıştır [92]. Güney Kore’de 55,654 yaşlının katıldığı çalışmada ise günde 5 saatten az uykuya sahip olanlarda düşmeye bağlı yaralanma riskinin arttığı, ayrıca günde 8 saatten fazla uyumanın da gündüz uyuklamalarına neden olup düşme açısından risk oluşturduğu belirlenmiştir [93].

Yaşlılarda uyku sürecine etki ederek uyku kalitesini düşüren birçok faktör bulunmakta olup bunlar arasında kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, psikiyatrik bozukluklar, sigara ve alkol kullanımı, ailesel sorunlar, eşin ölümü vb. yer almaktadır [88, 94]. Yaşlılardaki uyku kalitesini etkileyen bir diğer faktör ise kurum bakımı alıyor olmasıdır [86]. Huzurevinde ve evde kalan yaşlıların uyku kalitesinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, huzurevinde kalanların uyku kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [95 ve 96]. Liu vd. (2022)’nin Çin’deki huzurevinde gerçekleştirdiği çalışmada yaşlıların %60,9’unun, Şimşek vd. (2022)’nin ülkemizde gerçekleştirdiği çalışmada her 10 yaşlıdan 7’sinin uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur [97 ve 98]. Kim ve Yoon (2020)’un çalışmasında ise ağrı, yorgunluk, gece gürültüsü ve ışık varlığının uyku kalitesini etkilediği belirlenmiştir [99].

2.6. Yaşlılarda Uyku Kalitesinin Arttırılmasında Hemşirenin Rolü

Uyku, bireyin sağlığına etki eden bir süreç olup gün içinde bireyin kaybettiği canlılığı tekrar kazanmasında ve yorgunluğun azaltılmasında oldukça etkilidir [100]. Bedensel ve ruhsal sağlığın sürdürülmesi ve yaşam doyumunun sağlanması için kaliteli bir uykuya ihtiyaç vardır [101]. Ancak yaşlanma süreciyle birlikte uyku kalitesinde düşüş ile karşılaşilmektedir [102]. Yaşlı bireyler, kötü uyku sonucunda bedensel, sosyal ve zihinsel iyilik hâlini sürdürememekte; halsizlik, yorgunluk ve düşmeler gibi fiziksel aktiviteyi kısıtlayan durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Ayrıca kaliteli olmayan bir uyku, günlük yaşam aktivitelerinde ve zihinsel süreçlerde bozulmaya neden olarak değişken ve depresif ruhsal sorunlara yol açabilmektedir [103].

Yaşlılarda kaliteli bir uyku için; uykuya dair yaşanan sorunların analiz edilmesi, etkileyen nedenlerin bulunması, gerekli müdahalelerin yapılması gerekmektedir ve bu süreçte hemşirelere önemli roller düşmektedir [84]. Hemşire uykuyu değerlendirirken yaşlının uyku düzenine, verimine, kişinin medikal ve psikiyatrik anamnezine, uykusuzluğa sebep olan etmenlere, daha önceki uyku geçmişine dikkat etmelidir. Eğer uyku; ağrı, kaygı, endişe gibi durumdan etkileniyorsa mevcut problemlerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olunmalıdır. İlaç kullanımı, psikolojik sorunlar, halsizlik, uyku apnesi gibi uyku bozukluğuna neden olacak durum varlığı değerlendirilmelidir [104]. Uyku

değerlendirmesinde günlük beslenme düzeni ve kafein tüketimi, kullanılan takviye, reçeteli/reçetesiz ilaç varlığı, sık uyanmaya sebep olan sağlık sorunları (prostat, travma, anksiyete bozukluğu vb.) da sorgulanmalıdır [105]. Hemşire uyku sorunlarının giderilmesinde ilk olarak yaşlı bireyde olumlu davranış değişikliği sağlamayı amaçlamalıdır. Yatmadan önce uykuyu olumsuz etkileyecek alışkanlıklar varsa (alkol ve kafein alımı, televizyon seyretme) kısıtlanmalıdır. Uyumak için tercih edilen ortamın rahat olması, yatağın sadece uyumak için kullanılması, uyku ve uyanma saatinin düzenli hale getirilmesi konusunda yaşlı birey bilgilendirilmelidir [102]. Hemşire uyku kalitesini arttırmak için dinlendirici müzik, masaj, ılık duş, uyku öncesi sıcak içecekler, sessiz-sakin ve karanlık ortam oluşturma gibi farmakolojik olmayan yöntemlerden yararlanmalıdır [106].

2.7. Yaşlılarda Kaygı

Günümüzde artan yaşlanma hızı ile birlikte, yaşlı bireylerin bedensel ve psikolojik problemleri artmıştır. Psikolojik sağlık sorunlarının, yaşlıların %20'sinden fazlasını etkilediği ve en sık rastlanan sorunlardan birinin de kaygı olduğu belirtilmektedir [107]. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre kaygı; "Gerginlik hissi, endişeli düşünceler ve kan basıncında artış gibi fiziksel değişikliklerle karakterize bir duygudur" şeklinde tanımlanmaktadır [108].

Ülkemizde yaşlı bireylerdeki kaygıyı belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlı sayıda olup ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlılarda kaygı bozukluğu oranının %6,9 olduğu [109], bir başka çalışmada ise psikiyatri polikliniğine başvuran yaşlılardaki kaygı bozukluğu oranının %38,2 olduğu saptanmıştır [110]. Yaşlı bireylerin, pek çok faktöre bağlı kaygı yaşadıkları bilinmekte olup kaygıya neden olan en önemli risk faktörleri içerisinde aile içi kayıplar, emeklilik, maddi zorluklar, istismar, ölüm korkusu, hastalıklar, yaşa bağlı gelişen nörolojik değişiklikler ve fazla ilaç kullanımı yer almaktadır [111 ve 112]. Diğer yandan kaygının kişiyi nasıl etkileyeceği ve hangi semptomlarla ortaya çıkacağı da farklılık göstermektedir [113 ve 114]. Kaygı genel olarak bireylerde kalp atışının artması, soğuk terleme, yeme isteğinde değişiklik, uykunun azalması, göğüste ağrı, huzursuzluk, baskı hissetme ve bu duyguları engelleyememe gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Yaşlılarda ise odaklanamama, öfke, kırgınlık, bir nedenden dolayı korku ve endişe hissetme, uyku kalitesinde azalma, göğüste/boğazda baskı hissi ve çeşitli vücut bölgelerinde ağrı şeklinde ortaya çıkmaktadır [115]. Yaşlılardaki kaygının yaşam memnuniyetinde ve çalışma

performansında düşüşe, hastaneye başvuru durumu ve tedaviye uyumsuzlukta artışa neden olduğu belirtilmektedir [114].

Yaşlı bireylerdeki yaşam memnuniyetinin/kalitesinin arttırılmasında, kaygının etkin yönetimi önemli bir yere sahiptir. Yaşlılarda deneyimlenen kaygı ya da duygusal problemler, genellikle yaşlanmanın olağan sonucu olarak düşünülmekte ve tedavi seçeneklerinden yeteri kadar yararlanılmamaktadır. Bu anlamda kaygının yönetimine ilişkin farkındalığın arttırılması önemlidir. Kaygının tedavisi, psikoterapi ya da farmakoterapi (antidepresanlar vb.) ile gerçekleştirilmektedir [111]. Farmakoterapi süreci kompleks bir yapıya sahiptir ve kullanılan ilaçlar, istenmeyen birçok etkiye neden olmaktadır [116]. Yaşlı bireylere uygulanan ilaç tedavisinde yapılan sık değişiklikler ve istenmeyen etkiler nedeniyle farmakolojik olmayan tedavilere yönelim artmıştır [117]. Kaygının azaltılmasında en çok müzik terapi, nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri, psikoeğitim, dua ve fiziksel aktiviteden yararlanmaktadır [118].

2.8. Yaşlılarda Kaygının Azaltılmasında Hemşirenin Rolü

Hemşirelik Tanı Sınıflandırma Sistemi'nde yer alan kaygı, "Bireyin gerçek ya da algılanan bir tehdit veya stres faktörüyle ilgili gösterdiği korku, sıkıntı, huzursuzluk durumudur" şeklinde tanımlanmaktadır [119].

Yaşlanma süreciyle birlikte oluşan fiziksel kısıtlılık, maddi problemler, dışlanma ve kronik hastalıklar yaşlı bireyleri kaygıya karşı hassas hale getirmektedir [120]. Yaşlıların yaşadığı ruhsal sorunları açıkça dile getirmemeleri ise erken dönemde kaygının tespit edilmesini zorlaştırmaktadır [121]. Hastayla en fazla zaman geçiren sağlık profesyoneli olan hemşireler, kaygı belirleme potansiyeli açısından öne çıkmaktadır [122]. Bu süreçte ilk basamak, uygun değerlendirmeyi yapabilmektir. Kaygının tanınması sürecinde görüşme ve kaygı ölçeklerinden yararlanılmaktadır. Ölçekler, değerlendirmenin kısa sürmesi ve kaygıya neden olan bileşenlerin belirlenmesi açısından yarar sağlamaktadır [123]. Hemşirelerin yaşlılarda kaygıyı belirleyip, ruh sağlığı üzerinde olumlu etkisi olan müzik terapi, yoga, davranışçı terapiler vb. farmakolojik olmayan girişimleri uygulaması ve yönlendirmesi gerekmektedir [124]. Bu süreçte yaşlı bireylere relaksasyon yöntemleri, meditasyon, stres ile başa çıkma yöntemleri öğretilmeli ve uygulanması sağlanmalıdır. Diğer yandan ise aile desteğinin önemine dikkat çekilerek süreç boyunca ailenin kaygısını azaltmaya yönelik eğitim ve destek uygulamaları gerçekleştirilmelidir [125].

2.9. Masaj

Masaj, Yunanca ve Arapça 'da yoğurma ve dokunma anlamlarına gelen kelimelerden ortaya çıkmıştır [126]. Vücudun çeşitli bölgelerine el ile müdahale yapılması anlamına gelen masaj, yüzyıllar boyunca birçok kültürde iletişimin sağlanmasında, ağrının azaltılmasında, rahatlığın oluşturulmasında ve sağlık düzeyinin artırılmasında kullanılmıştır [127].

Sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılan masajın; stres yönetimi, kan dolaşımını artırma, uyku verimliliğini sağlama, kaygı ve depresyon semptomlarını azaltma, ağrıyı dindirme, eklem fonksiyonlarını geri kazandırma gibi yararları mevcuttur [127]. Günümüzde masaj; klasik, refleksoloji, spor, hint, hamile, bebek, isveç, tay, yavaş vuruşlu, baş, boyun doku, shiatsu, omuz, el, ayak olmak üzere birçok türe sahiptir [128 ve 129.]

2.9.1. El masajı

El masajı, rahatlık sağlamak amacıyla petrisaj, öfloraj, firiksiyon, vibrasyon, tapotman gibi manevralarla bası uygulayarak cildin alt yüzeyine uyaran verme işlemidir [25, 130]. Ellerin kolay ulaşılabilir bir yerde olması ve yapılan uyarının beyinde geniş bir bölgeyi etkilemesiyle, birçok duygunun ve düşüncenin iletimi sağlanmaktadır [131]. Ek olarak el yüzeyindeki vücudun farklı bölgeleriyle bağlantılı özel noktalar sayesinde, masajın etkisi sadece el ile sınırlı kalmayıp bütün vücuda yayılmaktadır [132]. El masajının kolay uygulanabilir olması, ekonomik yük oluşturmaması, herhangi bir yerde yapılabilir olması gibi önemli avantajları bulunmaktadır [133].

El masajında ilk adım, elin üst yüzeyi ve elin içinden parmaklara doğru sıvazlama hareketinin gerçekleştirilmesidir. Akabinde bu bölgelere ve parmak aralarına petrisaj yapılarak masaja devam edilir. Petrisaj bitiminde el ve parmaklar sırasıyla ovulur, tapotman ve vibrasyon uygulanıp tekrar ilk hareket olan sıvazlama hareketi yapılarak masaj tamamlanır [24]. Masajın bedensel ve ruhsal huzuru arttırdığı, refah, sakinlik verdiği ve bütünsel iyilik halini yükselttiği belirtilmiştir [134].

El masajı; kas kramplarının önlenmesi, nabız ve tansiyonun düşürülmesi, bedensel ve zihinsel konforun oluşturulması, kişisel refahın artırılması ve iyilik halinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır [135 ve 136]. Sakin yapılan bir el masajının, bireyin kendini ifade etmesini kolaylaştırdığı ve uyku kalitesinde artış sağladığı belirtilmiştir [136]. Ayrıca vücuttaki ağrı reseptörlerinin en yoğun bulunduğu bölgelerden biri olan ellere uygulanan masaj, ağrı ve kaygı düzeyini azaltmaktadır [137].

2.9.2. El masajı ve hemşirelik

Florence Nightingale'den beri masaj hemşireler tarafından uygulanan bir uygulamadır [138]. Nightingale, Massachusetts Hastanesi'nde masaj kursu kurulmasını istemiş, buradaki hemşirelik öğrencilerine masaj öğretmiştir. Bu uygulama, hekimlerin hastalara masaj reçete etmesini sağlamış ve başka okul ve hastanelerde düzenli yapılan bir bakım haline gelmiştir [139 ve 140]. El masajı da ilgi ve merhameti aktaran hemşirelik bakımına entegre edilebilen bir uygulamadır [134].

Masaj, bireyin rahatlamasına yardımcı olmakta ve kendilerini ifade etmelerini kolaylaştırmaktadır. Yapılan kısa bir masaj uygulamasının bile, kişinin içsel durumunu olumlu etkileyip ruhsal iyi oluş sağladığı belirtilmiştir [139]. El masajı; yorgunluğu, anksiyeteyi, depresyonu, stresi, ağrıyı azaltan ve relaksasyonda ve konforda artış sağlayan bir uygulamadır [23, 25]. Demir ve Sarıtaş (2020)'ın yaptığı çalışmada, karaciğer nakli sonrası uygulanan el masajının ağrıyı azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir [135]. Güney Kore'de yapılan bir çalışmada, el masajının yorgunluk ve uyku kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmiştir [141]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise intravenöz girişim öncesi yapılan el masajının, kan basıncını azaltıcı etkisinin olduğu saptanmıştır [142]. El masajı hemşire ve birey arasında birleştirici ve tedavi edici bir müdahaledir [143]. El masajının olumlu etkilerini destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır [144-146].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, randomize kontrollü deneysel tiptedir. Araştırmanın ClinicalTrials.gov kaydı yapılmış olup NCT06872008 numarası alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ekim 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında Amasya ilinde bulunan, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı iki farklı huzurevinde yürütülmüştür. Araştırma verileri 18.11.2024-17.12.2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Amasya ilinde bulunan Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı iki farklı huzurevinde kalmakta olan 134 yaşlı birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının hesaplanmasında G-Power 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Zat Çiftçi vd. (2024)'nin araştırma sonucu temel alınarak yapılan analizde, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi son test ortalama puanları kullanılmış olup %90 güç, 0,05 hata payı ve 0,90 etki düzeyinde örneklem el masajı grubu için 27, kontrol grubu için 27 olmak üzere toplam 54 olarak belirlenmiştir [147]. Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak gruplara 30'ar kişi atanmıştır. Araştırmanın örneklemine, dahil etme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 yaşlı birey oluşturmuştur (dahil edilme kriterlerine uymayan hasta sayısı: 54 çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hasta sayısı: 20). Araştırmadan 6 bireyin (3 el masajı grubu, 3 kontrol grubu) ayrılmayı istemesi nedeni ile çalışma 54 kişi (27 el masajı grubu, 27 kontrol grubu) ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri

İçleme Kriterleri:

- Kurumun psikososyal raporuna göre çalışma katılmaya uygun olmak,
- 60 yaş ve üzeri olmak,
- Türkçe konuşuyor ve anlıyor olmak,
- Dokunma duyusunda ve iletişim yeteneğinde sorunu olmamak,
- El masajı uygulanmasında sakınca bulunmamak,
- Araştırmaya katılmaya onam vermektir.

Dışlama Kriterleri:

- Bilişsel soruna sahip olmak,
- Elde trombüs, flebit, ekimoz, hematoma gelişmiş, deri bütünlüğü bozulmuş el ve tırnak deformiteleri olmak,
- Alzheimer, demans tanısı almış olmak,
- Uyku kalitesini etkileyen antidepresan, benzodiazepin, hipnotik ve narkotik türevi ilaç kullanmaktır.

İzlemden Çıkarılma Kriterleri

- Araştırma başladıktan sonra ayrılmayı istemektir.

3.4. Randomizasyon ve Körlenme

El masajı grubu ve kontrol grubuna bireylerin atanmasında, yanlılığı önlemek için basit randomizasyon yönteminden yararlanılmıştır. Araştırmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 60 yaşlı birey, araştırmadan bağımsız bir araştırmacı tarafından isimlerinin alfabetik sıralaması dikkate alınarak numaralandırılmıştır. Sonrasında randomizer.org’da oluşturulan basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak iki gruba ayrılmıştır. Grupların hangisinin el masajı hangisinin kontrol grubu olduğu bağımsız araştırmacı tarafından kura yöntemiyle belirlenmiştir. El masajı uygulaması, araştırmacı tarafından yapılacağı için körlenmemiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Uyku kalitesi ve kaygı düzeyi.

Bağımsız değişkenler: Bireye uygulanan girişim (el masajı).

Kontrol değişkenleri: El masajı ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikleri.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-TX) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda [11, 25] geliştirilen bu formda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, huzurevindeki ikamet

süresi, huzurevinde sunulan hizmetlerden memnuniyet durumu, aylık ziyaret sayısı, kurum içi ve dışı geçirilen zaman miktarı, olmak üzere toplam 13 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ)

Buyse vd. (1989) tarafından geliştirilen ölçeğin [148], Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Agargun (1996) tarafından yapılmıştır. PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların toplanması ile 0-21 arasında değişen toplam PUKİ puanı elde edilmektedir. Testin her maddesi eşit olarak 0-3 arasında puanlanır. Puanlama; geçen ay boyunca hiç olmamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak puanlanmaktadır. Anketteki uyku kalitesi değerlendirmesinde; çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kötü 3 puan verilir. Global skor 0-21 arasında değişmektedir. Global skorun 5 veya üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,80 bulunmuştur [149]. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,79 bulunmuştur.

3.6.3. Sürekli kaygı ölçeği (STAI-TX)

Spielberger (1983) tarafından 14 yaş ve üzerinde olan bireylerin kaygı düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olan ölçeğin [150], Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Comte (1983) tarafından yapılmıştır. Durum ve koşullardan bağımsız olarak süreç içerisinde bireyin nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlayan ve yirmi maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Bireyden kendini "genellikle" nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerde ifade edilen duygu, düşünce ve davranışların sıklık derecesine göre (1) "hayır", (2) "biraz", (3) "çok" ve (4) "her zaman" ifadelerinden birini seçmesi istenir. "Her zaman" ifadesinin seçilmesinde en yüksek puan olan 4, "hayır" ifadesinin seçilmesinde en düşük puan olan 1 verilir. Ölçekten elde edilen puanlar 20-80 arasında değişir. Tersine çevrilmiş ifadeler (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) olumlu duyguları ifade eden sorulardır. "Ters" ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülerek hesaplanır. Puanın fazla olması yüksek kaygı, az olması ise düşük kaygıyı

ifade eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasındaki Cronbach alfa değeri 0,86 ile 0,92 arasında bulunmuştur [151]. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,77 bulunmuştur.

3.7. El Masajının Uygulanması

Literatürde el masajının ne kadar uygulanacağına ilişkin standart bir süre olmamakla birlikte çalışmalarda masajın ortalama 5-10 dakika yapıldığı bilinmekte [134, 152] olup, bu çalışmada masaj uygulama süresi her bir el için 5 dakika olmak üzere toplam 10 dakika olarak belirlenmiştir. Araştırmacı tarafından temin edilen bebe yağı ile gerçekleştirilen el masajı, 4 hafta boyunca haftada 3 kez (pazartesi-çarşamba-cuma) olmak üzere toplam 12 seans şeklinde uygulanmıştır (Şekil 3.7.1). Uygulama kurumların işleyişini aksatmayacak şekilde 09.00-16.00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı, uygulama boyunca kurumların fizyoterapistleri ile iş birliği yapmıştır.

3.7.1. El masajı grubuna gerçekleştirilen uygulamalar

- Yaşlılar ile yüz yüze görüşülerek çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve sonrasında yaşlıların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.
- Onamı alınan bireylere ön test uygulanmıştır.
- Bebe yağı ile her bir el için 5 dakika olmak üzere toplam 10 dakika gerçekleştirilen el masajı, 4 hafta boyunca haftada 3 kez (günaşırı) olmak üzere toplam 12 seans şeklinde gerçekleştirilmiştir.
- El masajı uygulamasının bitiminde (4 hafta sonra) son test uygulanmıştır (Şekil 3.7.1).

3.7.2. El masajının uygulama adımları

3.7.2.1. Masaj öncesi işlem basamakları

- Masaj işlemi yapılmadan önce ortamın uygun sıcaklıkta, yeterince aydınlık, sessiz, sakın olması sağlanmıştır.
- Uygulama önce uygulayıcı kendini tanıtmıştır.
- Bireyden, sormak istediği soru veya merak ettiği bir konu varsa sorması istenmiştir.
- Masaj uygulaması esnasındaki herhangi bir sorun varlığında bildirmesi istenmiştir.
- Uygulayıcı tarafından masaj işlemi açıklanmıştır.
- Bireye rahat edeceği pozisyonu alması konusunda yardım edilmiş ve kişinin ön kolu, avuç içi yukarı bakacak şekilde pozisyon verilmiştir.

- Bebe yağından avuç içine birkaç damla alınıp avuç içinde ısıtılmış ve eller birbirine sürtülerek yağın tüm eli kaplaması sağlanmıştır.

3.7.2.2. El masajı uygulama prosedürü

- Uygulama yapılacak kişiye yakın, bireyin elini rahatça kavrayacak konumda oturulmuştur.
- Masaj yapılacak el rahatça uygulayıcının erişebileceği konuma getirilmiş ve el havlusunun üzerine konulmuştur.
- Terapötik ilişkiyi arttırmak için uygulayıcı, bireyin elini kendi elleri arasında tutmuştur.
- Bebe yağı, uygulayıcı tarafından avuç içine orantılı şekilde dağıtılmıştır.
- El içinde yağ dağıtılıp, her bir ele 5 dakika nazıkçe masaj uygulanmıştır [134].

Avuç içi masaj prosedürü

- Uygulayıcı masaj yapacağı eliyle, bireyin elini desteklemiş, diğer eli ile bireyin el başparmağını avuç içinde kavramıştır.
- Uygulayıcı başparmağını kullanarak avuç içini, başparmağın altından bileğe kadar sıvazlamıştır.
- Parmaklar, başparmakla bilekte elin arka yüzeyinin orta çizgisini bileğe doğru bası olacak şekilde masaj uygulanmıştır.
- Bu hareket el bileğinin bütün yüzeyi boyunca tekrarlanmıştır.
- Uygulayıcı, her seferde avuç içi, el ve el yüzeyi üzerine masaj yapmıştır.
- Uygulayıcı parmaklarını masaj yerini yoğurmada kullanmıştır.
- Başparmaklar, elin arka yüzeyi üzerinde minik dairesel hareketler yapılmıştır.
- Uygulayıcı masaj uygulamada kullandığı elini, bireyin elini destekleyecek şekilde yeniden konumlandırmıştır.
- Masajı uyguladığı el, bireyin elinin küçük parmak tarafını alt eklem bölgesinden kavramıştır.
- Başparmak daha sonra elin küçük parmak kenarı etrafından avuç içinin orta hattına daha sonra bileğe ulaşacak şekilde masaja devam edilmiştir.
- Parmaklar, elin sırtının orta çizgisinden yukarı doğru, bilekte başparmakla buluşacak şekilde, nazık sıkma ve yoğurma hareketleriyle gezdirilmiştir.

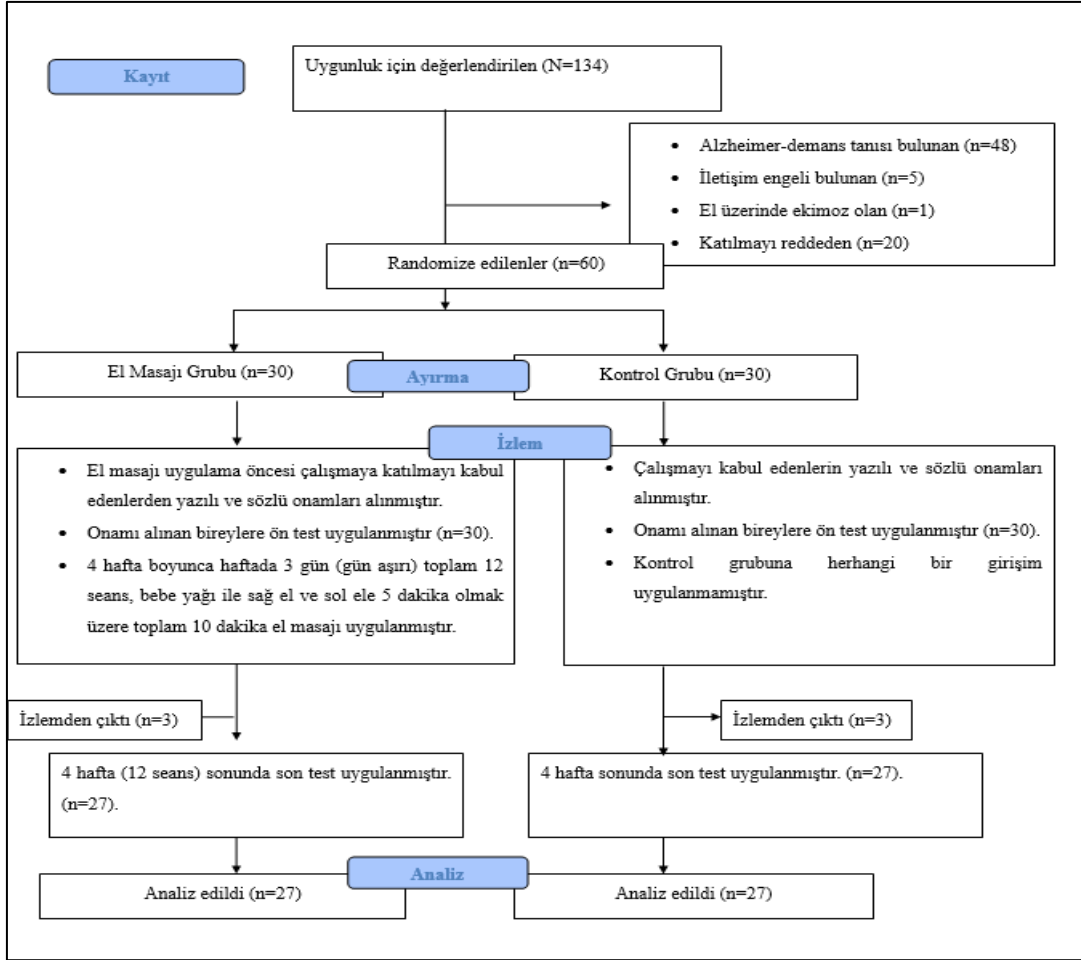
- Uygulayıcı elini, yüzeysel bir baskı ile geri döndürmüş ve elin tüm yüzeyinde bu hareket tekrarlanmıştır.
- Uygulayıcı başparmağını, her hareketten sonra, yüzeysel hareketler yaparak geri döndürmüştür.
- Bu hareket, elin tüm yüzeyinde, hafif bir baskı ile tekrar edilmiştir.
- Baskı hafif tutulmuş ve bireyin rahatına göre ayarlanmıştır.
- Her defasında yüzeysel hareketlerle geri dönecek şekilde parmak boğumları aynı sıra ile yoğurulmuştur.
- Elin tüm yüzeyine, küçük, hafif, dairesel hareketlerle masaj yapılmıştır [134].

El sırtı masaj prosedürü

- Bireyin, avuç içi aşağı gelecek şekilde döndürülmüştür.
- Uygulayıcı, elin arka tarafındaki dokular ile birlikte el üzerini sıvazlamıştır.
- Uygulayıcı, masaj uygulamadığı eli ile bireyin elini desteklemiştir.
- Masaj yapan elin başparmağı ile bileğe doğru baskı oluşturacak şekilde masaja devam edilmiştir.
- Sonrasında başparmak, ikinci parmaktan bileğe doğru sıvazlama hareketi yaparak geri dönmüş, aynı bölgede bileğe doğru masaj devam edilmiştir.
- Bu hareket, elin arka yüzeyinin tamamında tekrarlanmıştır.
- El desteklenerek, başparmak ve diğer tüm parmakların yüzeyleri, parmağın avuç içine bağlandığı noktalardan başlayıp parmağın ucuna doğru masaj yapılmıştır.
- Parmak eklemleri üzerine olası, gereksiz basınçtan kaçınmış, nazik bir şekilde baskı uygulanmıştır.
- Uygulayıcı, elin yüzeyinden bileğe ve parmak uçlarına doğru, üç kez hafif bası oluşturacak şekilde masajı uygulamış ve bitirmiştir [134].

3.7.3. Kontrol grubuna gerçekleştirilen uygulamalar

- Yaşlılar ile yüz yüze görüşülerek çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve sonrasında yaşlıların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.
- Onamı alınan bireylere ön test uygulanmıştır.
- Bu gruba herhangi bir girişim uygulanmamıştır.
- Dört hafta sonra son test uygulanmıştır (Şekil 3.7.1).



Şekil 3.7.1. Consort Akış Şeması

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Kasım 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama formları 1. günde/ilk görüşmede (ön test) ve 4 hafta sonra uygulamanın bitiminde (son test) olmak üzere toplamda 2 kez uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 19.07.2024 Sayı: E-76988455-050.04-205160) (EK-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığından izin alınmıştır (Tarih: 28.10.2024 Sayı: E-84459573-605-13471196) (EK-2). T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünden izin alınmıştır (Tarih:04.11.2024 Sayı: E-31167235-605-13555819) (EK-3). Araştırmaya katılan bireylerden çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı ve sözlü onam alınmıştır (EK-4), (EK-5).

Araştırmada kullanılan ölçekler için e-posta yolu ile araştırmacıdan kullanım izni alınmıştır (EK-9), (EK-10). Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 27 istatistik programında gerçekleştirilmiştir. Analizler gerçekleştirilmeden önce verilerin doğruluğu, uç değerler, kayıp değerler ve kullanılan analizlerin istatistiksel varsayımları incelenmiştir [153-155]. Verilerin doğruluğunu incelemek için ölçek maddelerinin ve kategorik değişkenlerin frekans dağılımları, en küçük ve en büyük değerleri incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda tüm kategorik değişkenlerin ve ölçek maddelerinin beklenen değer aralığında olduğu belirlenmiştir [153-156].

Huzurevinde kalan el masajı ve kontrol grubu katılımcılarının sosyodemografik nitelikleri hakkında bilgi vermek için frekans, ortalama, yüzde, standart sapma, en küçük değer, en büyük değerlerini içeren betimsel istatistikler kullanılmıştır. El masajı ve kontrol grubunda yer alan huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik nitelikleri ile el masajı ve kontrol grubu üyeliği arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla ki kare (χ^2) analizi yapılmıştır. El masajı ve kontrol grubunda yer alan huzurevinde kalan yaşlıların ön test sürekli kaygı, subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilaç kullanımı, günlük disfonksiyon ve genel uyku kalitesi puan ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız gruplar için *t*-testi gerçekleştirilmiştir. El masajı ve kontrol grubunda yer alan huzurevinde kalan yaşlıların el masajı uygulamalarından önce ve el masajı uygulamaları sonrasında sürekli kaygı, subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilaç kullanımı, günlük disfonksiyon ve genel uyku kalitesi puan ortalamalarında zamana bağlı anlamlı bir değişim olup olmadığını değişimi incelemek amacıyla bağımlı gruplar için *t*-testi yapılmıştır. El masajı ve kontrol grubunda yer alan huzurevinde kalan yaşlıların ön test puanları kontrol edildiğinde son test sürekli kaygı, subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilaç kullanımı, günlük disfonksiyon ve genel uyku kalitesi puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA) yapılmıştır [157 ve 158].

Bağımsız gruplar için *t*-testi, bağımlı gruplar için *t*-testi, tek yönlü ANCOVA, ki kare analizlerinin kullanılan analize bağlı olarak normallik, varyansların homojenliği, eş varyanslılık, regresyon eğrilerinin homojenliği ve doğrusallık ve kategorilerdeki frekans sayısının yeterli olması varsayımları incelenmiştir [155, 159-161]. Normallik varsayımını

incelemek amacıyla histogram, Shapiro-Wilk normallik testi, Normal Q-Q plot ve detrended normal Q-Q plot grafikleri, çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve verilerin normale yakın bir dağılım gösterdiği belirlenmiştir [153, 156, 159]. Varyansların homojenliği varsayımını incelemek için Levene testi kullanılmış ve bazı bağımsız gruplar için t-testi analizlerinde ihlal edildiği tespit edilmiştir. Bu analizlerde varyansların homojenliği varsayımı ihlal edildiğinde kullanılan Welch *t*-testi sonuçları rapor edilmiştir. Bu varsayımlara ek olarak tek yönlü ANCOVA'nın doğrusallık, eş varyanslılık ve regresyon eğrilerinin homojenliği varsayımları vardır. Bu varsayımlar da ilgili analizlerde kontrol edilmiş ve varsayımların karşılandığı belirlenmiştir. Ki kare testinde bazı kategorilerde beşin altında değerler gözlenmesine karşın kategoriler doğal olarak oluştuğundan ve bu analizler grup benzerliklerini ve farklılıklarını belirlemeyi amaçladığından yeniden sınıflandırma yapılmamıştır [161].

İstatistiksel bulgular sunulurken etki büyüklüğü göstergeleri kullanılmıştır. Bağımsız ve bağımlı gruplar *t*-testlerinde etki büyüklüğü *d* ile gösterilirken, tek faktörlü ANCOVA analizinde kısmi eta-kare (η^2) tercih edilmiştir. Kısmi η^2 değerlendirmesinde 0,00-0,05 aralığı düşük etki düzeyi, 0,06-0,12 aralığı orta etki düzeyi, 0,13 ve üzeri yüksek etki düzeyini işaret etmektedir. *d* etki büyüklüğünde ise 0,80'den büyük değerler yüksek, 0,50-0,79 arası orta, 0,00-0,49 arası düşük etki olarak değerlendirilmiştir. Cramer's V değerlendirmesinde 0,00-0,19 arası düşük, 0,20-0,39 arası orta, 0,40 ve üzeri yüksek etki büyüklüğünü temsil etmektedir [162]. Tüm istatistiksel testlerde anlamlılık eşiği $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de el masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 4.1. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	El Masajı		Kontrol		χ^2	sd	p	Cramer's
	n	%	n	%				
Cinsiyet								
Erkek	15	55,6	19	70,4	1,27	1	0,26	0,15
Kadın	12	44,4	8	29,6				
Eğitim Durumu								
Okuryazar Değil	6	22,2	7	25,9	4,53	5	0,47	0,29
Okuryazar	7	25,9	6	22,2				
İlkokul Mezunu	11	40,7	10	37,0				
Ortaokul Mezunu	0	0,0	2	7,4				
Lise Mezunu	1	3,7	2	7,4				
Üniversite Mezunu	2	7,4	0	0,0				
Medeni Durum								
Bekar	27	100,0	27	100,0	-	-	-	-
Evli	0	0,0	0	0,0				
Ekonomik Durum								
Düşük	9	33,3	5	18,5	1,56	2	0,45	0,17
Orta	15	55,6	18	66,7				
Yüksek	3	11,1	4	14,8				
Kronik Hastalık Olup Olmama Durumu								
Var	22	81,5	18	66,7	1,54	1	0,21	0,17
Yok	7	18,5	9	33,3				
İlaç Kullanma Durumu								
Evet	23	85,2	19	70,4	1,71	1	0,19	0,18
Hayır	4	14,8	8	29,6				
Sigara Kullanma								
Kullanıyor	5	18,5	9	33,3	1,54	1	0,21	0,17
Kullanmıyor	22	81,5	18	66,7				
Alkol Kullanma								
Kullanıyor	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
Kullanmıyor	27	100,0	27	100,0				

Tablo 4.1. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (devamı)

	El Masajı		Kontrol		χ^2	sd	p	Cramer'
	n	%	n	%				
Kurum İçi ve Dışında Geçirilen Zaman Miktarı								
Kurum içinde geçirilen zaman daha fazla	19	70,4	12	44,5	3,75	2	0,154	0,26
Kurum içi-kurum dışı geçirilen zaman eşit	5	18,5	10	37,0				
Kurum dışında geçirilen zaman daha fazla	3	11,1	5	18,5				
Huzurevinde sunulan hizmetlerden memnuniyet durumu								
Memnunum	19	70,4	21	77,8	0,39	1	0,535	0,09
Memnun Değilim	8	29,6	6	22,2				
Aylık ziyaretçi sayısı								
Hiç	15	55,6	12	44,5	2,23	4	0,694	0,20
Bir kez	7	25,9	6	22,2				
İki kez	4	14,8	7	25,9				
Üç kez	1	3,7	1	3,7				
Dört ve üzeri	0	0,0	1	3,7				

Not. n = Frekans, % = Yüzde, χ^2 = Ki-kare, sd = Serbestlik derecesi, p = Anlamlılık düzeyi, Cramer's V = Cramer etki büyüklüğü değeri

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların 15'i (%55,6) erkek, 12'si (%44,4) kadındır. Kontrol grubundaki yaşlıların 19'u (%70,4) erkek, 8'i (%29,6) kadındır. El masajı grubundaki yaşlıların 2'si (%7,4) üniversite mezunuyken, 1'i (%3,7) lise mezunu, 11'i (%40,7) ilkokul mezunu, 7'si (%25,9) okuryazar, 6'sı (%22,2) okuryazar değildir. Kontrol grubundaki yaşlıların 2'si (%7,4) lise mezunuyken, 2'si (%7,4) ortaokul mezunu, 10'u (%37,0) ilkokul mezunu, 6'sı (%22,2) okuryazar ve 7'si (%25,9) okuryazar değildir. El masajı ve kontrol grubunu oluşturan yaşlıların tamamı bekârdır. El masajı grubundaki yaşlıların 3'ü (%11,1) yüksek düzeyde ekonomik gelire sahipken, 15'i (%55,6) orta düzeyde ekonomik gelire ve 9'u (%33,3) düşük düzeyde ekonomik gelire sahiptir. Kontrol grubundaki yaşlıların 4'ü (%14,8) yüksek düzeyde ekonomik gelire sahipken, 18'i (%66,7) orta düzeyde ekonomik gelire ve 5'i (%18,5) düşük düzeyde ekonomik gelire sahiptir.

El masajı grubundaki yaşlıların 22'sinin (%81,5) kronik hastalığı bulunmakta 7'sinin (%18,5) kronik hastalığı bulunmamaktadır. Kontrol grubundaki yaşlıların 18'inin (%66,7) kronik hastalığı bulunmaktayken 9'unun (%33,3) kronik hastalığı bulunmamaktadır. El masajı grubundaki yaşlıların 23'ü (%85,2) ilaç kullanmaktayken 4'ü (%14,8) ilaç kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki yaşlıların 19'u (%70,4) ilaç kullanmaktayken 8'i

(%29,6) ilaç kullanmamaktadır. El masajı grubundaki yaşlıların 5'i (%18,5) sigara kullanmaktayken 22'si (%81,5) sigara kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki yaşlıların 9'u (%33,3) sigara kullanmaktayken 18'i (%66,7) sigara kullanmamaktadır. Hem el masajı hem kontrol grubundaki yaşlıların tamamı alkol kullanmamaktadır. El masajı grubundaki yaşlıların 19'u (%70,4) huzurevi içinde daha fazla zaman geçirirken, 5'inin (%18,5) huzurevi içinde ve dışında geçirdiği zaman eşit ve 3'ü (%11,1) huzurevi dışında daha fazla zaman geçirmektedir. Kontrol grubundaki yaşlıların 12'si (%44,5) huzurevi içinde daha fazla zaman geçirirken, 10'u (%37,0) huzurevi içinde ve dışında geçirdiği zaman eşit ve 5'i (%18,5) huzurevi dışında daha fazla zaman geçirmektedir. El masajı grubundaki yaşlıların 19'u (%70,4) huzurevinde sunulan hizmetlerden memnunken 8'i (%29,6) huzurevinde sunulan hizmetlerden memnun değildir. Kontrol grubundaki yaşlıların 21'i (%77,8) huzurevinde sunulan hizmetlerden memnunken 6'sı (%22,2) huzurevinde sunulan hizmetlerden memnun değildir. Son olarak el masajı grubundaki yaşlıların 15'inin (%55,6) aile bireyleri ya da sevdiklerinden aylık hiç ziyaretçisi yokken, 7'sinin (%25,9) aylık bir kez, 4'ünün (%14,8) aylık iki kez, 1'inin (%3,7) aylık üç kez aile bireyleri ya da sevdiklerinden ziyaretçisi bulunmaktadır. Kontrol grubundaki yaşlıların 12'sinin (%44,5) aile bireyleri ya da sevdiklerinden aylık hiç ziyaretçisi yokken, 6'sının (%22,2) aylık bir kez, 7'sinin (%25,9) aylık iki kez, 1'inin (%3,7) aylık üç kez ve 1'inin (%3,7) aylık dört ve üzeri aile bireyleri ya da sevdiklerinden ziyaretçisi bulunmaktadır.

Tablo 4.2'de el masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların yaş ve huzurevinde ikamet etme süresi (ay olarak) değişkenlerine ait tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır.

Tablo 4.2. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların yaş ve huzurevinde ikamet etme süreleri

	El Masajı				Kontrol				sd	t	p	d
	Min.	Max.	$\bar{X}$	SS	Min	Max.	$\bar{X}$	SS				
Yaş	61	87	75,52	7,66	64	98	78,59	8,54	52	-1,39	0,170	-0,38
Huzurevinde İkamet Etme Süresi	2	120	32,33	32,08	2	108	33,52	32,92	52	-0,13	0,894	-0,04

Not. $\bar{X}$ = Ortalama, SS = Standart sapma, sd = Serbestlik derecesi, t = bağımsız örneklem için t-testi değeri, d = Cohen d etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların minimum yaşı 61, maksimum yaşı 87'dir olup yaş ortalaması 75,52'dir (SS = 7,66). Kontrol grubundaki

yaşlıların minimum yaşı 64, maksimum yaşı 98 olup yaş ortalaması 78,59'dur ($SS = 8,54$). El masajı grubundaki yaşlıların huzurevinde ikamet etme süresi 2 ila 120 ay arasında değişmekte iken kontrol grubundaki yaşlıların huzurevinde ikamet etme süresi 2 ila 108 ay arasında değişmektedir. El masajı grubundaki yaşlıların huzurevinde ortalama ikamet etme süresi 32,33 ay ($SS = 32,08$), kontrol grubunda yer alan huzurevinde kalan yaşlıların huzurevinde ortalama ikamet etme süresi ise 33,52 aydır ($SS = 32,92$).

Tablo 4.3'te el masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların uyku kalitesi alt boyutları ve genel uyku kalitesi ön test puan ortalaması, standart sapma değerleri ve yapılan bağımsız gruplar için t -testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 4.3. El masajı grubu ve kontrol grubundaki yaşlıların uyku kalitesi alt boyutları ve genel uyku kalitesi ön test puanları bağımsız gruplar için t -testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Öznel Uyku Kalitesi							
El Masajı	27	2,04	0,98	52	3,51	0,001***	0,96
Kontrol	27	1,07	1,04				
Uyku Latensi							
El Masajı	27	2,11	0,97	52	1,44	0,156	0,39
Kontrol	27	1,70	1,10				
Uyku Süresi							
El Masajı	27	1,41	1,22	49,34	2,48	0,017*	0,68
Kontrol	27	0,67	0,96				
Alışılmış Uyku Etkinliği							
El Masajı	27	1,19	1,11	52	0,70	0,488	0,19
Kontrol	27	0,96	1,22				
Uyku Bozukluğu							
El Masajı	27	1,56	0,58	49,76	1,82	0,075	0,47
Kontrol	27	1,30	0,47				
Uyku İlaç Kullanımı							
El Masajı	27	0,52	0,89	52	0,98	0,333	0,27
Kontrol	27	0,30	0,78				
Gündüz İşlev Bozukluğu							
El Masajı	27	1,22	1,09	47,82	1,71	0,093	0,47
Kontrol	27	0,78	0,80				
Genel Uyku Kalitesi							
El Masajı	27	10,04	4,83	52	2,58	0,013*	0,70
Kontrol	27	6,78	4,43				

Not. $p < 0,05^*$, $p < 0,001^{***}$. n = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, SS = Standart sapma, sd = Serbestlik derecesi, t = Bağımsız örneklemeler için t -testi değeri, p = Anlamlılık düzeyi, d = Cohen d etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi gerçekleştirilen bağımsız gruplar için t -testi sonucunda kontrol grubu ve el masajı grubundaki yaşlıların ön test uyku latensi ($t(52) = 1,44$, $p > 0,05$, $d = 0,39$), alışılmış uyku etkinliği ($t(52) = 0,70$, $p > 0,05$, $d = 0,19$), uyku bozukluğu ($t(49,76) = 1,82$, $p > 0,05$, $d = 0,47$), uyku ilaç kullanımı ($t(52) = 0,98$, $p > 0,05$, $d = 0,27$) ve gündüz

işlev bozukluğu ($t(47,82) = 1,71, p > 0,05, d = 0,47$) puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yokken, öznel uyku kalitesi ($t(52) = 3,51, p < 0,001, d = 0,96$), uyku süresi ($t(49,34) = 2,48, p < 0,05, d = 0,68$) ve genel uyku kalitesi ($t(52) = 2,58, p < 0,05, d = 0,70$) puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında uyku süresi ve genel uyku kalitesi puanlarında gözlemlenen bu farklılık orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahipken öznel uyku kalitesi puanlarında yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne sahiptir. Tablo 4.3'te görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların ön test öznel uyku kalitesi puanları ($\bar{X} = 2,04$) kontrol grubundaki yaşlıların ön test öznel uyku kalitesi puanlarından ($\bar{X} = 1,07$), el masajı grubundaki yaşlıların ön test uyku süresi puanları ($\bar{X} = 1,41$) kontrol grubundaki yaşlıların ön test uyku süresi puanlarından ($\bar{X} = 0,67$) ve el masajı grubundaki yaşlıların ön test genel uyku kalitesi puanları ($\bar{X} = 10,04$) kontrol grubundaki yaşlıların ön test genel uyku kalitesi puanlarından ($\bar{X} = 6,78$) anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle el masajı grubundaki yaşlıların ön test öznel uyku kaliteleri, uyku süreleri ve genel uyku kaliteleri kontrol grubundakilerden daha düşüktür.

El masajı grubundaki yaşlıların ve kontrol grubundaki yaşlıların uyku kalitesinin alt boyutları olan öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilaç kullanımı, gündüz işlev bozukluğu ve genel uyku kalitesi ön test ve son test puanlarındaki zaman içerisindeki değişimi karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilen bağımlı gruplar için t -testi sonuçları Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. El masajı ve kontrol grubu uyku kalitesi alt boyutları ve genel uyku kalitesi ön test ve son test puanları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
El Masajı Öznel Uyku Kalitesi							
Ön test	27	2,04	0,98	26	4,67	0,001***	0,95
Son test	27	1,19	0,88				
Kontrol Öznel Uyku Kalitesi							
Ön test	27	1,07	1,04	26	-0,87	0,394	-0,17
Son test	27	1,26	0,90				
El Masajı Uyku Latensi							
Ön test	27	2,11	0,97	26	2,66	0,013*	0,80
Son test	27	1,70	0,70				
Kontrol Uyku Latensi							
Ön test	27	1,70	1,10	26	-0,84	0,408	-0,16
Son test	27	1,89	0,93				
El Masajı Uyku Süresi							
Ön test	27	1,41	1,22	26	4,33	0,001***	0,93
Son test	27	0,63	0,74				

Tablo 4.4. El masajı ve kontrol grubu uyku kalitesi alt boyutları ve genel uyku kalitesi ön test ve son test puanları (devamı)

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Kontrol Uyku Süresi							
Ön test	27	0,67	0,96	26	-1,54	0,136	-0,30
Son test	27	0,89	1,01				
El Masajı Alışılmış Uyku Etkinliği							
Ön test	27	1,19	1,11	26	0,84	0,408	0,16
Son test	27	1,00	0,96				
Kontrol Alışılmış Uyku Etkinliği							
Ön test	27	0,96	1,22	26	-0,44	0,663	-0,08
Son test	27	1,07	1,07				
El Masajı Uyku Bozukluğu							
Ön test	27	1,56	0,58	26	3,91	0,001***	0,75
Son test	27	1,19	0,48				
Kontrol Uyku Bozukluğu							
Ön test	27	1,30	0,47	26	0,33	0,746	0,06
Son test	27	1,26	0,45				
El Masajı Uyku İlaç Kullanımı							
Ön test	27	0,52	0,89	26	1,31	0,202	0,25
Son test	27	0,33	0,88				
Kontrol Uyku İlaç Kullanımı							
Ön test	27	0,30	0,78	26	-0,90	0,376	-0,17
Son test	27	0,41	0,93				
El Masajı Gündüz İşlev Bozukluğu							
Ön test	27	1,22	1,09	26	2,94	0,007**	0,57
Son test	27	0,56	0,80				
Kontrol Gündüz İşlev Bozukluğu							
Ön test	27	0,78	0,80	26	1,07	0,294	0,21
Son test	27	0,63	0,69				
El Masajı Genel Uyku Kalitesi							
Ön test	27	10,04	4,83	26	4,49	0,001***	0,87
Son test	27	6,59	3,31				
Kontrol Genel Uyku Kalitesi							
Ön test	27	6,78	4,43	26	-0,96	0,345	-0,19
Son test	27	7,41	3,71				

Not. $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$. n = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, SS = Standart sapma, sd = Serbestlik derecesi, t = Bağımsız örneklemeler için t -testi değeri, p = Anlamlılık düzeyi, d = Cohen d etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi gerçekleştirilen bağımlı gruplar için t -testi sonucunda el masajı grubundaki yaşlıların ön test ve son test alışılmış uyku etkinliği ($t(26) = 0,84$, $p > 0,05$, $d = 0,16$) ve uyku ilaç kullanımı ($t(26) = 1,31$, $p > 0,05$, $d = 0,25$) puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yokken öznel uyku kalitesi ($t(26) = 4,67$, $p < 0,001$, $d = 0,95$), uyku latensi ($t(26) = 2,66$, $p < 0,05$, $d = 0,80$), uyku süresi ($t(26) = 4,33$, $p < 0,001$, $d = 0,93$), uyku bozukluğu ($t(26) = 3,91$, $p < 0,001$, $d = 0,75$), gündüz işlev bozukluğu ($t(26) = 2,94$, $p < 0,01$, $d = 0,57$) ve genel uyku kalitesi ($t(26) = 4,49$, $p < 0,001$, $d = 0,87$) puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. El masajı grubundaki yaşlıların öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi ve genel uyku kalitesi puanlarında görülen değişim yüksek düzeyde

bir etki büyüklüğüne sahipken uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu puanlarında görülen değişim orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahiptir. Tablo 4.4.'te görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların öznel uyku kalitesi son test ortalamaları ($\bar{X} = 1,19$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 2,04$), uyku latensi son test ortalamaları ($\bar{X} = 1,70$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 2,11$), öznel uyku süresi son test ortalamaları ($\bar{X} = 0,63$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 1,41$), öznel uyku bozukluğu son test ortalamaları ($\bar{X} = 1,19$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 1,56$), öznel gündüz işlev bozukluğu son test ortalamaları ($\bar{X} = 0,56$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 1,22$) ve genel uyku kalitesi son test ortalamaları ($\bar{X} = 6,59$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 10,04$) anlamlı bir şekilde daha düşüktür.

Diğer taraftan kontrol grubundaki yaşlıların ön test ve son test öznel uyku kalitesi ($t(26) = -0,87, p > 0,05, d = -0,17$), uyku latensi ($t(26) = -0,84, p > 0,05, d = -0,16$), uyku süresi ($t(26) = -1,54, p > 0,05, d = -0,30$), alışılmış uyku etkinliği ($t(26) = -0,44, p > 0,05, d = -0,08$), uyku bozukluğu ($t(26) = 0,33, p > 0,05, d = 0,06$), uyku ilaç kullanımı ($t(26) = -0,90, p > 0,05, d = -0,17$), gündüz işlev bozukluğu ($t(26) = 1,07, p > 0,05, d = 0,21$) ve genel uyku kalitesi ($t(26) = -0,96, p > 0,05, d = -0,19$) puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

El masajı grubundaki yaşlıların ve herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubundaki yaşlıların son test genel uyku kalitesi puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve düzeltilmiş puan ortalamaları Tablo 4.5'te ve gerçekleştirilen tek yönlü ANCOVA sonuçları Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.5. Uyku kalitesi alt boyutları ve genel uyku kalitesi puanları son test ortalama ve standart puanlarının dağılımı

	<i>n</i>	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}_{düz}$
Öznel Uyku Kalitesi Son Test				
El Masajı	27	1,19	0,88	1,01
Kontrol	27	1,26	0,90	1,44
Uyku Latensi Son Test				
El Masajı	27	1,70	0,70	1,62
Kontrol	27	1,89	0,93	1,98
Uyku Süresi Son Test				
El Masajı	27	0,63	0,74	0,43
Kontrol	27	0,89	1,01	1,09
Alışılmış Uyku Etkinliği Son Test				
El Masajı	27	1,00	0,96	0,96
Kontrol	27	1,07	1,07	1,11
Uyku Bozukluğu Son Test				
El Masajı	27	1,19	0,48	1,14
Kontrol	27	1,26	0,45	1,31
Uyku İlaç Kullanımı Son Test				
El Masajı	27	0,33	0,88	0,25
Kontrol	27	0,41	0,93	0,49
Gündüz İşlev Bozukluğu Son Test				
El Masajı	27	0,56	0,80	0,49
Kontrol	27	0,63	0,69	0,69
Genel Uyku Kalitesi Son Test				
El Masajı	27	6,59	3,31	5,83
Kontrol	27	7,41	3,71	8,17

Not. n = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, SS = Standart sapma, $\bar{X}_{düz}$ = Düzeltilmiş ortalama.

Tablo 4.6. Uyku kalitesi alt boyutları ve genel uyku kalitesi son test toplam puanlarının karşılaştırılması

	<i>sd</i>	Kareler Ortalaması	<i>F</i>	<i>p</i>	Kısmi η^2
Öznel Uyku Kalitesi					
Ön test	1	7,05	10,51	0,002**	0,17
Grup	1	1,98	2,95	0,092	0,05
Hata	51	0,67			
Uyku Latensi					
Ön test	1	10,23	16,27	0,001***	0,24
Grup	1	1,67	2,66	0,109	0,05
Hata	51	0,63			
Uyku Süresi					
Ön test	1	17,50	38,03	0,001***	0,43
Grup	1	5,12	11,12	0,002**	0,18
Hata	51	0,46			
Alışılmış Uyku Etkinliği					
Ön test	1	7,50	8,25	0,006**	0,14
Grup	1	0,29	0,31	0,577	0,01
Hata	51	0,91			

Tablo 4.6. Uyku kalitesi alt boyutları ve genel uyku kalitesi son test toplam puanlarının karşılaştırılması (devamı)

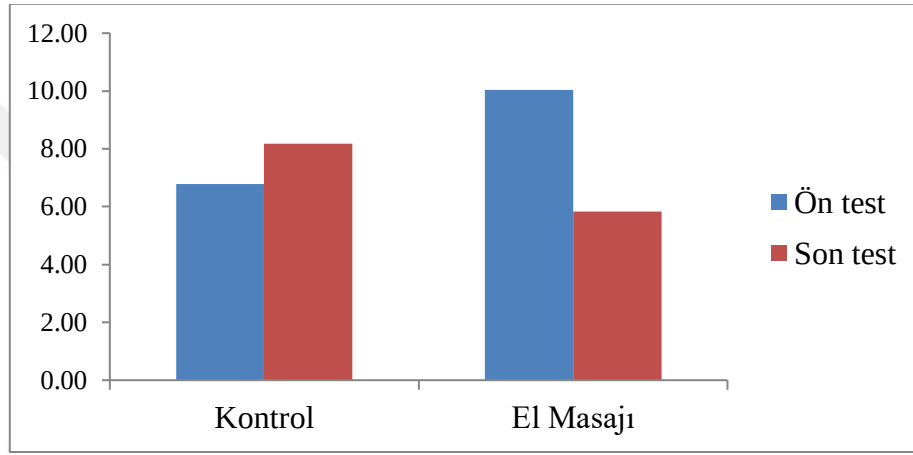
	<i>sd</i>	Kareler Ortalaması	<i>F</i>	<i>p</i>	Kısmi η^2
Uyku Bozukluğu					
Ön test	1	1,85	10,05	0,003**	0,16
Grup	1	0,36	1,93	0,171	0,04
Hata	51	0,18			
Uyku İlaç Kullanımı					
Ön test	1	20,15	45,96	0,001***	0,47
Grup	1	0,76	1,73	0,194	0,03
Hata	51	0,44			
Gündüz İşlev Bozukluğu					
Ön test	1	3,82	7,75	0,008**	0,13
Grup	1	0,51	1,04	0,313	0,02
Hata	51	0,49			
Genel Uyku Kalitesi					
Ön test	1	245,54	31,50	0,001***	0,38
Grup	1	65,65	8,42	0,005**	0,14
Hata	51	7,79			

Not. $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$. *sd* = Serbestlik derecesi, *F* = Tek yönlü ANCOVA *F* değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

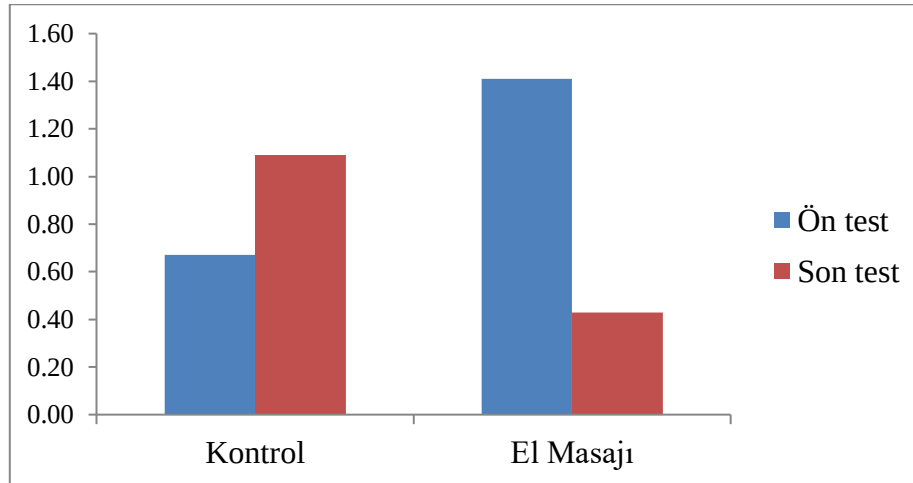
Tablo 4.6’da görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların ve kontrol grubundaki yaşlıların ön test puanları kontrol edildiğinde son test öznel uyku kalitesi ($F(1, 51) = 2,95$, $p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,05$), uyku latensi ($F(1, 51) = 2,66$, $p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,05$), alışılmış uyku etkinliği ($F(1, 51) = 0,31$, $p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,01$), uyku bozukluğu ($F(1, 51) = 1,93$, $p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,04$), uyku ilaç kullanımı ($F(1, 51) = 1,73$, $p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,03$) ve gündüz işlev bozukluğu ($F(1, 51) = 1,04$, $p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,02$) puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yokken uyku süresi ($F(1, 51) = 11,12$, $p < 0,01$, Kısmi $\eta^2 = 0,18$) ve genel uyku kalitesi ($F(1, 51) = 8,42$, $p < 0,01$, Kısmi $\eta^2 = 0,14$) puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. El masajı ve kontrol grupları arasında uyku süresi ve genel uyku kalitesi toplam puan ortalamalarında gözlemlenen bu farklılık yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olup grup üyeliği uyku süresi puanlarındaki değişimin %18’ini açıklarken genel uyku kalitesi puanlarındaki değişimin %15’ini açıklamaktadır. Tablo 4.5’te görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların uyku süresi son test toplam puan ortalamaları ($\bar{X}_{\text{düz}} = 0,43$) kontrol grubundaki yaşlılardan ($\bar{X}_{\text{düz}} = 1,09$) anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Benzer şekilde el masajı grubundaki yaşlıların genel uyku kalitesi son test toplam puan ortalamaları ($\bar{X}_{\text{düz}} = 5,83$) kontrol grubundaki yaşlılardan ($\bar{X}_{\text{düz}} = 8,17$) anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinde yüksek puanlar kötü uyku kalitesini, düşük puanlar ise iyi uyku kalitesini gösterdiğinden bu bulgular el masajı uygulamalarının

huzurevinde kalan yaşlı bireylerin uyku süresini iyileştirmede ve genel uyku kalitesini artırmada etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

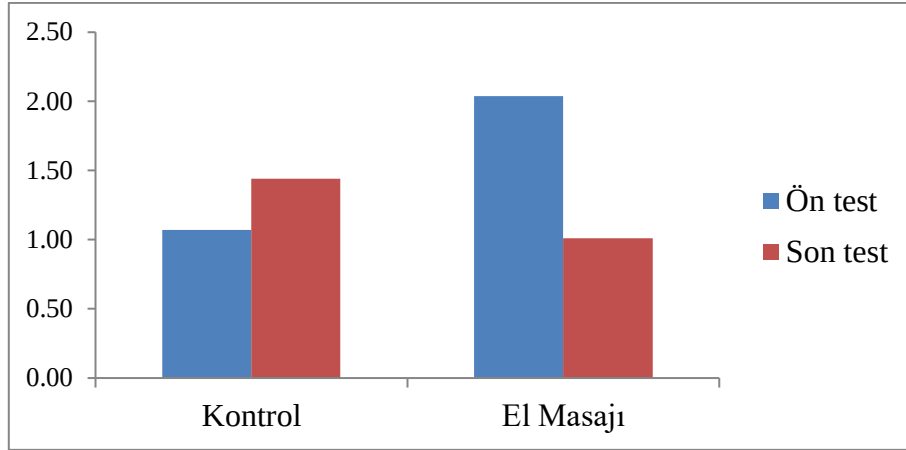
Şekil 4.1’de kontrol ve el masaj grubundaki yaşlıların genel uyku kalitesi toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği, Şekil 4.2’de uyku süresi toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği, Şekil 4.3’te öznel uyku kalitesi toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği, Şekil 4.4’te uyku latensi toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği, Şekil 4.5’te uyku bozukluğu toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği ve Şekil 4.6’da gündüz işlev bozukluğu toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği yer almaktadır.



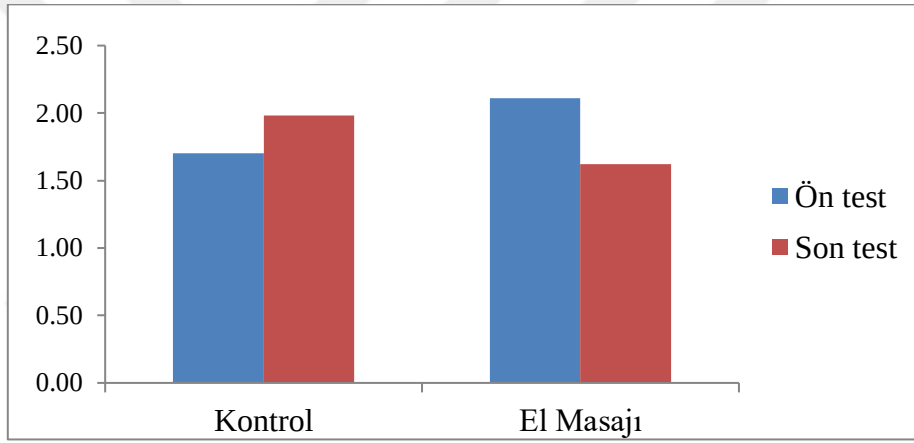
Şekil 4.1. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların genel uyku kalitesi puanları değişim grafiği



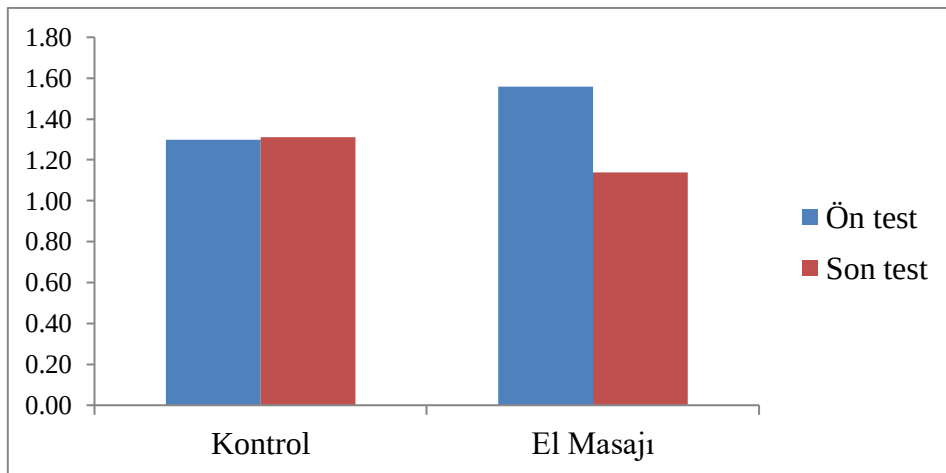
Şekil 4.2. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların uyku süresi puanları değişim grafiği



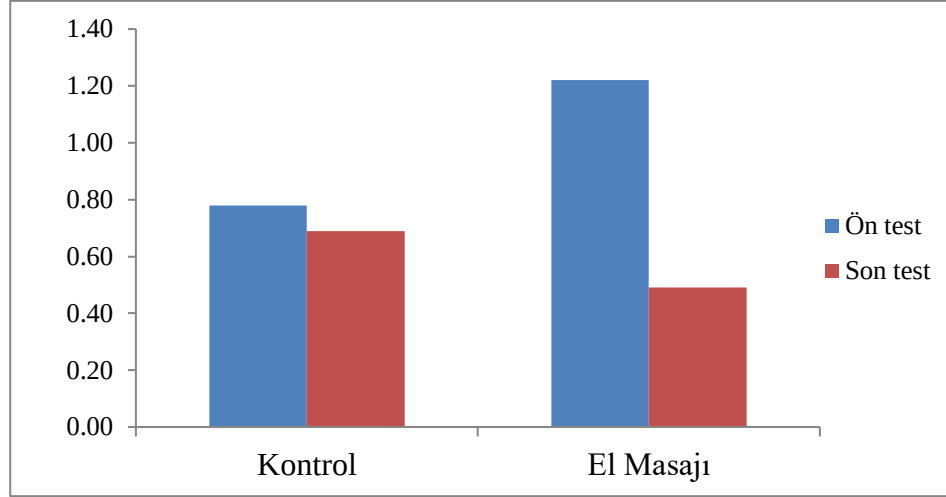
Şekil 4.3. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların öznel uyku kalitesi puanları değişim grafiği



Şekil 4.4. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların uyku latensi puanları değişim grafiği



Şekil 4.5. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların uyku bozukluğu puanları değişim grafiği



Şekil 4.6. El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların gündüz işlev bozukluğu puanları değişim grafiği

Tablo 4.7’de el masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların sürekli kaygı ön test puan ortalama, standart sapma değerleri ve yapılan bağımsız gruplar için *t*-testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 4.7. El masajı grubu ve kontrol grubundaki yaşlıların sürekli kaygı ön test puanları bağımsız gruplar için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
El Masajı	27	49,81	8,91	52	2,23	0,030*	0,61
Kontrol	27	44,67	8,06				

Not. $p < 0,05^*$. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = bağımsız örneklemeler için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi gerçekleştirilen bağımsız gruplar için *t*-testi sonucunda kontrol grubu ve el masajı grubundaki yaşlıların sürekli kaygı ön test puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($t(52) = 0,30$, $p < 0,05$, $d = 0,61$). Gruplar arasında sürekli kaygı puanlarında gözlemlenen bu farklılık orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahiptir. Tablo 4.7’de görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların ön test sürekli kaygı puanları ($\bar{X} = 49,81$) kontrol grubunda yer alan huzurevinde kalan yaşlı bireylerin ön test sürekli kaygı puanlarından ($\bar{X} = 44,67$) anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

El masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların ön test ve son test sürekli kaygı puanlarındaki zaman içerisindeki değişimi karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilen bağımlı gruplar için *t*-testi sonuçları Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Tablo 4.8. El masajı ve kontrol grubu sürekli kaygı ön test ve son test puanları bağımlı gruplar için *t*-testi sonuçları

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
El Masaj							
Ön test	27	49,81	8,91	26	2,49	0,019*	0,48
Son test	27	46,70	9,13				
Kontrol							
Ön test	27	44,67	8,06	26	-0,17	0,863	-0,03
Son test	27	44,96	10,52				

Not. $p < 0,05^*$. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, *sd* = Serbestlik derecesi, *t* = bağımsız örneklem için *t*-testi değeri, *p* = Anlamlılık düzeyi, *d* = Cohen *d* etki büyüklüğü değeri

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi gerçekleştirilen bağımlı gruplar için *t*-testi sonucunda el masajı grubundaki yaşlıların ön test ve son test sürekli kaygı puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmaktayken ($t(26) = 2,49, p < 0,05, d = 0,48$) kontrol grubundaki yaşlıların ön test ve son test sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($t(26) = -0,17, p > 0,05, d = -0,03$). El masajı grubundaki yaşlıların sürekli kaygı puanlarında görülen değişimin orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.8’de görüldüğü gibi el masajı grubundaki yaşlıların sürekli kaygı son test ortalamaları ($\bar{X} = 46,70$) ön test puan ortalamalarından ($\bar{X} = 49,81$) anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

El masajı grubundaki yaşlıların ve kontrol grubundaki yaşlıların son test sürekli kaygı puan ortalamaları, standart sapma değerleri ve düzeltilmiş puan ortalamaları Tablo 4.9’da ve gerçekleştirilen tek yönlü ANCOVA sonuçları Tablo 4.10’da yer almaktadır.

Tablo 4.9. Sürekli kaygı puanları son test ortalama ve standart sapma değerleri

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	$\bar{X}_{düz}$
El Masaj	27	46,70	9,13	44,76
Kontrol	27	44,96	10,52	46,90

Not. *n* = Frekans, $\bar{X}$ = Ortalama, *SS* = Standart sapma, $\bar{X}_{düz}$ = Düzeltilmiş ortalama

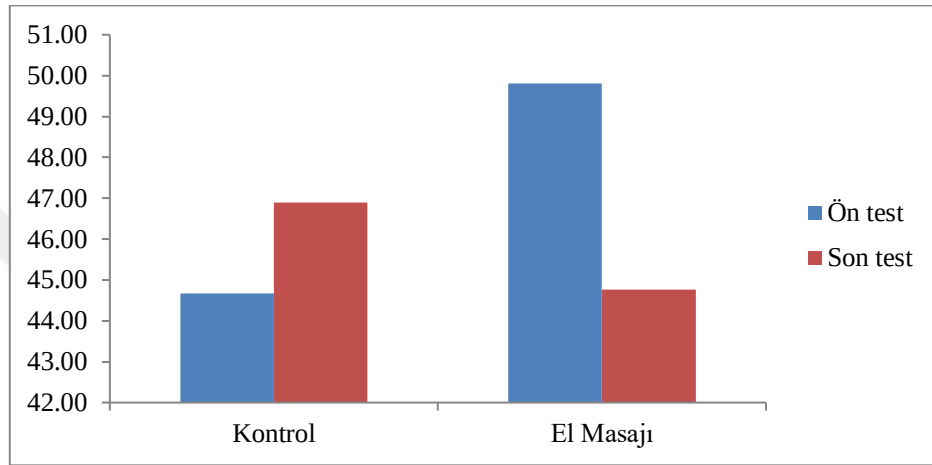
Tablo 4.10. Sürekli kaygı son test toplam puanları tek yönlü ANCOVA sonuçları

	<i>sd</i>	Kareler Ortalaması	<i>F</i>	<i>P</i>	Kısmi η^2
Ön test	1	2132,93	37,39	0,001***	0,42
Grup	1	56,54	0,99	0,324	0,02
Hata	51	57,05			

Not. $p < 0,001^{***}$. *sd* = Serbestlik derecesi, *p* = Anlamlılık düzeyi, *F* = Tek yönlü ANCOVA *F* değeri, η^2 = Eta-kare etki büyüklüğü değeri.

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi el masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların ön test puanları kontrol edildiğinde son test sürekli kaygı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($F(1, 51) = 0,99, p > 0,05$, Kısmi $\eta^2 = 0,02$).

Bu bulgular ikinci araştırma hipotezini kısmen destekler niteliktedir. Şekil 4.7’de kontrol ve el masaj grubundaki yaşlı bireylerin sürekli kaygı toplam puan ortalamalarındaki değişim grafiği yer almaktadır.



Şekil 4.7. El masajı ve kontrol grubundaki huzurevinde kalan yaşlı bireylerin sürekli kaygı puanları değişim grafiği

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

- Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının uyku kalitesine etkisi
- Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının kaygı düzeyine etkisi

Huzurevinde Kalan Yaşlılara Uygulanan El Masajının Uyku Kalitesine Etkisi

Uyku kalitesi; uyku süresi, uyku memnuniyeti ve uyku tutarlılığı (düzenliliği) ile birlikte sağlıklı uykunun önemli bir göstergesidir [86]. Yaşlılarda uyku sürecine etki ederek uyku kalitesini düşüren çeşitli faktörler bulunmakta olup bunlar arasında kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, psikiyatrik bozukluklar, sigara ve alkol kullanımı, ailesel sorunlar, eşin ölümü vb. faktörler yer almaktadır [88, 94]. Yaşlılardaki uyku kalitesini etkileyen bir diğer faktör ise kurum bakımı alıyor olmaktır [86]. Kurum bakımı, yaşlı bireylerde toplu yaşamla birlikte depresyon, anksiyete, stres ve uyku sorunlarının oluşmasına neden olmakta veya mevcut sorunları kötüleştirmektedir [141]. Fadiloğlu vd. (2006)'nin yaptığı çalışmada, huzurevinde kalan yaşlıların %77'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir [163]. Ülkemizde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise, huzurevinde kalan yaşlıların %53,3'ünün yatağa yattığında hemen uyuyamadığı, %57,3'ünün gündüz uyuma alışkanlığının olduğu ve çalışmaya katılan bireylerin %100'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir [164]. Bu anlamda kurum bakımı alan yaşlılarda, uyku sorunlarının değerlendirilmesine ve mevcut sorunların giderilerek uyku kalitesinin artırılmasına yönelik uygulamalara ihtiyaç vardır [141]. Uyku kalitesinin artırılmasında; dinlendirici müzik, masaj, ılık duş, uyku öncesi sıcak içecekler, sessiz-sakin ve karanlık ortam oluşturma gibi farmakolojik olmayan yöntemler önerilmektedir [106]. Hemşirelik uygulamalarından biri olan masaj; ağrı ve anksiyete düzeyini azaltıp kasların gevşemesini sağlayarak uyku kalitesini iyileştiren bir dokunma yöntemidir [141]. Masaj ellere, ayaklara veya tüm vücuda uygulanabilir. Bunlardan biri olan el masajı, bireyle temasın en kolay yoludur ve uygulaması kolay bir yöntemdir [165].

Bu araştırmada huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan farmakolojik olmayan yöntemlerden olan el masajının genel uyku kalitesini anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu, **“H1-1: Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının, uyku kalitesi üzerine etkisi vardır”** hipotezini desteklemektedir. İmanishi vd. (2010)'nin huzurevinde kalan bireylere uyguladığı sırt-omuz-kol-el masajının uyku verimliliğini

arttırdığı, Park ve Park (2019)'ın uzun süreli bakım merkezinde kalanlara uyguladığı aromatik el masajının uykuda iyileşme sağladığı ve stres düzeyinin azalttığı bulunmuştur [166 ve 167]. Huzurevinde kalan yaşlılar ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada uygulanan aromaterapi ve el masajı programının anksiyete, uyku ve depresyon örüntüleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır [26]. Song ve Kim (2009) tarafından uzun süreli bakım merkezinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının yorgunlukta azalma ve uyku memnuniyetinde artışa neden olduğu saptanmıştır [141]. Lee vd. (2011)'nin hastanede uzun süre kalan yaşlı bireylere uyguladığı aromatik el masajının, hastane stresini azalttığı ve uyku kalitesini iyileştirdiği bildirilmiştir [168]. Kudo ve Sasaki (2020) tarafından ılık el banyosu ile yapılan el masajının, uyku bozukluğu olan yaşlı kadınlarda uyku verimliliğini ve uykuya dalma güçlüğüne iyileştirdiği bildirilmiştir [146]. Hastanede yatan yaşlı bireylerde, el masajının depresyon ve uyku bozukluğu üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada da benzer şekilde el masajının, bireylerin uyku ve depresyon düzeylerinde anlamlı iyileşme sağladığı saptanmıştır [169]. Çalışma sonucumuz literatürü destekler niteliktedir.

Huzurevinde Kalan Yaşlılara Uygulanan El Masajının Kaygı Düzeyine Etkisi

Kaygı, insanda oluşan nedeni belirsiz tedirginlik ya da istemsizce korkma anlamına gelen bir duygudur [13]. Huzurevinde kalmak, yakınların kaybı, değersizlik hissi, kişinin kendi evinden ayrılması gibi yaşlılıkta yaşanan travmatik olaylar, yaşlı bireylerde kaygıya neden olmaktadır [12, 14]. Literatürde huzurevinde kalan yaşlılarda kaygı düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [15 ve 16]. Bu anlamda yaşlılarda, kaygıyı giderecek uygulamalara ihtiyaç vardır. Kaygıyı azaltmak için çoğunlukla terapötik dokunma, müzik ve aromaterapi gibi hemşirelik müdahaleleri kullanılır [25]. Bu müdahalelerden biri de bireysel huzuru ve iyilik halini arttıran masajdır [136]. Masaj, kan akışına yardımcı olup kalp hızı ve kan basıncını düşürerek kaygının azalmasına yardımcı olmaktadır [170].

Bu çalışmada, huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan farmakolojik olmayan yöntemlerden olan el masajı uygulanmış olup araştırma sonucunda, el masajı ve kontrol grubundaki yaşlıların kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu, **“H2-1: Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajının, sürekli kaygı düzeyi üzerine etkisi vardır.”** araştırma hipotezini desteklememektedir. Ancak el masajı grubundaki yaşlı bireylerin sürekli kaygı seviyelerinde bir düşüş gözlemlenmiştir. Bu durum el masajının sürekli kaygı üzerinde kısmen etkili olduğunu

göstermektedir. Yücel vd. (2020) tarafından huzurevinde kalan bireylere uygulanan el masajı ve terapötik dokunmanın konfor ve kaygı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde el masajı her iki ele toplam 10 dakika uygulanmış olup el masajının anksiyete düzeyini azaltmada ve konfor düzeyini arttırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [25]. Huzurevinde kalan yaşlı kadınlara uygulanan aromatik el masajının anksiyete, depresyon ve uyku üzerine etkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada; el masajının uyku kalitesini arttırdığı kaygı ve depresyon düzeyini azalttığı belirlenmiştir [26]. Göke Arslan ve Çınar Yücel (2022) tarafından huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan el ve sırt masajının kaygı düzeyini azaltarak konforda artış sağladığı bulunmuştur [170]. Huzurevinde yapılan bir diğer çalışmada, yaşlı bireylere haftada 5 gün, iki hafta boyunca 20 dakika uygulanan aromatik el masajının uyku, yorgunluk, kaygı ve depresyon üzerine olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır [165]. Subiantoro vd. (2024) tarafından huzurevinde kalan hipertansiyon tanılı bireylere uygulanan el masajının ise kaygı ve kan basıncı seviyelerini azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [171]. Bu çalışmada el masajı uygulama süresinin, sonucu etkilediği düşünülmektedir. Daha uzun süreli uygulanacak el masajı, sürekli kaygıyı azaltmada etkili olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Huzurevinde kalan bireylere uygulanan el masajının uyku kalitesi ve sürekli kaygı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Huzurevinde kalan bireylere uygulanan el masajının, bireylerin uyku kalitesinde anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur.
- Huzurevinde kalan bireylere uygulanan el masajının sürekli kaygı seviyesini azaltmada kısmen etkili olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Birey ve hemşire arasında iletişimi sağlayan, kolay uygulanabilir bir yöntem olan el masajının; huzurevinde kalan bireylerin rutin bakım süreçlerine dahil edilmesi,
- Özellikle farmakolojik olmayan yaklaşımlara yönelik artan ilgi göz önünde bulundurulduğunda, el masajı gibi kolay uygulanabilir ve etkili yöntemlerin, hemşirelerin yaşlı bakım sürecinde daha yaygın olarak kullanılmasının teşvik edilmesi,
- Hemşirelerin el masajı uygulamalarına dair farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik eğitim ve uygulamaların yapılması,
- El masajı uygulama metot ve süresine ilişkin bir protokol olmaması nedeniyle standardizasyonu sağlamak adına kanıta dayalı kılavuz önerilerine uygun protokoller geliştirilmesi,
- Uygulanan el masajının, uzun dönemdeki etkilerine ilişkin değerlendirmelerin sağlanabileceği farklı örneklemelerde daha uzun süreli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. İnternet: World Health Organization. (Ekim, 2024). Ageing and health. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Son Erişim Tarihi: 20.02.2025.
2. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (Mart, 2025). İstatistiklerle yaşlılar, 2024. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2024-54079>. Son Erişim Tarihi: 02.04.2025.
3. Karaca, F. (2010). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Hayata Bakış Açıları ve Gelecekle İlgili Beklentileri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(21), 50-72.
4. Birinci, M. ve Quadir, S. E. (2017). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2), 35-50.
5. Bilge, M. (2020). Günümüzde yaşlılık. Z. Gençtürk (ed.), *Yaşlılık ve sosyal politika tartışmaları* (ss. 18-25) içinde. Ankara: Detay Yayıncılık.
6. Taş, L., Cebecioğlu, G. ve Korkmaz, A. H. (2023). Sakinlerin Gözünden Huzurevi Yaşamını Anlamak. *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, (49), 211-234.
7. Ardahan, M. (2010). Yaşlılık ve Huzurevi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(20), 25-32.
8. Savaş, S. ve Akçiçek, F. (2010). Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 19-30.
9. Neikrug, A. B. and Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep Disturbances in Nursing Homes. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 14, 207-211.
10. Şenol, V., Soyuer, F. ve Şenol-Nar P. (2013). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Uyku Kalitesinin Pittsburgh, Epworth ve Sabahçıl-Akşamcıl Anketi Ölçekleri ile Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 16(1).
11. Zhu, X., Hu, Z., Nie, Y., Zhu, T., Chiwanda Kaminga, A., Yu, Y. and Xu, H. (2020). The Prevalence of Poor Sleep Quality and Associated Risk Factors Among Chinese Elderly Adults in Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *Plos One*, 15(5), e0232834.
12. Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S. and Konjevoda, S. (2021). Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. *The Journal Healthcare*, 9(8), 1035.
13. Manav, F. (2011). Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.
14. Soydan, M., Altıparmak, S. ve Karadeniz, G. (2005). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Anksiyete Durumu ve İlişkili Risk Faktörleri (Bir Huzurevi Örneği). *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 8(8).

15. Barakat, M. M., Elattar, N. F. and Zaki, H. N. (2019). Depression, Anxiety and Loneliness Among Elderly Living in Geriatric Homes. *American Journal of Nursing Research*, 7(4), 400-411.
16. Ulbricht, C. M., Hunnicutt, J. N., Hume, A. L. and Lapane, K. L. (2019). Depression, Anxiety, and Pain Among Newly Admitted Nursing Home Residents. *The Journal of Nursing Home Research Sciences*, 5.
17. Alvaro, P. K., Roberts, R. M. and Harris, J. K. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality Between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*, 36(7), 1059–1068.
18. den Ouden, M., Zwakhalen, S. M. G., Meijers, J. M. M., Bleijlevens, M. H. C. and Hamers, J. P. H. (2019). Feasibility of Daily Nurse: A Nursing Intervention To Change Nursing Staff Behaviour Towards Encouraging Residents' Daily Activities and Independence in the Nursing Home. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 801–813.
19. İnternet: Yılmaz, H. ve Tuncel, D. (2014). Uyku bozukluklarında tedavi rehberi. URL: <https://noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/uyku%20bozukluklar%C4%B1%202014.pdf>. Son Erişim Tarihi: 09.04.2025.
20. Durgun, H. ve Kaya, H. (2018). Yaşlı Bireylerde Ayak Banyosunun Uyku Kalitesine Etkisi: Sistematik İnceleme. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(3), 189-194.
21. Gu, H. J. and Lee, O. S. (2023). Effects of Non-Pharmacological Sleep Interventions in Older Adults: A Systematic Review And Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 20(4), 3101.
22. Jung, S. O., Kim, H. and Choi, E. (2022). The Effects of Non-Pharmacological Interventions on Sleep Amongolder Adults in Korean Long-Term Care Facilities:A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 33(3),340–355.
23. Göke Arslan, G. ve Çınar Yücel, Ş. (2017). Hemşirelik Bakımında El Masajı Uygulaması ve Yapılan Çalışmaların Sistematik Analizi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 15-20.
24. Atar, N. Y. ve Koç, M. (2023). Demansı Olan Bireylerde Davranışsal ve Psikolojik Semptomların Yönetiminde El Masajının Etkisi: Sistematik Bir Derleme. *Ağrı Medical Journal*, 1(3), 108-112.
25. Çınar Yücel, Ş., Göke Arslan, G. and Bağcı, H. (2020). Effects of Hand Massage and Therapeutic Touch on Comfort and Anxiety Living in a Nursing Home in Turkey: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 351–364.
26. Kim, S. M. (2009). The Effects of Aromatherapy and Hand Massage on Anxiety, Sleep, and Depression in the Female Aged at Residential Facilities. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20(4), 493-502.

27. Yoo, M. S. (2019). Effects of Aroma Hand Massage on State Anxiety, Depression, Quality of Sleep, and Blood Pressure of Palliative Patients in Hospice. *Journal of Home Health Care Nursing*, 26(3), 309–318.
28. Yerli, G. (2017). Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 1278-1287.
29. World Health Organization. (2001). Men, ageing and health: achieving health across the life span. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/66941>.
30. World Health Organization. (2021). Decade of healthy ageing: baseline report. Summary. Geneva: World Health Organization. 9789240023307eng.pdf.
31. Chalise, H. N. (2019). Aging: Basic Concept. *American Journal of Biomedical Science and Research*, 1, 8-10.
32. Küçük, M. ve Canatan, K. (2024). Kurumlar Perspektifinden Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlılar: Konya İli Selçuklu İlçesi Örneği. *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*, 33(4), 171-204.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı (2021-2026). <https://onikinciplan.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/12/Turkiye-Saglikli-Yaslanma-Eylem-Plani-ve-Uygulama-Programi-2021-2026.pdf>.
34. Dziechciaz, M. and Filip, R. (2014). Biological Psychological and Social Determinants of Old Age: Bio-Psycho-Social Aspects of Human Aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4).
35. Demirbilek, T. ve Öktem Özgür, A. (2017). Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(1), 14-28.
36. Schneider, R. H. and Irigaray, T. Q. (2008). O Envelhecimento Na Atualidade: Aspectos Cronológicos, Biológicos, Psicológicos E Sociais. *Estudos De Psicologia (Campinas)*, 25(4).
37. Kahveci, M. M. ve Yeniçeri, N. (2023). Değişen Dünyada Yaşlılık. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 593-599.
38. United Nations (2024). World Population Prospects 2024: Summary of Results. UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9. New York: United Nations. [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/undesa_pd_2024_WPP2024_Summary_of_Results%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/undesa_pd_2024_WPP2024_Summary_of_Results%20(1).pdf).
39. İnternet: World Health Organization. Ageing. URL: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. Son Erişim Tarihi: 11.04.2025.

40. İnternet: World Health Organization. Ageing-global issues URL: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>. Son Erişim Tarihi: 11.04.2025.
41. Halil, M. G. (2017). Türkiye'deki Hızlı Demografik Değişim. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 44: 16, 17.
42. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (Mart, 2025). İstatistiklerle yaşlılar, 2024. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2024-54079>. Son Erişim Tarihi: 12.04.2025.
43. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). Nüfus projeksiyonları, 2023-2100. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2023-2100-53699>. Son Erişim Tarihi: 15.04.2024.
44. Şimşek, H. ve Evin, H. (2024). Aile İçi Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 320-332.
45. United Nations. (2022). World population prospects 2022: summary of results. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf.
46. Duman, İ., Ceyhan, Ö. ve Taşcı, S. (2024). Yaşlı Bireylerde Aromaterapi Kullanımı. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(3), 441-449.
47. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). 2020 yılı yaşlı nüfus istatistik bülteni. https://www.aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf.
48. Gürer, A., Çırpan, F. K. ve Özlen, N. A. (2019). Yaşlı Bakım Hizmetleri. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(1), 1-6.
49. Erdem, M. (2005). Yaşlıya Bakım Verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 101-106.
50. Değer, T. B. ve Ordu, Y. (2021). Eldivan İlçesinde Yaşayan Yaşlılara İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yükleri. *Opus International Journal of Society Researches*, 18(43), 6764-6789.
51. Broese van Groenou, M. I. and De Boer, A. (2016). Providing Informal Care in a Changing Society. *European Journal of Ageing*, 13(3), 271-279.
52. Soydan, A. M., Elkin, N. ve Barut, A. Y. (2023). Bakım Yükünün Yaşlı Bakıma Etkileri. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (20), 703-713.
53. Štrancar, A. (2024). The Hardships and Difficulties of Informal Carers Supporting People with Dementia. *Journal of Social Policy*, 20(1), 99-119.
54. Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., Van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., ... and Mattace-Raso, F. U. (2020). Challenges and Needs of Informal

- Caregivers in Elderly Care: Qualitative Research in Four European Countries, the Trace Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103971.
55. İpek, L. ve Gencer, G. Y. G. (2023). Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı İnformal Bakım Verenler: Geleneksel Derleme. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 7(3), 256-256.
 56. Zhao, D., Li, J., Gao, T., Sun, J., Wang, Y., Wang, Q. and Zhou, C. (2022). Do Older Adults with Multimorbidity Prefer Institutional Care Than Those Without Multimorbidity? The Role of Functional Limitation. *Bmc Geriatrics*, 22(1), 126.
 57. Lv, F., Zeng, H., Zhu, X., Wang, Y., Cheng, H. and Wang, J. (in press). (2024). Utilisation Willingness for Institutional Care Among Elderly Adults Living Alone in Northwest of China: A Cross-Sectional Survey.
 58. Altan, Ö. Z. ve Şişman, Y. (2003). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 7(2), 19-53.
 59. Søvde, B. E., Sandvoll, A. M., Natvik, E. and Drageset, J. (2022). Carrying on Life at Home or Moving to a Nursing Home: Frail Older People’s Experiences of at-Homeness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 2082125.
 60. Özmete, E. ve Hussein, S. (2017). Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri raporu: Avrupa’dan en iyi uygulama örnekleri ve Türkiye için bir model tasarımı. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Ankara.
 61. Görecek, P. ve Acuner, D. (2024). Türkiye’ye Özgü Yaşlı Bakım Modeli Üzerine Öneriler. *Journal of Human Sciences*, 21(4), 325-347.
 62. Lunt, C., Dowrick, C. and Lloyd-Williams, M. (2021). What is the Impact of Day Care on Older People With Long-Term Conditions: A Systematic Review. *Health and Social Care in the Community*, 29(5), 1201-1221.
 63. Aksoy, A. D. ve Günay, G. (2017). Yaşlıların Barınma İhtiyacına Alternatif Olarak Sürdürülebilir Yaşlı Köyleri. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 1-19.
 64. Cook, G., Bailey, C., Hodgson, P., Gray, J., Barron, E., Mcmillan, C., ... and Rose, J. (2017). Older UK Sheltered Housing Tenants' Perceptions of Well-Being and Their Usage of Hospital Services. *Health and Social Care in the Community*, 25(5), 1644-1654.
 65. Nilsen, M. K., Sletvold, H. and Olsen, R. M. (2020). 'To Give or Not to Give Medication, that is the Question.' Healthcare Personnel's Perceptions of Factors Affecting Pro Re Nata Medication in Sheltered Housing for Older Adults- a Focus-Group Interview Study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 622.
 66. Karakuş, B. (2018). Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara.

67. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024). 2023 yılı faaliyet raporu. <https://www.aile.gov.tr/Media/159025/Faaliyet-Raporu-2024.Pdf>.
68. İnternet: Resmî Gazete. (2008). Özel huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım merkezleri yönetmeliği. Sayı: 26960, Tarih: 07.08.2008. URL: <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-4.htm>. Son Erişim Tarihi: 20.04.2025.
69. den Ouden, M., Kuk, N. O., Zwakhalen, S. M. G., Bleijlevens, M. H. C., Meijers, J. M. M. and Hamers, J. P. H. (2017). The Role of Nursing Staff in the Activities of Daily Living of Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 38(3), 225-230.
70. İnternet: T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (2001). Huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri yönetmeliği. Sayı: 24325. URL: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4414&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5>. Son Erişim Tarihi: 22.04.2025
71. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2023). Engelli ve yaşlı istatistik bülteni. https://aile.gov.tr/media/135432/eyhgm_istatistik_bulteni_nisan_23.pdf
72. İnternet: T.C. Aile Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024). Haberler. URL: <https://aile.gov.tr/haberler/evde-bakim-sisteminden-140-bin-yasli-yararlaniyor/#:~:text=Resmi%20huzurevi%20say%C4%B1s%C4%B1%20168'e,ise%201940%20ya%C5%9Fl%C4%B1ya%20hizmet%20sa%C4%9Flan%C4%B1yor>. Son Erişim Tarihi: 22.04.2025.
73. Nazlier-Keser, E. N. (2020). Yaşlı Bakım Uygulamalarındaki Etik Sorunlar Üzerine Bir Değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 303-333.
74. de Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W. and Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does The Institutionalization Influence Elderly's Quality of Life? A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 44.
75. Saks, K., Tiit, E. M., Muurinen, S., Mikkilä, S., Frommelt, M. and Hammond, M. (2008). Quality of Life in Institutional care. *Care-related quality of life in old age*. New York: Springer Science and Business Media.
76. Altay, B. ve Avcı, İ. A. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Dicle Medical Journal*, 36(4), 275-282.
77. Akpınar, E. N. ve Mısırlıoğlu, A. (2024). Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezindeki Yaşlılarda Kurumdan Memnuniyet Düzeyleri ve Müşteri Sadakatinin İncelenmesi. *InHealth Theory*, 1(1), 21-3.
78. Martins da Silva, R., Afonso, P., Fonseca, M. and Teodoro, T. (2019). Comparing Sleep Quality in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly Individuals. *Aging and Mental Health*, 24(9), 1452–1458.

79. Ron, P. (2004). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation Among the Elderly: A Comparison Between Men and Women Living in Nursing Homes and in the Community. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2-3), 97-116.
80. Hassan, W., Abd El-Halim, Z., Ahmed, S. and Mostafa, N. (2017). Psychological Problems as Perceived by Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly. *Journal of Education and Practice*, 8(33), 61-67.
81. Karakaya, M. G., Bilgin, S. C., Ekici, G., Köse, N. and Otman, A. S. (2009). Functional Mobility, Depressive Symptoms, Level of Independence, and Quality of Life of the Elderly Living at Home and in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 662-666.
82. Kumar, V. M. (2008). Sleep and Sleep Disorders. *Indian Journal of Chest Diseases and Allied Sciences*, 50(1), 129.
83. Yalın, H. (2016). Yoğun Bakımda Uykusuzluk. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 9-15.
84. Can, S. (2022). Yaşlılarda Uyku Sorunları: Derleme. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 2(1), 36-42.
85. Öğütlü, B. ve Karaaziz, M. (2024). Uyku ve Uyku Bozuklukları ile İlgili Bir Gözden Geçirme. *Journal of Pure Social Sciences*, 5(9), 50-60.
86. Kazoğlu, M. ve Yürük, Z. Ö. (2020). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi, Ağrı, Yorgunluk ve Fiziksel Uygunluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 7(2), 145-153.
87. Gulia, K. K. and Kumar, V. M. (2018). Sleep Disorders in the Elderly: A Growing Challenge. *Psychogeriatrics*, 18(3), 155-165.
88. Özgür, G. ve Baysan, L. (2005). Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2), 97-105.
89. Pekçetin, S. ve İnal, Ö. (2019). Yaşlı Bireylerde Uyku Kalitesinin Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 604- 608.
90. Tel, H. (2013). Sleep Quality and Quality of Life Among the Elderly People. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 19(1), 48-52.
91. İnce Parpucu, T., Keskin, T., Başkurt, F. ve Başkurt, Z. (2023). The Effect of Sleep Quality and Sleepiness on Fatigue Activities of Daily Living and Physical Activity in the Elderly. *Turkish Journal of Sleep Medicine*, 10(2), 104-109.
92. Han, C., An, J. and Chan, P. (2021). The Influence of Probable Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder and Sleep Insufficiency on Fall Risk in a Community-Dwelling Elderly Population. *BMC Geriatrics*, 21(1), 606.

93. Noh, J. W., Kim, K. B., Lee, J. H., Lee, Y., Lee, B. H. and Kwon, Y. D. (2017). Association Between Sleep Duration and Injury From Falling Among Older Adults: A Cross-Sectional Analysis of Korean Community Health Survey Data. *Yonsei Medical Journal*, 58(6), 1222-1228.
94. Zengin, N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşlı Hastalarda Uyku Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 80-87.
95. Beyrami, M., Alizadeh Goradel, J., Ansarhosein, S. and Ghahraman Moharrampour, N. (2014). Comparing Sleep Quality and General Health Among the Elderly Living at Home and at Nursing Home. *Iranian journal of Ageing*, 8(4), 47-55.
96. Maghsoudi, A., Dindarloo, S., Jamali, T., Ghaed, S., Rastgoo, Z. and Hassanipour Azgomi, S. (2016). Comparison of Sleep Quality and General Health in Elderly Individuals Living in their Houses and Nursing Homes. *Sadra Medical Journal*, 4(3), 161-172.
97. Liu, S., Hu, Z., Guo, Y., Zhou, F., Li, S. and Xu, H. (2022). Association of Sleep Quality and Nap Duration with Cognitive Frailty Among Older Adults Living in Nursing Homes. *Frontiers in Public Health*, 10, 963105.
98. Şimşek H., Aliumeroova Z., Aköz A., Eren E. B. ve Uçku R. (2022). İzmir’de Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi ve Uyku Süresinin Düşmelerle İlişkisi. *Turkish Journal of Public Health*, 20(2), 195-204.
99. Kim, D. E. and Yoon, J. Y. (2020). Factors That Influence Sleep Among Residents in Long-Term Care Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1889.
100. Seyyedrasooli, A., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Nasiri, K. and Kalantri, H. (2013). The Effect of Footbath on Sleep Quality of The Elderly: A Blinded Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 305–311.
101. Mendonça, S. C., Martins, D. M. S., Durão, C., Teixeira, J. M. F. and da Silva Rafael Henriques, H. M. (2025). Sleep-Enhancing Nursing Interventions in Hospital Wards: A Systematic Review. *International Nursing Review*, 72(1), e13062.
102. Townsend-Roccichelli, J., Sanford, J. T. and VandeWaa, E. (2010). Managing Sleep Disorders in the Elderly. *The Nurse Practitioner*, 35(5), 30-37.
103. Thichumpa, W., Howteerakul, N., Suwannapong, N. and Tantrakul, V. (2018). Sleep Quality and Associated Factors Among the Elderly Living in Rural Chiang Rai, Northern Thailand. *Epidemiology and Health*, 40, e2018018.
104. Valente, S. (2015). Evaluating and Managing Insomnia: Non-pharmacological Treatments. *Journal of Sleep Disorders and Therapy*, 4: 189.

105. Buchanan, D. (2019). Sleep and sleep disorders. M Harding, J Kwong, D Hagler, D Roberts, C Reinisch (eds.), *Lewis's medical-surgical nursing 11th edition* (ss. 88-100). Canada: Elsevier.
106. Lareau, R., Benson, L., Watcharotone, K. and Manguba, G. (2008). Examining the Feasibility of Implementing Specific Nursing Interventions to Promote Sleep in Hospitalized Elderly Patients. *Geriatric Nursing*, 29(3), 197–206.
107. Liu, Y., Xu, Y., Yang, X., Miao, G., Wu, Y. and Yang, S. (2023). The Prevalence of Anxiety and its Key Influencing Factors Among the Elderly in China. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1038049.
108. İnternet: American Psychological Association. Anxiety. URL: <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>. Son Erişim Tarihi: 25.04.2025
109. Kirmizioglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N. and Akyüz, G. (2009). Prevalence of Anxiety Disorders Among Elderly People. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 24(9), 1026-1033.
110. Harmancı, H. (2019). Psikiyatri Kliniğine Başvuran Yaşlı Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri: Bir Özel Tıp Fakültesi Hastanesi Deneyimi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 152-157.
111. Byeon, H. (2021). Exploring Factors for Predicting Anxiety Disorders of the Elderly Living Alone in South Korea Using Interpretable Machine Learning: A Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7625.
112. Girianto, P. W. R., Widayati, D. and Agusti, S. S. (2021). Butterfly Hug Reduce Anxiety on Elderly. *Journal of Ners and Midwifery*, 8(3), 295-300.
113. Karael, B. ve Karaaziz, M. (2024). Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine SistematiK Derleme. *Ulusal ve Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Dergisi*, 5 (6), 942-956.
114. Nematillayevna, S. D. and Temirpulotovich, T. B. (2024). Prevalence of Anxiety and Depressive Disorders in Elderly Patients. *Scientific Journal of Applied and Medical Sciences*, 3(2), 118-123.
115. Vasilopoulos A., Marinou S., Rammou M., Sotiropoulou P., Roupa Z. and Siamaga E. (2018). A Research on Anxiety and Depression of the Elderly in the Community. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 11(3): 59-66.
116. Crocco, E. A., Jaramillo, S., Cruz-Ortiz, C. and Camfield, K. (2017). Pharmacological Management of Anxiety Disorders in the Elderly. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4, 33-46.
117. Gorenstein, E. E. and Papp, L. A. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in the Elderly. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 20-25.

118. Sampaio, F., Gonçalves, P., Parola, V., Sequeira, C. and Lluch Canut, T. (2021). Nursing Process Addressing the Focus “Anxiety”: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 30(7), 1001-1011.
119. Herdman, T. H. and Kamitsuru, S. (eds.). (2021). *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación. 2021-2023*. Elsevier Health Sciences. <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/06/Diagnosticos-Enfermeros-NANDA-2021-2023.pdf>.
120. Lotfizadeh, M., Karimi, Z., Seghayat, M. S. and Fatahian, F. A. (2023). A Study of Stress, Anxiety, and Depression in Nursing Home Residents and Non-Residents. *International Journal of Epidemiology and Health Sciences*, 4. 1-7. 10.51757/IJEHS.4.2023.706399.
121. Reis, J., Hills, S., Robinson, T. and Hills, D. (2024). The Feasibility and Impact of a Brief Behavioural Intervention for Anxiety in Later Life: Perceptions of General Practice Nurses. *Contemporary Nurse*, 60(4), 356–366.
122. Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., ... and Garvin, B. J. (2003). Critical Care Nursing Practice Regarding Patient Anxiety Assessment and Management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(5), 276-288.
123. McGrandles, A. and McCaig, M. (2010). Diagnosis and Management of Anxiety in Primary Care. *Nurse Prescribing*, 8(7), 310-317.
124. Wilson, C. B. (2021). Supporting Older People Experiencing Anxiety Through Non-Pharmacological Interventions. *Nursing Older People*, 33(6).
125. Antai-Otong, D. (2016). Caring for the Patient with an Anxiety Disorder. *The Nursing Clinics of North America*, 51(2), 173–183.
126. Kara, E. ve Ünver, G. (2019). Masaj ve Toparlanmaya Etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1), 28-49.
127. Salvo, S. G. (2015). *Massage therapy: Principles and practice* (Fifth edition). Canada: Elsevier Health Sciences.
128. Değirmen, N. ve Özerdoğan, N. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda El ve Ayak Masajı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17, (2), 133-136.
129. Efe Arslan, D., Kılıç Akça, N. ve Aslan, D. (2025). The Effect of Hand Massage on Fatigue in Women with Cancer Receiving Brachytherapy: Randomized Clinical Trial. *Supportive Care in Cancer*, 33(1), 1-8.
130. Nur Fadilah, P. and Astuti, P. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Hand Massage Terhadap Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara Di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya. *Journal of Health Sciences*, 9(2).

131. Choi, N. (2015). The Effects of Hand Massage Using Aroma Essential Oil and Music Therapy on Anxiety and Sleeping for Elderly Women in the Sanatorium. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(5), 151-8.
132. Değirmenci, S. and Aksoy, Y. E. (2024). Effects of Hand Massage on Women's Pain, Comfort Levels and Flatulence Times After Caesarean Section: A Randomized Controlled Study. *Advances in Integrative Medicine*, 2. 10.1016/j.aimed.2024.09.001.
133. Jung, H. M., Oh, E. J., Sung, H. C. and Kim, M. (2022). Effects of a Spouse's Aromatherapy Hand Massage on Fatigue, Stress, and a Couple's Relationship in Pregnant Women. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*, 26(1), 35–43.
134. Kolcaba, K., Schirm, V. and Steiner, R. (2006). Effects of Hand Massage on Comfort of Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 27(2), 85–91.
135. Demir, B. and Saritas, S. (2020). Effect of Hand Massage on Pain and Anxiety in Patients After Liver Transplantation: A Randomised Controlled Trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101152.
136. Nazari, R., Ahmadzadeh, R., Mohammadi, S. and Rafiei Kiasari, J. (2012). Effects of Hand Massage on Anxiety in Patients Undergoing Ophthalmology Surgery Using Local Anesthesia. *Journal of Caring Sciences*, 1(3), 129–134.
137. Irani, M., Kordi, M., Tara, F., Bahrami, H. R. and Shariati Nejad, K. (2015). The Effect of Hand and Foot Massage on Post-Cesarean Pain and Anxiety. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(4), 465-47.
138. Harris, M. (2018). Massage. R Lindquist, M F Tracy, M Snyder, (eds.), *Complementary and alternative therapies in nursing seventh edition* (ss. 255-269). New York: Springer Publishing Company.
139. Westman, K. F. and Blaisdell, C. (2016). Many Benefits, Little Risk: The Use of Massage in Nursing Practice. *The American journal of nursing*, 116(1), 34–41. <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00000446-201601000-00021.pdf>
140. Dean, S., Lewis, J. and Ferguson, C. (2017). Editorial: is Technology Responsible for Nurses Losing Touch? *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 583–585.
141. Song, M. S. and Kim, N. C. (2009). Effect of Hand Massage on Fatigue, Sleep Satisfaction and Blood Pressure of the Aged in a Long-Term Care Facility. *Korean Journal of Adult Nursing*, 21(2), 179-186.
142. Erzincanli, S. and Kasar, K. S. (2021). Effect of Hand Massage on Pain, Anxiety, and Vital Signs in Patients Before Venipuncture Procedure: A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 22(3), 356–360.

143. Braithwaite, C. M. and Ringdahl, D. (2017). Nurse-Administered Hand Massage: Integration Into an Infusion Suite's Standard of Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(4), E87–E92.
144. Çavdar, A. U., Yılmaz, E. and Baydur, H. (2020). The Effect of Hand Massage Before Cataract Surgery on Patient Anxiety and Comfort: A Randomized Controlled Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(1), 54-59.
145. Li, Z., Bauer, B., Aaberg, M., Pool, S., Van Rooy, K., Schroeder, D. and Finney, R. (2021). Benefits of Hand Massage on Anxiety in Preoperative Outpatient: A Quasi-Experimental Study With Pre-And Post-Tests. *Explore*, 17 (5), 410–416.
146. Kudo, Y. and Sasaki, M. (2020). Effect of a Hand Massage with a Warm Hand Bath on Sleep and Relaxation in Elderly Women with Disturbance of Sleep: A Crossover Trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(3), e12327.
147. Zat Çiftçi, Z., Delibaş, D. H., Kaya, T., Külçü, D. G., Sarı, A., Nazlıkul, H., ... and Konuk, E. (2024). A Randomized Controlled Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in the Treatment of Fibromyalgia. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1286118.
148. Buysse, D. J., Reynolds I, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. and Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
149. Agargun, M. Y. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
150. Spielberger Cd. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Stat: Form Y). Palo Alto: *Consulting Psychologists Press*.
151. Öner, N. ve Le Compte, A. (1983). Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Yayınları.
152. Yoshiyama, K., Arita, H. and Suzuki, J. (2015). The Effect of Aroma Hand Massage Therapy for People with Dementia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(12), 759-765.
153. George, D. and Mallery, P. (2022). *IBM SPSS Statistics 27 step by step: A simple guide and reference* (seventh edition). Routledge.
154. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, R. E. (2018). *Multivariate Data Analysis*. Cengage.
155. Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (sixth edition). Pearson Education.
156. Pituch, K. A. and Stevens, J. (2016). *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS*. Routledge.

157. Creswell, J. W. (2022). *A concise introduction to mixed methods research* (second edition). SAGE.
158. Creswell, J. W. and Poth, C. N. (2025). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (fifth edition). Sage.
159. Field, A. P. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (Sixth edition). SAGE Publications.
160. Hahs-Vaughn, D. L. (2024). *Applied multivariate statistical concepts* (sixth edition). Routledge.
161. Rea, L. M. ve Parker, R. A. (2014). *Designing and Conducting Survey Research: A Comprehensive Guide* (fourth edition). Jossey-Bass.
162. Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
163. Fadiloğlu, Ç., İlkbay, Y. ve Yıldırım, K. Y. (2006). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3), 165-169.
164. Erman, P. ve Balcı Alparslan, G. (2025). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Kırılabilirlik ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 18(1), 1-14.
165. Lee, S. Y. (2011). Effects of Aromatherapy Hand Massage on Anxiety, Depression, Sleep Disturbance and Fatigue of the Institutionalized Elderly. *Journal of Korean Biological Nursing Science*, 13(1), 29-36.
166. Imanishi, J., Watanabe, E., Watanabe, S., Sakurada, K. and Onouchi, Z. (2010). Improvement of Sleep and Circadian Rhythm Disturbance in Nursing Home Residents by Aromatherapy Massage: A Preliminary Study. *Japanese Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 7(2), 87-93.
167. Park, M. J. and Park, H. (2019). Is Hand Massage with the Preferred Aroma Oil Better Than Lavender on Stress and Sleep for Long-term Care Facility Residents? *Korean Journal of Adult Nursing*, 31(2), 156-164.
168. Lee, J. E., Lee, Y. W. and Kim, H. (2011). Effects of Aroma Hand Massage on the Stress Response and Sleep of Elderly Inpatients. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 18(4), 480-487.
169. Kim, Y. H., Kim, Y. C. and SaKong, J. K. (2009). The Effects of Aroma Hand Massage on Sleep and Depression in Hospitalized Elderly Patients. *Journal of Society of Preventive Korean Medicine*, 13(3), 73-85.
170. Goke Arslan, G. and Çınar Yucel, S. (2022). Effects of the Hand Massage and Back Massage on Comfort and Anxiety in Older People: A Randomized Controlled Trial. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 12(2), 173-179.

171. Subianto, M. B., Sari, F. A., Damayanti, B. S., Hati, D. M., Mauluddin, G. T. S., Nisya, S. C., ... and Saifudin, M. (2024). Implementation of Hand Massage on Reducing Anxiety in Elderly People with Hypertension. Darmabakti Cendekia: *Journal of Community Service and Engagements*, 6(2).





EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.07.2024-205160



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-76988455-050.04-205160
Konu : Etik Kurul Onayı

19.07.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ
Dr. Öğretim Üyesi

- İlgi : a) 24.05.2024 tarihli ve 2024000076 numaralı online başvurunuz.
b) 12.06.2024 tarihli ve 2024000076-1 numaralı online düzeltme başvurunuz.
c) 30.06.2024 tarihli ve 2024000076-2 numaralı online düzeltme başvurunuz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Tuğba SARI ile işbirliğinizde yapılması planlanan *"Huzurevinde Kalan Yaşlılara Uygulanan El Masajının Uyku Kalitesi ve Kaygı Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"* konulu yüksek lisans tez çalışması Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu yüksek lisans tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerini rica ederim.

Doç. Dr. Burak YAZGAN
Etik Kurul Başkanı

Ek:Kurul Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSRK3HF0015 Pin Kodu :92642

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/ek-5544&eD=BSRK3HF0015&eS=205160>

Adres: Akbılek Mah. Hükümet Cad. No:4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya
Telefon:0 (358) 211 5005 Faks:0 (358) 218 01 04
e-Posta: genclukreterlik@amasya.edu.tr Web: <http://www.amasya.edu.tr/>
Kep Adresi: amasyauniversitesi@is01.kep.tr

Bilgi için: Dilek
BÜYÜKBAYRAKTAR
Ünvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 03582115011



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devamı) Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

	T.C. AMASYA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUL KARAR FORMU	
	Toplantı Tarihi 12 Temmuz 2024	Toplantı Sayısı 13
		Karar No 2024/76

KARAR NO :

2024/76

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ'ın yürütücülüğünde olan ve Yardımcı Araştırmacı olarak yer alan Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Tuğba SARI'nın işbirliğinde yapılması öngörülen *"Huzurevinde Kalan Yaşlılara Uygulanan El Masajının Uyku Kalitesi ve Kaygı Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"* konulu yüksek lisans tez çalışması, Kurul tarafından proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi ve incelendi.

Söz konusu yüksek lisans tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğuna katılanların oybirliğiyle karar verildi.

		KABUL	RED
BAŞKAN V.	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	İMZA	
BAŞKAN YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Safiye TEMEL	İZİN Lİ	
RAPORTÖR	Dr. Öğr. Üyesi Fec AVU LOĞLU YILMAZ	İZİN Lİ	
ÜYELER	Prof. Dr. Mehmet TOPAL	İMZA	
	Doç. Dr. Kenan GUMUŞ	İMZA	
	Doç. Dr. Neşe YAKŞI ŞAHİN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan KARPUZ	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Ceren BAŞKAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Hanife KARA	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali GÜL	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Zeliha KARAPELİT	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Özkan ÖZTÜRK	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Esra TOPÇU	İMZA	

KYT-FRM-265/00

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Uygulama İzni



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



Ek-1

Sayı : E-84459573-605-13471196
Konu : Araştırma Talebi (Tuğba Sarı)

28.10.2024

BAKANLIK MAKAMINA

İlgi : a) Amasya Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nün 15.10.2024 tarihli ve E-31167235-500-13303298 sayılı yazısı.
b) Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.10.2024 tarihli ve E-40592741-605-13395410 sayılı yazısı.

İlgi (a)'da kayıtlı yazı ile belirtilen Amasya Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğba SARI'nın "Huzurevinde Kalan Yaşlılara Uygulanan El Masajının Uyku Kalitesi ve Kaygı Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" adlı tez çalışması kapsamında İl Müdürlüğü'ne bağlı huzurevi ve yaşlı bakım kuruluşlarında uygulama ve anket çalışması gerçekleştirme talebi İlgi (b)'de kayıtlı yazı ile olumlu değerlendirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş denetiminde, kuruluş işleyişini aksatmayacak şekilde, görüşmelere katılma zorunluluğu olmaksızın, gönüllülük esasına dayalı olarak, katılımcıların yazılı onamları alınarak, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, kuruluşların yönetmeliklerinde belirtilen gizlilik kurallarına dikkat edilerek, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Hüseyin KAYA
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanı

OLUR
Leman YENİGÜN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: ICC5FBA2-02C7-4928-8D8B-72D1CF0001D2

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ashb-ebys>

Eskişehir Yolu Sığirci Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27 Posta Kodu: 06510

Bilgi için: Erdem Emre GÜL

Çankaya/ Ankara

(312)705 57 00

(312)705 57 57

KEP Adresi : ashb@tsd01.kep.tr



EK-3. Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü Uygulama İzni



Amasya Üni Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 04.11.2024-225238

T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü



Sayı : E-31167235-605-13555819
Konu : Araştırma Talebi (Tuğba Sarı)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 12.10.2024 tarihli ve 47526769-100.001.001-E.221631 sayılı yazısı.

İlgi'de kayıtlı yazı ile belirtilen Amasya Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğba SARI'nın "Huzurevinde Kalan Yaşlılara Uygulanan El Masajının Uyku Kalitesi ve Kaygı Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" konulu tez çalışması kapsamında İl Müdürlüğüne bağlı huzurevi ve yaşlı bakım kuruluşlarında uygulama ve anket çalışması gerçekleştirme talebi Bakanlık Makamının 28.10.2024 tarihli ve E-84459573-605-13471196 sayılı Onayı ile olumlu değerlendirilmiş olup ekte sunulmuştur.

Bilgilerini ve gereğini arz/rica ederim.

Veysel TOPKAYA
İl Müdürü

Ek: Makam Onayı (1 Sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

Amasya Üniversitesi Rektörlüğüne
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

Bilgi:

KAYMAKAMLIĞINA
Huzurevi Müdürlüğü)

Müdürlüğü)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: 0C9BB61B-3DE7-4444-8F46-56670BA082F0

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ashb-ebys>

Kirazlıdere Mah. Kemal Ilıcak Cad. No:8/2 Merkez/AMASYA

Tel: (358) 218 38 87 - (358) 210 00 06

Faks: (358) 212 55 70

KEP Adresi: amasya.acshb@hs01.kep.tr

Bilgi için: Giray AYDIN
Sosyal Çalışmacı



EK-4. El Masaj Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA UYGULANAN EL MASAJININ UYKU KALİTESİ VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

El Masajı Grubu

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı, huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan el masajının uyku kalitesi ve kaygı düzeyine etkisini belirlemektir. Araştırma bulgularının, huzurevinde kalan yaşlılardaki uyku problemleri ve kaygının yönetiminde el masajının etkisine ilişkin veri sağlayacağı ve hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Araştırmacılar tarafından sizlere, bebe yağı ile her bir el için 5 dakika olmak üzere toplam 10 dakika el masajı uygulanacaktır. Masaj uygulaması 4 hafta boyunca haftada 3 kez (günaşırı) olmak üzere toplam 12 seans şeklinde gerçekleştirilecektir. Masaj uygulamasında önce ve 12. seans masaj uygulaması sonrasında size anket uygulanacaktır. Bu araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen, masaj uygulama seanslarına aktif ve düzenli olarak dahil olmanız ve araştırma sorularına doğru yanıt vermenizdir.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Bu araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen araştırmanın sorularına doğru cevap vermenizdir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ve diğer rahatsızlıklar için araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ' a ve Tuğba SARI' ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir alternatif tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır.

EK-4. (devamı) El Masaj Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-5. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARA UYGULANAN EL MASAJININ UYKU KALİTESİ VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

Kontrol Grubu

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı, huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan el masajının uyku kalitesi ve kaygı düzeyine etkisini belirlemektir. Araştırma bulgularının, huzurevinde kalan yaşlılardaki uyku problemleri ve kaygının yönetiminde el masajının etkisine ilişkin veri sağlayacağı ve hemşirelik uygulamalarına ve araştırmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Çalışma süresince sizlerle herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Araştırmada sizden beklenen araştırmacının anket sorularını yanıtlamanızdır. İlk görüşmede ve 4 hafta sonrasında size anket uygulanacaktır. Bu araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen araştırma sorularına doğru yanıt vermenizdir.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Bu araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen araştırmanın sorularına doğru cevap vermenizdir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ve diğer rahatsızlıklar için araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ' a ve Tuğba SARI' ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir alternatif tedavi uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır.

EK-5. (devamı) Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiz

☐ Kadın ☐ Erkek

3.Eğitim Durumunuz

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu☐ Üniversite mezunu

4.Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekar

5.Ekonomik Durumunuz

☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

6. Kronik hastalık varlığı?

☐ Var ☐ Yok

7. İlaç kullanma durumunuz?

☐ Kullanıyor ☐ Kullanmıyor

8. Sigara kullanma durumunuz?

☐ Kullanıyor ☐ Kullanmıyor

9. Alkol kullanma durumunuz?

☐ Kullanıyor ☐ Kullanmıyor

10. Huzurevindeki ikamet süreniz?

11. Huzurevinde sunulan hizmetlerden memnuniyet durumunuz?

☐ Memnun ☐ Memnun değil

12. Aylık ziyaret sayısı (aile bireyleri/sevdikleri)?

☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 4 kez ve üzeri

13. Kurum içi ve dışı geçirilen zaman miktarı?

☐ Kurum içinde geçirilen zaman daha fazla ☐ Kurum içi- kurum dışı geçirilen zaman eşit☐ Kurum dışında geçirilen zaman daha fazla

EK-7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ(PUKİ)

YÖNERGE: Aşağıdaki sorulara yanıt verirken son 1 ayı düşünerek yanıtlayınız.

Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....

Geçen ay geceleri uykuya dalmanız ne kadar zaman(dakika) aldı Dakika

Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....

Geçen ay geceleri genellikle kaç saat uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirilen süreden farklı olabilir.)

Geçen ay aşağıdaki durumda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

Haftada	→	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'ten çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c	Tuvalete gittiniz				
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e	Aşırı derecede üşüdünüz				
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
g	Kötü rüyalar gördünüz				
h	Ağrı duydunuz				
i	Diğer nedenler				
j	Öksürdünüz veya gürültülü horladınız				

Geçen ay uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendiriyorsunuz?

___ çok iyi ___ oldukça iyi ___ oldukça kötü ___ çok kötü

Geçen ay uyumanıza yardımcı olarak ne sıklıkla (reçeteli veya reçetesiz)uyku ilacı aldınız

___hiç ___ haftada 1'den az ___haftada 1-2 kez ___haftada 3'ten çok

Geçen ay araba sürerken, yemek yerken yada sosyal bir aktivite sırasında ne kadar uyanık kalmakta zorlandınız?

___hiç ___haftada 1'den az ___haftada 1-2 kez ___haftada 3'ten çok

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

___hiç problem oluşturmadı ___bir dereceye kadar problem oluşturdu

___yalnızca çok az problem oluşturdu ___çok büyük problem oluşturdu

EK-7. (devamı) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Bir yatak partneriniz ya da oda arkadaşınız var mı?

___ bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ___ partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

___ diğer odada partneri yada oda arkadaşı var ___ partner aynı yatakta

Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partnerini varsa ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun

Haftada	→	hiç	1'den az	1-2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama				
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
c	Uyurken bacaklarda seyirme veya sıçrama				
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e	Diğer huzursuzluklarınız:				



EK-8. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-TX)

YONERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-8. (devamı) Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-TX)

17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
-					
18	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
-					
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
-					
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)
-					



EK-9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni



EK-10. Sürekli Kaygı Ölçeği Kullanım İzni



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Tuğba SARI

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü (2018-2022)

Yüksek Lisans Öğrenimi: Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları

Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı (2023-Devam ediyor)

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

BİLİMSEL FAALİYETLER

a) Yayınlar

- Büyük, E. T., Uzşen, H., Koyun, M., Lezgioğlu, H., Sarı, T. ve Çakır, Z. (2022). Ailelerin Covid-19 Pandemisi Sürecinde Çocuklarının Sağlığını Korumak ve Geliştirmek için Başvurdukları Geleneksel Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Yöntemleri (GETAT). *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 99-112. <https://doi.org/10.47115/jshs.977475>.

b) Bildiriler

- Sarı, T. ve Çayır Yılmaz, M. (2024, Eylül). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Yeterlilik için Semptom Yönetiminin Bilinçli Farkındalıkla İlişkisi. 9. Uluslararası Sağlık, Mühendislik ve Fen Bilimleri Kongresi, Ankara. (Sözlü Bildiri)

İŞ DENEYİMİ

Hemşire – Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi (2023 – Halen devam ediyor)

İLETİŞİM

E-posta Adresi: