



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

K.K.T.C.

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BİREYLERİN PSİKOSOSYAL HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINA YÖNELİK
UYGULAMA MODELİ GELİŞTİRME**

SAMİNEH ESMAEİLZADEH

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Fatma ÖZ

2019

LEFKOŞA



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

K.K.T.C.

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BİREYLERİN PSİKOSOSYAL HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINA YÖNELİK
UYGULAMA MODELİ GELİŞTİRME**

SAMİNEH ESMAEİLZADEH

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Fatma ÖZ

**2019
LEFKOŞA**

KABUL ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından **Hemşirelikte Doktora Programında Doktora Tezi** olarak kabuledilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof .Dr. Selma GÖRGÜLÜ

Danışman: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Üye: Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Üye: Doç. Dr. Hatice BEBİŞ

Üye: Yrd. Doç. Dr.Meltem MERİÇ

ONAY:

Bu Tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can BAŞER
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Öğrencinin Adı, Soyadı

Samineh ESMAEİLZADEH GHALEHJOGHI

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilimsel bilgisinin yanında, tüm manevi destek ve sabrını esirgemedi bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Fatma Öz'e,

Tez izleme komitesinde yer alarak çalışmaya değerli katkılar sağlayan Sayın Prof. Dr. Selma Görgülü ve Yrd. Doç. Dr. Meltem Meriç'e,

Tez savunma jürimde yer alan, önerileri ile katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Gürsel Öztunç'a

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmelerinde yol gösteren Sayın Sedat Yüce'ye,

Tezimin yürütülmesi sırasında yardımlarını esirgemeyen Sayın Laden Serinsu ve Münüre Akgör'e,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bana çok önemli deneyimler ve paylaşımları yaşatan katılımcılara,

Her zaman yanımda olan değerli hocalarım sayın Doç. Dr. Mualla Yılmaz ve Yrd. Doç. Dr. Özdem Nurluöz'e,

Yoğun iş tempolarına rağmen her zaman vakit ayıran, değerli hocalarım Doç. Dr. Hatice Bebiş ve Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak'a,

Doktora eğitimi sürecimde katkısı olan sayın hocalarım ve desteklerini gördüğüm arkadaşlarıma,

Hayatımı beraber paylaştığımdan mutluluk duyduğum, ilgi, sevgi ve desteğini her zaman hissettiren sevgili eşim Mohammedreza'ya,

Bana motivasyon sağlayan, varlığına her an şükrettiğim canım oğlum Arian'e,

Her zaman yanımda olan, sonsuz sevgi ve tüm destekleri için anneme ve değerli aileme tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY

BEYAN

TEŞEKKÜRLER iii

İÇİNDEKİLER iv

TABLolar DİZİNİ viii

ŞEKİLLER DİZİNİ x

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ xi

ÖZET 1

ABSTRACT 2

1.GİRİŞ 3

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 3

1.2. Amaç 4

1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sorusu 4

1.4. Araştırmanın İkinci Aşamasının Hipotezleri 5

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık 6

2.2. Yaşlılık Döneminde Değişiklikler..... 7

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık 9

2.4. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde (KKTC) Yaşlılık 10

2.5.Yaşlılık ve Ruh Sağlığı. 11

2.6.Yaşlılıkta Psikososyal Hizmetler 13

2.7. Psikososyal Hemşirelik ve Uygulama Modeli14

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Gereç ve Yöntemi 17

3.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Tipi..... 17

3.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 17

3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi 17

3.1.4. Araştırmanın Birinci Aşamasında Verilerin Toplanmasında Kullanılan

Yöntem.....	18
3.1.5.Araştırmanın Birinci Aşamasının Ön Uygulaması.....	18
3.1.6. Araştırmanın Birinci Aşamasının Uygulama Süreci.....	18
3.1.7. Araştırmanın Birinci Aşamasında Verilerin Analizi.....	21
3.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Gereç ve Yöntemi	21
3.2.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Tipi.....	21
3.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi	22
3.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasının Verilerin Toplanmasında Kullanılacak Araçların Belirlenmesi	22
3.2.5. Araştırmanın İkinci Aşamasının Verilerin Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	23
3.2.5.1. Kişisel Bilgi Formu	23
3.2.5.2. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR)	23
3.2.5.3. DSÖ Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA-TR)	24
3.2.5.4. UCLA (University of California Los Angeles Loneliness Scale) Yalnızlık Ölçeği	24
3.2.5.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-KF).....	25
3.2.6. Araştırmanın İkinci Aşamasının Uygulama Süreci.....	26
3.2.7. Araştırmanın İkinci Aşamasında Verilerin Analizi.....	31
3.3. Araştırmanın Sınırlıkları	31
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	32
4. BULGULAR	
4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Bulguları.....	33
4.1.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	33
4.1.2. Yaşlı Bireylerin Psikososyal Bakım Gereksinimleri.....	34
4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Bulguları	41
4.2.1.Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	41
4.2.2.Yaşlı Bireylerin Hastalık Durumlarının Dağılımı.	42
4.2.3.Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.	43

4.2.4.Yaşlı Bireylerin müdahale Öncesi ve müdahale Sonrası UCLA Yalnızlık Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA puanlarının Karşılaştırılması.....	45
4.2.5.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanları.....	47
4.2.6. Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Müdahale Öncesi ve Sonrası UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.	48
4.2.7.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre Geriatrik Depresyon K-F Ölçeği Puanları.....	49
4.2.8.Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Geriatrik Depresyon Ölçeği K-F Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
4.2.9.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Puanlarını	51
4.2.10. Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
4.2.11.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre AYTA Puan Ortamaları	56
4.2.12.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası Demografik Özelliklerine Göre AYTA Fark Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
4.2.13.Yaşlıların müdahale öncesi UCLA Yalnızlık Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	59
4.2.14.Yaşlıların Müdahale Sonrası UCLA Yalnızlık Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	61
5. TARTIŞMA	
5.1.Araştırmanın Birinci Aşamasının Tartışması	63
5.2.Araştırmanın İkinci Aşamasının Tartışması.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	72
6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sonuçları.....	72
6.1.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sonuçları.....	72

6.2. ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR.....	74

EKLER

EK 1: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

EK 2: ODAK GRUP GÖRÜŞME FORMU

EK 3: KÜTÜK GELİŞTİRME FORMU

EK 4: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK 5: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ YAŞLI MODÜLÜ
(WHOQOL-OLD .TR) Ölçeği

EK 6: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ AVRUPA YAŞLANMA TUTUMU ANKETİ
(AYTA)

EK 7: UKLA YALNIZLIK ENVANTERİ (UCLA-LS)

EK 8: GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU (GDÖ-KF)

EK 9: OTURUM PROGRAMI

EK 10: ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İZİNLER

EK 11: ARAŞTIRMACININ SERTİFİKALARI

EK 12: PROGRAMIN UYGULAMA SÜRECİNDEN FOTOĞRAFLAR VE
DENEYİMLER

EK 13: ZAMAN TABLOSU

EK 14: ÖZGEÇMİŞ

TEZDEN YAPILAN YAYIN

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa NO

Tablo 4.1.1. Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri	33
Tablo 4.1.2. Psikososyal gereksinimlerin, kategori, tema, alt temaları ve ölçekler....	35
Tablo 4.2.1. Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri.....	41
Tablo 4.2.2. Yaşlı bireylerin hastalık durumlarının dağılımı.....	43
Tablo 4.2.3. Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri.....	44
Tablo 4.2.4. Yaşlı bireylerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası UCLA yalnızlık Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği -KF, WHOQOL-OLD ve AYTA Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4. 2.5. Yaşlı bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası demografik özelliklerine göre UCLA Yalnızlık Ölçeği puanlarını.....	48
Tablo 4.2.6. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerine göre müdahale Öncesi ve sonrası UCLA yalnızlık ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.2.7. Yaşlı bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası demografik özelliklerine göre geriatric Depresyon Ölçeği K-F puanları.....	50
Tablo 4.2.8. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerine göre müdahale öncesi ve sonrası Geriatric Depresyon Ölçeği puanlarının K-F Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.2.9. Yaşlı bireylerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası demografik özelliklerine göre WHOQOL-OLD Puanlarının.....	52
Tablo 4.2.10. Yaşlı bireylerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası demografik özelliklerine göre WHOQOL-OLD puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.2.11. Yaşlı bireylerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası demografik özelliklerine göre AYTA puanları.....	57
Tablo 4.2.12. Yaşlı bireylerin demografik özelliklerine göre müdahale öncesi ve sonrası AYTA puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.2.13. Yaşlıların müdahale öncesi Ucla Yalnızlık Envanteri, Geriatric Depresyon Ölçeği-KF, WHOQOL-OLD ve AYTA puanları arasındaki korelasyonlar.....	60

Tablo 4.2.14.Yaşlıların müdahale sonrası Uçla Yalnızlık Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği-KF, WHOQOL-OLD ve AYTA puanları arasındaki Korelasyonlar.....	62
--	----

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa NO

Şekil 3.1.6. Araştırmanın birinci aşamasının uygulama akış şeması.....	20
Şekil 3.2.7.1.Araştırmanın ikinci aşamasının uygulama akış şeması.....	28
Şekil 3.2.7.2. Yaşlı Bireylerin psikososyal hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılmasına yönelik uygulama uodelinin şeması.....	30

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AYTA	Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GDÖ-KF	Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UCLA	UCLA Yalnızlık Ölçeği
YDÜ	Yakın Doğu Üniversitesi
WHOQOL-OLD.TR	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü

Yaşlı Bireylerin Psikososyal Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasına Yönelik Uygulama Modeli Geliştirme

Öğrencinin Adı: Samineh ESMAEİLZADEH

Danışmanı: Prf. Dr. Fatma ÖZ

Anabilim Dalı: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Günümüzde hızla artan yaşlı nüfusun birçok alandaki gereksinimleri kadar psikolojik ihtiyaçları da artmıştır. Ancak ülkemizde verilen yaşlılık hizmetleri, yaşlıların psikososyal becerilerinin korunması ve geliştirilmesi anlamında yetersiz kalabilmektedir. Sağlık ekibinin önemli üyelerinden biri olan hemşireler, yaşlının bütüncül bakımında anahtar role sahiptirler. Bu nedenle, hemşireler için yaşlı bireylerin fiziksel bakımının yanında psikolojik ve sosyal yönleri ile ilgili bakım modellerine gereksinim vardır. Bu bağlamda araştırmanın ilk aşamasında, yaşlılık dönemindeki psikososyal gereksinimlerin odak grup görüşmeleri ile belirlenmesi; ikinci aşamasında ise belirlenen gereksinimlere bağlı olarak yaşanabilecek sorunlara yönelik oluşturulan müdahale modelinin uygulanması amaçlanmıştır. Bu psikososyal destek programı; bireylerin yaşlılık dönemine özgü yaşadıkları problemleri en aza indirerek yalnızlığını ve depresyonu azaltmayı, yaşam kalitesini artırma ve yaşlanmaya karşı olumlu tutumlar geliştirmeye yönelik bilgi ve becerilerden oluşmuştur.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada; yaşlı bireylerin psikososyal bakım gereksinimleri odak grup görüşmeleri ile belirlenmiştir. Bu aşama, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Girne ilçesinde yer alan Dikmen kasabasında 20 gönüllü 65 yaş ve üzeri yaşlı birey ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ikinci aşaması, ön test-son test müdahale çalışması olarak, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa ilçesindeki Değirmenlik Gündüz Bakım Merkezinde hizmet alan 65 yaş ve üzeri 39 yaşlı birey ile gerçekleştirilmiştir. Müdahale programı, belirlenen psikososyal gereksinimler doğrultusunda oluşturulmuştur. Araştırmada veriler, müdahale öncesi ve sonrası olmak üzere UCLA Yalnızlık Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın ilk aşamasında yaşlı bireylerin psikolojik, spiritüel, sosyal ve fiziksel boyutta psikososyal bakım gereksinimleri saptanmıştır. İkinci aşamasında ise; yaşlı bireylerin müdahale öncesi ve sonrası UCLA Yalnızlık Ölçeğinden, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi genelinden aldıkları puanlar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuçlar: Bu araştırmada, günümüzde artış gösteren yaşlı nüfusun, psikososyal gereksinimleri ve sorunları ile ilgili psikososyal bir uygulama modeli, yaşlı bireylerin yalnızlık algısında, yaşam kalitesinde ve yaşlılık üzerine tutumlarında olumlu sonuçlara yol açmıştır. Bu nedenle, bu uygulama modelinin hemşireler tarafından yaşlıların psikososyal bakımında yaygın olarak kullanılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, psikososyal hemşirelik, psikososyal bakım, uygulama modeli, psikososyal gereksinim

Developing An Application Model To Meet The Psychosocial Nursing Care Needs of Elderly Individuals.

Student's name: Samineh ESMAEILZADEH

Advisor: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Department: Mental Health and Disease Nursing

ABSTRACT

Aim: The psychological needs of the increasing elderly population increased in many areas as well. However, the old age services provided in our country can be insufficient in terms of protecting and improving the psychosocial skills of the elderly. Nurses as one of the important members of the health team have a key role in the holistic care of the elderly. Therefore, there is a need for nursing care models related to psychological and social aspects as well as physical care of elderly individuals. In this context, in the first stage of the research, it was aimed to determine the psychosocial needs of the elderly with focus group interviews; In the second stage, it is aimed to apply the intervention model created for the problems that may be experienced depending on the requirements determined. This psychosocial support program; It consists of knowledge and skills aimed at reducing loneliness and depression, improving quality of life and developing positive attitudes towards aging by minimizing the problems experienced by individuals.

Method: The study was conducted in two stages. In the first stage; psychosocial care needs of elderly individuals were determined by focus group interviews. This stage was carried out with the participation of 20 volunteers aged 65 years and older in Dikmen town of Turkish Republic of Northern Cyprus, Kyrenia. In the second stage of the study, psychosocial intervention sessions were conducted in accordance with the requirements. This stage was preand post-test intervention design study which conducted Değirmenlik in Nicosia district Turkish Republic of Northern Cyprus. It was held with 39-year-olds aged 65 years and over receiving services at the Day Care Center. The data included UCLA Loneliness Scale, Geriatric Depression Scale Short Form, World Health Organization Quality of Life Scale Elderly Module and World Health Organization European Aging Attitude Survey.

Results: In the first stage of the study, the psychosocial care needs of elderly individuals were discussed as psychological, spiritual, social and physical needs. In the second stage of the research, the difference between the scores obtained from the of the UCLA Loneliness Scale, World Health Organization Quality of Life Scale Elderly Module and World Health Organization European Aging Attitude Survey scales before and after intervention was found to be statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusions: As a result, reaching the comprehensive and realistic information about the psychosocial needs and problems of the elderly population, which is increasing today, will guide the development of new application models that will contribute to improving the quality of services provided to the elderly by understanding their expectations correctly. The intervention given in line with the psychosocial needs of elderly individuals has had positive results in the perception of loneliness, quality of life and attitudes towards old age. Therefore, it is considered that this model should be widely used by nurses in the psychosocial care of the elderly.

Key words: Elderly, psychosocial nursing, psychosocial care, model of practice, psychosocial needs

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada 2000-2030 arasında 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının %6,9'dan %12,0' a yükselmesi öngörülmüştür (WHO, 2015). Bu hızla artan yaşlı nüfus ile beraber yaşlı bireylerin psikolojik ihtiyaçları da önem kazanmıştır (Karakaş ve Durmaz; 2017;Çapan, 2016).

Günümüzde yaşlı hizmet merkezlerinde yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmelerine yardımcı olmak, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırmak amacıyla birçok hizmet sunulmaktadır. Ancak bu hizmetler, yaşlıların psikososyal becerilerinin korunması ve geliştirilmesi anlamında yetersiz kalabilmektedir.

Sağlık ekibinin büyük bir parçası olarak hemşireler, yaşlılığın psikolojik ve sosyal yönleri ve yaşlı bakımı ile ilgili bütüncül bir yaklaşımda anahtar role sahiptirler (Zamanzadeh et al., 2015). Hemşirelik teori ve modelleri, bakım uygulamalarına yön vererek profesyonelleşmeyi sağlamaktadır (Baykara ve ark, 2019). Bu nedenle, hemşireler için yaşlı bireylerin bakımına yönelik bakım modellerine gereksinim vardır.

Yaşlılık dönemindeki sorunların, yaşlıların günlük yaşamları üzerindeki etkilerinin en aza indirilebilmesi ve yaşamlarını daha bağımsız bir şekilde sürdürebilmelerinin sağlanmasına yönelik yöntemlerin geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır (Kalınkaya ve ark., 2016).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) nüfusun %10,7 si 65 ve üstü bireylerden oluşmaktadır (Devlet Planlama Örgütü, 2015). KKTC, coğrafi konumu ve tarihsel sürecine bakıldığında savaş yaşamış bir ada ülkesidir (Erçakıca, 2013).

Şimdiki yaşlı grubun ise bu tarihsel süreci yaşayan kişiler olarak, birçok psikososyal problem yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Bu psikososyal problemlerin belirlenmesi yaşlılara verilecek hizmetin planlamasında yol gösterici olacaktır. KKTC'de yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetler devlet tarafından sunulup ve yürütülmekte olup devlete ait huzurevi, rehabilitasyon merkezi, özel huzurevleri ve bakımevleri bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014; Sosyal Hizmetler Dairesi, 2014). Ayrıca, birçok

belediye tarafından yaşlılara yönelik “yaşlılara hizmet projesi” bulunmaktadır. Bu hizmetler, yaşlı bireylerin kültürel değerler doğrultusunda aile bakımının ve desteğinin yine öncelikli olması gerektirmekte ve aile yükünü azaltmamaktadır. Bu nedenle, KKTC de kültürel olarak ailenin katılımı istenmekle birlikte, ailenin yükünü azaltacak yaşlı bireyi, kendi kendine yetebilecek ve güçlü birey olmasını sağlayacak bakım modellerine gereksinim vardır. Bu bağlamda, yaşlı bireylerin gereksinimleri doğrultusunda psikososyal boyutun da ele alındığı yeni bakım modellerinin oluşturulması ve bu modellerin etkinliğinin değerlendirilmesi alanda verilecek hizmetin niteliğine katkı sağlayacağı için önemli görülmektedir.

Bu çalışma aracılığı ile, KKTC’de yaşayan yaşlıların psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda psikososyal hemşirelik bakımı uygulama modeli geliştirilmesi amaçlanmıştır. Böylece, yaşlıların yaşamlarında aktif olmaları ve yaşamlarını kontrol etmeleri, yaşam kalitelerini arttırma, var olan potansiyellerini pozitif yönde ortaya koyma ve sürdürmelerine fırsat sağlanacak ve bu modelle KKTC’de yaşayan yaşlılara sunulan hizmetlerin geliştirilmesine katkı olacaktır. Aynı zamanda, yaşlı hizmetlerinde alternatif yeni müdahale modellerinin sunulmasına ve hemşirelerin bu uygulamalarda yer almasına zemin yaratılacaktır. Ayrıca, yaşlıların, bu programla güçlendirilerek yaşadıkları sorunların üstesinden gelebilmesi ve toplum ruh sağlığının sürdürülmesinde katkı verecek üretken, kendi kendine yetebilen yaşlı birey olmaları sağlanacaktır.

1.2. Amaç

Bu araştırmada, ilk aşamada; yaşlı bireylerin psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi ve ikinci aşamada bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik hemşirelik bakım uygulama modelinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sorusu

Yaşlı bireylerin psikososyal gereksinimleri nelerdir?

1.4. Araştırmanı İkinci Aşamasının Hipotezleri

1. H₁: Gündüz bakım merkezinde hizmet alan yaşlılara uygulanan psikososyal müdahale modeli yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.

H₀: Gündüz bakım merkezinde hizmet alan yaşlılara uygulanan psikososyal müdahale modeli yaşam kalitesi üzerine etkili değildir.

2. H₂: Gündüz bakım merkezinde hizmet alan yaşlılara uygulanan psikososyal müdahale modeli depresyon belirtileri üzerine etkisi vardır.

H₀: Gündüz bakım merkezinde hizmet alan yaşlılara uygulanan psikososyal müdahale modeli depresyon belirtileri üzerine etkili değildir.

3. H₃: Gündüz bakım merkezinde hizmeti alan yaşlılara uygulanan psikososyal müdahale modeli yaşlanma tutumu üzerine etkisi vardır.

H₀: Gündüz bakım merkezinde hizmet alan yaşlılara uygulanan psikososyal müdahale modeli yaşlanma tutumu üzerine etkili değildir.

4. H₄: Gündüz bakım merkezinde hizmeti alan yaşlıların psikososyal müdahale modeli yalnızlık üzerine etkisi vardır.

H₀: Gündüz bakım merkezinde hizmeti alan yaşlıların psikososyal uygulama modeli yalnızlık üzerine etkili değildir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılık kavramını 65 yaş ve üzeri yaş grubunda “bireyin yaşamsal fonksiyonlarının, verimliliğinin sürekli azalmasıyla birlikte, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin de azalması” olarak tanımlamıştır. Ayrıca, yaşlı nüfus kendi içinde 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 75-84 yaş grubu “ileri yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu ise “çok ileri yaşlı” grubu olarak ayrılmıştır (WHO, 1963; WHO, 1984; WHO 1999). DSÖ, 2017 yılında 66-79 yaş arasını orta yaş ve 80-99 yaş arasını yaşlı olarak belirlemiştir (WHO, 2017).

Yaşlanma, ömür boyu devam eden bir değişim ve gelişim sürecidir. Bu süreçte bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemi biyopsikososyal açıdan gelişme dönemleri olarak ele alınırken, yaşlılık dönemi gerileme olarak görülmektedir. Yaşlılık, bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlemlendiği bir dönemdir. Ancak yaşlılık fizyolojik gerilemeye karşın psikososyal gelişimin devam ettiği bir dönemdir (Öz,1999; Öz,2000; Beğer ve Yavuzer, 2012). Yaşlılık; kendine özel biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyo ekonomik özellikleri içeren, kaçınılmaz, geri dönülemez bir dönemdir (Bulduk, 2014).

Yaşlanma, genellikle kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile incelenmektedir (Kaptan, 2013; Demirbilek ve Özgür, 2017). Kronolojik boyutu ile yaşlılık, doğumdan itibaren içinde bulunulan zaman kadar geçen yılların toplamını, biyolojik boyutu ile yaşlılık ise içinde bulunulan biyolojik basamağın zaman birimi olarak ifade edilmesidir (Yahyaoglu,2013). Psikolojik boyutuyla yaşlılık bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişimleriyle, sosyolojik boyutuyla yaşlılık ise toplumun belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (Karakaş ve Durmaz, 2017).

Yaşlılık döneminde bireyin yitirdiği yeteneklere karşın kalıcı olan pek çok yeteneğinin de olduğu kabul görmektedir. Homeros’ un İlyada ve Odyasseia adlı eseri, yaşlı insan ve

onun saygınlığından bahseden ilk eserdir. İlk çağlarda Sophokles yaşlı insanı bilge olarak tanımlamıştır (Yüksel, 2016). Birçok sanat, felsefe ve bilim alanlarındaki eserlerin yapısı 65 yaşın üzerindeki kişiler tarafından yaratıldığı görülmektedir. Bunlara örnek olarak; fizikçi Max Born (1882-1970)'un 83 yaşında “Doğa Bilimcilerin Sorumluluğu” isimli kitabı, filozof Bertrand Russell (1872-1970)'ın 96 yaşında “Felsefe Sanatı” isimli kitabı ve 92 yaşında kadar üreten Pablo Picasso (1881-1973)'nun eserleri örnek olarak gösterilebilir (Kutsal, 2007).

Yaşlılık döneminde meydana gelen kayıplar için uyum sağlamak bireyler için zor olabilir. Uyumu sağlamak için, aile desteği ve diğer insanların arasına katılmak önemlidir (Danış, 2009). Bu süreci kabullenme kültürel farkındalıklar da gösterebilir. Yaşlılığın kabullenilmesi için olumlu benlik kavramının geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca yaşlanma ile birlikte kadın ve erkeklerde farklı şekillerde psikolojik fonksiyonlarda da değişim olabilir. Çünkü kadınlarda benlik kavramı, işlevleri yerine getirme ya da getirmemeye bağlı olarak daha fazla etkilenir. Yaşlılık döneminde benliği tehdit eden bir diğer travmatik olay da kayıplardır. Bu dönemde hem fiziksel hem de akranların kaybı kişiyi olumsuz etkileyebilir (Öz, 2010).

2.2. Yaşlılık Döneminde Değişiklikler

Yaşlılık, umutsuzluk ve kayıpların olduğu dönem olarak ele alınabileceği gibi, yaşamı tekrar gözden geçirme, olgunlaşma af dileme ve affetme dönemi olarak da değerlendirilebilir (Öz, 2010).

Yaşlı bireyler, yaşadıklarından anlam çıkarıp kendi gelişimleri ve toplumun diğer üyelerinin gelişiminde kullandıkları zaman kendilerini değerli hissedebilirler (Mersin ve ark., 2018).

Gerçekte biyopsikososyal yaşlanma kronolojik yaşa göre değil, bireylere göre farklılık göstermektedir. Ancak, yaşın ilerlemesiyle birlikte doku ve organlarda oluşan biyolojik yaşlanma da bilinmesi gereken bir gerçektir. Yaşlılıkta oluşan fiziksel değişimler psikososyal alanda da sorunların yaşanmasına yol açar. Ailede yaşlı birey, sayılan, sevilen, yaşam deneyimlerinden yararlanan değerli biri olarak algılandığı süreçte o ortamda yetişen çocuk da bunu öğrenecek ve yeni nesillere bu şekilde bir miras

birakılacaktır. Sosyal değişimle birlikte yalnız yaşıyan yaşı bireylerin sayısının ve ortalama yaşam süresinin artması, bu konu ile ilgili önlemlerin alınması ve destek sistemlerinin artırılması gereksinimini gündeme getirmektedir. Kültürel yapımızda aile ve akrabalık sistemi ile arkadaş ve akran grubunun dostluğu, sıcaklığı ve desteği, yaşı bireyin yaşam doyumunu artırabilmekte ve rol değişimlerine uyum sağlamayı kolaylaştırabilmektedir. Öte yandan, yaşı bireyin toplumdan kopmaması, arkadaş ilişkilerini sürdürmesi ve toplumda hala bir şeyler yapma gücünde olduğuna inanması sosyal uyum sağlamasında etkili olmaktadır (Öz, 2010; Şentürk, 2015).

Yaşlılık dönemine bağlı olarak rol ve sorumlulukların değiştii, hastalıklar, kayıplar ve çeşitli olumsuzlukların yaşanması sonucunda kırılğan bir evrede olan bireyin bu dönemde yardım ve destek ihtiyacı oldukça önem taşımaktadır (Yüksel, 2016). Yaşı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları hakkında kaygılarının değerlendirilmesi ve bakımın verilmesi, yaşı bireylerin kendi yaşamları üzerindeki kontrolü sürdürmelerini sağlayacaktır (Bilge, 2014; Öz, 2010).

Yaşı bireylerin karşılaşılabileceği muhtemel sorunlarla başa çıkma sürecinde, çevrelerinde yardım alabilecekleri kişilerin olması son derece önemlidir. Ayrıca yaşı bireylerin yaşam kontrollerini kazanması, kalan yıllarını daha memnun ve üretken geçirebilmeleri için psikolojik destek ihtiyaçlarının karşılanması son derece önemlidir. (Yüksel, 2016). Bedensel, ruhsal ve bilişsel sağlık problemleri, barınma sorunları ve yaşlılığa uyum sorunları, çevresiyle iletişimde problemler yaşaması, bazı yakınlarının kaybını yaşaması, çocukların evden ayrılması sayılabilir (Çelebi ve Yüksel, 2014).

Fiziksel sağlık sorunları nedeniyle uzmanlara başvuran ve çözüm arayan yaşlıların oranı, psikolojik sağlık sorunları için başvuran ileri yaş yetişkinlerden kat kat fazla görölmektedir (Durak ve ark, 2016).

Yaşlıların kendilerine yetebilen, mutlu bir birey hissini sağlamak, yaşlılık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Yaşlılık hizmetlerinin alınması yaşlılar için bir hak ve diğerleri için bir görevdir. Yaşlıların huzur içinde bir ömür sürmeleri, genç kuşakların geleceğe umutla bakması açısından da önemlidir. Yaşlıların yaşadıkları

sorunların, psikolojik, sosyal, biyolojik, fiziksel ve ekonomik yönlerinin bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir (Yüksel ve Çelebi, 2014).

2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık

Dünya'da sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların kontrolündeki ilerlemeler, sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerin artması sonucunda sağlık hizmetleri de iyileşmektedir. Yaşam kalitesi arttıkça insan ömrü de uzamakta bununla birlikte, yaşlı nüfus oranında da artış görülmektedir (Tambağ ve Öz, 2014). Öte yandan, 20. yüzyılın başından itibaren kentlere nüfus akımı ile beraber aile yapısı ve toplum etkilenmiş, geniş aile tipinin yerini çekirdek aile almıştır. Çocukların evden ayrılmaları, yaşlı ebeveynleri yalnız ve sorunları çözmede yetersiz bırakmaktadır. Bu durum da çoğu zaman yaşlı bireylerin kendilerini çaresiz, desteksiz ve yalnız hissetmelerine yol açmıştır (Bahar ve ark., 2009). Böylece, yaşlılıkta bireylerin psikolojik gereksinimleri de önem kazanmış ve toplumsal bir ihtiyaç haline gelmiştir. Yeni durumlara uyumu zorlaşan, zihinsel işlevleri yavaşlayan, günlük yaşamını sürdürmek için bağımlı olmak zorunda kalan yaşlılarda yetersizlik ve işe yaramazlık gibi duygusal sorunlar ve sonunda çeşitli psikiyatrik sorunların da oluşmasını kolaylaştırmaktadır (Akgül, 2016).

DSÖ 2015 raporunda iki temel nedenin nüfusun yaşlanmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Birinci neden, ülkelerde yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun sağ kalımı, ikinci neden ise doğum oranlarının düşmesidir (WHO, 2015). Dünyada 2050 yılına kadar, yaşlı nüfusun 2 milyar olacağı ve bu oranın %80’inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmiştir (WHO 2012).

Günümüzde Yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlılarda bağımlılık ve bakım sorunları gündeme gelmektedir. Nüfusun yaşlanması toplumu derinden etkilemektedir. Bu büyük değişimin etkileri, aile yaşamı, istihdam, sağlık hizmetleri ve emeklilik sistemlerine kadar çok geniş bir alana uzanabilmektedir (Kurtkapan, 2019). Yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek sorunların, yaşlıların günlük yaşamları üzerindeki etkilerini en aza indirebilmek için; yaşlıların yaşam kalitelerini

arttırmaya yönelik uygulama ve yöntemlerin geliştirilmesine ve hizmetlerinde çeşitlenmesinde gereksinim duyulmaktadır.

DSÖ, yaşlı bireylerin toplumda daha fazla katkıda bulunmalarına olanak tanıyacak şekilde bağımsızlıklarını artıracak, ailelerine olan ihtiyaçlarını ve sosyal bakım ihtiyaçlarını azaltacak düzeyde stratejiler geliştirilerek, sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Yüksel, 2016).

Yaşam süresinin uzaması sonucunda ve sağlıklı yaşam yılları uzamakla birlikte, yaşlıların fiziksel ve zihinsel kapasitelerinde düşüşler meydana geldiğinden, bu durumun yaşlı insanlar ve toplum için olumsuz etkileri daha fazla olabilecektir (Samancı ve Kara, 2018).

Dünyada 65 yaş ve üstü nüfus 2000 yılında 1999 yılına göre 9,5 milyon artış göstermiştir. Dünyada yaşlı nüfusu 2015 yılında 617,1 milyon olarak belirlenmiş, bu sayı tüm dünya nüfusunun %8,5'ini oluşturmaktadır. 15 yıl içinde yaşlı nüfusun %60'dan fazla artış göstermesiyle, 2030 yılında yaşlı nüfusun 1 milyar olacağı ve toplam nüfusun %12'sini oluşturacağı öngörülmektedir (National Institutes Of Health, 2015). Dünya nüfusunun 2017 yılında %8,9'unu yaşlı nüfus oluşturmuş olup, en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke Monako (%32,2), Japonya (%27,9) ve Almanya (%22,1) olarak belirlenmiştir. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (TÜİK, 2018).

Türkiye' de dünyadaki demografik gelişmelerle paralel bir dönemden geçmekte, doğum ve ölüm oranlarındaki değişimler sonucunda 1970'lerden itibaren 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı diğer yaş gruplarına oranla daha fazla artış göstermektedir. Nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfus oranının 2023'te %10,2, 2050'de %20,8, 2075'te ise %27,7'ye artış göstereceği (TÜİK, 2014; TÜİK, 2015; TÜİK, 2017) ve dünyadaki yaşlanmaya benzer süreçlerden geçerek toplum yaşlanmasının getirdiği sorunlarla yüzleşeceği öngörülmektedir (Samancı ve Kara, 2018). 2023 yılına gelindiğinde 8,6 milyon kişiye ulaşacak olan 65 yaş ve üzeri nüfusun hem bireysel hem de toplumsal refahın korunması için yaşlılık sürecinin en yüksek düzeyde iyi geçirilmesi gerekmektedir (Karakaş ve Durmaz, 2017).

2.4. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yaşlılık

1978 yılında yapılan nüfus sayımında KKTC’de Türk nüfus 146,740 kişi olarak belirlenmiş, 1996 yılında ise bu sayı 200,587’ye ulaşmıştır. En son 4 Aralık 2011 tarihinde yapılan nüfus ve konut sayımında ülke nüfusunun 294,396 olduğu ve nüfus artışının %11,5 oranında olduğu belirlenmiştir (İlseven ve ark., 2014).

KKTC’de, 2006 yılında 65 yaş ve üstü bireyler toplam nüfusun %7,54’ünü, 2011 yılında %8,1’ini, 2015 yılında ise %10,7’sini oluşturmuştur (Devlet Planlama Örgütü, 2015). Bu bağlamda KKTC, 65 yaş ve üzeri grubun toplam nüfusa oranı dikkate alındığında, “yaşlı toplum” özelliği göstermektedir.

KKTC’de yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetler devlet tarafından yürütülmekte olup, devlete ait huzurevi, rehabilitasyon merkezi, özel huzurevleri ve bakımevleri bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014; Sosyal Hizmetler Dairesi, 2014). Ayrıca, birçok belediye tarafından yaşlılara yönelik “yaşlılara hizmet projesi” bulunmaktadır. Bu birimin sunduğu hizmetler; hastaneye ulaşım hizmetleri, pansuman ve enjeksiyon hizmetleri, berber ve kuaförlük hizmetleri, teknik hizmetler, hemşirelik hizmetleri ile psikolog ve sosyolog nezaretinde danışmanlık hizmetleridir. Bu hizmetler dikkate alındığında, her ne kadar KKTC’de yaşlı bireylerin kültürel değerler doğrultusunda aile bakımı ve desteği olsa da hizmetlerin önemi ortadadır (Temiz, 2009). Böylece, ülkemizde yaşlı bireyler her ne kadar sosyal destek alsalar da, bu geçiş döneminde yaşam kontrollerini kaybetmemeleri, kalan yıllarını daha memnun ve üretken geçirebilmeleri için psikolojik desteğe ihtiyaç duymaları kaçınılmazdır.

KKTC’de toplum da azımsanmayacak derecede bir orana sahip olan yaşlı grubun kendi problemlerini çözebilme gücüne sahip olması, bağımsız yaşayabilmesi ve topluma katılmak için mümkün olduğunca desteklenmesini içeren girişimlerin olması yaşlının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi açısından son derece önemlidir. Sağlıklı bir biçimde yaşlanmak bireylerin sadece bireysel özelliklerine bağlı olmayıp, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psikososyal, ekonomik ve fizyolojik yönlerdeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir.

2.5. Yaşlılık ve Ruh Sağlığı

Yaşlılık döneminde bireylerin ruhsal, sosyal ve fiziksel yönden sağlıklı, etkin ve mutlu olarak yaşamlarını sürdürmeleri istenen bir hedeftir. 2012 yılı, Avrupa Birliği tarafından aktif yaşlanma ve yaşlılık yılı olarak ilan edilmiştir (The EU Contribution, 2012). DSÖ yaşlıların büyük bölümünün var olan hastalıklarının günlük hayatlarını etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabildiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebildiklerini açıklamıştır (WHO, 1998).

Günümüzde yaşlılık geleneksel toplumlarda algılandığı gibi “olgunluk ve bilgelik” yerine, “yoksunluk, zayıflık ve bağımlılık” olarak algılanmaya başlamıştır. Bu nedenle, yaşlıların yaşlılık deneyimleri yanında, yaşlılığa yönelik tutumları, sağlıklı yaşlanma için önemli bir belirleyicidir.

Yaşlanma algısı, yaşlanmaya karşı tutumu belirleyen göstergelerden biridir ve 1934 yıllarından itibaren araştırmalara konu olmuştur (Shin et al., 20013). Yaşlanma algısı; kişinin kendi yaşlanma sürecinde sosyo-kültürel bağlamda kendisini nasıl değerlendirdiğine ve nasıl bir tutuma sahip olduğuna bağlıdır. Yaşlanma tutumu zihinsel yaş, sağlık durumu, ekonomik durum, medeni durum, yaşlanma hakkında bilgi, yaşlanma sürecinden memnuniyet, sosyal ve aile ilişkileri, din gibi bireysel faktörleri içerir. Bireyin gelecekteki sağlığını tahmin etmek için, bireyin yaştan memnuniyet derecesinin belirlenmesi ve bu aşamada yaşamdaki değişikliklere uyum sağlaması ile değerlendirilebilir (Mohaddam ve ark., 2016). Yaşlılar, yaşantılarından buldukları anlamı kendi ve toplumun diğer üyelerinin gelişiminde kullandıkları zaman kendilerini değerli hissederler ve yaşadıkları zorunlulukları daha kolay kabullenip baş edebilirler (Mersin ve ark., 2018). Yaşam doyumu yüksek olan yaşlıların; yaşamdaki etkinliklerden zevk alma, yaşamının bir anlam taşıması, yaşamında amaçlarının olması, geçmiş yaşamının sorumluluğunu alma, yaşamında öngördüğü amaçlara ulaştığı inancına sahip olma, olumlu bir “ben” imgesine sahip olma, kendini değerli bir varlık olarak kabul edebilme ve yaşama karşı genelde iyimser bir tutum içinde olma özelliğine sahip oldukları saptanmıştır (Aközer ve ark., 2011).

Sosyal ilişkiler insan yaşamının özüdür ve bu konuda yaşanan sıkıntılar bireyleri olumsuz yönde etkiler. Bu sıkıntılardan biri yalnızlık durumudur. Yalnızlık duygusu,

sosyal ilişkiler ağının niceliksel ve niteliksel eksikliğinden ortaya çıkmaktadır (Demir, 1989).

Yaşlı bireyin yaşam kalitesi algısı ile sosyalizasyon süreci arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır (Görgün ve Baran, 2008). Yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve başarılı yaşlanma birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Kendi yaşlılık sürecini yönetme becerisine sahip olmak, başarılı yaşlanmanın değişkenleri arasında yer almaktadır. Diğer taraftan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için psikososyal destek almaları, yaşamın birçok zorlukları ile baş etme bakımından önem taşımaktadır. Bunun için hemşireler, yaşlı yetişkinlere yönelik sosyal ortamlar oluşturma ve onların ihtiyaçları doğrultusunda psikososyal müdahaleler yapma, uygulamalarına bilimsel düzeyde kanıt oluşturma ve daha yararlı olacak yöntem ve modellerin bilinmesinde öncü olma rolünü de üstlenecektir.

2.6. Yaşlılıkta Psikososyal Hizmetler

Psikososyal girişimler; biyolojik faktörler yerine psikolojik veya sosyal faktörleri vurgulayan her hangi bir girişim olarak tanımlanmış ve sosyal yönle odaklanan sağlık eğitimi ve girişimini içermektedir (Ruddy ve House, 2005).

Yaşlılık döneminde fiziksel kayıplarla birlikte psikolojik sorunlarda yaşanır. Bireyin sosyal rolünde, kendine güveni ve otoritesinde kayıplar sonucunda yetersizlik, işe yaramama duygusu, çaresizlik, başkalarına muhtaç olma, yalnız kalma korkusu ve ölüm korkusu ortaya çıkar. Yaşlılık dönemine ait bu sorunları en aza indirmek, ancak psikososyal desteğin sağlanması ile mümkün olacaktır (Tereci ve ark., 2016).

Yaşlılık hizmetlerinin fiziksel ve ruhsal iyilik halini engelleyen tüm fiziksel, psikososyal, ailesel, kültürel, toplumsal faktörlerin ortadan kaldırılması toplumsal olarak da önem taşımaktadır. Yaşlının saygınlığını korumak, kendi kararlarını kendisinin vermesine destek sağlamak, işlevselliği en üst düzeyde tutmak ve içinde bulunduğu şartları iyileştirmek, sunulacak hizmetler kapsamında olmalıdır (Arslan ve Bölükbaş, 2003).

Sosyal gerontoloji araştırmaları, anlamlı sosyal rolün, benlik imajının ve dünya görüşünün yaşlıyı geleceğe hazırlamada önemli olduğunu göstermektedir. Yaşlının sadece bakımını değil, biyopsikososyal gereksinimlerini karşılayabilecek yeterli hizmetlerin geliştirilmesi önceliklidir. Bu bağlamda; koruyucu hizmetlerin ayrı ayrı bireyler yerine,

gruplar halinde verilmesinin hem ekonomik olduğu hem de daha istendik sonuçlara ulaşıldığı bilinmektedir (Donovan et al., 2009; Tambağ ve Öz, 2014). Koruyucu hizmetlerin içinde yaşlılığa uyum süreci de yer almalıdır. Bu süreçte geçmişteki faaliyetlerin yerine, yeni ve zevkli faaliyetlerin olması ve yeni becerilerin kazandırılması önemlidir. Bu süreçte yaşlı bireylerin kurumsal destek yanında, ailesinden de kopmaması önemli bir gerekliliktir.

Yaşlılarda psikolojik danışmanlık uygulamaları 1970'lerden itibaren önem kazanmış olup bireysel ve grupla psikolojik danışmada birçok kuramsal temelden faydalanılmıştır (Göke ve Aydemir, 2000). Psikososyal müdahaleler çok çeşitli kuramlardan temel almıştır. Bunlardan bazıları; Psikodinamik Terapi, Kişilerarası İlişkiler Terapisi, Dinamik olmayan psikoterapiler (destekleyici psikoterapi, bilişsel-davranışçı terapi, ve hayatı gözden geçirme terapisi), Hümanistik-Varoluşçu Terapi, Sorun Çözme Terapisi (SÇT), Farkındalık Eğitimi ve Psikoeğitim'dir (Cox et al., ark, 2012; Başoğul ve Buldukoğlu, 2013; Carr, 2013; Çekici ve Güçray, 2012; Sütçügil ve ark., 2013 Çelebi ve Yüksel, 2014; Aydın, 2014).

Gündüz Bakım Merkezleri kurumsal destek için çok önemli kuruluşlardır. Bu merkezlerde kişiler, günlük 4 ile 5 saat arası ve ortalama haftada 2 ile 3 gün zaman geçirmektedirler. Bireyin gününü bu merkezlerde geçirmesi sosyal yönden kişiyi destekleyecek, akşamları da kendi evinde aktif olarak kalmasını sağlayarak yaşam doyumunu, yaşam kalitesini ve öz yeterliğini artırarak bağımlılığı azaltmayı sağlayacaktır. (Savaş, 2010).

2.7. Psikososyal Hemşirelik ve Uygulama Modeli

İnsan gelişimi, fiziksel, zihinsel, sosyal ve ahlak gelişimi gibi çeşitli temel boyutlardan oluşan bir süreçtir ve bu süreç içerisinde karşılıklı ilişki bulunmaktadır. Kişilik gelişimi sürecine bakıldığı zaman birçok kuram geliştirildiği görülmektedir. Freud'un psikoseksüel kuramında, daha çok çocukluk yaşantıları ve travmaların gelecek yaşama olan etkisi üzerinde durulmuştur. Erikson'un psikososyal kuramı, psikodinamik yaklaşımının sosyal ve iletişim boyutları ile çocukluk sonrası etkilerini ele alırken,

Piaget'in bilişsel gelişim kuramı kişinin zihninde meydana gelen öğrenmenin dışı vurumu olarak açıklanmıştır (Engin, 2014, S: 23-56).

21. yüzyılın ortalarında hemşireliğin profesyonel bir meslek olarak kabul edilebilmesi için kavramsal ve kuramsal çerçevenin belirlenmesinin zorunlu olduğu görüşleri hâkim olunca hemşirelik liderleri tarafından bu görüşleri kanıtlamak için çalışmalara hız verildi. Hemşirelikte kavram, kuram ve modellerin anlaşılmasının, hemşirelik uygulamalarının ön koşulu olduğu konusunda görüş birliğine ulaşıldı (Ocakbaşı ve Alper, 2013).

Bilimsel bilgi birikimi, mesleki bilgi ve uygulamaların temellendirildiği kuram ve modeller, bir uğraşmayı meslek olarak niteleyen unsurların başında gelmektedir. Hemşireliğin kavramsal çerçevesi ve (kuram/model) ve hemşirelik süreci, hemşireliğin bilimsel yapısının temel ürünleridir. Hemşirelik modelleri, hemşireliğin önemli kavramlar arasındaki ilişkilerinin gösterilmesi olarak tanımlanabilir. Modeller hemşirelik uygulamaları için bilimsel bir temel sağlayarak bilgi içeriğinin daha sistematik olmasını ve gelişmesini sağlayarak bakıma pratik yaklaşımlar getirmişlerdir (Çam ve Engin, 2014).

Psikososyal bakım, hastalığın duygusal alanlarıyla, sağlık bakımını ve sağlığı etkileyen yaşam krizleriyle ya da psikiyatrik bozukluklarla baş etme güçlüğü yaşayan bireylere yardım etmek için girişimleri vurgular. Hastalıklar ve zor durumla karşılaşan birey, geçmiş yaşam deneyimleri, baş etme stratejileri ve kişilik yapısına bağlı olarak farklı tepkiler gösterir. Bu nedenle hemşirelik, kişiyi ve onun içinde bulunduğu çevresini bir bütün olarak tanımlayan holistik yapıyı kullanmalıdır (Öz ve Demiralp, 2014).

Yaşlı hizmetlerinde hemşireler, multi-disipliner ekibin etkin bir üyesi olduğu, etkili ve kaliteli bakım verebilmesi için yaşlıların psikososyal, duygusal, çevresel, fiziksel yeteneklerini, problemlerini ve ihtiyaçlarını iyi bilmelidir ve onların sağlığını sürdürme ve geliştirmesi için psikolojik desteğe yoğunlaşması gerektiğini bilmelidir. Hemşirelerin birçok psikososyal durumla ortaya çıkan krizler ve hasta sorunları ile karşılaştığı durumlarda sorunlarla baş etmek için uygun yolları bulmaları gerekmektedir. Hemşireler, kişiyi kendi çevresinde iyilik düzeyi ve hastalığa ya da duruma uyumunu destekleyerek iyileştirilmesi sorumluluğuna sahiptir. Yaşamın her evresinde olduğu gibi yaşlılık evresi de yeni değişimler, deneyimler ve sorunlar getirir. Yaşlıların, baş etme yollarını,

maksimum güçlerini ve bütünlüğünü sürdürebilme becerisini geliştirmesi, hemşirelerin bu konuda bilgisine ve sorumluluk düzeyine göre önem arz etmektedir (Öz ve Demiralp, 2014).

Hemşireler yaşlılara yönelik hizmet alanlarında bakım verici, eğitici, danışman ve bakım koordinatörü rollerini üstlenmektedir. Yaşlı bireylerle çalışan hemşireler, yaşlıların duygusal sorunlarıyla baş edebilmelerinde, fiziksel bakımını yapabilmesinde, yetersizlikleri ile baş edebilmede etkin rol alabilmektedir (Tambağ ve Öz, 2014). Ayrıca, hemşirelik hizmetlerinin de sistematik olarak planlanması ve sunulması için modellerden yararlanma gereksinimi vardır (Ergin, 2017).

Ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin yaşamsal bir parçasıdır ve bu hizmetlerin içinde psikiyatri hemşireliği önemli bir yere sahiptir (Çam, 2014). Kaçmaz'a ve Çam'a göre (Kaçmaz ve Çam, 2019) psikiyatri hemşireliğinde, kişilerarası etkileşim ve terapötik ilişki hemşirelik uygulamalarının özüdür. Bu bakımdan, hemşireler hastalarla geliştirdikleri terapötik etkileşim ile hastaların sorun alanlarını tanıma, analiz etme ve bakım planlamada yeterliklerinin yanında psikoterapi alanında da ilgili bilgi ve beceriyi eğitimle kazanarak hastalara bu süreçlerinde daha çok yardımcı olabilirler (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Bu düşünce ile psikiyatri hemşireliği, bireylerin daha olumlu benlik kavramına sahip olmaları, daha doyumlu kişilerarası ilişkiler geliştirerek aile ve toplum içinde daha doyumlu bir role sahip olmalarını desteklemektedir (Çam ve Engin, 2014).

Bu çalışmada, KKTC'de yaşlıların ihtiyaçlarının belirlenmesine ve psikososyal bakım uygulama modeli geliştirmesine çalışılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

3.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Gereç ve Yöntemi

3.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Tipi

Birinci aşama, yaşlı bireylerin psikososyal gereksinimlerinin belirlendiği nitel bir çalışmadır. Bu aşamada veriler, bir nitel çalışma yöntemi olan odak grup görüşmesi ile toplanmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın birinci aşaması, KKTC’ deki Dikmen köyünde gerçekleştirilmiştir. Dikmen, eski adıyla Dikomo Lefkoşa'nın 8 km kuzeyinde, Girne merkeze 18 km uzaklıkta bir kasabadır. KKTC 2011 yılı seçmen listeleri verilerine göre, Dikmen bölgesinde yaşayan; 9120 kişilik nüfusun %9,9’u, 65 yaş ve üstünü yaşlı bireyden oluşturmaktadır (Akgör, 2017).

Dikmen Belediyesi 1 Haziran 1986 tarihinde kurulmuştur. Bölge halkı geçimini tarım, hayvancılık ve çeşitli hizmet sektörlerinden sağlamaktadır (Star gazetesi, 2012). Dikmen Belediyesi, “İkinci Bahar Yaşam Kulübü” adı altında, bölgede yaşam süren yaşlıların yaşam kalitesini artırmak amacıyla bir proje yürütmektedir (Kıbrıs Postası, 2010). Dikmen merkezinde, belediyeye ait sağlık ocağında iki hemşire çalışmaktadır ve köylere ayda bir olmak üzere yaşlı bakım hizmetleri ev ziyaretleri yoluyla verilmektedir.

3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın birinci aşaması, Dikmen köyünde bulunan sağlık ocağına başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlılarla gerçekleştirilmiştir. Gönüllülük ilkesine göre her biri 6-8 kişi

arasında oluşan 3 odak grup görüşmesi yapılmış, 06-20 Ağustos 2018 tarihleri arasında, toplam 20 yaşlı birey ile görüşülmüştür.

3.1.4. Araştırmanın Birinci Aşamasında Verilerin Toplanmasında Kullanılan Yöntem

Araştırmanın birinci aşamasında veriler, odak grup görüşmesi yöntemi ile toplanmıştır. Odak grup görüşmelerinde belirlenen açık uçlu sorular; yaşlılığa bakış açıları, yaşantılarına yönelik algıları, yaşlılık hakkında düşünceleri/görüşleri, yaşlılığın yaşamlarına getirdiği değişiklikler, gereksinimleri ve karşılanma biçimleri, destek gereken durumları ve onları en çok etkileyen durumlardır. Ayrıca, yaşlıların gereksinimlerini ve sorunlarını etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet, evlilik durumları, çocuk sahibi olma ve sosyal güvence gibi tanımlayıcı özelliklere yönelik sorulara da yer verilmiştir (EK 3).

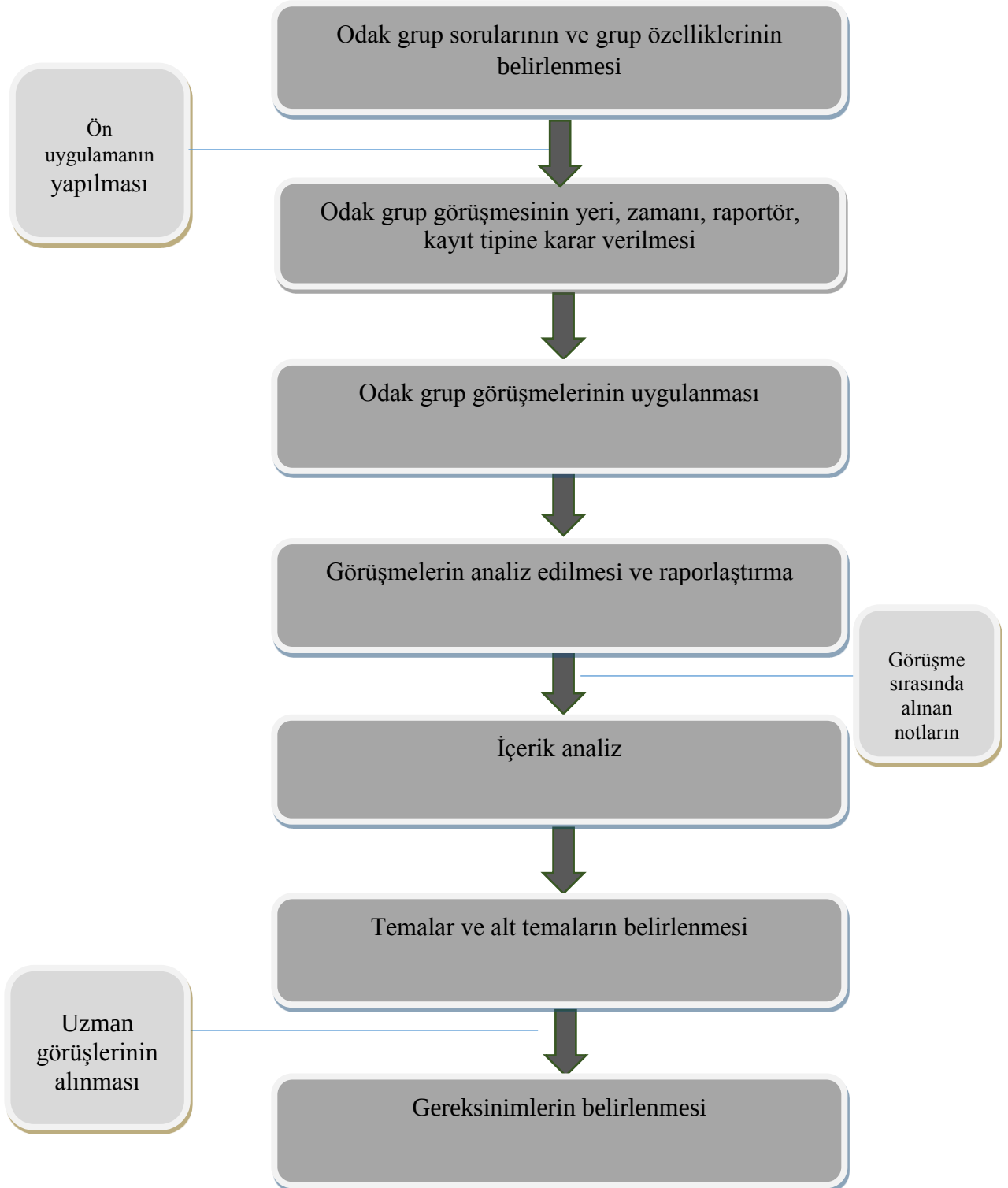
3.1.5. Araştırmanın Birinci Aşamasının Ön Uygulaması

Araştırmanın birinci aşamasından önce deneyim kazanma ve odak grup görüşmesinde sorulacak soruların belirlenmesi amacıyla Dikmen bölgesinde 2 Temmuz 2018 tarihinde 6 kişilik bir grup ile ön deneme amaçlı odak grup görüşmesi yapılmıştır. Ön uygulamanın değerlendirilmesi sonucunda, araştırma için yapılacak odak grup görüşmesinde kullanılacak sorulara karar verilmiştir. Görüşmelerde yazılı kayıt alınmış, görüşme süresi 90 ile dakika 120 arasında belirlenmiştir.

3.1.6. Araştırmanın Birinci Aşamasının Uygulama Süreci

Ön uygulamadan sonra, araştırmanın birinci aşamasında, Dikmen Köyündeki yaşlılardan araştırma kriterlerine uygun gönüllü yaşlı bireylerden 06-20 Temmuz 2018 tarihleri arasında odak grupları oluşturulmuş ve bu gruplarda yaşlı bireylerin psikososyal bakım gereksinimleri belirlenmiştir. Her bir odak grup görüşmesine dâhil edilecek grubun büyüklüğü 6 ile 8 kişi olarak önerildiğinden (Çokluk ve ark., 2011), araştırmada da odak grup görüşmeleri 6 ile 8 kişi olarak gerçekleştirilmiştir. Her bir odak grupta veriler, araştırmacı tarafından sorular sorularak ve raportör tarafından yazılı olarak kayıt altına

alınarak toplanmıştır. Raportöre hemşire daha önce araştırmanın amacı, görüşme soruları ve yanıtların nasıl yazılacağı konusunda araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir. Görüşme öncesinde araştırmacı, öncelikle kendisini tanıtmış, araştırma hakkında bilgi vermiş, sonra grup üyelerinin kendilerini tanıtmaları istenmiştir. Her bir odak soruları doğrultusunda yaşlı bireylerin verdikleri yanıtlar, raportör tarafından kaydedilmiş, gereksinimleri, duygu ve düşünceleri alınmıştır. Not alırken sürecin kolay olması için katılımcılara katılım kodu verilmiştir. Bu aşamada, 06.07.2018, 13.07.2018, 20.07.2018 tarihlerinde 3 odak grupta toplam 20 bireyle görüşme yapılmıştır. Her bir odak grup görüşmesi 90-120 dakika arası sürmüştür. Her üç odak grup için, uygulama yeri olarak Dikmen Sağlık Ocağı toplantı odası kullanılmıştır. Şekil 3.1.6 de belirtildiği gibi; her bir grup oturumundan sonra, araştırmacı ve raportör tarafından görüşme esnasında alınan notların özeti alınarak, incelenmiş, dokümanı yapılmış ve içerik analizi için hazır hale getirilmiştir (EK 4).



Şekil 3.1.6. Araştırmanın birinci aşamasının uygulama şeması

3.1.7. Araştırmanın Birinci Aşamasında Verilerin Analizi

Araştırmanın bu aşamasındaki verilerin değerlendirilmesi de, iki aşamada yapılmıştır. Bunlar; kütük geliştirme (doküman yapılması) ve içerik analizidir. Kütük geliştirme aşamasında, her odak grup görüşmesi sonrasında yazılı olarak dokümanı yapılmıştır. Bunun için önceden katılımcılara oturum şekline ve cinsiyete göre katılım kodu verilmiş ve kütük geliştirme formu ile yazılı hale getirilmiştir. Kütük geliştirmeden sonra içerik analizinde; verilerin kodlanması, ilgili alt temalar bulunması, bulunan kod ve temaların organize edilmesi ve yorumlanması yer almıştır.

Temaların ve alt temaların oluşturulmasında güvenilirliği sağlamak amacıyla araştırmacının yapmış olduğu işlem 4 psikiyatri hemşireliği alanında öğretim üyesinin görüşlerine sunulmuştur. Gelen görüşler doğrultusunda tema ve alt temalar belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

3.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Gereç ve Yöntemi

3.2.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Tipi

Araştırmanın ikinci aşaması, ön test- son test müdahale tipi çalışmadır. Bu aşamada, ilk aşamadaki odak grup görüşmeleri sonucunda belirlenen gereksinimler doğrultusunda psikososyal müdahale yapılmıştır.

3.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın ikinci aşaması, KKTC Lefkoşa ilçesi sınırları içinde yer alan, Değirmenlik Köy Belediyesine bağlı gündüz yaşlı bakım evinde gerçekleştirilmiştir. Lefkoşa, Değirmenlik Gündüz Bakım Merkezi; Orta Meriç Köyü sınırları içerisinde bulunan 4685 m² alanda bulunmaktadır. Merkez 2011 yılında Avrupa Birliği tarafından

onaylanmış ve 29 Nisan 2014 tarihinde açılmıştır (Kıbrıs 24, 2014). Değirmenlik Gündüz Merkezi KKTC de yaşlıların gündüz vakit geçirebileceği, sosyal paylaşımlarda bulunabileceği ve aktiviteler yapabileceği bir ortamdır. Bu merkezde yaşlı bireylerin rutin sağlık kontrollerinin yapılacağı doktor ve hemşire odası, el sanatları odası, gün içerisinde dinlenme odaları, televizyon izleme salonu, egzersiz salonu, eğitim, kültür ve müzik aktivitelerinin yapılabileceği eğitim odası, sorumlu odası, psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri odası bulunmaktadır ve günlük hizmet kapasitesi ortalama 40 kişidir. Bu merkezde bir sorumlu hemşire, bir sosyolog ve beş şoför tam zamanlı olarak, bir fizyoterapist, iki diyetisyen, bir el sanatları hocası ve bir müzik hocası yarı zamanlı olarak görev yapmaktadır.

3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın ikinci aşamasının evreni, Değirmenlik gündüz yaşlı bakım evinde kayıtlı olup, düzenli olarak hizmet alan 65 yaş ve üzeri 51 yaşlı bireyden oluşmuştur. Araştırmaya alınma kriterlerine göre bu kişiler arasından müdahale yapılacak 44 kişi belirlenmiştir. Araştırmaya alınma kriterleri; 65 yaş ve üzeri olması, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olması, otumlara düzenli olarak katıla bilmesi, iletişim engelinin bulunmaması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

Araştırmanın uygulama sürecinde, toplam altı grupta 44 kişiye müdahale planlanmıştır. İki kişi programa katılacağını söylediği halde katılmamış, iki kişi sağlık sorunu nedeni ile, bir kişi kızının yurt dışından gelmesi nedeniyle olmak üzere toplam beş kişi uygulama programını tamamlayamamıştır. Böylece, araştırma toplam 39 yaşlı birey ile gerçekleştirilmiştir.

3.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasında Verilerin Toplanmasında Kullanılacak Araçların Belirlenmesi

Araştırmanın ikinci aşamasında veriler, ilk aşamadaki odak grup görüşmeleri sonucunda toplanan verilerin kategori, ana tema ve alt temalarına göre seçilen ölçeklerle toplanmıştır. Seçilen ölçekler ve hizmet ettiği kategori, temalar ve alt temalar tablo 4.1.2 de yer almaktadır.

- DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR); ölüm kaygısı, inançlar, değerler ve kültür, beklentilerde değişim, aile içi sorunlar, yaşlılığa bağlı fiziksel kayıplar ve hastalıklar temaları için,
- DSÖ Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA) kayıplar (psikolojik), yaşlılığa uyum, rol değişiklikleri temaları için,
- UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA); yalnızlık için,
Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-KF); depresyon riski alt teması için kullanılmıştır.

3.2.5. Araştırmanın İkinci Aşamasında Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

3.2.5.1. Kişisel Bilgi Formu:

Yaşlıların sosyo-demografik verilerine ve tanıtıcı özelliklerine ilişkin, araştırmacı tarafından literatürden (Mogaddam ve Diğ, 2016; Gülbaşak, 2017; Arslan ve Bölükbaş, 2003) yararlanılarak hazırlanmıştır ve toplam 17 sorudan oluşmuştur (EK 4).

3.2.5.2. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR):

DSÖ Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü WHOQOL-OLD Ölçeği (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı sürümü), Power ve ark tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (Power ve ark, 2005). WHOQOL-OLD Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise 2010 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Cronbach's alpha değeri 0,85 olarak elde edilmiştir (Eser ve ark, 2010). Beşli likert tipi olan ölçeğin, her bir alt boyutu kendi içinde puanlanabildiği gibi, toplam puan üzerinden de değerlendirilmektedir. Her bir soru için olası en düşük puan 1.0, en yüksek puan 5.0'tir. Her bir alt boyutun puanları 4–20 aralığında değişebilmektedir (Ek 5). WHOQOL-OLD modülü, “duyusal işlevler”, “özerklik”, “geçmiş-bugün-gelecek faaliyetleri”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek” ve “yakınlık” tan oluşan altı alt boyut ve 24 sorudan oluşmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları ve soru özellikleri aşağıda açıklanmıştır:

Özerklik; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini,

Geçmiş, Bugün ve Gelecek Faaliyetleri; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarıdan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşüncelerini,

Sosyal Katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumunu,

Yakınlık; diğer kişilerle ilişkileri ve sosyal desteğini,

Ölüm ve ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceleri ve ölümün anlamını sorgulamaktadır (Eser ve ark, 2010).

3.2.5.3. DSÖ Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA-TR):

Avrupa Birliği 5. Çerçeve Programı tarafından desteklenen çok merkezli bir proje çerçevesinde geliştirilmiş olan Avrupa Yaşlı Tutumu Anketi (AAQ) (Attitudes of Aging Questionnaire)'nin Türkçe sürümünün (AYTA-TR) yaşlılarda kullanılabilirliği Eser ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmış ve Cronbach's alpha değeri 0,75 olarak bulunmuştur (Eser ve ark., 211). AYTA-TR “Psikososyal Kayıp”, “Bedensel Değişim” ve “Psikososyal Gelişim” olarak tanımlanan üç alt boyut 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, 5’li Likert tipi her bir soru 1-5 arası değer almaktadır. Her bir boyut en küçük 8, en büyük 40 puan arasında puan almaktadır. “Psikososyal kayıp” alt boyut ise ters çevrildikten sonra puanlanmaktadır. Ölçek puanı arttıkça ilgili boyuta ait tutum puanı da olumlu yönde değişmektedir. 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20, 22 numaralı sorular “Psikososyal Kayıp” boyutunu, 7,8,11,13,14,16,23,24 numaralı sorular “Bedensel değişim” boyutunu, 1, 2, 4, 5, 10, 18, 19, 21 numaralı sorular ise “Psikososyal Değişim” boyutunu göstermektedir (EK 6).

3.2.5.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği

UCLA yalnızlık ölçeği, Russel, Peplau ve Ferguson tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir ve 1980 yılında ise, Russel, Peplau ve Cotrana tarafından tekrar düzenleme yapılmıştır (Russell et al., 1980). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği, Demir

tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Demir 'in yaptığı bir başka çalışmada da ölçeğin iç tutarlığı ile ilgili analizler toplam 72 kişi üzerinde hesaplanmış ve çalışmada Cronbach's alpha Katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur (Demir, 1989).

UCLA yalnızlık Ölçeği, likert tipi dörütlü bir derecelendirme ölçeğidir. Her bir maddede sosyal ilişkiler hakkında duygu ve düşünce sunulmakta ve bireylerden bu ifadelerdeki durumları ne kadar sıklıkla yaşadıklarını üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. 20 maddeden oluşmakta, maddelerin 10 tanesi ters yönden, 10 tanesi ise düz yönden puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanlanmasında olumlu yöndeki ifadeler (1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20), “Hiç Yaşamam” (4), “Nadiren Yaşarım” (3), “Bazen Yaşarım” (2), “Sık sık Yaşarım” (1) şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeleri içeren maddeler ise (2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18) bunun tam tersi olarak “Hiç Yaşamam” (1) “Nadiren Yaşarım” (2), “Bazen Yaşarım” (3), “Sık sık Yaşarım” (4) şeklinde puanlanıp genel yalnızlık puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. Puanın yüksek olması yalnızlık düzeyinin yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (EK 7).

3.2.5.5. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-KF)

Yesavage ve arkadaşları tarafından yaşlılar için 1983 yılında geliştirilmiş ölçek, 30 sorudan oluşmaktadır. Daha sonra aynı ölçeği Shiekh ve Yesavage 1986 yılında ölçeğin 15 sorudan oluşan kısa formunu geliştirmişlerdir (Shiekh & Yesavage, 1986). GDÖ-KF ölçeğinin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirliği Ertan ve arkadaşları tarafından 2004 yılında çalışılmış, Cronbach's alpha değeri 0,87 olarak belirlenmiştir (Ertan ve ark., 2004). Toplam 15 soru içeren GDÖ-KF’de 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz olarak kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara ise evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten alınan 7 puan ve altında depresyon riskinin olmadığı, 8 puan ve üzerinde ise depresyon riskinin olduğu kabul edilmektedir (Aktürk ve ark., 2002) (Ek 8).

3.2.6. Araştırmanın İkinci Aşamasının Uygulama Süreci

Araştırmanın ikinci aşamasının **ön uygulaması**;ilk aşamadan sonra karar verilen ölçekler ve tanıtıcı bilgi formu, yine Dikmen sağlık ocağında 6 yaşlı bireye ön uygulama yapılarak anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından test edilmiş ve uygun olduğuna karar verilmiştir. Yaşlı bireylerin soruları cevaplama süresi 40 dakikadır.

Araştırmanın ikinci aşaması, KKTC Lefkoşa ilçesi sınırları içinde yer alan, Değirmenlik Köy Belediyesine bağlı gündüz yaşlı bakım evinde 17 Eylül 2018- 04 Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada; öncelikle odak grup görüşmeleri aracılığıyla belirlenen gereksinimler doğrultusunda, kullanılacak ölçüm araçlarına karar verilmiş ve psikososyal bakım oturumları hazırlanmıştır. Kriterlere uyan yaşlı bireylerden rastgele seçim yapılarak 8'er kişilik gruplar oluşturulmuş, son grup ise 4 kişiden oluşmuştur. Psikososyal bakım oturumlarının amacı; yaşlı bireylerin karşılaştıkları ruhsal, sosyal ve fiziksel sıkıntıların olumsuz etkilerini azaltma, bireyin kişilerarası etkileşim düzeyini artırma, iletişim becerilerini geliştirme yoluyla sosyal yaşama uyumlarını artırma, bulundukları dönem hakkında bilgilendirme, ihtiyaçlarının farkına varmalarını sağlama, geleceğe yönelik olumlu bir etki bırakma, ortaya çıkan sorunlara yönelik farkındalık kazandırma ve etkili baş etme becerileri kazanmasına yardımcı olmaktır. Bu amaçlar doğrultusunda oturumlarda, yaşlı bireylere kısa öğretici bilgilendirme, beceri geliştirme egzersizleri yapılarak ve ev ödevleri verilerek öğrendiklerini günlük yaşamlarına aktarmaları ve bir sonraki oturumlara hazır gelmeleri sağlanmıştır.

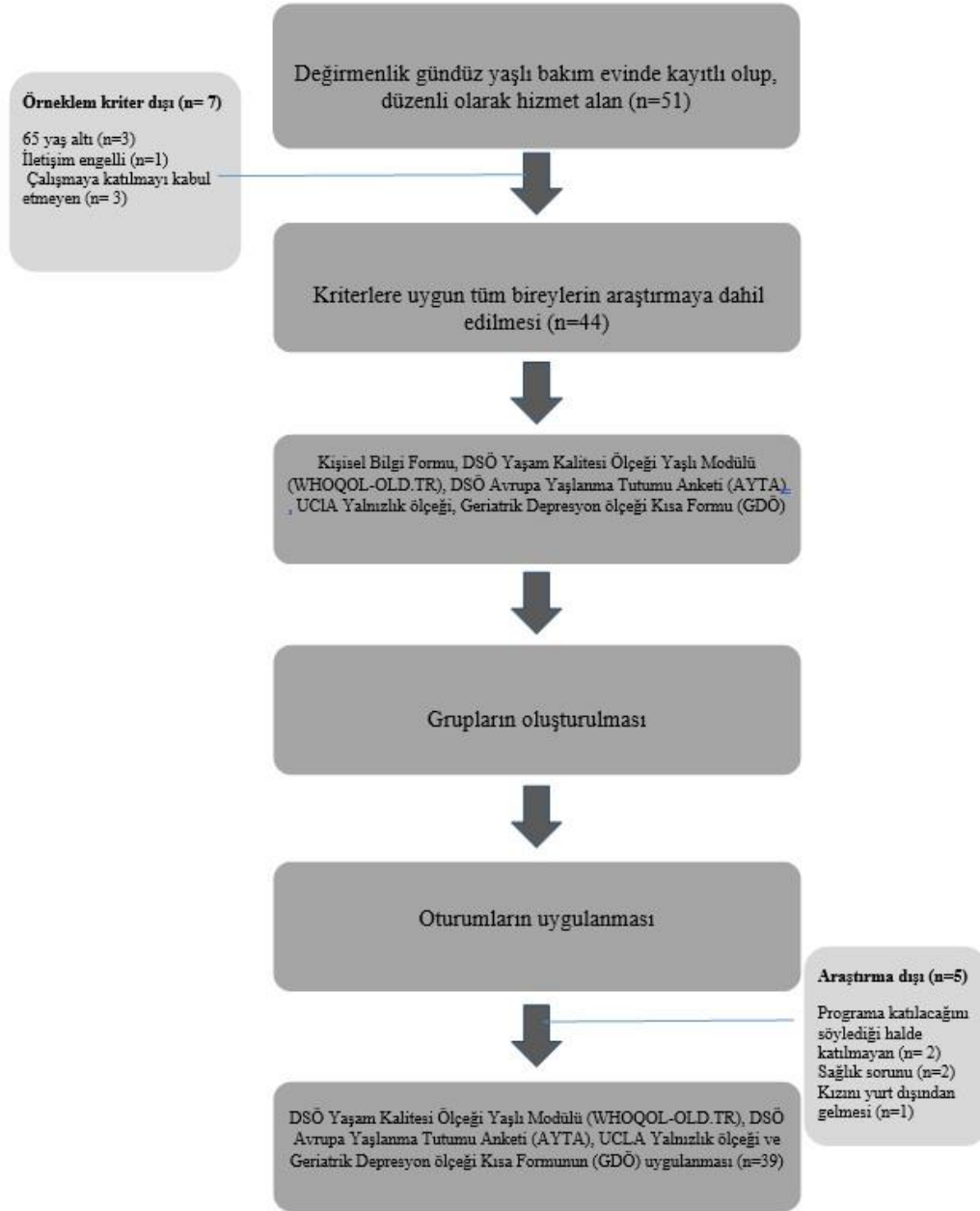
Kriterlere uyan yaşlı bireylerden rastgele seçim yapılarak toplam 6 grup oluşturulmuştur. Her bir grup 8'er kişiden, son grup ise 4 kişiden oluşmuştur.

İlk oturumdan önce odak grup görüşmeleri ile belirlenmiş gereksinimlere bağlı sorunlarla ilgili ölçekler ve kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Son oturumdan sonra da ölçeklerin tümü tekrar uygulanmıştır. Ölçeklerin tümü, söz edilen merkezde sessizliğin korunduğu ve diğerlerinin duyamayacağı bir alan ya da odada, yaşlı bireylere araştırmacı tarafından teke tek ve yüz yüze uygulanmıştır.

Araştırmaya katılacak bireyler seçilirken, Değirmenlik Gündüz Bakım Merkezinde çalışan sağlık personeli iş birliği ile araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan yaşlı bireylerin ismi listelenmiştir. Merkezin hizmet programı ve katılım listesi incelendiğinde, hizmet alan yaşlıların merkezde bulunduğu ortak günler salı ve perşembe

günleri olduğu için, müdahale programının söz edilen günleri kapsamına karar verilmiştir. Böylece müdahale oturumları, merkezde 17 Eylül 2018-04 Ocak 2019 tarihleri arasında salı ve perşembe günleri sabah 8:30 - 12: 30 saatleri arasında merkezin salonunda gerçekleştirilmiştir. Her bir oturumda, bir sonraki oturum için saat ve yer konusunda anlaşma yapılmıştır. Mazeretleri nedeniyle en fazla 2 oturuma katılamayan bireylerin, katılamadığı oturumun konusuna ilişkin telafi oturumları, aynı hafta yapılmıştır. Toplam 3 oturuma katılamayan yaşlı birey araştırma kapsamından çıkarılmıştır.

Oturumlarda bir önceki konu özetlenerek, ardından Ek 9'da verilen oturumlarda yer aldığı şekilde haftanın konusu işlenerek ve sonunda özetlenip bir sonraki oturum hakkında bilgi verilerek bitirilmiştir. Araştırmanın uygulama sürecinde, 2 kişi programa katılacağını söylediği halde katılmamış, 2 kişi sağlık sorunu nedeni ile, 1 kişi kızının yurt dışından gelmesi nedeniyle toplam 5 kişi uygulama programını tamamlayamamıştır. Böylece, toplam 6 grupta 39 kişiyle uygulama tamamlanmıştır.



Şekil 3.2.7.1. Araştırmanın ikinci aşamasının uygulama şeması

Psikososyal bakım modeline ilişkin daha ayrıntılı olarak (EK 9) da verilen yaşı bireylerin psikososyal gereksinimlerine yönelik destekleyici uygulama programı; haftada bir kez, her bir oturum yaklaşık 2 saat olmak üzere toplam 9 oturumda gerçekleştirilmiştir. Oturumlarda görsel yöntemler, soru cevap ve tartışma yöntemleri, ev ödevleri ve grup ısınma oyunları kullanılmıştır.

Oturumlarda ele alınan konular aşağıda gibidir:

Oturum 1: Tanışma, programın tanıtımı ve grup bilincinin oluşumu: Yaşlılık nedir? yaşlılığa uyum.

Oturum 2. Kendini tanıma ve farkındalık geliştirme.

Oturum 3. Benlik saygısını artırma.

Oturum 4. Yaşlılıkta yaşanan sorunlar ve çözüm yolları: Bireysel ve sosyal güçlenme. Fiziksel yetersizlik/güçsüzlük (aktif olamama), bağımsızlığın kaybı, sosyal etkileşim azlığı, aile içi etkileşimde bozulma ve ailenin bakım yükü, yalnızlık (psikolojik ve sosyal).

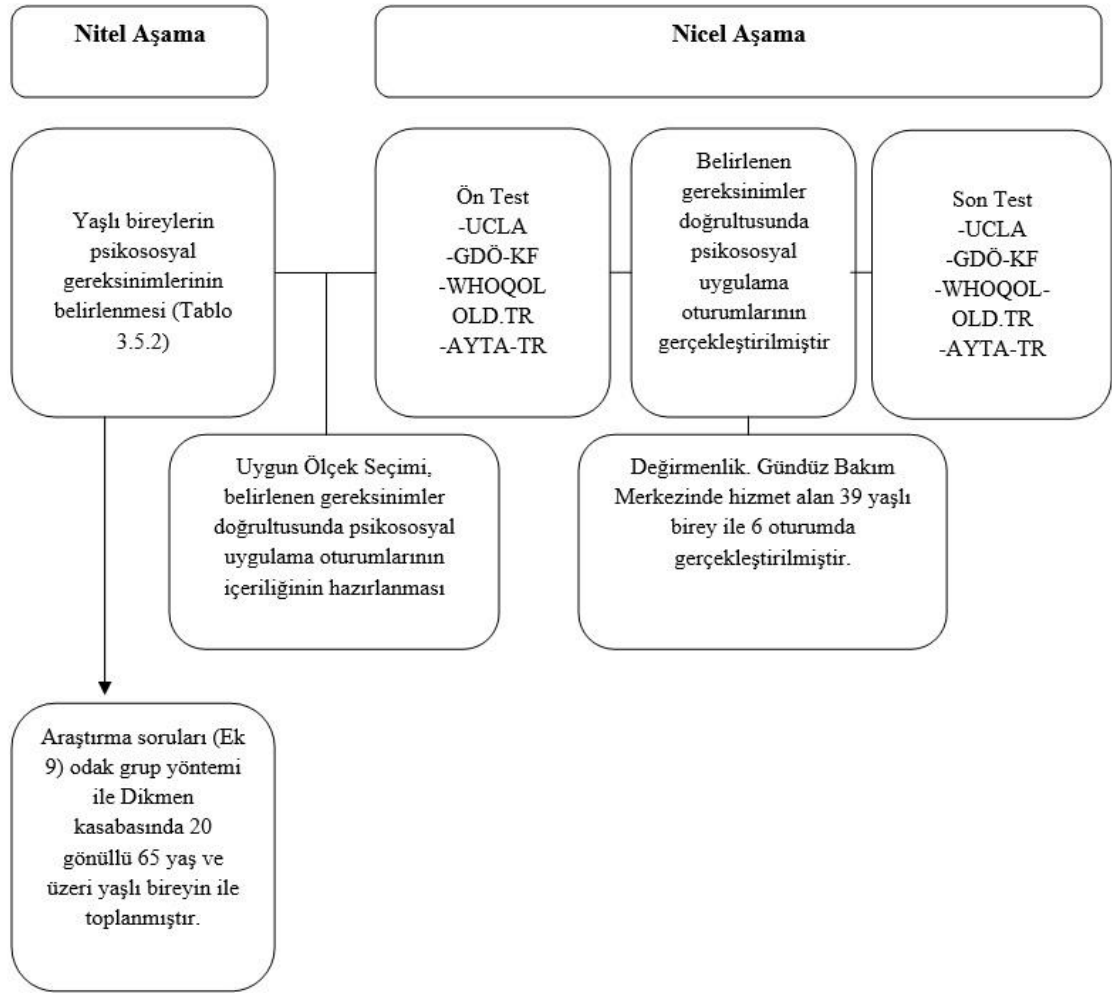
Oturum 5. Yaşlılıkta yaşanan sorunlar ve çözüm yolları: Güç kaybının ve depresif belirtilerin (değersizlik, yetersizlik, ümitsizlik vb.) önlenmesi için destekleme ve rol değişimlerine uyum.

Oturum 6. Geçmişteki pişmanlık, geleceğe ilişkin belirsizlik ve ölüm kaygısı ile baş etme.

Oturum 7. Yaşamı anlamlandırmak, etkili baş etme ve yaşlılığa uyum, İnançlar, değerler ve kültür.

Oturum 8. Yaşam kalitesini artırma, boş zamanları değerlendirme, olanaklardan yararlanma, beklentilerde değişim.

Oturum 9. Sonlandırma ve genel değerlendirme.



3.2.7.2. Yaşlı Bireylerin Psikososyal Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasına Yönelik Uygulama Modelinin Şeması

3.2.7. Araştırmanın İkinci Aşamasında Verilerin Analizi

Araştırmanın ikinci aşamasındaki verilerin değerlendirilmesinde elde edilen verilerin istatistiksel açıdan analiz edilmesi için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 programı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık durumlarının, birlikte yaşadıkları kişiler ve günlük aktivitelerine ait bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların saptanmasında frekans analizi kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA puanlarına ait ortalama, ortanca (medyan), standart sapma, en büyük ve en küçük değer gibi tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir. Yaşlı bireylerin bireylerin uygulama öncesi ve uygulama sonrası UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA puanlarının karşılaştırılmasında kullanılacak olan hipotez testlerinin belirlenmesi için ölçeklerden alınan puanların normal dağılım gösterme durumu Shapiro-Wilk testi, basıklık ve çapıklık değerleri ile incelenmiş ve normal dağılıma uyduğu saptanmıştır. Buna göre yaşlı bireylerin ölçeklerden aldıkları uygulama öncesi ve uygulama sonrası puanların karşılaştırılmasında eşleştirilmiş örneklem t testi kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre müdahale öncesi ve müdahale sonrası UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA puanlarının karşılaştırılmasında veri seti normal dağılım göstermediğinde dolayı non parametrik hipotez testleri kullanılmıştır. Buna göre; yaşlı bireylerin yaş grubuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi kullanılmış, cinsiyetine, medeni durumunu ve çocuk durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. uygulama öncesi ve sonrası ölçekler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın psikososyal müdahale programı Değirmenlik Gündüz Bakım Merkezindeki yaşlı bireyler ile sınırlandırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Yönu

Çalışma Yakın Doğu Üniversitesi'nin Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından 28.06.2018 tarihinde onaylanmıştır. (YDU/2018/59-692) (EK 10).

Araştırmanın birinci basamağı için, Dikmen Belediyesi Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. (2018/58/18) (EK 10).

Araştırmanın ikinci basamağı için, Değirmenlik Belediyesi Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. (2018/5111/88) (EK 10).

Araştırmaya birinci ve ikinci aşamasına, başlamadan önce aydınlatılmış onam formu aracılığıyla yazılı ve sözlü bilgiler verilmiş ve katılımcılardan sözlü olarak onam alınmıştır (EK1).

4.BULGULAR

4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Bulguları

Bu bölümde, Dikmen köyünde yaşayan 65 yaş ve üzeri, yaşlı bireylerden gönüllü odak grupları ile görüşme sonucunda elde edilen, psikososyal bakım gereksinimlerini etkileyebilen tanıtıcı özellikler ve psikososyal bakım gereksinimlerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu bölümde odak gruplarına gönüllü olarak katılan katılımcılarını tanıtıcı özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların %75'inin 65- 75 ve %25'inin 75 yaş ve üstü olduğu, %30'unun kadın ve %70'inin erkeklerden oluştuğu, %75'inin evli ve %25'inin dul olduğu görülmektedir. Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında, %65'inin emekli olduğu, %25'inin çalışmadığı, %10'unun ise çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna bakıldığında, tüm katılımcılar çocuk sahibidir.

Tablo 4.1.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=20)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	14	70,0
Kadın	6	30,0
Yaş		
65-70 yaş arası	7	35,0
71-75 yaş arası	8	40,0
76 yaş ve üzeri	5	25,0
Medeni Durum		
Evli	15	75,0
Dul	5	25,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	20	100,0
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	5	25,0
Çalışan	2	10,0
Emekli (sosyal güvence)	13	65,0

4.1.2. Yaşlı Bireylerin Psikososyal Bakım Gereksinimleri

Odak grupları ile görüşme sonucunda yaşlı bireylerin psikososyal bakım gereksinimleri psikolojik, spirütüel, sosyal ve fiziksel boyutta yaşanan gereksinimler olmak üzere ele alınmıştır (Tablo 4.1.2). Tabloda saptanan gereksinimler kategori, tema, alt temalar olarak, ayrıca temalara uygun ölçüm araçları görülmektedir.

Tablo 4.1.2: Psikososyal gereksinimlerin kategori, tema, alt temaları ve ölçekler

Kategori	Tema	Alt Tema	Ölçek
Psikolojik	Kayıplar	Bağımsızlığın kaybı Güç kaybı	DSÖ – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi(AAQ) Türkçe Sürümü (AYTA-TR)
	Yalnızlık (duygusal) Depresyon Riski	Eş kaybı Sevdiği insanların kaybı	UCLA Yalnızlık Envanteri (UCLA-LS)
	Yaşlılığa uyum	Değersizlik duygusu Pişmanlık Fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle yetersizlik duygusu Umutsuzluk ve üzüntü Enerji düşüklüğü hissi Yaşlılık hakkında olumlu tutumlar (düşünceler)- kabullenme Yaşlılık hakkında olumsuz tutumlar (düşünceler)	Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ) DSÖ – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi(AAQ) Türkçe Sürümü (AYTA-TR)
Spirütüel	Ölüm kaygısı	Geçmişteki pişmanlıklar Geleceğe ilişkin belirsizlik Yakınlarını yitirme korkusu	DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR)
	İnançlar, değerler ve kültür	Bakım ve huzur evleri hakkında görüşler (düşünceleri) Gündüz bakım merkezileri hakkında görüşler (düşünceleri)Geçmişten bahsetme isteği-Geçmiş yaşama Özlem (rahatlık)	DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR)
Sosyal	Rol değişiklikleri	Rol kaybı Büyük anne baba olma (sorumluluk) Emekliliğe uyum	DSÖ – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi(AAQ) Türkçe Sürümü (AYTA-TR)
	Beklentilerde değişim Aile içi sorunlar Yalnızlık	Boş zamanları değerlendirme (eksiklik) Çocuklardan beklentiler Eşle iletişim sorunları (Aile içi iletişimde yetersizlik) Eşin sağlık sorunu nedeniyle bakım yükü Fiziksel engeller Sosyal izolasyon İş ortamı ve arkadaşlarından uzaklaşmak hissi	DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR) DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR) UCLA Yalnızlık Envanteri (UCLA-LS)

Fiziksel	Yaşlılığa bağlı fiziksel kayıplar Hastalıklar	Güçsüzlük Fonksiyonel yeterlik kaybı Beden imgesinde değişiklik Aktif olamama Kronik hastalığı yönetememe İşlevsel kayıplar Başkalarına muhtaç olma	DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR) DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR)
----------	--	--	--

Tema 1: Psikolojik Boyuttaki Gereksinimler

Psikolojik gereksinimler kısmında kayıplar, yalnızlık, depresyon riski ve yaşlılığa uyum alanları yer almaktadır. Aşağıda bunlara ilişkin bazı ifadeler yer almaktadır.

1.1. Kayıplar:

- Bağımsızlığın kaybı
- Güç kaybı

2K: (Kadın katılımcılar K ile, erkek katılımcılar ise E ile belirtilmiştir): *Elin ayağın doğru düzgün tutmaz, bu ne kadar da kötü bir his. Başkalarına muhtaç olma. Ama ben kendim yaparım. Ne yapayım hep oturup başkalarını mı bekleyeceğim.*

20E: *Yaşlı olunca ya gücün biter ya hastasın hem bakıcıya hem çocuklara muhtaç kalırsın benim gibi. Dışarı bile çıkamam evde kalırım. Ya çocuklar gelip götürecek ya arkadaşlar kolumdan tutup kahveye getirecek. Çoktan isterim birisi beni karpaza götürsün hani kim götürecek.*

1.2. Yalnızlık:

- Eş kaybı
- Sevdığı insanların kaybı

5E: *Çocuklarda gelir arada sağ olsunlar ev işlerini kendim yaparım onlarda yardımcı olur arkadaşlarım da var muhtaç değilim kimseye, yemek de kendim yaparım severim de ama eşim öldükten sonra çok yalnız hissedirim bazen geceleri çok kötü hissedirim. Sanki göğsümde bir şey var oturup ağlarım.*

9K: *Eşim öldükten sonra çok kötü hissedirim. 10 yıldır ölmüş. 10 yıldır yalnızım yanı.*

8K: *Benim de oğlum yıllar oldu vefat etti çok kötü. Oğlumu çok severdim gitti yalnız kaldım. Benim eşimde vefat etti. Kızlarım hep gelir sağ olsunlar, bir oğlum daha var o da arada gelir.*

1.3. Depresyon Riski:

- Değersizlik duygusu
- Pişmanlık
- Fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle yetersizlik duygusu
- Umutsuzluk ve üzüntü
- Enerji düşüklüğü hissi

1E: Yaşlılık çok kötü ne kadar anlatsam az koca karımın da derdi bitmez benim de.

Keyfimiz yok, artık bir şey de istemem ben.

5E: Yaşam bu muydu bitti diye düşününce üzülersün.

16E: Kötü bir şey yaşlılık, düşün her şey kötüye doğru gidiyor.

1.4. Yaşlılığa Uyum:

- Yaşlılık hakkında olumlu tutumlar (düşünceler)-kabullenme
- Yaşlılık hakkında olumsuz tutumlar (düşünceler)

3E: Yeni başlıyorum, ama bence gelirin iyi ise hanımınla aran iyi ise yaşlılık güzel neden kötü olsun, bence güzel. Bende rahatlama da oldu. Rahatladık da biraz. Altın yıllar yani.

6k: Bence her yaşın kendine güzellikleri var. Her yaşın zorlukları da var.

8K: Boş ver dünyayı zor tutma. Nasıl bakarsan öyle görürsün. Neden öyle düşünüyorsun. Yaşlılıkta güzel elin kolun ağırır evet ama ne yapalım hepimizde öyle ki.

11E: Bence daha yaşlanmadım ben. Öyle hissetmiyorum.

13E: Yaşlılık güzel aslında, tabi hastalığın yoksa torun sahibi ve bu çok güzel bir şey, bak mesela yaşlı olmasaydım şimdi böyle rahat bu saate burada oturamazdınız işleriniz vardı. Ben ikinci bahar diyorum.

Tema 2: Spiritüel Boyuttaki Gereksinimler

Spiritüel gereksinimler kısmında ölüm kaygısı ve inançlar, değerler ve kültür alanlar yer almaktadır. Aşağıda bunlara ilişkin bazı ifadeler yer almaktadır.

2.1. Ölüm Kaygısı:

- Geçmişteki pişmanlıklar
- Geleceğe ilişkin belirsizlik

- Yakınlarını yitirme korkusu

E3: *çok şükür şimdilik hemen hemen yolunda. Ama şimdiden gelecekte bilmem ne olacak.*

9K: *Hepimiz ölüp gideceğiz annem gibi ne fark eder ki.*

8K: *Hayatımda çok çektim. Eşim Alkol kullanırdı. Çok çektirdi. Şimdi rahatım. Keşke böyle olmasaydı.*

11E: *Eşim evden gidince endişe ederim. Başına bir şey gelmesin. Çocukları da düşünürüm.*

2.2. İnançlar ve Değerler ve Kültür:

- Bakım ve huzur evleri hakkında görüşler (düşünceleri)
- Gündüz bakım merkezleri hakkında görüşler (düşünceleri)
- Geçmişten bahsetme isteği-geçmiş yaşama özlem (rahatlık)

Bir kadın vardı köyde huzur evine verdiler herkes üzüldü ona.

3E: *Yerin değişince olmaz. Evimi isterim. Yatağa düşersen çocuğun bakmazsa mecbur gidersin. Yok ben yine de istemem bakıcı evde bakar o zaman o bu daha iyi. Gündüz ama bir yer olursa giderim. Ama düşünmem görmem lazım, tanımadığım kişilerde var. Nasıl olur Kahvedekileri tanırım. Rahat hissederim. Denemek lazım.*

1E: *Ben istemem huzurevini evimde bakıcı bile daha iyi.*

6K: *Çök şükür bizde öyle adetler gelmedi.*

4E: *Yok Çocuklarım beni severler bırakmazlar beni öyle yerlere.*

19E: *Boş zamanları kahvede otururuz, gündüz bakım merkezinin değirmenlikte öldüğünü biliyorum çok güzel bir şey, burada da olursa ben giderim. Ama huzur evi çok kötü Allah göstermesin, burada bir kadın vardı onu huzur evine verdiler onun yerine olmak kimse istemez, bizim köyde yaşlılar istemez huzur evini.*

8K: *komşularla sohbet etmek beni mutlu eder. Geçmişten konuşuruz komşularımla.*

Tema 3: Sosyal Boyuttaki Gereksinimler

Psikolojik gereksinimler kısmında, rol değişiklikleri, beklentilerde değişim ve aile içi sorunlar alanlar yer almaktadır. Aşağıda bunlara ilişkin bazı ifadeler yer almaktadır.

3.1. Rol Değişiklikleri:

- Rol kaybı
- Büyük anne baba olma (sorumluluk)

- Emekliliğe uyum

3E: *İş yerim vardı çocuklara devrettim onlara bu beni mutlu ediyor.*

15E: *Emeklilik fiziksel olarak güzel diyorum ben çünkü vücudun kaldırmaz artık.*

6K: *Ev işlerimi kendim yaparım, torunda bakıyorum çok güzel ama yoruyor da ama ne yapalım kızım çalışır bakmak zorundayım.*

8K: *Toruna bakarım. Kızım çalışır kim bakacak. Ne yapsın. Bazen çok yorulurum.*

19E: *Eşilmede izin vermedim torun baksın bana bakman lazım dedim, torunları çok severim ama kim yaptıysa kendisi baksın, eşim ister baksın onlara ben hayır dedim, çok gelirler bazen de sessiz olsun ev isterim.*

3.2. Beklentilerde Değişim:

- Boş zamanları değerlendirme
- Çocuklardan beklentiler

9K: *Bir ablam var onun da eşi vefat etti. Eşi öldükten sonra onun yanına giderim sık sık. Ondan önce kardeşimle giderdim. Ara sıra yine onlara giderim. 1 çocuğum var. 2 defa evlendim. Oğlanın işi gücü var ama gelir. Yalnız kalmayım diye bende ablama kardeşime giderim. Evde otursam ne yapayım. Gündüz zaman geçireceğim bir yer olsa gideriz tabi.*

11E: *Arkadaşlarımla zaman geçiririm kahveye giderim. Yememe dikkat ederim. Boş zamanım var. Zamanında çalıştım. Emekliyim.*

da hatırlatmalı. Gün içinde ihtiyaçlarım çok. Eşimde yaşlı çocuklar da her zaman yok.

14E: *Acil bir işin varsa da çocuklar gelemelerse kötü bir şey. Keşke birisi böyle durumda gelebilse de.*

3E: *Mecbur kalırsam yardım isterim tabi ki çocuklar gelmeli.*

2K: *Çocuklar gelsin isterim ama sadece bizim istekle değil onların da işi var. Biz onlara baktık onlarda bize bakmalı.*

3.3. Aile İçi sorunlar:

- Eşle iletişim sorunları (Aile içi iletişimde yetersizlik)
- Eşin sağlık sorunu nedeniyle bakım yükü
- 3E: Hanımınla aran iyi ise yaşlılık güzel olur.

4E: Eşim kızlarına çok düşkün ya gelmelerini ister ya kaç defa telefonda konuşurlar. Gelmezlerse çok mutsuz olur. Geldiklerinde de hep konuşurlar. Benim aram iyi kızlarla bende hep isterim gelsinler sohbet edelim ama ben çaktırmam.

2K: Eşimin durumuna üzüliyorum. Ona bakarım. Sıkıştığım da çocukları çağırırım. Gelmezlerse. Küser. Ben onlara da anlayış gösteririm ama o değil. Evin kadını ve erkeği benim. Destek getirmem utanırım. 5 çocuğum var. Eşim ameliyat olduktan sonra kapattı eve kendini. Kulağı da iyi duymaz çok söylenir bana. İşe gelme sebebim aslında o. Evde hep tartışır benimle. Şimdiki aklım olsaydı ben evlenmezdim. Ben evlenmeyeceğim demiştim o zamanlarda ama evlendim. Eşim hep söylenir çocuklara küser yapma etme derim böyle baş ederim.

12E: Kahveye giderim evde çok kalırsam tartışırız eşimle.

1E: Eşimde hasta yürüyemez evden de çıkmaz, çıkması zor, baston kullanıyor ben istesem de o çıkmıyor.

13E: Eşimin sağlık durumu da beni çok mutsuz eder. Yürüyemez mesela pikniğe gidelim ister gidince de hep bir yerde oturmak zorunda kalır.

3.4.Yalnızlık:

- Fiziksel engeller
- Sosyal izolasyon
- İş ortamı ve arkadaşlarından uzaklaşmak hissi

1E: Ben istemem. Hastayım ben. Eşimde hasta yürüyemez evden de çıkmaz, çıkması zor, baston kullanıyor ben istesem de o çıkmıyor, çocukları bekler arabayla götürsünler. Ben yalnız çıkarım.

6K: Evet bende biliyorum kimde onu bastonla kullanırken görmek istemez ondan evden çıkmaz.

18E: Burada hepimiz emekliyiz birbirimizi anlıyoruz. Oturup konuşuruz. İlk zor oldu ama yalnız kaldım hissettim, şimdi, değil arkadaşlarından falan ayrılıyorsun ilk canın sıkılır sonra alışırın ama.

Tema 4: Fiziksel Boyuttaki Gereksinimler

Fiziksel gereksinimler kısmında, yaşlılığa bağlı fiziksel kayıplar ve hastalıklar yer almaktadır. Aşağıda bunlara ilişkin bazı ifadeler yer almaktadır.

4.1.Yaşlılığa bağlı fiziksel kayıplar:

- Güçsüzlük, Fonksiyonel yeterlik kaybı
- Beden imgesinde değişiklik
- Aktif olamama

2K: *Geçmişini düşünürüm nasılda her şeyi kendim yapardım. Şimdi çocuklardan yardım istiyorum.*

1E: *Bir yere gitmek istersen ve gidemezsin. Çocuklar çalışır gelmez. Annelerinin de gereksinimleri var. Götürmeleri lazım. Onların gelmelerini beklemek zorunda kalırız. Araç olmalı. Gelmezlerse üzülürüz.*

14E: *Yaşlı olunca ne kulağın duyar ne gözün düzgün görür. Görüntünde değişir. Gücün biter.*

20E: *Yaşlanınca yeme içme keyfin de kaçır artık eskisi kadar zevk alamazsın hep dikkatli yemen içmen gerekir.*

16E: *Doğayı severim elimden geldiği kadar yürüyüş yapayım. Gençken istediğimi yerdim spor yapardım. Ama şimdi artık yeme içmeme dikkat etmeliyim çok yürüyüş yapamam.*

4.2.Hastalıklar:

- Kronik hastalığı yöneteme
- İşlevsel kayıplar
- Başkalarına muhtaç olma

7K: *Çok kotu (gözleri doldu). Yaşlının derdi bitmez ki. Bacak ağrısından ne yapacağımı bilmem. Büyük dert. Sanki bacakları arkamda sürünerek gelir.*

12E: *Hasta olmasaydım iyi derdim, ama hastalıklar fırsat tanımıyor ki. Yaşlının derdi bitmez. Hastalıklardan korkarım. Hasta olmak istemem.*

4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Bulguları

Tablo 4.2.1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=39)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
65-69 yaş	10	25,64
70-74 yaş	9	23,08
75 yaş ve üzeri	20	51,28
Cinsiyet		
Kadın	34	87,18
Erkek	5	12,82
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	10	25,64
Okur-yazar	4	10,26
İlkokul	25	64,10
Medeni durum		
Evli	17	43,59
Dul	22	56,41
Çocuk sahibi olma		
Var	37	94,87
Yok	2	5,13
Çocuk sayısı (n=37)		
2-3 çocuk	17	45,95
4 çocuk ve üzeri	20	54,05
Meslek		
Ev hanımı	25	64,11
Terzi	6	15,38
Hayvancılık/Çiftçilik	5	12,82
Bankacı	2	5,13
Polis	1	2,56
Ekonomik düzey		
Çok düşük	2	5,13
Düşük	7	17,95
Orta	30	76,92
Gelir kaynağı		
Emekli	29	74,36
Diğer (sosyal destek)	10	25,64
Sosyal güvence		
Var	31	79,49
Yok	8	20,51

Tablo 4.2.1.'de araştırmaya katılan yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.2.1. incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen yaşlı bireylerin, %25,64'ünün 65-69 yaş grubunda, %23,08'sinin 70-74 yaş grubunda, %51,28'inin 75 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, %87,18'inin kadın ve %12,82'sinin erkek olduğu görülmüştür. Yaşlı bireylerin %25,64'ünün okur-yazar olmadığı, %10,26'sının okur-yazar olduğu ve %64,10'unun ilkokul mezunu olduğu, %43,59'unun evli, %56,41'inin dul olduğu ve %94,87'sinin çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Çocuğu olan yaşlı bireylerin % 45,95'inin 2-3 çocuk, %54,05'inin 4 ve üzeri çocuğu olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin meslekleri incelendiğinde, %64,10'unun ev hanımı, %15,38'inin terzi, %12,82'sinin hayvancılık/çiftçilik yaptığı, %17,65'inin ekonomik durumunun düşük, %76,92'sinin orta olarak belirttiği, %74,36'sının gelir kaynağının emeklilik maaşı olduğu ve %79,49'unun sosyal güvencesinin bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Yaşlı Bireylerin Hastalık Durumlarının Dağılımı (n=39)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık		
Var	34	87,18
Yok	5	12,82
Hastalık (n=34)*		
Dayabetes Mellitus	19	55,88
Hipertansiyon	15	44,12
Kalp Hast.	8	23,53
Bronşiyal Astım	6	17,65
Romatizma Has.	2	5,88
Yüksek Kolesterol	3	8,82
Diğer (ismini bilmeyen)	6	17,65
Sürekli kullanılan ilaç		
Var	36	92,31
Yok	3	7,69

**Bazı bireylerde birden fazla hastalık bulunmaktadır.*

Tablo 4.2.2.'de, yaşlı bireylerin hastalık durumlarının dağılımına ilişkin bulgular görülmektedir. Tablo incelendiğinde, yaşlı bireylerin %87,18'inin kronik bir hastalığı olduğu ve kronik hastalığı olanların %55,88'inin diyabet, %44,12'sinin hipertansiyon, %23,53'ünün kalp rahatsızlığı olduğu ve %92,31'inin sürekli ilaç kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=39)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birlikte yaşanan kişi		
Var	25	64,10
Yok	14	35,90
Birlikte yaşanan kişiler (n=25)		
Eşi	10	40,00
Çocukları	9	36,00
Eş ve çocukları	5	20,00
Bakıcı	1	4,00
Günlük işleri yaparken yardıma ihtiyaç duyma durumu		
İhtiyaç duyan	24	61,54
İhtiyaç duymayan	15	38,46
Yardım eden kişi (n=24)		
Çocukları	13	54,17
Bakıcı	6	25,00
Eşi	2	8,33
Kimse yok	3	12,50
Boş zamanları değerlendirme şekli		
Bahçe işleri/Hayvan bakımı	6	15,38
Dinlenme	4	10,26
El işi, dikiş-nakış	5	12,82
Komşularla/Arkadaşlarla sohbet etmek	9	23,08
TV ve kitap okumak	8	20,51
Yemek ve ev işleri	7	17,95
Gündüz bakım merkezinde katıldığı aktiviteler		
Egzersiz programı	31	79,49
Koro	15	38,46
El sanatları	10	25,64
Yoga	7	17,95
Sohbet	5	12,82
Sağlıklı beslenme ve diyet	1	2,56

Tablo 4.2.3.'te araştırmaya dahil edilen yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler ve günlük aktivitelerine ait bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.2.3. incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin %64,10'unun birlikte yaşadığı kişilerin olduğu, %35,90'ının ise olmadığı saptanmıştır. Birlikte yaşanan kişilerin %40,0'ının eş, %36,0'sının çocuklar, %20,0'sinin ise eş ve çocuklarla birlikte olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %61,54'ünün günlük işleri yaparken yardıma ihtiyaç duydukları tespit edilirken, %38,46'sının günlük işleri yaparken yardıma ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. Günlük işler için yardıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin %54,17'sinin çocuklarından, %25,0'inin bakıcılarından, %12,50'sinin ise yardıma ihtiyaç duymasına rağmen kimseden yardım alamadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin boş zamanlarını değerlendirme şekillerine göre dağılımı incelendiğinde, %15,38'sininin boş zamanlarını bahçe işleri/hayvan bakımı yaparak, %10,26'sının dinlenerek, %12,82'sinin el işi, dikiş-nakış yaparak, %23,08'inin komşularıyla/arkadaşlarıyla sohbet ederek, %20,51'inin televizyon seyredip/kitap okuyarak, %17,95'inin yemek ve işleri yaparak değerlendirdiği görülmüştür. Yaşlı bireylerin %79,49'unun gündüz bakım merkezinde yer alan egzersiz programına, %38,46'sının koroya, %25,64'ünün el sanatlarına, %17,95'inin yoga programına katıldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.4.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği K-F, WHOQOL-OLD ve AYTA Puanlarının Karşılaştırılması (n=39)

	Müdahale Öncesi (n=39)				Müdahale Sonrası(n=39)				t	p
	$\bar{x}$	s	Min	Max	$\bar{x}$	s	Min	Max		
UCLA Yalnızlık Envanteri	47,38	8,64	32	64	39,62	8,67	28	55	8,317	0,001**
Geriatrik Depresyon Ölçeği	6,89	3,19	2	14	5,97	3,30	1	13	-2,016	0,051
WHOQOL-OLD Genel Puan	74,62	10,99	56	96	85,55	12,88	55	114	-7,555	0,001**
Duyusal İşlevler	9,56	2,68	4	16	11,13	2,98	4	18	-3,890	0,001**
Özerklik	13,28	2,58	7	19	14,42	2,50	8	20	-2,740	0,009**
Geçmiş, Bugün,Gelecek Faaliyetleri	11,82	3,09	5	18	14,38	2,85	7	20	-6,486	0,001**
Sosyal Katılım	12,95	2,67	8	20	14,85	2,56	8	19	-4,998	0,001**
Ölüm ve Ölmek	12,92	4,39	4	20	14,38	4,29	4	20	-2,983	0,001**
Yakınlık	14,08	2,21	8	17	16,36	2,67	10	20	-6,701	0,001**
AYTA Toplam Puan	81,43	8,22	66	97	86,92	7,84	68	102	-4,430	0,001**
Psikososyal Kayıp	28,46	4,76	14	36	30,92	3,34	23	38	-3,552	0,001**
Bedensel Değişim	24,85	3,67	18	34	25,90	3,02	21	33	-1,989	0,054
Psikososyal Değişim	28,13	3,58	19	33	30,10	3,89	20	37	-3,653	0,001**

**** $p < 0,01$**

Tablo 4.2.4.'te yaşı bireylerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA puanlarının karşılaştırılmasına dair yapılan “bağımlı örneklem t testi” sonuçları görülmektedir.

Tablo 4.2.4. İncelendiğinde, araştırmaya katılan yaşı bireyler, UCLA Yalnızlık Ölçeği müdahale öncesinde $\bar{x}=47,38\pm8,64$ puan, müdahale sonrasında ise $\bar{x}=39,62\pm8,67$ puan aldıkları saptanmıştır. UCLA Yalnızlık Ölçeği alınan bu puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yaşı bireylerin müdahale sonrası yalnızlık puanları müdahale öncesine göre daha düşmüştür.

Yaşı bireylerin müdahale öncesi Geriatrik Depresyon Ölçeğinden $\bar{x}=6,89\pm3,19$ puan, müdahale sonrasında ise $\bar{x}=5,97\pm3,30$ puan aldığı tespit edilmiş olup, aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşı bireylerin müdahale öncesinde WHOQOL-OLD ölçeği genelinden $\bar{x}=74,62\pm10,99$ puan, ölçekte bulunan duygusal işlevler alt boyutundan $\bar{x}=9,56\pm2,68$ puan, özerklik alt boyutundan $\bar{x}=13,28\pm2,58$ puan, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutundan $\bar{x}=11,82\pm3,09$ puan, sosyal katılım alt boyutundan $\bar{x}=12,95\pm2,67$ puan, ölüm ve ölçek alt boyutundan $12,92\pm4,39$ puan ve yakınlık alt boyutundan $\bar{x}=14,08\pm2,21$ puan almışlardır. Yaşı bireyler müdahale sonrasında WHOQOL-OLD ölçeği genelinden $\bar{x}=85,55\pm12,88$ puan ölçekte bulunan duygusal işlevler alt boyutundan $\bar{x}=11,13\pm2,98$ puan, özerklik alt boyutundan $\bar{x}=14,42\pm2,50$ puan, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri alt boyutundan $\bar{x}=14,38\pm2,85$ puan, sosyal katılım alt boyutundan $\bar{x}=14,85\pm2,56$ puan, ölüm ve ölçek alt boyutundan $14,38\pm4,29$ puan, yakınlık alt boyutundan $\bar{x}=16,36\pm2,67$ puan almışlardır. Yaşı bireylerin müdahale öncesinde ve sonrasında WHOQOL-OLD genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yaşı bireylerin müdahale sonrasında WHOQOL-OLD genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar müdahale öncesine göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlıları müdahale öncesinde AYTA genelinden $\bar{x}=81,43\pm 8,22$ puan almış olup, ölçekte bulunan psikososyal kayıp alt boyutundan $\bar{x}=28,46\pm 4,76$ puan, bedensel değişim alt boyutundan $\bar{x}=24,85\pm 3,67$ puan, psikososyal değişim alt boyutundan $\bar{x}=28,13\pm 3,58$ puan almıştır. Yaşlılar müdahale sonrasında AYTA genelinden $\bar{x}=86,92\pm 7,84$, psikolososyal kayıp alt boyutundan $\bar{x}=30,92\pm 3,34$ puan, bedensel değişim alt boyutundan $\bar{x}=25,90\pm 3,02$ puan ve psikososyal değişim alt boyutundan $\bar{x}=30,10\pm 3,89$ puan almıştır. Yaşlı bireylerin AYTA genelinden ve ölçekte yer alan psikososyal kayıp ve psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüş olup, yaşlı bireylerin müdahale sonrası puanları müdahale öncesine göre daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.2.5.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanları (n=39)

	n	Müdahale Öncesi				Müdahale Sonrası			
		$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Yaş grubu									
65-69 yaş	10	44,90	9,60			38,44	9,50		
70-74 yaş	9	48,44	8,20	1,363	0,506	40,11	9,39	0,106	0,948
75 yaş ve üzeri	20	48,15	8,55			39,95	8,37		
Cinsiyet									
Kadın	34	46,26	8,04	-1,724	0,085	39,16	8,81	-0,869	0,385
Erkek	5	55,00	9,70			42,60	7,83		
Medeni durum									
Evli	17	46,00	9,10	0,234	0,243	37,67	9,98	0,088	0,092
Dul	22	48,45	8,33			40,95	7,60		
Çocuk durumu									
2-3 çocuk	17	47,53	7,79	0,060	0,807	38,87	8,15	0,001	0,973
4 çocuk ve üzeri	20	46,85	9,31			39,90	8,97		

Tablo 4.2.5.'te araştırmaya alınan yaşlı bireylerin bazı demografik özelliklerine göre UCLA Yalnızlık Envanterinden müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında aldıkları puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo incelendiğinde, katılımcıların müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında UCLA Yalnızlık Ölçeği puanlarının yaş grubu, cinsiyet, medeni durumu ve çocuk sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.2.6. Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Müdahale Öncesi ve Sonrası UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=39)

	n	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Yaş Grubu					
65-69 yaş	10	5,56	4,75	1,363	0,506
70-74 yaş	9	8,33	6,65		
75 yaş ve üzeri	20	8,32	5,48		
Cinsiyet					
Kadın	34	6,91	5,45	-1,724	0,085
Erkek	5	12,40	4,34		
Medeni durum					
Evli	17	7,87	4,97	-1,191	0,234
Dul	22	7,50	6,09		
Çocuk durumu					
2-3 çocuk	17	7,57	5,74	-0,414	0,679
4 çocuk ve üzeri	20	9,00	1,41		

Tablo 4.2.6.'de yaşlı bireylerin bazı demografik özelliklerine göre müdahale öncesi ve sonrası UCLA yalnızlık ölçeği puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Tabloda verilen Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testi sonuçları incelendiğinde araştırmaya dahil edilen yaşlı bireylerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre ucla yalnızlık envanteri fark puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre ucla yalnızlık envanterinden müdahale öncesi ve müdahale sonrası aldıkları puanlardaki değişim miktarı benzerdir.

Tablo 4.2.7. Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre Geriatrik Depresyon Ölçeği K-F Puanları (n=39)

	n	Müdahale Öncesi				Müdahale Sonrası			
		$\bar{x}$	S	X^2 / Z	p	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Yaş grubu									
65-69 yaş	10	7,90	4,07			8,20	3,82		
70-74 yaş	9	7,44	3,16	0,570	0,752	8,55	2,65	0,820	0,664
75 yaş ve üzeri	20	8,50	2,82			9,65	3,31		
Cinsiyet									
Kadın	34	8,29	3,30	-1,141	0,254	8,79	3,42	-0,909	0,363
Erkek	5	6,80	2,17			10,60	1,82		
Medeni durum									
Evli	17	8,17	3,36	0,820	0,834	8,94	3,54	0,898	0,900
Dul	22	8,04	3,14			9,09	3,18		
Çocuk durumu									
2-3 çocuk	17	9,23	2,63	2,789	0,095	9,29	3,20	0,377	0,539
4 çocuk ve üzeri	20	7,45	3,44			8,75	3,57		

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bazı demografik özelliklerine göre Geriatrik Depresyon Ölçeği karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis H ve Mann Whitney U testi sonuçları testi sonuçları Tablo 4.2.7.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.7. İncelendiğinde, yaşlı bireylerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni ve çocuk sahibi olma durumlarına göre Geriatrik Depresyon Ölçeğinde müdahale öncesi ve müdahale sonrası aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.2.8. Yaşlı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Müdahale Öncesi ve Sonrası Geriatrik Depresyon Ölçeği K-F Puanlarının Karşılaştırılması (n=39)

	N	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Yaş Grubu					
65-69 yaş	10	0,30	3,47	0,570	0,752
70-74 yaş	9	1,11	2,15		
75 yaş ve üzeri	20	1,15	2,91		
Cinsiyet					
Kadın	34	0,5	2,68	-1,141	0,254
Erkek	5	3,8	2,59		
Medeni durum					
Evli	17	0,76	2,56	-0,228	0,820
Dul	22	1,05	3,12		
Çocuk sahibi olma					
2-3 çocuk	17	0,73	2,75	-1,505	0,132
4 çocuk ve üzeri	20	4,50	3,54		

Tablo 4.2.8.'e göre araştırmaya dahil edilen yaşlı bireylerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına , medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre geriatrik depresyon ölçeği fark puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.2.9. Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Puanları (n=39)

		n	$\bar{X}$	s	X^2 / Z	p	$\bar{X}$	s	X^2 / Z	p	
Duyusal İşlevler	65-69 yaş	10	8,90	2,47	0,825	0,662	11,20	3,88	0,246	0,884	
	70-74 yaş	9	10,33	2,78			11,44	3,05			
	75 yaş ve üzeri	20	9,55	2,78			10,95	2,56			
Özerklik	65-69 yaş	10	11,70	3,30	3,764	0,152	13,78	3,63	1,084	0,582	
	70-74 yaş	9	14,67	2,24			14,78	2,59			
	75 yaş ve üzeri	20	13,45	1,96			14,55	1,88			
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faaliyetleri	65-69 yaş	10	11,50	3,75	0,645	0,724	14,20	3,01	1,058	0,589	
	70-74 yaş	9	11,33	3,39			13,33	4,24			
	75 yaş ve üzeri	20	12,20	2,71			14,95	1,88			
Sosyal Katılım	65-69 yaş	10	14,20	2,62	2,348	0,309	15,50	2,72	0,518	0,772	
	70-74 yaş	9	12,67	2,55			14,78	3,60			
	75 yaş ve üzeri	20	12,45	2,68			14,55	1,96			
Ölüm ve Ölmek	65-69 yaş	10	10,90	4,20	5,044	0,080	12,30	4,55	7,840	0,020*	a-c b-c
	70-74 yaş	9	11,78	4,21			12,78	4,44			
	75 yaş ve üzeri	20	14,45	4,17			16,15	3,45			
Yakınlık	65-69 yaş	10	13,80	2,20	0,677	0,713	16,30	3,23	0,383	0,826	
	70-74 yaş	9	13,89	2,32			16,56	3,09			
	75 yaş ve üzeri	20	14,30	2,25			16,30	2,30			
WHOQOL Genel Puan	65-69 yaş	10	71,00	13,74	2,062	0,357	83,22	18,55	0,576	0,750	
	70-74 yaş	9	74,67	10,86			83,67	14,75			
	75 yaş ve üzeri	20	76,40	9,60			87,45	8,88			
Duyusal İşlevler	Kadın	34	9,65	2,73	-0,424	0,672	11,15	2,95	-0,487	0,626	
	Erkek	5	9,00	2,55			11,00	3,54			
Özerklik	Kadın	34	13,26	2,70	-0,021	0,983	14,45	2,53	-0,087	0,930	
	Erkek	5	13,40	1,82			14,20	2,59			
Geçmiş,Bugün, Gelecek	Kadın	34	12,12	3,12	-1,671	0,095	14,32	2,98	-0,021	0,983	
	Erkek	5	9,80	2,17			14,80	1,92			
Sosyal Katılım	Kadın	34	13,47	2,40	-3,095	0,002**	15,09	2,57	-1,443	0,149	
	Erkek	5	9,40	1,52			13,20	1,92			
Ölüm ve Ölmek	Kadın	34	12,82	4,22	-0,253	0,800	14,03	4,31	-1,330	0,183	
	Erkek	5	13,60	5,90			16,80	3,63			
Yakınlık	Kadın	34	14,38	1,99	-2,082	0,037*	16,62	2,71	-2,043	0,041*	
	Erkek	5	12,00	2,74			14,60	1,67			
WHOQOL Genel Puan	Kadın	34	75,71	11,27	-1,598	0,110	85,70	13,68	-0,497	0,619	
	Erkek	5	67,20	4,44			84,60	6,11			

* $p < 0,05$

Tablo 4.2.9. Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Puanları (n=39) (Devam)

		n	$\bar{x}$	Müdahale Öncesi			Müdahale Sonrası			
				S	X^2 / Z	p	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Duyusal İşlevler	Evli	17	9,82	3,00	0,384	0,392	11,41	3,43	0,512	0,528
	Dul	22	9,36	2,46			10,91	2,64		
Özerklik	Evli	17	12,94	3,17	0,636	0,644	13,94	2,54	0,464	0,473
	Dul	22	13,55	2,06			14,77	2,47		
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faaliyetleri	Evli	17	11,94	3,09	0,786	0,790	14,29	1,99	0,536	0,547
	Dul	22	11,73	3,17			14,45	3,42		
Sosyal Katılım	Evli	17	12,71	2,69	0,742	0,747	14,82	2,46	0,954	0,967
	Dul	22	13,14	2,71			14,86	2,70		
Ölüm ve Ölmek	Evli	17	11,88	4,27	0,232	0,243	13,76	4,44	0,409	0,424
	Dul	22	13,73	4,40			14,86	4,21		
Yakınlık	Evli	17	14,12	2,00	0,783	0,790	16,35	2,64	0,965	0,967
	Dul	22	14,05	2,40			16,36	2,75		
WHOQOL Genel Puan	Evli	17	73,41	11,45	0,514	0,528	84,63	13,56	0,836	0,849
	Dul	22	75,55	10,80			86,23	12,65		
Duyusal İşlevler	2-3 çocuk	17	10,06	2,22	2,506	0,113	11,76	2,97	1,956	0,162
	4 ≥ çocuk	20	8,95	2,82			10,20	2,73		
Özerklik	2-3 çocuk	17	13,00	3,14	0,645	0,422	14,81	2,86	0,597	0,440
	4 ≥ çocuk	20	13,80	1,79			14,30	2,27		
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faaliyetleri	2-3 çocuk	17	12,18	2,94	0,029	0,866	14,47	3,08	0,024	0,877
	4 ≥ çocuk	20	12,10	2,83			14,55	2,44		
Sosyal Katılım	2-3 çocuk	17	13,59	2,53	0,970	0,325	15,71	2,26	3,420	0,064
	4 ≥ çocuk	20	12,55	2,63			14,25	2,10		
Ölüm ve Ölmek	2-3 çocuk	17	12,06	3,98	0,990	0,320	13,76	3,54	0,932	0,334
	4 ≥ çocuk	20	13,50	4,55			14,60	4,91		
Yakınlık	2-3 çocuk	17	14,00	2,57	0,001	0,975	16,88	2,39	1,530	0,216
	4 ≥ çocuk	20	14,30	1,78			16,20	2,65		
WHOQOL Genel Puan	2-3 çocuk	17	74,88	11,84	0,006	0,939	87,56	13,76	0,492	0,483
	4 ≥ çocuk	20	75,20	10,67			84,10	12,54		

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin bazı demografik özelliklerine WHOQOL-OLD puanlarının karşılaştırılması amacıyla uygulanan Kruskal-Wallis H testi ve Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 4.2.9.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.9. incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin yaş gruplarına, medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre müdahale öncesinde WHOQOL-OLD genelinden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre müdahale öncesinde WHOQOL-OLD genelinden ve ölçekte bulunan duysal işlevler, özerklik, geçmiş,bugün, gelecek, ölüm ve ölmek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanırken ($p>0,05$), sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Kadınların sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarından aldıkları puanlar, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre müdahale sonrasında WHOQOL-OLD ölçeğinde bulunan ölüm ve ölmek alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($P<0.05$). 75 yaş ve üzeri yaş grubunda olan yaşlı bireylerin ölüm ve ölmek alt boyutundan aldıkları puanlar 65-69 ve 70-74 yaş gruplarında yer alan yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre müdahale sonrası WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölüm ve ölmek dışında ölçekte bulunan diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre müdahale sonrası WHOQOL-OLD ölçeğinde bulunan yakınlık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($P<0.05$). Kadınların müdahale sonrası yakınlık alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkek yaşlı bireylerin müdahale sonrası WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve yakınlık dışındaki diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.2.10. Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Puanlarının Karşılaştırılması (n=39)

		n	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Duyusal İşlevler	65-69 yaş	10	2,30	3,09	0,854	0,653
	70-74 yaş	9	1,11	2,80		
	75 yaş ve üzeri	20	1,40	2,09		
Özerklik	65-69 yaş	10	2,33	2,50	3,200	0,202
	70-74 yaş	9	0,11	2,15		
	75 yaş ve üzeri	20	1,10	2,73		
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faaliyetleri	65-69 yaş	10	2,70	2,83	0,491	0,782
	70-74 yaş	9	2,00	1,87		
	75 yaş ve üzeri	20	2,75	2,59		
Sosyal Katılım	65-69 yaş	10	1,30	2,50	0,979	0,613
	70-74 yaş	9	2,11	2,15		
	75 yaş ve üzeri	20	2,10	2,47		
Ölüm ve Ölmek	65-69 yaş	10	1,40	2,07	0,211	0,900
	70-74 yaş	9	1,00	4,74		
	75 yaş ve üzeri	20	1,70	2,66		
Yakınlık	65-69 yaş	10	2,50	2,12	1,164	0,559
	70-74 yaş	9	2,67	2,60		
	75 yaş ve üzeri	20	2,00	1,97		
WHOQOL Genel Skor	65-69 yaş	10	12,11	10,66	1,555	0,460
	70-74 yaş	9	9,00	11,15		
	75 yaş ve üzeri	20	11,05	7,01		
Duyusal İşlevler	Kadın	34	1,50	2,58	-0,557	0,578
	Erkek	5	2,00	2,12		
Özerklik	Kadın	34	1,21	2,42	-0,131	0,895
	Erkek	5	0,80	3,96		
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faaliyetleri	Kadın	34	2,21	2,24	-1,977	0,048*
	Erkek	5	5,00	2,83		
Sosyal Katılım	Kadın	34	1,62	2,31	-2,086	0,037*
	Erkek	5	3,80	2,05		
Ölüm ve Ölmek	Kadın	34	1,21	2,86	-0,836	0,403
	Erkek	5	3,20	4,15		
Yakınlık	Kadın	34	2,24	2,16	-0,362	0,717
	Erkek	5	2,60	2,07		
WHOQOL Genel Skor	Kadın	34	9,82	8,92	-2,208	0,027*
	Erkek	5	17,40	4,56		

*p<0,05

Tablo 4.2.10. Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Fark Puanlarının Karşılaştırılması (n=39) (Devam)

		n	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Duyusal İşlevler	Evli	17	1,59	2,06	-0,029	0,977
	Dul	22	1,55	2,86		
Özerklik	Evli	17	1,06	3,04	-0,345	0,730
	Dul	22	1,23	2,31		
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faaliyetleri	Evli	17	2,35	2,55	-0,459	0,647
	Dul	22	2,73	2,45		
Sosyal Katılım	Evli	17	2,12	2,37	-0,373	0,709
	Dul	22	1,73	2,41		
Ölüm ve Ölmek	Evli	17	1,88	2,55	-0,592	0,554
	Dul	22	1,14	3,43		
Yakınlık	Evli	17	2,24	1,95	-0,302	0,763
	Dul	22	2,32	2,30		
WHOQOL Genel Skor	Evli	17	11,00	7,14	-0,282	0,778
	Dul	22	10,68	10,04		
Duyusal İşlevler	2-3 çocuk	17	1,71	2,62	-0,140	0,889
	4 çocuk ve üzeri	20	1,25	2,24		
Özerklik	2-3 çocuk	17	1,88	2,87	-1,034	0,301
	4 çocuk ve üzeri	20	0,50	2,31		
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faaliyetleri	2-3 çocuk	17	2,29	1,90	-0,046	0,963
	4 çocuk ve üzeri	20	2,45	2,63		
Sosyal Katılım	2-3 çocuk	17	2,12	3,00	-0,448	0,654
	4 çocuk ve üzeri	20	1,70	1,78		
Ölüm ve Ölmek	2-3 çocuk	17	1,71	2,62	-0,559	0,576
	4 çocuk ve üzeri	20	1,10	3,40		
Yakınlık	2-3 çocuk	17	2,88	1,93	-1,453	0,146
	4 çocuk ve üzeri	20	1,90	2,27		
WHOQOL Genel Skor	2-3 çocuk	17	12,38	9,37	-1,070	0,285
	4 çocuk ve üzeri	20	8,90	7,04		

Tablo 4.2.10. incelendiğinde araştırmaya katılan yaşlıların yaş grubuna, medeni durumuna ve çocuk sayısına göre WHOQOL-OLD genelinden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadın yaşlıların WHOQOL-OLD genelinden ve geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri ve sosyal katılım alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki farkın

erkeklerle göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.2.11. Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre AYTA Puan Ortalamaları (n=39)

AYTA	Dem. özellikler	n	Uygulama Öncesi				Uygulama Sonrası			
			$\bar{X}$	s	X^2/Z	P	$\bar{X}$	s	X^2/Z	p
Psikososyal Kayıp	65-69 yaş	10	29,50	4,70	0,716	0,699	31,70	2,58	0,917	0,632
	70-74 yaş	9	28,22	4,52			30,33	2,78		
	75 yaş ve üzeri	20	28,05	5,04			30,80	3,93		
Bedensel Değişim	65-69 yaş	10	25,30	3,16	1,266	0,531	26,10	3,11	1,092	0,579
	70-74 yaş	9	25,22	3,46			26,44	2,74		
	75 yaş ve üzeri	20	24,45	4,11			25,55	3,19		
Psikososyal Değişim	65-69 yaş	10	29,90	2,88	3,901	0,142	30,40	4,06	0,985	0,611
	70-74 yaş	9	26,67	4,42			28,78	5,49		
	75 yaş ve üzeri	20	27,90	3,29			30,55	2,93		
Toplam Puan	65-69 yaş	10	84,70	5,33	2,759	0,252	88,20	7,30	0,249	0,883
	70-74 yaş	9	80,11	9,89			85,56	9,86		
	75 yaş ve üzeri	20	80,40	8,56			86,90	7,43		
Psikososyal Kayıp	Kadın	34	28,79	4,37	-0,676	0,499	31,06	3,21	-0,338	0,735
	Erkek	5	26,20	7,09			30,00	4,47		
Bedensel Değişim	Kadın	34	24,91	3,88	-0,380	0,704	26,18	2,96	-1,337	0,181
	Erkek	5	24,40	1,95			24,00	3,00		
Psikososyal Değişim	Kadın	34	28,44	3,55	-1,394	0,163	30,03	4,09	-0,211	0,833
	Erkek	5	26,00	3,39			30,60	2,19		
Toplam Puan	Kadın	34	82,15	8,16	-1,241	0,215	87,26	8,19	-0,904	0,366
	Erkek	5	76,60	7,83			84,60	4,93		
Psikososyal Kayıp	Evli	17	29,00	4,15	0,503	0,510	31,41	2,76	0,417	0,424
	Dul	22	28,05	5,23			30,55	3,75		
Bedensel Değişim	Evli	17	24,53	3,57	0,787	0,790	25,94	2,95	0,966	0,967
	Dul	22	25,09	3,82			25,86	3,14		
Psikososyal Değişim	Evli	17	28,18	3,50	0,977	0,989	30,00	3,55	0,864	0,878
	Dul	22	28,09	3,73			30,18	4,20		
Toplam Puan	Evli	17	81,71	7,62	0,681	0,685	87,35	6,86	0,876	0,878
	Dul	22	81,23	8,85			86,59	8,68		
Psikososyal Kayıp	2-3 çocuk	17	28,41	5,30	0,000	0,988	30,65	3,22	0,053	0,818
	4 çocuk ve üzeri	20	28,90	4,36			31,20	3,49		
Bedensel Değişim	2-3 çocuk	17	25,41	3,39	1,254	0,263	26,82	2,83	2,321	0,128
	4 çocuk ve üzeri	20	24,55	3,95			25,40	3,02		
Psikososyal Değişim	2-3 çocuk	17	28,47	2,87	0,124	0,724	30,88	3,77	0,476	0,490
	4 çocuk ve üzeri	20	28,05	3,61			29,90	3,49		
Toplam Puan	2-3 çocuk	17	82,29	8,18	0,183	0,669	88,35	7,54	0,493	0,483
	4 çocuk ve üzeri	20	81,50	8,13			86,50	7,34		

Tablo 4.2.11.'de araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bazı demografik özelliklerine göre AYTA puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testi sonuçları testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.2.11.incelendiğinde katılımcıların yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre AYTA puanlarının hem müdahale öncesinde hem de müdahale sonrasında farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

4.2.12.Yaşlı Bireylerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Demografik Özelliklerine Göre AYTA Fark Puanlarının Karşılaştırılması (n=39)

		n	$\bar{x}$	s	X^2 / Z	p
Psikososyal Kayıp	65-69 yaş	10	2,20	4,52	0,290	0,865
	70-74 yaş	9	2,11	4,04		
	75 yaş ve üzeri	20	2,75	4,55		
Bedensel Değişim	65-69 yaş	10	0,80	2,39	0,089	0,957
	70-74 yaş	9	1,22	3,27		
	75 yaş ve üzeri	20	1,10	3,81		
Psikososyal Değişim	65-69 yaş	10	0,50	2,22	2,581	0,275
	70-74 yaş	9	2,11	2,67		
	75 yaş ve üzeri	20	2,65	3,98		
AYTA Toplam Puan	65-69 yaş	10	3,50	5,13	1,656	0,437
	70-74 yaş	9	5,44	8,32		
	75 yaş ve üzeri	20	6,50	8,65		
Psikososyal Kayıp	Kadın	34	2,26	4,43	-0,931	0,352
	Erkek	5	3,80	3,70		
Bedensel Değişim	Kadın	34	1,26	3,45	-1,206	0,228
	Erkek	5	-0,40	1,52		
Psikososyal Değişim	Kadın	34	1,59	3,13	-1,650	0,099
	Erkek	5	4,60	4,16		
AYTA Toplam Puan	Kadın	34	5,12	8,07	-1,010	0,313
	Erkek	5	8,00	4,74		
Psikososyal Kayıp	Evli	17	2,41	3,10	-0,014	0,989
	Dul	22	2,50	5,15		
Bedensel Değişim	Evli	17	1,41	3,54	-0,456	0,648
	Dul	22	0,77	3,16		
Psikososyal Değişim	Evli	17	1,82	3,49	-0,371	0,711
	Dul	22	2,09	3,37		
AYTA Toplam Puan	Evli	17	5,65	6,96	-0,071	0,943
	Dul	22	5,36	8,44		
Psikososyal Kayıp	2-3 çocuk	17	2,24	3,95	-0,061	0,951
	4 çocuk ve üzeri	20	2,30	4,38		
Bedensel Değişim	2-3 çocuk	17	1,41	3,18	-0,568	0,570
	4 çocuk ve üzeri	20	0,85	3,59		
Psikososyal Değişim	2-3 çocuk	17	2,41	2,94	-0,353	0,724
	4 çocuk ve üzeri	20	1,85	3,80		
AYTA Toplam Puan	2-3 çocuk	17	6,06	7,93	-0,214	0,831
	4 çocuk ve üzeri	20	5,00	8,05		

Tablo 4.2.12.'de verilen Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testi sonuçları incelendiğinde araştırmaya dahil edilen yaşlı bireylerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre AYTA toplam ve alt ölçek fark puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yaşlı bireylerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve çocuk durumlarına göre AYTA ölçeğinden müdahale öncesi ve sonrası aldıkları puanlardaki değişim miktarı benzer bulunmuştur.

Tablo 4.2.13. Yaşlıların Müdahale Öncesi UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği KF, WHOQOL-OLD ve AYTA Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
UCLA YALNIZLIK ENVANTERİ (1)	r	1												
	p	.												
GERİATRİK DEP. ÖLÇEĞİ (2)	r	-0,489	1											
	p	0,002*	.											
Duyusal İşlevler (3)	r	-0,403	-0,380	1										
	p	0,011*	0,017*	.										
Özerklik (4)	r	-0,421	-0,229	0,171	1									
	p	0,008*	0,161	0,297	.									
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faal. (5)	r	-0,381	-0,583	0,155	0,429	1								
	p	0,017*	0,000*	0,347	0,006*	.								
Sosyal Katılım (6)	r	-0,617	-0,552	0,118	0,383	0,651	1							
	p	0,000*	0,000*	0,475	0,016*	0,000*	.							
Ölüm ve Ölmek (7)	r	-0,058	0,296	0,133	0,230	0,360	0,243	1						
	p	0,725	0,068	0,419	0,158	0,024*	0,135	.						
Yakınlık(8)	r	-0,331	0,089	0,167	0,238	0,376	0,559	0,274	1					
	p	0,040*	0,592	0,310	0,145	0,018	0,000*	0,091	.					
WHOQOL Genel Skor (9)	r	-0,465	-0,581	0,363	0,584	0,755	0,677	0,701	0,654	1				
	p	0,003*	0,000*	0,023*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	.				
Psikososyal Kayıp (10)	r	-0,321	0,160	0,151	0,223	0,273	0,315	0,392	0,309	0,472	1			
	p	0,047*	0,332	0,360	0,173	0,092	0,051	0,014*	0,056	0,002*	.			
Bedensel Değişim (11)	r	-0,218	0,230	-0,102	0,268	0,045	0,278	-0,144	-0,162	-0,024	-0,036	1		
	p	0,182	0,159	0,536	0,099	0,788	0,087	0,381	0,324	0,886	0,826	.		
Psikososyal Değişim (12)	r	-0,478	-0,477	-0,004	0,186	0,329	0,533	0,010	-0,007	0,214	0,227	0,446	1	
	p	0,002*	0,004*	0,981	0,257	0,041	0,000*	0,950	0,967	0,190	0,165	0,004*	.	
AYTA Toplam Puan (13)	r	-0,450	0,447	-0,034	0,289	0,255	0,494	0,136	0,080	0,298	0,619	0,623	0,766	1
	p	0,004*	0,004*	0,835	0,074	0,118	0,001*	0,410	0,628	0,065	0,000*	0,000*	0,000*	.

* $p < 0,05$

Tablo 4.2.13. ‘da araştırma kapsamına alınan yaşlıların müdahale öncesi UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA puanları arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir.

Tablo 4.2.13. incelendiğinde yaşlıların müdahale öncesinde Ucla Yalnızlık Envanterinden aldıkları puanlar ile Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif, WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarından, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal kayıp, psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yaşlıların müdahale öncesinde UCLA Yalnızlık Envanterinden aldıkları puanlar arttıkça, Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar artmakta, WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarından, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal kayıp, psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır.

Yaşlıların müdahale öncesi Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duyuşal işlevler, geçmiş,bugün gelecek faaliyetleri ve sosyal katılım alt boyutlarından, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü korelasyonlar olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Araştırmaya katılan yaşlıların müdahale öncesi Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duyuşal işlevler, geçmiş, bugün gelecek faaliyetleri ve sosyal katılım alt boyutlarından, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların müdahale öncesinde WHOQOL-OLD ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile AYTA’da bulunan psikososyal kayıp alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşlıların müdahale öncesinde WHOQOL-OLD ölçeği genelinden aldıkları puanlar arttıkça, AYTA’da bulunan psikososyal kayıp alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Tablo 4.2.14.Yaşlıların Müdahale Sonrası UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği-KF, WHOQOL-OLD ve Arasındaki Korelasyonlar

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
UCLA YALNIZLIK ENVANTERİ (1)	r	1												
	p	.												
GERİATRİK DEP. ÖLÇEĞİ (2)	r	-0,621	1											
	p	0,000*	.											
Duyusal İşlevler (3)	r	-0,375	-0,440	1										
	p	0,022*	0,005*	.										
Özerklik (4)	r	-0,472	-0,448	0,089	1									
	p	0,004*	0,005*	0,594	.									
Geçmiş,Bugün, Gelecek Faal. (5)	r	-0,534	-0,561	0,367	0,672	1								
	p	0,001*	0,000*	0,021*	0,000*	.								
Sosyal Katılım (6)	r	-0,600	-0,415	0,419	0,596	0,778	1							
	p	0,000*	0,009*	0,008*	0,000*	0,000*	.							
Ölüm ve Ölmek (7)	r	-0,233	-0,552	0,236	0,336	0,449	0,104	1						
	p	0,165	0,000*	0,149	0,039*	0,004*	0,527	.						
Yakınlık(8)	r	-0,757	-0,432	0,394	0,520	0,606	0,701	0,235	1					
	p	0,000*	0,006*	0,013*	0,001*	0,000*	0,000*	0,150	.					
WHOQOL Genel Skor (9)	r	-0,710	-0,676	0,523	0,723	0,894	0,811	0,555	0,790	1				
	p	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	.				
Psikososyal Kayıp (10)	r	-0,694	-0,406	0,366	0,403	0,616	0,515	0,322	0,568	0,668	1			
	p	0,000*	0,010*	0,022*	0,012*	0,000*	0,001*	0,045*	0,000*	0,000*	.			
Bedensel Değişim (11)	r	-0,200	-0,215	0,063	0,403	0,332	0,533	-0,071	0,365	0,378	0,097	1		
	p	0,236	0,189	0,705	0,012*	0,039*	0,000*	0,666	0,022*	0,019*	0,558	.		
Psikososyal Değişim (12)	r	-0,525	-0,565	0,421	0,544	0,794	0,660	0,425	0,669	0,836	0,564	0,424	1	
	p	0,001*	0,000*	0,008	0,000*	0,000*	0,000*	0,007	0,000*	0,000*	0,000*	0,007*	.	
AYTA	r	-0,631	-0,565	0,398	0,572	0,780	0,749	0,317	0,703	0,824	0,731	0,604	0,898	1
Toplam Puan (13)	p	0,000*	0,000*	0,012*	0,000*	0,000*	0,000*	0,049*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	.

*p<0,05

Tablo 4.2.14. ‘da araştırmaya katılan yaşlıların müdahale sonrası UCLA Yalnızlık Envanteri, Geriatrik Depresyon Ölçeği, WHOQOL-OLD ve AYTA puanları arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların müdahale sonrasında UCLA Yalnızlık Envanterinden aldıkları puanlar ile Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif, WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarından, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal kayıp ve psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ilişkiler olduğu görölmüştür ($p<0,05$). Yaşlıların müdahale sonrasında Ucla Yalnızlık Ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar artmakta, WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duyuşal işlevler, özerklik, geçmiş, bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım ve yakınlık alt boyutlarından, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal kayıp ve psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır.

Yaşlıların müdahale sonrası Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar ile WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal kayıp ve psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü korelasyonlar olduğu görölmüştür ($p<0,05$). Araştırmaya katılan yaşlıların müdahale sonrası Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, WHOQOL-OLD ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan tüm alt boyutlardan, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan psikososyal kayıp ve psikososyal değişim alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların müdahale sonrasında WHOQOL-OLD ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşlıların müdahale sonrasında WHOQOL-OLD ölçeği genelinden aldıkları puanlar arttıkça, AYTA genelinden ve AYTA’da bulunan tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar da artmaktadır.

5.TARTIŞMA

5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Tartışması

Bu aşamada belirlenen gereksinimlere bakıldığında, bunların genel olarak psikolojik, spiritüel, sosyal ve fiziksel boyutta gereksinimler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Psikolojik alanda duyulan gereksinimlerin; kayıplar, yalnızlık, depresyon riski ve yaşlılığa uyum alanlarına ait olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.2).

Yaş ilerledikçe beraberinde kayıpların da ortaya çıkmıştır. Eş ve arkadaş kaybı, emeklilikle gelen genel statü kaybı ve yaşla birlikte oluşan sağlık kayıpları, yaşlılarda yaşamın anlamsız bir süreç olduğu hissini uyandırabilmektedir (Yüksel, 2016).

Fiziksel alanda görülen sağlık sorunları, yaşam koşullarındaki değişiklikler, yaşanan kayıplar yaşlılıkta aynı zamanda yalnızlık hissinin de ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Bu yalnızlık hissi, yaşlı bireyin ruhsal iyilik halini tehdit edebilmekte ve birçok sağlık sorunları yaşatabilmektedir. Diğer insanlara duyulan güvende azalma, parasal desteğin azalması, öfke, gerginlik, şiddete maruz kalma korkusu gibi nedenler de yaşlı bireyin toplumdan ayrılma ve yalnız kalmasına sebep olabilmektedir (Gümüş ve ark., 2012).

Yaşlı bireylere ait ifadeler incelendiğinde, bireylerde pişmanlık, fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle yetersizlik duygusu, umutsuzluk ve üzüntü ile enerji düşüklüğü hissinin depresyona girme riskini artırdığı dikkat çekmektedir. Yaşlılık döneminde en sık rastlanan ruhsal hastalık depresyondur (Özen ve Kartal, 2008; Şahin ve ark., 2012). Sıklığı ve süresi yaşla giderek artan depresyon, yaşlılık döneminde görülen önemli psikolojik sorunlardandır (Allan ve Diğ, 2014). Yaşam beklentisi ve kalitesi düşen depresif yaşlı hastalarda, hemşireler için öncelikli bakım içeriğini; intihar girişimini önlemek, öz bakım gücünü arttırmak, yaşlı ve ailesini bakım ve tedavide desteklemek ve bilgilendirmek oluşturur (Şahin ve ark., 2012).

İfadeler incelendiğinde, yaşlılık hakkında hem olumlu hem de olumsuz ifadelerin yer aldığı görülmektedir. Yaşlanma algısı, yaşlanmaya karşı tutumu belirleyen göstergelerden biridir ve uzun yıllardan beri bilimsel araştırma konusu olmuştur (Shin et all., 20013). Bireyin gelecekteki sağlığını tahmin etmek için, bulunduğu yaştan memnuniyet derecesinin bilinmesi ve bu aşamada yaşamdaki değişikliklere nasıl uyum

sağladığının değerlendirilmesi gerekir (Moghaddam et all., 2016). Aközer yaptığı araştırmada, yaşlılık ve yaşlılara yönelik tutumları incelemiş ve yaşlıların yaşlılığa karşı %13,3' unun olumsuz, %84,0' ünün olumlu ve %2,7' sinin çok olumlu sonucuna ulaşmıştır.

Spiritüel alanda duyulan gereksinimlerin; ölüm kaygısı ve inançlar, değerler ve kültür alanları olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.2).

Bulgularda spiritüel gereksinimlere ilişkin ifadeler incelendiğinde; geçmişteki pişmanlıklar, yakınlarını kaybetme korkusunubelirten cümleler dikkat çekmektedir. Spiritüalite; insanın yaşam felsefesini belirleyen önemli bir boyuttur ve insanın dünya görüşü bireylerin inançlarınıbütün alanlarına yayılarak tutumları, değerlerini ve sağlıklarını etkiler. Yani, hayata anlam kazandırır; güven, sevgi ve bağışlama yeteneğini etkileyebilir ve insanların acılarının ötesindeki anlamı bulmaya yardımcı olur. Spiritüel sıkıntı ise kişinin hayatının anlamının veya amacının olmadığı inancının veya umutsuzluk duygusu yaşadığında oluşur ve kendisini pek çok farklı şekilde gösterebilir (Öz ve Demiralp, 2014).

Yaşlılarda görülen ölüm kaygısı, yaşın ilerlemesi ve ölümün yaklaştığı düşüncesi sonucunda ortaya çıkan önemli psikososyal sorunlardan biridir (Karaca, 2000). Bu kaygı, yaşlılıkta görülebildiği gibi psikolojik hastalıklardan da kaynaklanabilmektedir. Ölüm düşüncesi, bireylerde kaygı yaratırken aynı zamanda onu yaşama bağlayan, varoluşunu anlamlandıranda bir nedendir. Ölüm gerçeğini kabullendikçe hayatı anlamlı yaşamak mümkündür(Hökelekli, 2001).Geçmişteki pişmanlıklarınölüm korkusu yaratan etkenlerden birisi olarak düşünülmekte (Yang, 2006), onların ölümü kabul etmesi, ölüme hazırlıklı olması ve ölümden korkmaması için psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesiönerilmektedir (Çelebi veYüksel, 2014).

Yaşlanmakla birlikte bazı bireyler ölümü, her an gerçekleşebilen somut bir olasılık olarak algılamaya başlayıp biyolojik bir gerçek olarak kabullenirken, bazı yaşlılarda ise bu konunun yarattığı sıkıntı ve umutsuzluk sonucunda panik ya da inkâr tepkileri yaşayabilmektedir (Yüksel 2016).

Yaşam ve ölüm birbirinden farklı kavramlar olarak görünse de bazı görüşlere göre bir bütünü oluşturmaktadır. Bireyin ölümünü kabullenmesi, ölümü cesaretle karşılamasınıveyaşamında zenginlik ve bütünlüğe ulaşmasına katkı sağlayabilir

(Öztürk, 2010). Literatürde yaşlı bireylerde ölüm kaygısı çeşitli değişkenlerle değerlendirilmiş. Bu değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, fiziksel hastalık, ruhsal hastalık, mesleki yaşam olayları, kişilik özellikleri, sosyokültürel özellikleridir (Suhail & Arkam, 2010; Abdel, 2009; Erdoğan ve Özkan, 2007). Çalışmamızda yaşlıların çoğunda ölüm kaygısını belirleten cümlelerin kullanması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda ifadelerde, katılımcıların hepsi bakım evleri hakkında olumsuz düşüncelerini dile getirmişlerdir. Yapılan araştırmalar da yaşlı bireylerin kendi ev ortamlarında bakım almayı tercih ettiklerini belirtmektedir (Aksu ve Fadıloğlu, 2010). Yaşlılıkta evde bakım hizmetlerigiderek önem kazanmakta ve kendi ev ortamında bakım almayı isteyen fakat yakınları tarafından verilemeyen sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi pek çok alan içeren ve bu alanlarda çalışan meslek grupları tarafından sunulan hizmetleri kapsamaktadır (Karahan ve Seval, 2002). Oysa, gözlemler ve yapılan araştırmalar (Aközer, 2011; Aracı ve Ersoy, 2009), huzurevlerinin daha çok bedensel bakım, refakat ve terapi gibi hizmetlere ihtiyaç duyan, ekonomik yetersizlikleri olan yaşlılar tarafından zorunluluktan tercih edildiği görülmektedir.

Çalışmamızda sosyal alandaki gereksinimlerinin; rol değişiklikleri, beklentilerde değişim, aile içi sorunlar ve yalnızlık alanları olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Emeklilik döneminde rol kayıpları ya da rollerin azalması, yaşlı kişinin mesleğine, ailesine ve topluma ait olma duygusunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlılığa uyum sürecinde geçmişteki faaliyetlerin yerine, yeni ve zevkli faaliyetlerin olması gerekmektedir, aksi takdirde kişi toplumdan uzaklaşma duygusu yaşayarak kendi iç dünyasına kapanıp yalnızlaşabilmektedir. Emeklilik beklenen bir biçimde ve kişinin kendi isteği ile gerçekleştiği durumda, ruhsal bir sıkıntıya sebep olmayıp bireyin emekli olduktan sonra da mutlu olmasını sağlayabilir. Aksi halde ise emeklilik psikososyal strese yol açabilir; isteği dışında ve plansız emekli olan kişilerin alkolizm ve depresyon riski altında olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle çalışabilecek, az çok üretken durumdaki yaşlıların emek ve deneyimlerinden yararlanmak onların kendisini işe yarar olduğunu hissetmesine yardımcı olabilecektir (Şen, 2015).

Aile ve toplum, yaşlı bireylerin korunması, bakımı, desteklenmesi açısından önemli role sahip olmaktadır. Yaşlının bakımında en önemli rolün eşe düştüğü görülse

de yaşıllığın getirdiği güçsüzlükten dolayı eşlerin de bu görevi çocuklardan beklediği görülmektedir. Dolayısıyla çocuklar yaşlı bireyler için en önemli destek ve sosyal iletişim kaynağı olmaktadır (Aközer, 2011). Bu nedenle de pek çok yaşlı birey çocuklarıyla aynı çevrede yaşamayı tercih etmekte ve geleneksel aile bağlarının korunmasını istemektedir (Kalyacı ve Özkul, 2017). Çalışmamızda da benzer bulgular saptanmıştır.

Sosyal alanlarda yaşanan sıkıntılar bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir. Yalnızlık durumu sosyal ilişkiler açısından niteliksel ve niceliksel eksikliklerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Peplau ve Perlman (1984) yalnızlığı, kişinin mevcut sosyal ilişkileri ile arzuladığı sosyal ilişkiler arasında olan farklılıktan dolayı hoş olmayan psikolojik durum olarak tanımlamışlar. Hoş olmayan bu durum, doyumsuzluk, mutsuzluk, kaygı ve utanma gibi durumlarla da bağlantılı görülebilmektedir (Demir, 1989).

İleri yaştaki kişiler için geçmiş yaşantılar her zaman berraklığını korumakta ve yaşlı bireyler geçmiş yaşantılarını hatırlamaktan ve özellikle dinleyen biriyle paylaşmaktan zevk almaktadır. Araştırmanın uygulama sırasında da yaşlı bireylerin odak grup görüşme esnasında sürekli geçmiş hikâyelerini anlatma isteği dikkat çekmiştir.

Fiziksel alanda duyulan gereksinimlerin, yaşıllığa bağlı fiziksel kayıplar ve hastalıklar alanlarında olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.2).

Yaşlılarda sağlığa kapsamlı bir şekilde ele alınarak bakılmalıdır. Psikososyal sorunları belirten davranışları, tanılama ve etkili yönetme becerilerini geliştirme hem hastaların iyileşme şansını geliştirip hem de hemşirelerde engellenmeyi azaltabilir. Hastalıklar ve zor yaşam deneyimleri ile karşılaşan birey, geçmiş yaşam deneyimleri, baş etme stratejileri ve kişiliğine bağlı olarak farklı tepkiler gösterir. Bu nedenle hemşireler bireysel bakım ve onun içinde olduğu çevresini bir bütün olarak tanımlayan holistik yapıyı kullanmalıdır (Öz ve Demiralp, 2014). Yaşlı hizmetlerinde hemşire, multi-disipliner ekibin etkin bir üyesi olduğu ve etkili ve kaliteli bakım verebilmesi için yaşlıların psikososyal, duygusal, çevresel, fiziksel yeteneklerini, problemlerini ve ihtiyaçlarını iyi bilmeli ve ele almalı, sağlığın sürdürme ve geliştirmesi için psikolojik desteğe yoğunlaşması gerekmektedir. Siviş'in belirttiğine göre 1976 yılında Ebersole tarafından yapılan bir grup çalışmasında kullanılan anımsama yöntemi, günümüzde

Avrupa ülkelerinde ileri yaştaki bireylere uygulanan bir tedavi yöntemi olarak psikolojik hizmetlerde yer edinmiştir (Siviş, 2007).

5.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Tartışması

Yaşlı bireylerin müdahale sonrası yalnızlık puanlarında müdahale öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu yani, müdahale sonrasında yalnızlık duygusunun daha az yaşandığı saptanmıştır (Tablo 4.2.4). Yaşlılık, yalnızlığın en fazla hissedildiği ve deneyimlendiği dönemdir (Ponizovsky & Ritsner, 2004). Bu nedenle, sosyal ilişkilerde yaşanan, bireyleri olumsuz yönde etkileyen en önemli sorunlardan biridir. Yalnızlık duygusu sosyal ilişkiler ağının niceliksel ve niteliksel eksikliğinden ortaya çıkmakta (Demir, 1989; Öz, 2010); sosyal ilişkilere girememe, utangaçlık, sosyal statü kaybı ve sağlık problemleri ile sonuçlanmaktadır (Danış, 2004; Bilgili ve ark., 2012, Erol ve ark., 2016). Yalnızlık duygusu yaşamdan alınan doyumunu da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. (Azam ve ark., 2013). Bu nedenle, yalnızlığın önlenmesi psikososyal sağlık açısından oldukça elzemdir ve yaşlılara sunulan hizmetlerde yalnızlığı azaltmaya yönelik müdahalelerin olması önemlidir. Cattan ve arkadaşları (Cattan ve ark., 2005) yalnızlığa yapılacak müdahaleleri; grup terapileri, birebir görüşme, destek, ev ziyaretleri, telefon ile problem çözme ve direkt destek yöntemleri olarak belirtmişlerdir. 2004-2013 yılları arasında, Almanya, Avusturya, Belçika, Danimarka, İtalya, Fransa, İsveç, İspanya, İsviçre ve Hollanda'da politika değişikliğinin yaşlı bireylerin yalnızlık duyguları üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmada, yaşlıların yalnızlık düzeyleri karşılaştırılmıştır (Arsenijevic & Groot., 2018). Çalışmada yaşlıların yalnızlık düzeylerinin, 2004 yılında %9.0 iken, 2013 yılında %21.7 olarak arttığı belirlenmiştir. Bu bağlamda, yalnızlık gelişmiş ülkelerdeki yaşlı bireylerde de giderek artan bir sorun olarak görülmüştür. Yaşlıların yalnızlıklarını azaltmada psikoeğitim programının etkilerinin incelendiği bir başka araştırmada, sunulan programın yaşlıların yalnızlık düzeylerini azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (Akgül ve Yeşily aprak, 2018). Çalışmamız bulgusunda da olduğu gibi, yalnızlık ruh sağlığı açısından uygun müdahale programları ile desteklendiğinde önlenebilir bir durum olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin GDÖ-KF' den müdahalesonrasında daha düşük puan almakla birlikte, müdahale öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit

edilmiştir (Tablo 4.2.4).Müdahale öncesi ve sonrasında yaşlı bireylerin depresyon durumları hafif düzeydedir. Bu durumda psikofarmakolojik tedavi yerine, çalışmamızda olduğu gibi yaşlı bireylerin psikosoyal müdahalelerle desteklenmesi uygun görülmektedir. Klinikrehberlerhafifdepresyonuçinhümanistik,psikodinamik ya da bilişseldavranışçıyaklaşımları ilk basamaktedavioolarakönermektedirler(APA, 2010).

Sucuoğlu 2012 yılında yaptığı çalışmada, Lefkoşa’da yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde depresyon belirtileri görülme yaygınlığını %30.9’olarak belirlemiştir(Sucuoğlu, 2012).Yaşlılık döneminde en sık rastlanan ruhsal hastalık olan depresyonun tedavisinde farmakolojik tedaviye yanıtın yavaş ve %60-80 oranda başarılı olduğu (Özen ve Kartal, 2008; Şahin ve ark., 2012), aynı zamanda farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikosoyal girişimlerin de etkili olduğu belirlenmiştir (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2012). Depresyonun ele alınmasında müdahale programlarının daha uzun süreli yapılması ve devamlılığın sağlanması daha etkili sonuçlara ulaşılabilirdi düşünölmektedir. Bu nedenle, çalışmamızda, ev ziyaretleri yapılarak ailenin bilgilendirilmesi ve daha detaylı bir şekilde durum değerlendirmesi yaparak destek sağlanabilseydi daha da olumlu sonuçlara ulaşılabilirdi.

Yaşlı bireylerin müdahale sonrası WHOQOL-OLD genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar müdahale öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.4). Bu, psikosoyal müdahalenin yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermesi açısından önemlidir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için psikosoyal destek almaları, yaşamın birçok zorlukları ile baş etme bakımından önem taşımaktadır. Nasiri ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada sunulan günlük bakım hizmetlerinin yaşlıların yaşam kalitesini önemli ölçüde artırdığını belirlemiştir. Bu hizmetler kapsamında sosyal ilişki geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi, anımsama terapileri, serbest resim yapma, spor ve egzersiz programları yer almıştır (Nasiri ve ark., 2014). Türkiye’de huzurevinde yaşayan 165 yaşlının yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir diğer çalışmada, yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmış, yaşlılara hizmet sunumunda tüm disiplinlerin ve özellikle hemşirelerin yaşam kalitesini yükseltecek hizmetleri planlamaları önerilmiştir (Şahin ve Emiroğlu, 2013).

Müdahale sonrasında, yaşlı bireylerin AYTA genelinden ve “psikososyal kayıp” ve “psikososyal değişim” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.4). Bu sonuç, yaşlı bireylere yapılacak uygun müdahale ile yaşlılık algısının olumlu yönde değişebileceğini göstermektedir. Yaşlanma algısı, yaşlanmaya karşı tutumu belirleyen göstergelerden biridir ve uzun yıllardan itibaren araştırmaların konusu olmuştur (Shin et al., 20013). Yaşlılığa yönelik olumlu tutum, sağlıklı yaşlanma için önemli bir belirleyicidir. Nitekim Levy ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda, yaşlıların yaşlılıkla ilgili olumlu algılarının ömürlerini uzattığını ortaya koymuştur (Levy et al., 2000; Levy et al., 2002).

Bireyin gelecekteki sağlığını tahmin etmek, bireyin mevcut yaşından memnuniyet derecesinin belirlenmesi ve yaşam aşamalarındaki değişikliklere uyum sağlaması ile değerlendirilebilmektedir (Mohaddam et al., 2016). Bu nedenle, sağlığı sürdürme hizmetlerinin planlanmasında dikkate alınması gerekir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre müdahale sonrasında WHOQOL-OLD ölçeğinde bulunan “ölüm ve ölmek” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.2.9). 75 yaş ve üzeri yaş grubunda olan yaşlı bireylerin ölüm ve ölmek alt boyutundan aldıkları puanlar 65-69 ve 70-74 yaş gruplarında yer alan yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, 75 yaş ve üzeri yaş grubu bireylerin ölümle ilgili daha anlamlı, kabul edilebilir ve kaçınılmaz düşüncelere sahip oldukları söylenebilir. Literatürde de bazı çalışmalar yaş ilerledikçe ölüm daha kabullenebilir olmasını vurgulamıştır (Suhail & Arkam, 2010; Abdel, 2009; Erdoğan ve Özkan, 2007).

Yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre müdahale sonrası WHOQOL-OLD ölçeğinde bulunan yakınlık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmış olup, kadınlarda müdahale sonrası yakınlık alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.9). Bu sonuç, kadınların diğer kişilerle ilişkilere daha yüksek düzeyde sahip oldukları ve arkadaşlık duygusunu daha fazla yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde de yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmalarda da kadınların yakınlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Arpacı ve ark, 2013; Emiroğlu ve Şahin, 2014).

Kadın yaşlıların, WHOQOL-OLD genelinden ve geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri ve sosyal katılım alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki farkın erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.11). Bu sonuç, araştırmaya katılan yaşlı kadınların müdahale sonrasında, yaşam başarılarından elde edilen doyumları erkeklere göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca, araştırmaya katılan yaşlı kadınlarda erkeklere göre toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmenin daha düşük olduğu anlamına gelir. Genel olarak, erkeklerin daha yüksek düzeyde yaşam kalitesine sahip oldukları saptandığı çalışmamızda literatürde de benzer sonuçlar bulunmaktadır (Arapacı ve ark., 2015; Ceremnych, 2003; Şahin ve Emiroğlu, 2013; Sözen, 2014).

Yaşlı bireylerin müdahale öncesinde ve sonrasında UCLA Yalnızlık ile WHOQOL-OLD ve AYTA geneli puanları arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.14). Bu bulgu, yaşlıların yalnızlık duygusunu daha az yaşadıklarında, yaşam kalitelerinin arttığını ve yaşlılık tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Yapılan bir araştırma da, yalnızlık düzeyinin azalmasının kişinin genel iyilik halini artıracak dolayısıyla yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olacağını vurgulamıştır (VanderWeele et al., 2012).

Araştırmada GDÖ-KF ile UCLA yalnızlık ölçeği arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.14). Bu bulgu, yaşlıların yalnızlık düzeyleri azaldığında depresyon düzeylerinin de azaldığını göstermektedir. Ayrıca, müdahale sonrasında WHOQOL-OLD ölçeği genelinden alınan puanlar ile AYTA genelinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu da, yaşlıların yaşlılık tutumu olumlu yönde ise yaşam kalitelerinin de arttığını göstermektedir. Sözen'in (Sözen, 2014) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde yaşam kalitesi ile yaşlılık algısı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda uygulanan psikososyal müdahale programının yaşlıların yalnızlık, yaşam kalitesi, yaşlılık tutumu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Benzer şekilde, Ergin'in 2017 yılında yaptığı meta analiz çalışma sonucunda, hemşirelerin ev ziyaretine dayalı girişimlerin yaşlılarda hastaneye yatma sıklığını azaltmada, fiziksel ve psikososyal sağlığı koruma ve geliştirmede etkili olduğu belirlenmiştir (Ergin, 2017). Literatürde, yaşlanan nüfusun sağlığını geliştirmede

hemşirelerin öncü bir role sahip oldukları belirtilmektedir (Grady, 2011). Bu bağlamda, bu modeldeki psikososyal müdahale programının KKTC'deki diğer yaşlı bakım merkezlerinde de yaygın olarak kullanıldığında, yaşlılara sunulan hizmetlerin ruh sağlığını geliştirici ve yaşam kalitesi ve doyumunu artırması açısından olacağı böylece toplum sağlığının da geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. Araştırmanın birinci aşamasının sonuçları

Araştırmada yaşlı bireylerin psikososyal gereksinimlerinin, psikolojik, spiritüel, sosyal ve fiziksel boyutlarda olduğu saptanmıştır.

- Psikolojik alanda duyulan gereksinimlerin; kayıplar, yalnızlık, depresyon riski ve yaşlılığa uyum olduğu,
- Spiritüel alanda duyulan gereksinimlerin: ölüm kaygısı ve inançlar, değerler ve kültür alanları olduğu,
- Sosyal alanda duyulan gereksinimlerin, rol değişiklikleri, beklentilerde değişim, aile içi sorunlar ve yalnızlık olduğu,
- Fiziksel alanda duyulan gereksinimlerin, yaşlılığa bağlı fiziksel kayıplar ve hastalıklar alanlarında olduğu belirlenmiştir.

6.1.2. Araştırmanın ikinci aşamasının sonuçları

Yaşlı bireylerin psikososyal hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik müdahale programının, yaşam kalitesinde, yaşlılık üzerine tutumlarında ve yaşlıların yalnızlık algısında, olumlu sonuçlara yol açmıştır. Yaşlı bireylerin müdahale öncesinde ve sonrasında yaşam kalitesi, yaşlanma tutumu ve yalnızlık ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Böylece, “Gündüz bakım merkezinde hizmet alan yaşlılara uygulanan psikososyal müdahale modelinin;

- Yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olup, **H₁** hipotezi kabul edilmiştir.
- Zaten düşük düzeyde olan depresyonun düzeyinin değiştirmedeği saptanmıştır.
- Yaşlanma tutumu üzerine olumlu etkisi olup, **H₃** hipotezi kabul edilmiştir.
- Yalnızlık üzerine olumlu etkisi olup, **H₄** hipotezi kabul edilmiştir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan öneriler sunulmuştur:

1. Araştırmada yaşlı bireylerin psikososyal gereksinimlerinin, psikolojik, spiritüel, sosyal ve fiziksel boyutlarda olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, yaşlı bireylere bakım verirken çok boyutlu gereksinimlerinin olabileceği düşünülmeli ve gereksinimlerin karşılanmasında da çok boyutlu müdahaleler planlanması önerilmektedir.

2.Yaşlı bireylerin psikososyal hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik müdahale programının, yaşam kalitesinde, yaşlılık üzerine tutumlarında ve yaşlıların yalnızlık algısında, olumlu sonuçlara yol açmıştır. Bu nedenle uygulanan psikososyal bakım modelinin yaşlılara sunulan hizmet sistemlerine dahil edilmesi ve kalıcılığının sağlanması önerilmektedir.

3. Bu müdahale programının öncelikli olarak araştırmanın gerçekleştirildiği merkezde sisteme yerleştirilmesi ve diğerlerinde yaygınlaştırılması önerilmektedir.

4.Yaşlı bireylerin psikososyal hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik müdahale programının, depresyon belirtileri üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Bu bağlamda; depresyonu değerlendirme ve daha ileri uygulamalarının da yapılacağı araştırma ve uygulamalar planlanması önerilmektedir.

5. Araştırmanın, KKTC'deki diğer merkezlerinde de tekrarlanması önerilmektedir ve tüm KKTC'deki merkezlerde ortak bir modelin uygulanması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdel Khalek AM., Laster D., Maltby J., Tomás-Sábado. The Arabic Scale Of Death Anxiety: Some Results From East and West. Omega West Port. 2009;59: 39-50.
- Acar VN. Grupla Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri. 7. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. Ankara; 2009 s:10-45.
- Akın B., Emiroğlu, NO. Evde Yaşayan Yaşlılarda Sosyal Destek Yapısı, Sağlık Durumu ve Yeti yitimi ilişkisi. Turkish Journal of Geriatrics. 2006;93:170-176.
- Akgör M. Yaşlı Bireylerin Düşme Sıklığının ve Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özelliklerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Lefkoşa. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karakaş).
- Akgül H., Yeşilyaprak B. Yalnızlığı Azaltma Psiko-Eğitim Programının Yaşlıların Yalnızlık Düzeyine Etkisi. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi-International Journal of Society Researches, 2018;14:11-52.
- Akgün H. Yalnızlığı Azaltma Psiko-eğitim Programının Yaşlıların Yalnızlık Düzeyine Etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. Binnur Yeşilyaprak).
- Aközer M., Nuhurat C., Say Ş. Aile ve Toplum. Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. 2011;127:103-127.
- Aksu T., Fadiloğlu Ç. Yaşlılıkta Evde Bakıma Güncel Yaklaşımlar: "Telefon Zinciri Yöntemi ve Kurtarıcı Servisler Teknolojisi". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3: 119-125.
- Aktürk, Z., Şahin EM., Dağdeviren, N., Özer, C. Türkçeleştirilmiş Geriatrik Depresyon Skalasının İç Güvenilirlik Analizi. V, Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. 2002;27-30 Mart 2002 Adana. Kongre Programı ve Kitabı: 442.
- Alıcı U, S. Sorun Çözme Beceri Eğitiminde Psikodramanın Kullanımı. Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü. Psikodrama Tezi, 2007, İstanbul.
- Alıcı S. Psikodrama Geçmişten Geleceğe Rüyadan Gerçeğe, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2008;52:5-8.
- Allan C, Valkanova V, Ebmeier K. Depression in older people is underdiagnosed. Practitioner. 2014;19:-222-223.
- Altınay D. Psikodrama 400 Isınma Oyunu ve Yardımcı Teknikler. Epsilonyayınevi. İstanbul; 2017,s:68-278.

- APA. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd ed. Arlington, American Psychiatric Association. 2010.
- Aracı F., Ersoy FA. Evde Yaşayan Yaşlıların Huzurevinde Yaşamaya İlişkin Görüşleri. Aile ve Toplum. 2009;5: 87-98.
- Arpacı F., Topyürek Ş., Bilgili N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2015;1:-11.
- Arslan H., Bölükbaş N. Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin incelenmesi. Düşünen Adam Dergisi. 2003;164:235-239.
- Aşiret DG. Anımsama Terapisinin Alzheimer Hastalarının Bilişsel Durumu, Depresyon ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi SAĞLIK Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara (Danışman: Sevgisun KAPUCU).
- Aylin N. Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. Ege Tıp Dergisi. Ege Journal of Medicine. 2016;Ek Sayı 1-5.
- Azam WM., Yunus WM., Din NC., Ahmad M., Ghazali,SE., Ibrahim, N., Maniam T. Lomelinse and Depression Among the Elderly in an Agricultural Settlement: Mediating effects of Socialsupport. Asia-Pacific Psychiatry. 2013;5:134-139.
- Bahar G., Bahar, A., Savaş AH. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4:85-98.
- Baçoğlu C., Buldukoğlu K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. 2015;71:1-15.
- Baykara GZ, Çalışkan N., Öztürk D.,Karadağ A. Hemşirelikte teori ve model kullanımı: nitel bir çalışma. Cukurova Medical Journal. 2019;44:281-289.
- Beğer T., Yavuzer, H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi.2012; 3: 1-3.
- Bulduk, ÖE. Yaşlılık ve Toplumsal Değişim. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2014; 2:53-60.
- Bilgili N., Kitiş Y., Ayaz S. Yaşlılarda Yalnızlık, Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2012;1:81-88.
- Cappeliez P., Rourke N. Profiles of Reminiscence Among Older Adults: Perceivedstress, life Attitudes and Personality Variables. International Journal of Agingand Human Development. 2012;4:255-266.

- Carr A. Family Therapy: Concepts, Process and Practice. 3rd Edition. United States. John Wiley and Sons Ltd. Hoboken; 2013, p:15-25.
- Cattan M., White M., Bond J., Learmouth A. Preventing Socialisolation and loneliness Among Older People: a systematic review of health promotion interventions. Ageing&Society. 2005;1:41-67.
- Ceremnych J. Focus Group Discussions With Older Adults and Carers for Development of Pilot WHOQOLOLD Measure. Acta Medica Lutianica. 2003; 3:152-158
- Cingil D. Bağımlı Yaşlısına Bakım Veren Aile Üyelerine Sunuş Yolu İle Verilen Eğitimin Bakım Verme Yeterliliği ve Yaşlı Bakımı Bilgi Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi. Doktora Tezi, 2013, Erzurum.
- Cox GR., Callahan P., Churchill R., Hunot V., Merry, SN., Parker, AG et al. Psychological Therapies Versus Antidepressant Medication, Alone and in Combination for Depression in Children and Adolescents. Cochrane Database Syst Rev, 2012;11: CD008324.
- Çam, O., Engin E. Aile ve Grup Terapisi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.; İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul. 2014, s:1013-1035.
- Çekici F., Güçray Ç. Problem Çözme Terapisine Dayalı Beceri Geliştirme Grubunun Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Problem Çözme Becerileri, Öfkeyle İlişkili Davranış ve Düşünceler ile Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 2:103-128.
- Çapan EB. Yaşlı ile Birlikte Yaşamak: Stres ve Başa Çıkma. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016;12:33-47.
- Çelebi DÇ., Yüksel YM. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamalarına Bir Bakış. Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi. 201;2:175-202.
- Çokluk Ö., Yılmaz K., Oğuz E. Nitel Bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi. Kuramsal Eğitimbilim. 2011;1:95-107.
- Dağlı A, Baysal., N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe 'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;59:1250-1262.
- Danış MZ. Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2009;1:67-83.
- Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. 1989;23:14-18.

- Demirbilek T., Özgür AÖ., Gümüş Ekonomi ve Aktif Yaşlanma Bağlamında Yaşlı İstihdamı. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017;1:14-28.
- Donovan HS, Kwekkeboom KL, Rosenzweig MQ, Ward SE. Non specific effects in psycho educational intervention research. Western Journal of Nursing. 2009; 8; 983-998.
- Durmaz B., Soysal P, Ellidokuz H., Isik TA. Geriatrik Depresyon Skalası-15 (Kısa Form)' in Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlik ve Güvenirliği. North Clin Istanb. 2018;53:216–220.
- Erçakıca M. Devletlerin Tanınması ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti. Doğu Akdeniz Üniversitesi Haziran. 2013 Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs.
- Ergin E. Hemşirelerin Yaptığı Ev Ziyaretlerinin Yaşlıların Fiziksel ve Psikososyal Sağlığı Üzerine Etkisi: Meta Analiz Çalışması. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2017, Konya (Danışman: Prof. Dr. Belgin AKIN)
- Ertan T., Bugay G., Eker E. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Versiyonlarının Türk Yaşlı Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği: Gds-15, Gds-10, Gds-4. 5. Ulusal 73 Geropsikiyatri Sempozyumu, 10-12 Haziran 2004, Polat Renaissance Otel, İstanbul. Türkiye.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. 2003. Ankara. Erişim tarihi: 23 Nisan 2018. <http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/blob.docx>
- Emiroğlu ON., Şahin EN. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;57–66.
- Erdoğan MY, Özkan M. Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları İle Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;3:171-179.
- Erol S., Sezer A., Şişman. NS., Öztürk S. The Perception of Loneliness and Life Satisfaction at Older People. Gümüşhane University Journal Of Health Sciences. 2016;3:60-69.
- Eser E., Gerçeklioğlu G., Eser S., Fidaner,C., Baysan P., Pala T., Dunder,P Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa “Yaşlanma Tutumu Anketi (AAQ)” Türkçe Sürümünün (AYTA-TR) Psikometrik Özellikleri. Turkish Journal of Geriatrics.2011;2:101-110.

- Eser S., Saatlı G., Eser E., Baydur H., Fidaner C. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;1:37-48.
- Eser T., Eker E., Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1997;34:62-71.
- Frazer DW., Gregory A., Hinrichsen AE., Jongsma JR. İleri Yetişkinlere Psikoterapi. Ankara Nobel Akademik Yayıncılık., Ankara; 2018.
- Gorman L., Sultan FD. Özel Populasyonların Hemşirelik Yönetimi. Öz. F., Demiralp, M. (Ed.), *Psikososyal hemşirelik genel hasta bakım için 3. Baskı*, Akademisyen Kitabevi, Ankara; ss. 385-432.
- Gözüm S., Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. 1999;1:21-34.
- Görgün BA. Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2008;2: 86-97.
- Göka E., Aydemir Ç. Yaşlıya ve Demanslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım. *Demans Dizisi* 2000;5:5-26.
- Grady PA. Advancing the Health of Our Aging Population. A Lead Role For Nursing Science. *Nurse Outlook*. 2011;59:207-9.
- Gülbaşak, Y. Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2017;52:1278-1287.
- Gümüş BA., Şıpkın S., Keskin G. . Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;1:13-21.
- Güngen C., Ertan, T., Eker E., Yaşar R., Engin. F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;4:273-281.
- Hökelekli H. Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. *T.C Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 1991; 3:151-165.
- Hsieh HF., Wang JJ. Effect of Reminiscence Therapy on Depression in Olderadults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;40 4:335-345.

- İlseven S., Hidirer G., Tümer A. Kıbrıs Coğrafisi. KKTC milli eğitim bakanlığı yayınıdır. 2014; s:56- 64.
- Jones ED., Beck Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling old adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 2012;3:279-290.
- Jonsdottir H. Group Reminiscence Among People With End-Stage Chronic Lung Diseases. Blackwell Scientific Ltd, *Journal of Advanced Nursing* 2001;1:79-87.
- Jones ED. Examination of Reminiscence Therapy for Depressed Older Women Residing in a Long-term Care Facility Using The Nursing Intervention Classification. *Journal of Gerontological Nursing*. 2013;7: 27-33.
- Jones and Bartlett Learning, LLC. Roy Adaptation Model. s:127-142.
http://samples.jbpub.com/9781449626013/72376_CH10_Masters.pdf
- Kaçmaz DE., Çam OM. Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2019;1:65-74.
- Kalınkaya V., Başbüyük, ÖG., Ay, F. Yaşlıların Gerontechnolojik Ürünleri Kabule Yönelik Tutumları. 2016; 12:1-19.
- Kalyacı I., Özkul M. Geleneksel kalabilsem Modern Olabilsem: Modernleşme Sürecinde Yaşlılık Deneyimleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2017;18:90-110.
- Kaptan G. Geriatrik Bakım İlkeleri. s.1-10. Nobel Tıp Kitapevi., İstanbul; 2013.
- Karaca F. Ölüm psikolojisi. Beyan Yayınları., 2000, İstanbul.
- Karahan A., Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. *Geriatri Dergisi*. 2002;4:155-159.
- Karataş AS., Durmaz D. Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2017;18:32-36.
- KKTC Devlet Planlama Örgütü, 2015. Erişim tarihi: 13 Nisan 2018.
<http://www.devplan.org/Frame-tr.html>
- Kıbrıs7/24. (Erişim Tarihi: 10 Mart 2018)
<http://www.kibris724.com/gunduz-bakim-merkezi-acildi-31194h.htm>
- Kılıç E. Aile Terapilerinin Tarihçesi, Türkiye Klinikleri Aile ve Eş Terapileri Özel Sayı 2009;1:1-10.
- Kıbrıs Postası <http://www.kibrispostasi.com/index.php/cat/105/news/39491>
Erişim Tarihi: 24. 03.2018

- Korkut Y. Türkiye’de Aile Terapisi ve Terapistlerinin Durumu: eğitim standartları, terapi yönelimleri, çalışma biçimleri ve eğitim ihtiyaçları üzerine bir çalışma. Psikoloji Çalışmaları Dergisi. 2007;27:13-30.
- Kulakçı H., Ayyıldız KT., Emiroğlu NH., Köroğlu E. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2012; 2:53-64.
- Kurtkapan H. Türkiye’de Demografik Dönüşümün Sosyal Yansımaları ve Yaşlılık. Sosyal Güvence Dergisi. 2019;15: 27-46.
- Kutsa, GY. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi-GEBAAM Müdürü, 2007; 9-15.
- Laidlaw K., Power JM., Schmidt S., the WHOQOL-OLD Group. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): Development and Psychometric Properties. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2007; 22:367–379.
- Lee MS., Palmieri A P., Watson J. Global Advances in Human Caring Literacy. Springer Publishing Company, LLC. e-book ISBN: 978-0-8261-9213-4. p:43-11. 2017.
- Lefkoşa Türk Belediyesi Yaşlılara Hizmet Birimi. Lefkoşa Türk Belediyesi. 2018 Erişim: 10 Şubat 2018 <http://www.lefkosabelediyesi.org/>
- Levy BR., Hausdorf, JHencke R., Wei JY. Reducing Cardiovascular Stresswith Positive Self-Stereotypes of Aging. Journals of Gerontology: Psychological Sciences. 2000;55:205-213.
- Levy BR., Slade, MD, Kunkel SR., Kasl SV. Longevity Increasedby Positive Self-Perceptions of Aging. Journal of Personality and Social Psychology. 2002; 2:261-270.
- Mathers CD., Stevens GA., Boerma T., White RA., Tobias, MI. Causes of international in creases in olderage life expectancy. The Lancet. 2018;67:540-548.
- Mersin S., Gökdağ M., Öz F. . Yaşlı Bireylerin Kendilerine ve Yaşamlarına İlişkin Öz Değerlendirmeleri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2018;40:136-154.
- Mogadda L., Foroughan M., Mohammad, F., Ahmadi F., Farhadi A., Nazari S., Sadeghi N. AdultsOlder in Perception A. RewiePaper. Iranian Journal of Ageing. 2016;4:202-209.
- National Institutes Of Health (2015). International PopulationReports. Erişim:24.03.2018 <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/d emo/p95-16-1.pdf>

- Nasiri M., Foroughan M., Rashedi V., Shahbazi R. The Impact of Rehabilitation Module of Iran Welfare Organization among Older Adults (Persian) Iranian Journal of Ageing. 2014;4:110-117.
- Ocakbaşı FA. Hemşirelik Kavram, Kuram ve Modelleri. Ocakbaşı, F.A ve Alper, E. Ş (ed). Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri (s. 1-7). İstanbul Tıp Kitap Evi., 2013, İstanbul; s: 1-6.
- Öz F. “Yaşlılıkta Psikososyal Özellikler”. Sosyal Hizmetler Dergisi. 1999;9: 19-27.
- Öz F. “Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. Kriz Dergisi. 2002; 2:17-28.
- Öz F Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı. Mattek Matbaacılık., Ankara; 2010, s. 86-155.
- Özbek A., Leutz G. Psikodrama Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü Yayınları., Ankara; 2003, No:1.
- Özen İ., Kartal ÇA. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. TAF Prev Med Bull. 2008;5:399-404.
- Öztan N., Aydın G., Eroğlu, YÇ., Stuvland, R. Travma Sonrası Normal Tepkiler. Psikoeğitim El Kitabı. Meb yayınları. Ankara, 2001.
- Özkan Aİ., Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson’ın İnsan Bakım Modeli. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi. 2012;2:61-72.
- Öztürk ZK. Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 2010. Adana.
- Öztürk O., Uluşahin A. Ruhsal Bozukluklarda Sağaltım Yöntemleri. Ruhsal Sağlığı ve Bozuklukları, 13.Basım, Nobel Tıp Kitabevleri., Ankara; 2015, s:643-765.
- Ponizovsky AM., Ritsner MS. Patterns of Loneliness in An Immigrant Population. Comprehensive Psychiatry. 2004;5:408-414.
- Power M., Quin, K., Schmidt S., WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Oldmodule. Quality of Life Research. 2005;10:2197-214.
- Proyer RT., Gander F., Wellenzohn S., Ruch W. Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. Aging & mental health. 2014;8:997-1005.
- Ruddy R., House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 4:CD005331.

- Russell D., Peplau, LA., Cutrona, CE. Therevised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. J Pers Soc Psychol. 1980;3:472-480.
- Samanlı T., Kara F. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırma Dergisi İBAD. 2018;1:219-229.
- Schneider JK., Krug OT (1976). Varoluşçu -Hümanistik Terapi (G. Akkaya, Çev.). Okuyan Us Yayınları., Ankara; 2015.
- Shekh J., Vesavage JR. Geriatric Depression Scale (GDS) Recent Evidence and Development of a Shorter Version. Clinical Gerontologist.1986;5:165-173.
- Shin KR, Kim MY., Kim YH. Study on The Lived Experience of Aging. Nursing & Health Sciences. 2003;4:245-52.
- Siviş R. Anımsama Terapisi ve İleri Yaştaki Yetişkinlerle Grupla psikolojik Danışmadaki Yeri. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007;28:129-138.
- Sözen F. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi. Yüksek Lisans Tezi., 2014; Ankara.
- Star Gazetesi. KKTC.Erişim Tarihi: 24. 03.2018
<http://www.starkibris.net/index.asp?haberID=113375>
- Stuart S., Robertson M. Psikoterapi Klasikleri Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Klinisyen Kılavuzu. (Aydın, N. Çev.). Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş., İstanbul; 2014. s:3-10.
- Suhail K., Arkam S. Correlates of Death Anxiety in Pakistan. Death Studies 2002; 26:39-50.
- Sütçügil L., Özmenler K N. Major Depresyonda Psikososyal Müdahaleler.Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi. 2007;47:46-50.
- Şahin D., Aydın A., Şimşek N., Cabar. Yaşlılık, Depresyon ve Hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012;1:38-4.
- Şahin EN., Emiroğlu NO. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;1:57-66.
- Şen F. Emeklilik Döneminde Yaşanan Sorunlara Yönelik Bir Çözüm Önerisi: İkinci İşe Hazırlık Eğitimi ve Emeklilik Kulüpleri. Ekev Akademi Dergisi. 2015;19: 313-334.
- Şentür, M., Ceylan H. İstanbul’da Yaşlanmak İstanbul’da Yaşlıların Mevcut Durumu Araştırması. Açılım kitap., 2015; İstanbul.
- Tambağ H., Öz F. . Grup Psikoeğitiminin Yaşlıların Hemşirelik Bakımında Kullanılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;3:47-53.

- The EU Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations. 2012.
Erişim Tarihi: 01 Haziran 2018
- Temiz TE. Kıbrıs Türk Toplumunda Sosyo-Kültürel Yapının Tanınmasında Öğretmenlerin Rolü. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2009;6: 634-641.
- Tereci d., Turan G., Kasa N., Öncel T., Arslansoylu N. Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. Ufukun Ötesi Bilim Dergisi. 2016;1:85-116.
- Tezcan, S, Seçkiner P. Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. D. Aslan ve M. Ertem (Ed.). Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler; Palme Yayıncılık., Ankara 2012: s.1-8.
- Türkan M., Sezer S. Yaşlı Yoksulluğunun Yarattığı Sosyal ve Psikolojik Sorunlar: Muğla Örneği. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 4: 35-57.
- Türkiye İstatistik Kurumu. 2018. Sayı: 2759515 Mart 2018. Erişim: 11 Eylül 2018 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595>
- Vander Weele TJ., Hawkley LC., Cacioppo, J.T. On the Reciprocal Association between Loneliness and Subjective Well-being. American Journal of Epidemiology. 2012; 9:777-84 doi: 10.1093/aje/kws173
- Watt .M, Cappeliez P. Integrative and instrumental Reminiscence Therapies for Depression in Older Adults: Intervention Strategies and Treatment Effectiveness. Aging & Mental Health. 2000;2:166-77.
- WHO. Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging, Report on a Seminar Convened by the World Health Organization. 1963, Kiev.
- WHO. The Uses of Epidemiology in the Study of The Elderly. WHO, Technical Reports Series 706, 1984, Geneva:8-9.
- WHO. Ageing and Health Programme. Growing Older. Staying Well.1998. Erişim Tarihi: 11 Eylül 2018 http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html.
- WHO. World Health Organization Population ageing – A public health challenge. 2012. Erişim Tarihi: 12 Kasım 2018. <http://www.who.int/healthinfo/survey>.
- WHO. World Health Organization, World Report on Ageing and Health. 2015. Erişim Tarihi: 11 Eylül 2018 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.
- WHO. World Health Organization. <http://www.who.int/> (Erişim 09 Eylül 2018).

- Wilcox DC, Bradley JB. The Culturalcontext of ‘Successfulaging’ Among older Women Weavers in a Nother Nokinawan village: the role of productive activity. J Cross Cult Gerontol. 2007;2:137-65.
- Yahyaoğlu R. Yaşlanma ve Zaman Algısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2013, İstanbul.
- Yalom ID. Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği, (Çev: A.Tangör, Karaçam), 1.Baskı.: Kabalcı Yayınevi., İstanbul, 2002.
- Yang Y. How Doses Functional Disability Affect Depressive Symptomes in Late Life? The Role of Perceived Social Support and Psychological Resources, Journal of Healthand Social Behavior. 2006;4:355-372.
- Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı 12 Nisan2002. Erişim Tarihi: 11 Ocak 2018
<http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf>
- Yüksel YM, Kuruçay ÖE., Çelebi DÇ, Kurt B, Ulaş E, Yalçıntaş H ve Diğerleri. Orta ve İleri Yetişkinlik Dönemindeki Bireylere Yönelik Grup Programları. Yüksel Y.M. (Ed.). Nobel Akademik Yayıncılık., Ankara, 2016,
- Zamanzadeh Z., Jasemi M., Valizadeh L., Keogh B., Taleghani F. Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. Indian J Palliat Care. 2015;2: 214–224.

EKLER

Ek 1: Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu

Araştırmanın açıklaması:

65 yaş ve üzeri olan bireylerle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Yaşlı Bireylerin Psikososyal Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasına Yönelik Uygulama Modeli Geliştirme”.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, yaşlı bireylerin psikososyal hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılamasına yönelik uygulama modeli geliştirmesidir. Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinin katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikle anket yöntemi ile yüz yüze yaklaşık 45 dk sürecek, sonrasında haftada 1 kez olacak şekilde grup oturumları düzenlenecek ve sizden düzenli olarak gruplara katılmanız istenecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Fatma Öz tarafından yönetilmektedir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Uzman Hemşire Samineh Esmailzadeh

Doktora Öğrencisi

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi/YDÜ Bulvarı-Lefkoşa/KKTC

Tel: 0533 883 80 66 100

Katılımcının Beyanı:

Sayın doktora öğrencisi Samineh Esmaeilzadeh tarafından yaşlı bireylerin psikososyal hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılamasına yönelik uygulama modeli geliştirme konusunda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacı:

Adı-soyadı: Samineh Esmaeilzadeh

Adres: YDÜ-Hemşirelik Fakültesi

Tel: 5338140062

İmza:

Ek 2: Odak Grup Görüşme Formu

Amaç

Yaşlı bireylerin psikososyal bakım gereksinimlerinin belirlenmesi.

Merhaba, benim adım Samineh Esmailzadeh Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde doktora çalışmamı yapmaktayım. Yaşlı bireylerin psikososyal hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılamasına yönelik uygulama modelinin geliştirilmesi amaçlı bu araştırma da yaşlılık dönemine ait gereksinimleriniz hakkında konuşmak istiyorum. Bu görüşmenin sonucunda ortaya çıkan gereksinimler doğrultusunda yaşlılara oturumlar hazırlanacaktır ve yaşlılara sunulan hizmetlerin kalitesini artmaya çalışılacaktır. Bu nedenle sizin, bu görüşmedeki düşünceleriniz bir sonraki aşamalar için önem taşımaktadır ve yol gösterecektir. Görüşme 60 ile 120 dakika süreceğini tahmin ediyorum. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Odak Grup Görüşme Soruları

1. Yaşlılık sizce nedir? Nasıl yaşıyorsunuz?
2. Yaşlılığın hayatınıza getirdiği değişimler nelerdir? bu süreçte şu da olsaydı dediğiniz?
3. Sizce genel olarak yaşlı bireylerin gereksinimleri nelerdir? İstekleriniz ve gereksinimleriniz neler?
4. Gereksinimlerinizin Karşılama biçimi ya düzeyiniz nedir? İhtiyacınız olunca kimler geliyor?
5. İhtiyaç duyduğunuz zamanlarda size bakım konusunda kim/kimler yardımcı olsun istersiniz?
6. Sizi çok etkileyen ve duygulandıran olaylar/konular nelerdir? Sizi en çok neler iyi hissettirir? Hangi konularda destek ihtiyacınız vardır?
7. Huzur evleri ve gündüz bakım merkezleri hakkında düşünceniz nedir?
8. Geçmiş hatırlamak sizi nasıl hissettiriyor?

EK 3: Kütük Geliştirme Formu

Tarih:

Süre:

Odak grup görüşmesini yapan kişi:

Dökümü yapan kişi:

Grubun genel özellikleri:

(yaş, medeni durum, çocuk varlığı, sosyal güvence, çalışma durumu)

Görüşmelerin dokümanı:

EK 4: Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

Tarih:

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti:

1.Kadın ()

2.Erkek ()

3. Eğitim durumu:

1. Okur-yazar değil()

2. Okur-yazar ()

3. İlkokul mezunu ()

4. Ortaokul mezunu ()

5.Lise mezunu ()

6. Yüksekokul mezunu()

4. Medeni durumu:

1. Evli ()

2. Bekar ()

3. Dul()

5. Çocuk sahibi olma durumu 1.Var () 2. Yok ()

6. Kaç çocuk sahibi:

7. Mesleği:

8. Sizce aşağıdaki seçeneklerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi ifade etmektedir?

1.Çok düşük ()

2. Düşük ()

3.Orta()

4.Yüksek ()

5.Çok yüksek ()

9. Gelirinizi nereden sağlıyorsunuz? 1. Emekli maaşı () 2. Çocuklarından()

3. Halen çalışıyor () 4. Diğer()

10. Sosyal güvenceniz var mı?

1.Var ()

2.Yok ()

11. Kronik hastalık olma durumu:

1.Var ()

2.Yok()

12. Hastalığın adı:

13. Sürekli kullandığı ilaç var mı?

1.Evet ()

2. Hayır()

14. Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler var mı?

1.Evet ()

2. Hayır()

15. Cevabınız evet ise kimler.....

16. Günlük işlerinizi yaparken başkalarının yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?

1.Evet ()

2. Hayır ()

17. Cevabınız evet ise bu yardım kimin tarafından sağlanmaktadır

18. Günlük yaşamınızda boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

19.Gündüz bakım merkezinde katıldığınız aktiviteler nelerdir?

1. Yoga()

2. Sağlıklı Beslenme ve Diyet ()

3. Koro ()

4. El Sanatları ()

5. Egzersiz Programı ()

EK 5: WHOQOL-OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır. Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir: Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca gelecekle ilgili duyduğunuz endişenizi en iyi gösteren sayıyı daire içine almalısınız. Buna göre, eğer geleceğinizle ilgili çok fazla endişe duyuyorsanız 4 sayısını daire içine almanız gerekiyor. Eğer geleceğinizle ilgili hiç endişe duymuyorsanız o zaman da 1 sayısını daire içine almalısınız. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevaba ait olan sayıyı daire içine alınız.

Yardımanız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin seçme özgürlüğü ve hayatınızı kontrol edebilme duygusu gibi belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır. Eğer bu duyguları aşırı derecede yaşadıysanız 5'i, "hiç yaşamadım" diyorsanız 1'i daire içine alın. Size uygun cevap bu iki başlık arasındaysa 1 ile 5 arasındaki başlıklardan size en yakın olanı işaretleyin. Sorular geçen iki hafta boyunca hissettiklerinizi kapsamaktadır.

1. (F 25.1) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

2. (F 25.3) İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

3. (F 26.1) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

4. (F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

5.(F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

6. (F 29.2) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

7. (F 29.3) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

9. (F 29.5) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri **ne ölçüde tam olarak** yaptığınız veya yapabildiğiniz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız “tamamen” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da “hiç” seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt “hiç” ve “tamamen” arasında bir yere tekabül ediyorsa bu sayılardan size en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

10. (F25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

11. (F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

12.(F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

Hiç memnun değilim	Çok az memnunum	Orta derecede	Çokça memnunum	Tamamen memnunum
1	2	3	4	5

13. (F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

14. (F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar **hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir. Örneğin, toplumsal hayata katılımınız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunu en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

15. (F 27.5) **Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

16. (F 28.1) **Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

17. (F 28.2) **Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

18. (F 28.7) **Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

19. (F 27.1) **Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?**

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

20. (F 25.2) **Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?**

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz **dostluk ilişkileri** düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

21. (F 30.2) **Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

22. (F 30.3) **Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

23. (F 30.4) **İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

24. (F 30.7) **İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?**

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

Teşekkür ederiz

EK 6: DSÖ Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi (AYTA)

The WHO - EAAQ
**Dünya Sağlık Örgütü –
Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi**



Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa Yaşlanma Tutumu Anketi

Yönerge:

Bu anket formu yaşlanma ile ilgili duygularınızı sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları yanıtlayınız. Eğer soruya hangi yanıt vereceğinizden emin değilseniz, lütfen en uygun görünen yanıtı seçiniz. Bu sıklıkla ilk yanıtınız olacaktır.

Lütfen kendi standartlarınızı, umutlarınızı, zevklerinizi ve sorunlarınızı göz önünde bulundurunuz. Genel olarak yaşamınızla ilgili düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz.

Mesela genelde kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgili soru şöyle olabilir:

Yaşlanıyor olmaktan hoşlanmıyorum.

Hiç doğru değil	Biraz doğru	Orta derecede doğru	Çok doğru	Son derecede doğru
1	2	3	4	5

Belirtilen durum için sizin en çok katıldığınız seçeneği işaretlemelisiniz. Eğer yaşlanmaktan hoşlanmayışınız 'çok fazla' ise 4 numarayı halka içine almalısınız, yok eğer yaşlanmakla ilgili hiç üzüntü, kaygı duymuyorsanız 1 numarayı işaretlemelisiniz. Lütfen her bir soruyu okuyun, duygularınızı değerlendirin ve size en uygun cevap için ölçekteki sayıyı işaretleyiniz.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular ifadelere ne ölçüde katıldığınızı sormaktadır. Eğer sorudaki ifadeye çok fazla katılıyorsanız 'tamamen' seçeneğini işaretleyiniz, hiç katılmıyorsanız 'kesinlikle katılmıyorum' seçeneğini işaretleyiniz. Cevabınız 'kesinlikle katılmıyorum' ile tamamen katılıyorum' arasında bir yerdeyse aradaki numaralardan birini işaretleyiniz. Sorular geneli sorgulamaktadır.

1. İnsanlar yaşlandıkça yaşamla daha iyi başa çıkabilir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

2. Yaşlanmak bir ayrıcalıktır.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

3. Yaşlılık yalnızlık zamanıdır.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

4. Bilgelik yaşla edinilir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

5. Yaşlanıyor olmakla ilgili pek çok hoş giden (güzel) şey vardır.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

6. Yaşlılık hayatın keyif kaçırıcı (içeride kapanma) dönemidir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

7- Her yaşta egzersiz yapmak (hareket etmek, spor yapmak) önemlidir.

1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Aşağıdaki sorular ifadelerin sizin için "ne kadar doğru" olduğunu sormaktadır. Eğer sorudaki ifade sizin için tümüyle doğru ise 'son derecede doğru' seçeneğini işaretleyiniz, sizin için hiç doğru değilse 'Hiç doğru değil' seçeneğini işaretleyiniz. Eğer cevabınız 'Hiç ' ile 'son derecede' arasında bir yerlerdeyse uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

8. Yaşlı olmak, sandığımdan daha kolaymış.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

9. Yaşlandıkça duygularım hakkında konuşmak daha zor geliyor.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

10. Yaşlandıkça kendimi daha çok kabulleniyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

11. Kendimi yaşlı hissetmiyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

12. İleri yaşı esas olarak kayıpların olduğu zaman olarak görüyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

13. Kimliğimi sahip olduğum yaş belirlemez.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
----------------------	------------------	--------------------------	----------------	-------------------------

14. Yaşımdan beklediğimden daha fazla enerjim var.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

15. Yaşlandıkça fiziksel bağımsızlığımı kaybediyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

16. Fiziksel sağlığımla ilgili sorunlar yapmak istediklerimi engellemiyor.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

17. Yaşlanınca yeni arkadaşlar bulmak daha zor oldu.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

18. Tecrübelerimle kazandıklarımı gençlere aktarmak çok önemlidir.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

19. İyi ki yaşamışım, hayatımın bir işe yaradığına inanıyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

20. Yaşlı olduğum için şimdi kendimi toplumun içinde hissetmiyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

21. Gençlere iyi örnek olmak istiyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

22. Yaşım nedeniyle kendimi bazı şeylerden dışlanmış hissediyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

23. Sağlığım bu yaşımda beklediğimden daha iyi.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

24. Egzersiz yaparak kendimi mümkün olduğu kadar dinç ve canlı tutuyorum.

1 Hiç doğru değil	2 Biraz doğru	3 Orta derecede doğru	4 Çok doğru	5 Son derecede doğru
-------------------------	------------------	--------------------------------	----------------	-------------------------------

Teşekkür ederiz...

EK 7: UKLA Yalnızlık Envanteri (UCLA-LS)

UCLA-LS

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü belirtmeniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

(Size ne kadar uygun?)

		Hiç uygun değil	Nadiren Uygun	Bazen Uygun	Sık Sık Uygun
1	Kendimi çevredeki diğer insanlarla uyum içinde hissediyorum				
2	Arkadaşım yok				
3	Başvurabileceğim hiç kimse yok				
4	Kendimi yalnız hissetmiyorum				
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası gibi hissediyorum				
6	Çevremdeki insanlarla bir çok ortak yönüm var.				
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim				
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor				
9	Dışa dönük bir insanım				
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.				
11	Kendimi toplum dışı bırakılmış hissediyorum				
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.				
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor				
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum				
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim				
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var				
17	Bu kadar dışa itilmiş olmaktan ötürü mutsuzum				
18	Çevremde insanlar var fakat benimle değiller				
19	Konuşabileceğim insanlar var				
20	Derdimi söyleyebileceğim insanlar var				

EK 8: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-KF)

Ad Soyad:

Toplam Puan:

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız.

1. Hayatınızdan memnun musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

2. İlgilendiğiniz veya yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

3. Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

5. Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

7. Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

8. Sıklıkla umutsuzluk hissedersiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Şu an hayatta olmak güzel mi?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Sizce şu anki durumunuz değersiz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

EK 9: Yaşlı Bireylerin Psikososyal Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasına Yönelik Uygulama Modeli Geliştirme; Oturum Programı

1. Oturum

Konu: Tanışma, programın tanıtımı ve grup bilincinin oluşumu

Yaşlılık nedir? yaşlılığa uyum.

Amaç: Grup üyelerinin tanışması ve etkileşiminin sağlanması, üyeler arası iletişim kurulması, üyeler arası güven oluşturulması.

Grup üyelerinin yaşlılık hakkında genel bilgilendirilmesi, yaşlılığın normal gelişim özelliklerinin ve olası sorunların bilinmesi, içinde bulundukları dönemin gözden geçirilmesi, yaşlılık dönemindeki ruhsal, sosyal ve fiziksel değişimlerin fark edilmesi, değişimlerdeki varsa yanlış bilgilerin/inançların düzeltilmesi, bu dönemden beklentilerinin ortaya konması, bu süreçte yalnız olmadıklarının fark ettirilmesi.

Hedef:

- Grup üyeleri birbirini tanıyacak,
- Oturumların içeriği konusunda bilgi sahibi olacak,
- Grup kurallarını bilecek ve grup bilinci oluşacak,
- Yaşlılık dönemi normal gelişim özellikleri ve olası sorunlar bilinecek,
- Çözüm önerileri getirecekler ve farkındalık kazandırılacak,
- Yaşlılık hakkında gereksindikleri bilgileri öğrenmiş olacak,
- Olumlu sağlıklı davranışları bilecek, olumsuz sağlık davranışlarını fark edecek ve olumlularıyla değiştirecek

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, tartışma

Süre: 90-120 dakika

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, renkli kalem, küçük kartlar.

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Isınma etkinliği isim anlamı (Yüksel, 2016)

Oturum İçeriği ve İşleyiş:

- Yönetici kendini tanıtır,
- Oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.
- Grup kuralları ve sürecin işleyişi anlatılır, katılımcıların kurallar hakkında eklemek istedikleri varsa dikkate alınır.

- Grup oturumları için tarihler belirlenir ve oturumlara düzenli katılımın önemi anlatılır.
- Grup üyelerine, grubun adı için fikirleri alınır, oy birliği ile grubun adı belirlenir.
- Grup üyelerinin kendini tanıtmaları grup oyunuyla istenir, bunun için katılımcılara küçük kartlar ve renkli kalemle dağıtılır, isimlerinin anlamını ya da belirtecekleri sıfatları dağıtılan kartlara çizimleri/yazmaları istenir.
- Her bir üye resmini diğer üyelere göstererek isminin anlamını ve ya kendini temsil eden sıfatı grup üyeleri ile paylaşır, tüm üyeleri kendilerini ifade etmeleri için desteklenir.
- Araştırmacı tarafından hazırlanmış bir powerpoint sunumu ile yaşlılık hakkında genel bir bilgilendirme yapılır. *Yaşlanma ile ilişkili gelişimsel özellikler, fiziksel ve psikososyal değişimler ve yaşlılıkta olumlu sağlık davranışlarının etkili yaşamdaki önemi* gibi konular hakkında bilgi verilir. Grup üyeleri yaşlılığın yarattığı olumlu değişimleri fark etmeleri için desteklenir. Böylece, grup üyelerinin kendi sağlıkları hakkında bilgilenecekleri ve sağlıklarını korumaya yönelik doğru davranış ve tutumlar kazandırılması sağlanır.
- Gönüllü grup üyelerinden başlayarak tüm üyelerin yaşlılıkla ilgili görüş ve yaşantılarını paylaşılır. Yaşlılıkla ilgili değişimler, bakım ve yaşlılığa karşı bakış açıları tartışılır ve yaşlılıkla ilgili deneyimlerini, algılarını ve yaşam biçimlerini anlatmak için tüm üyelerin kendilerini ifade etmeleri için desteklenir.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir.
- Oturumlarda hatıra fotoğraflarının çekilmesi için tüm grup üyelerinin onayı istenilir.
- Grup üyelerinden bir sonraki oturum için geçmişle ilgili yaşamlarından fotoğraf ya da eşyalar getirmeleri istenir.
- Bir sonraki oturumun konusu söylenerek oturum sonlandırılır.

2. Oturum:

Konu: Kendini tanıma ve farkındalık geliştirme.

Amaç: Grup üyelerinin yaşlılığı nasıl algıladıkları ve anlamlandırdıklarının ortaya konulması, yaşlılığa uyumla ilgili durumlarını fark etmesi,

Hedef:

- Durumu ile ilgili kendi farkındalığı artacak,
- Grup üyeleri onun için yaşlılığın anlamını ifade edecek,
- Yaşadığı uyum problemlerinin farkına varacak,
- Yaşadığı problemlere çözüm önerileri getirebilecek,
- Yaşamını daha anlamlı ve etkin bir şekilde sürdürebilecek

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

Araç-Gereç-Materyal: Eski fotoğraflar ve eşyalar, müzik.

Uygulanan Teknik ve Egzersizler:Postadan paket geldi (Altınay, 2017), Geçmiş fotoğraf (Yüksel, 2016).

Süre: 90-120 dakika

Oturumİçeriği ve İşleyiş:

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılarak oturum başlatılır.
- Oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.
- Grup üyelerinin oturuma ısınması için başlangıçta “postadan paket geldi” etkinliği kullanılır. Bunun için grup üyelerinden gözlerini kapatmaları ve bir paket geldiğini hayal etmeleri istenir, daha sonra bu paketi açarak içinde ne olduğuna bakmaları istenir ve hazır olduklarında gözlerini açmaları ve paketleri hakkında ve içindekileri diğer üyeler için anlatmaları istenir. Paketin kimden geldiğine bakılır böylece üyelerin beklentileri ve buna bağlı olarak yaşadıkları güçlükler konusunda düşünmeleri sağlanır.
- Grup üyelerinden daha önce istenen, geçmişle ilgili yaşamlarından fotoğraflar ve eşyalar üzerinden geçmişe yolculuk yapılır, kendilerine özel eşya ve fotoğraflar ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri istenir, anılar paylaşılır ve hissettikleri konuşulur.

- Geçmiş yaşamlarının anlamlı oluşunu kendilerine hatırlatmak, benlik bütünlüklerine katkı ve güçlü hissetmelerini sağlamaktır için üyelerden sırayla istenen aile fotoğraflarını ve güzel anılarını diğer katılımcılarla paylaşmaları sağlanır.
- Geçmiş dönemleri yeniden hatırlama ve şimdiki durum ile karşılaştırması istenir.
- Yaşlanma ile birlikte başarı ve doyum elde edilen alanlar tartışılır. *Fiziksel güç azalsa da kavrama gücü veya bilgelik kazanma, kendi hemcinsleriyle daha fazla ve daha iyi sosyal ilişkiler kurma, daha açık fikirli ve hoşgörülü olma, çocuklarının sorumluluk sahibi ve başarılı erişkinler olduğunu görme, büyükbaba ve büyükanne olma, mesleki olarak rol kaybına rağmen- yaşam becerilerinin devam etmesi deneyim/tecrübe üstünlüğüne sahip olma.*
- Yaşamın sınırlı olduğu bilinerek şu anda yaşanan günlük yaşamı kendi kontrollerinde iyi yaşamaya ve zenginleştirmeye odaklanmalarının önemi anlatılır ve bunu yapmaları için desteklenir.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir.
- Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

3. Oturum

Konu: Benlik saygısını artırma

Amaç: Benliğini algılama konusunda duyarlılık kazandırma, olumlu ve olumsuz yönlerini fark ettirme, olumlu yönlerini destekleme.

Hedef:

- Benliğini tanımlayacak,
- Olumlu ve olumsuz yönlerini sıralayacak,
- Olumlu yönlerini görme ve sürdürme konusunda duyarlı olacak,
- Kendinin olumu yönlerini görecektir ve değerlendirecektir.

Yöntemler: Soru-cevap, anlatım, tartışma

Araç-Gereç-Materyal: Tahta, kartlar, kalemler

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: SWOT analizi

Süre: 90-120 dakika

Oturum İçeriği ve İşleyiş:

- Bir önceki oturum özetlenir.
- Oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.
- Grup üyelerine kartlar dağıtılır ve güçlü ve zayıf yönlerini yazmaları istenir. Güçlü yönler için grup üyelerine anlaşılmayı kolaylaştırmak için açıklamalar yapılır. Bunlar: *Başkalarının sahip olmadığı ne gibi avantajlara (yetenekleriniz, becerileriniz) sahipsiniz?, Diğerlerine göre daha iyi yaptığınız şeyler neler? Sizi güçlü kılan yanlarınız neler? Gurur duyduğunuz başarılarınız var mı? varsa hangileri?* gibi. Zayıf yönler için ise *(kişiliğinde ilişkileri bozan yönleri gibi.*
- Üyelere belirttikleri güçlü yönlerini görmeleri ve fark etmeleri, yaşamlarında nasıl kullanabilecekleri konusunda açıklamalar yapılır, zayıf noktalarını görme, kabul etme ve nasıl güçlendirerek daha etkili hale getirebilecekleri konuşulur, fırsatların gelişim anlamında gelişmeye nasıl çevrilebileceği onların getirdiği örnekler/yaşantılar tartışılır.
- Grup üyelerine yaşamlarındaki tehdit ve fırsat olacak olanakları sorulur ve yazmaları istenir. Tehdit ve fırsat olacak olanaklarını hakkında, grup üyelerine anlaşılmayı kolaylaştırmak için açıklamalar yapılır. *Bunlar: fırsat için; gündüz bakım merkezinin bulunması, köyde yaşama. tehditler için; sosyal desteklerin yetersizliği, çevresel faktörler gibi.* Böylece, “SWOT analizi” bağlamında sahip oldukları güç, değer ve destekleri fark ettirilir.
- Elde olanların onları özel ve eşsiz yaptığı, kendilerini de bu şekilde algılamaları konusunda desteklenir ve hissettikleri sorulur.
- Kendilerinin sahip olduğu bu özellikleriyle olumlu yönleri görmeleri ve değerli hissetmeleri sağlanır ve bu konuda duygu ve düşünceleri konuşulur.
- Oturum özetlenir, bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

4. Oturum

Konu: Yaşlılıkta yaşanan sorunlar ve çözüm yolları: bireysel ve sosyal güçlenme, Fiziksel yetersizlik/güçsüzlük (aktif olamama), bağımsızlığın kaybı, sosyal etkileşim azlığı, aile içi etkileşimde bozulma ve ailenin bakım yükü, yalnızlık (psikolojik ve sosyal).

Amaç:

Bağımsızlığının desteklenmesi, var olan potansiyellerinin farkına varması, sosyal etkileşimin güçlenmesi, aile bakım yükünün artması ve etkileşimin bozulması sorunlarına dikkat çekerek çözüm önerilerinin bulunmasına yardım edilmesi, sosyal etkileşimde fiziksel ve ya duyuşsal engeller ve etkileyen olumsuz düşüncelerin belirlenmesi.

Hedef:

- Bağımsızlığını engelleyen ve güçsüzlüğüne yol açan faktörleri bilecek,
- Var olan ve olası sağlık problemlerini sayacak ve elde olanlarla potansiyelini en üst düzeyde kullanma yollarını bilecek,
- Sosyal bağlarını anlayacak ve yeniden yapılandırma yollarını bilecek,
- Sosyal destek için arkadaş, aile ve kurumsal ağı bulacak ve bu ağı sürdürecektir ve iletişim becerilerini artıracak,
- Ailede diğer bireyin (eş, çocuk vb.) yükünü azaltmak için yeterli olan yönlerini görecektir ve kullanacak,
- Bakım verdiği kişilere de empati yapacak,
- Sosyal destekli aktif yaşamı sürdürme yollarını bilecek,
- Sosyal etkileşimi etkileyen olumsuz düşünceleri fark edecek ve değiştirecek,
- Sosyal etkileşimin geliştirilmesinin önündeki duyuşsal ve fiziksel engeller için telafi edici yollar belirleyecek.

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

Araç-Gereç-Materyal: Kartlar, kalemler.

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Sosyal atom (Akın ve Emiroğlu, 2006)

Süre: 120 dakika

Oturumİçeriğiveİşleyiş:

- Grup üyelerine önceki oturumdan sonra geçen sürede neler yaptıkları, ne hissettikleri sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Bu oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.
- Bir önceki oturmadan güçlü yönlerine odaklanarak olası sağlık sorunları ile ilgili deneyimleri paylaşılır, hastalıkları ve yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerden dolayı yaşadıkları paylaşılır, bu belirtilerle baş etme

yöntemleri sorgulanır ve tartışılır. Grup üyelerinin kendi yeteneklerinin farkına varmaları sağlanır, yeterli ve etkili hissetmeleri desteklenir.

- Grup üyelerine kartlar ve kalemler dağıtılarak sosyal atom etkinliğine geçilir. Bu etkinliğin amacı, o sosyal çevrenin içinde “kendini nerede görüyor ve yakınındaki kişileri nereye koyuyor?” u fark etmelerini sağlamaktır. Böylece destekleyici ve güven veren sosyal ilişkilerin farkına varması sağlanır.
- Her bir üyeden kendisini kâğıda istediği şekil, renk ve büyüklükte konumlandırmaları istenir, sonra yakınlık derecesine göre kendisine yakın hissettikleri kişileri de konumlandırmaları istenir. Ardından her grup üyesinden yapmış oldukları şekilleri diğer grup üyeleri ile paylaşmaları istenir. Üyeler, güven ve ait olma ihtiyaçlarının karşılandığı zaman yalnız olmadıkları hakkında desteklenir ve hissettikleri sorulur.
- Grup üyelerine aile ve yakın çevresiyle olumlu ilişkileri kazanma ve sürdürme amacıyla kendilerini etkili bir şekilde ifade edebilme, ben diliyle istekte bulunma, aktif dinleme ve empati kurabilme becerileri hakkında bilgi verilir. Grup üyelerinden şimdiki ve geçmişteki ilişkilerinin doğası, beklentileri, doyurucu ve mutlu edici olup olmadığı ve nelerin farklı olmasını istedikleri hakkında sorular sorulur. Başkaları ile olan ilişkilerini tanımlaması istenerek sosyal ağın genişlemesi için gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler koymasına yardımcı olunur (örneğin, yalnızlık geceleri daha ağır geliyorsa akşam kursu bulma, yeni arkadaşlarla tanışabileceği yerleri belirleme, daha uzun süre bakım merkezinde bir aktiviteye katılma) duyuşal ve fiziksel engeller için telafi edici yöntemler belirlenir (işitme cihazı kullanımı, başkaları ile iyi derecede ışıık olan yerlerde görüşmek vb.)
- Grup üyelerinin sosyal etkileşimi etkileyen olumsuz düşünceleri (tüm insanlar kaba ve eleştirici, insanlar bana bakarken aptal olduğumu düşündüklerini hissediyorum gibi), fark ettirilerek bu olumsuz düşüncelerin yerine olumlular konarak düzeltilmesine cesaretlendirilir ve destek verilir.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri konuşulur.
- Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

5. Oturum

Konu: Yaşlılıkta yaşanan sorunlar ve Çözüm Yolları: Güç kaybının ve depresif belirtilerin (değersizlik, yetersizlik, ümitsizlik vb.) Önlenmesi için destekleme ve rol değişimlerine uyum.

Amaç:

Grup üyelerinin güçlü ve zayıf yönlerini fark ederek güçlü yönlerini görmeleri ve desteklenmesi, yapabileceklerine inandıkları işler konusunda ne kadar girişimci oldukları ve hedeflerine ulaşma konusundaki yeterliklerini fark etmelerinin sağlanması, üyelerin geçmiş, şimdi ve gelecek rollerini gözden geçirmeleri, yeni rollerin işlevlerini yerine getirmesi için başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve değişen rollere ve yaşama uyumun sağlanması, depresyona yol açan nedenlerin belirlenmesi.

Hedef:

- Grup üyelerinin kendilerinde bulunan güçlü ve olumlu özelliklerini fark edecek,
- Kendileri ile ilgili genel değerlendirme yaparak, yaşamlarını kontrol etme konusunda kendilerini yeterli ve güçlü hissettiğini söyleyecek,
- Değişen roller hakkında duygularını ifade edecek, yeni rollerini kabul edecek ve uyum sağlayacak.
- Depresyonun belirtileri görülmecektir veya seviyesi düşürülecek, yaşama olan ilgi ve doyum artacak.

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

Araç-Gereç-Materyal:

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Şimdi ben geçmişte ben (Altınay, 2017), Beyinfırtınası

Süre: 90-120 dakika

Oturum İçeriği ve İşleyiş:

- Bir önceki oturum özetlenir.
- Grup üyelerine önceki oturumdan sonra geçen sürede neler yaptıkları, ne hissettikleri sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Bu oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.

- Grup üyelerinden gözlerinin kapatmalarını ve rahat bir pozisyonda yer almalarını ve geçmişle ilgili kendilerinden bir fotoğraf seçmeleri istenir, daha sonra gözlerini açmaları ve seçtiği fotoğrafla konuşmaları istenir, böylece grup üyeleri geçmişteki fotoğraflarındaki kendileriyle şimdiki durumlarını karşı karşıya getirirler ve konuştururlar. Etkinliğin yarattığı durumlar hakkında paylaşımlarda bulunulur.
- Üyelerin geçirdiği süreçleri fark etmeleri sağlanır, geçmişteki rollerini yerine getirirken yaşadıkları ve şimdiki hayatlarına kazandırdıkları deneyimleri paylaşılır, Tüm yaşamdaki rollerin olumlu ve olumsuz taraflarının olduğu konusuna dikkat çekilerek, yaşam deneyimlerinden olumsuz da olsa pozitif yönde ders çıkararak yaşamlarını anlamlandırmada kullanmaları desteklenir.
- Grup üyelerinden yeni durumlarındaki olumlu fırsatları (ilgi alanları ile uğraşmak için daha fazla zaman, aile üyelerine daha yakın olma) saptamaları desteklenerek yeni rolün olumlu yada potansiyel olumlu yönlerini fark etmeleri sağlanır. Ayrıca, yeni rollerinde başarısını kolaylaştıracak yeni beceriler edinebilecek (eğitim sınıfları, destek grupları, sosyal toplantılar, gönüllülük olanakları) uygun ortamlar için kararvermeleri ve plan yapmaları desteklenir. Böylece yeni durumlardan geriçekilmek ya da kaçınmak yerine gelişim fırsatları sağlanır.
- Depresyonun temel etkenlerini belirlemek için depresif belirtileri (bedensel belirtiler, duygu durumunda bozulma, kendine yönelik olumsuz ifadeler) hakkında bilgi verilir. Yaşam öykülerindeki olaylarla ilişkili çatışma ve sorunları tanımlamaları desteklenir. Stresli yaşamsal olaylara ya da durumlara yönelik yetersiz problem çözme, bozulmuş düşünce ve inançları paylaşmaları sağlanarak olumlu ve olumsuz yaşam olaylarının etkileri ve şimdi yapabilecekleri konuşulur, günlük yaşam aktivitelerine ve etkinliklere karşı ilgi duyması ve yaşamdan doyum alması sağlanır
- Grup üyelerine kartlar dağıtılır ve yaşadıkları problemleri düşünerek, öncelikle ilk sütuna kendi yapabilecekleri ve Kontrol edebileceklerini yazmaları, daha sonara onların dışında oluşan ve kontrol edemeyeceklerini yazmaları istenilir.

- Grup üyelerinin güçlü yönlerine vurgu yaparak, sorunların karşısında tercih ettiği çözümleri paylaşması, sonuçlarının olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirmeleri ve gerçekçi hedefler belirlemeleri beyin fırtınası tekniği kullanılarak sağlanır. Gerçekçi olmayan düşünce biçimlerinin yerine olumlu alternatifler bulma konusunda yardımcı olunur.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

6. Oturum

Konu: Geçmişteki pişmanlık, geleceğe ilişkin belirsizlik ve ölüm kaygısı ile baş etme.

Amaç: Grup üyelerinin sahip oldukları değerlerin, isteklerin ve kaynakların ortaya çıkarılması, bunların geçmişteki pişmanlıkları ile ilişkilendirilerek ifade edilmesi, şu anki yaşamına yansıyan yönlerin fark ettirilmesi, gelecekte olabileceklerin şu andaki yaşamı etkileyen kaygısı (örneğin, yaşamın anlamsızlığı, ölümün belirsizliği vb.) üzerinde yapılabileceklerin öğretimi.

Hedef:

- Grup üyeleri sahip oldukları değerlerin, isteklerin ve kaynakların farkına varacak,
- Bu istek, kaynakları ve değerleri pişmanlıkları ile ilişkilendirerek ifade edecek,
- Pişmanlıkların şu anki yaşamına yansıyan yönlerini fark edecek,
- Gelecekte olabilecek olayların belirsizliği yaşandığında şu andaki yaşam nasıl etkilendiğini bilecek,
- Yaşamın anlamsızlığı, ölümün belirsizliği konularını açıklayacak,
- Yaşamın anlamsızlığı, ölümün belirsizliği konularında yapılabilecekleri sayacak,
- Geleceğe dair olumlu beklentiler oluşturacak ve yaşamın anlamlı olduğunu söyleyecek.

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, Tahta, Kalem, Müzik

Uygulanan Teknik ve Egzersizler:

Süre: 90-120 dakika

Oturum İçeriği ve İşleyiş:

- Bir önceki oturum özetlenir.
- Bu oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.
- Uzun bir süre unutulmuş ve kişi için hatırlamaya değer deneyimleri ve olayları hatırlaması sağlanır (okul, iş hayatı, aşk hayatı, seyahatler, akraba ilişkileri) böylece geçmişle bağlantı ve yaşamlarındaki doyum hissi desteklenir, geçmişten bugüne yaşamlarındaki olumlu değerlendirdikleri alanları paylaşımları ve farkına varmaları sağlanır ve yaşlılık dönemine özgü karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmeleri için yapılabileceklerle odaklanılır.
- Üyelere kendi hayatları üzerindeki kontrolün kendilerine ait olduğu fark ettirilir, tüm bu tartışmalar ışığında hayata nasıl bir anlam yükledikleri ve olumlu yüklemeleri desteklenerek yaşam doyumlarının artması sağlanır.
- Üyelere yaşama ve ölüme dair hissettiklerini ifade etmeleri için, hayatın anlamı kaybolduğunda adaletsizlik için tanrıya karşı öfke, ölümden sonraki hayat hakkında soruların olması, korku duyma ve af dileme hisleri gibi yaşam olaylarının etkisi hakkında gönüllü olanların paylaşımları istenir.
- İnanç, düşünce, duygu ve davranışın ortaya çıkması süreci yeniden vurgulanır ve bundan sonraki yaşamları için kendilerine doyum veren davranış ve etkinlikler yapmaları desteklenir
- Grup üyelerine yaşamlarındaki manevi doyum verebilen baş etme yolları (dua okumak, başkalarına yardım, meditasyon) hakkında bilgi verilir ve yapmaları desteklenir.
- Ölümün gerçekliği ve ölümün yaşamın bir parçası olduğu vurgulanır ve şu an yaşadıkları için yapabilecekleri konusuna odaklanmaları istenir.
- Oturum özetlenir, bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

7. Oturum:

Konu: Yaşamı anlamlandırmak, etkili baş etme ve uyum

Amaç: Grup üyelerinin stresin tanımı, nedenleri ve vücut üzerindeki etkilerini bilmesi, grup üyelerinin varlıklarını etkin bir şekilde devam ettirebilmeleri için sahip oldukları yaşam becerilerini fark etmeleri, ve psikososyal sorunlarla baş edebilmek

için potansiyellerini görmelerinin sağlanması, gelecekte karşılaşılabileceği sorunlarla başedebilmek için güçlendirilmesi, yaşlılık dönemine uyumun artırılması,

Hedef:

- Grup üyeleri stres kavramını ve stresin nedenlerini bilecek,
- Stresörlerle baş etme tarzlarını açıklayacak,
- Stres durumlarında vücutta meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklere hakkında bilgi sahibi olacak,
- Yaşam becerilerini günlük yaşamın zorlukları ile baş etmek için kullanacak,
- Streslerle baş etmek için potansiyelinde var olan güçlerini söyleyecek
- Yaşlılık döneminde yaşadığı uyum problemlerinin farkına varacak ve bu problemlere çözüm önerileri getirebilecek.

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

Araç-Gereç-Materyal: Müzik.

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Olumlu özelliklerim, sahip olduğum güçlerim/değerlerim

Süre: 90 -120dakika

Oturum İçeriği ve İşleyiş:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılarak oturum başlatılır.
- Oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.
- Grup üyelerinden kendinle gurur duyduğun bir olay ya da durumu paylaşmalarını ve kendilerine bir iltifat cümlesi kurmaları istenir ve kendilerini olumlu değerlendirmeleri desteklenir.
- Üyelerle yaşlılık döneminin bedensel ve duygusal değişimlerinden dolayı stres yaşayabilecekleri alanlar tartışılır.
- Bu döneme özgü stres kaynaklarını fark ederek olası stres durumlarına hazır olmaları sağlanır ve stresin fizyolojik ve psikolojik etkileri tartışılır.
- Gönüllü bir grup üyesinin yaşadığı bir olaydan yola çıkarak diğer üyelerin aynı olayla baş etme yollarını paylaşmaları istenir ve çeşitli etkin başa çıkma yolları (problem çözme, sosyal destek, iyimserlik, kendine güvenme vb.) hakkında bilgi verilir.

- Benzer yaşantılarının olduğunu görerek yaşananların herkesin yaşayabileceğini görmeleri, olayları doğal karşılamalarını ve birbirlerini anlamalarını kolaylaştıracaağı üzerinde durulur.
- Stres karşısında ne yapabileceklerini düşünmeleri sağlanır, kendilerini olumlu algılamaları ve bu algılama biçiminin davranışlarını nasıl etkilediğini ve durumlar üzerindeki kontrolünü fark etmesi sağlanır.
- Etkisiz baş etme yöntemlerinin yerine kullanabilecekleri etkili baş etme yöntemleri gruba anlatılır.
- Stres yaşantıları karşısında yaşam biçimlerinin düzenlenmesinin önemi (uyku düzeni, beslenme vb.) ve nasıl düzenleyecekleri konusunda bilgi verilir.
- Grup  yelerine yaşlılık dönemine yaşadıkları problemleri hakkında tartışmaları ve yaşadıkları uyum problemlerinin farkına varmaları sağlanır.
- Etkili problem  z me yöntemleri ile bu problemlere  z m  nerileri getirebilmeleri sağlanır ve bu beceriler etkili bir şekilde kullanabilecekleri üzerinde durulur.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir.
- Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

8. Oturum:

Konu: Yaşam kalitesini artırma, boş zamanları değerlendirme, olanaklardan yararlanma, beklentilerde değişim.

Amaç: Grup  yelerinin yaşlılıkta kaliteli yaşamaları için kültürel değerleri ve kendi beklentileri açısından önemli olan etkinliklerin önemine ilişkin farkındalık oluşturması, bu etkinlikler için beceri kazanmaları ya da becerilerin artırılması, üyelerin belirledikleri ölçütlere uygun bir biçimde yaşam alanlarındaki doyumlarını görmelerinin sağlanması, yaşam kalitelerini değerlendirmeleri ve yaşam kalitesini artırmak için eyleme geçmelerinin sağlanması.

Hedef:

- Grup  yeleri kendi içinde yaşadıkları sosyokültürel ortamda kendi yaşam kalitelerini öznel olarak değerlendirecek,
- Yaşamlarını anlamlandıracak kendilerine uygun etkinlik listesi yapacak,

- Kendileri için yararlı olacak boş zamanlarını geçirebilecekleri mekânları ve faaliyetleri sıralayacak,
- Sosyal ve kültürel özelliklerini gözden geçirerek, aile yaşam doyumunu artıracak, aile bireyleri ile yapılabilecek etkinlikleri belirleyecek,
- Yaşam kalitelerini artırmalarının önemini açıklayacak,
- Geleceğe dair olumlu beklentiler oluşturacak.

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

Araç-Gereç-Materyal: renkli kalem, müzik, boş kartlar

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Üç parmak (Öztaş ve diğ., 2001), 10 yer 10 etkinlik (Yüksel, 2016).

Süre: 90-120 dakika

Oturum İçeriği ve İşleyiş:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılarak oturum başlatılır.
- Grup üyelerinden bir önceki oturumdan beri neler yaptıkları sorulur.
- Oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır.
- Grup üyelerine “üç parmak “ isimli ısınma oyunu etkinliği uygulanır, grup üyelerinden üç parmaklarını havaya kaldırmaları istenilir, işaret parmak en sevdiği yemek, orta parmak en çok gitmek istediği yer ve yüzük parmak en çok sevdiği şarkıyı temsil eder, daha sonra diğer üyelerle diğer sırayla birbirlerine parmaklarının neyi temsil ettiklerini söylerler.
- Daha sonra grup üyelerine boş kâğıtlar dağıtılır ve “10 yer 10 etkinlik” etkinliği yapılır. Yaşlı bireylerden gidebilecekleri yerleri ve bu yerlerde yapabilecekleri etkinliklerin yazmaları istenir, grup üyeleri gezebilecek yerleri ve yapılabilecek aktiviteleri anıları ile birlikte anlatırlar. Buradaki amaç, grup üyelerinin boş zamanlarını değerlendirebilecek yerleri ve birlikte geçirebilecekleri etkinlikleri belirlemede yardımcı olmak ve eyleme geçme için cesaretlendirmektir.
- Grup üyelerinden geçmişte yaptıkları hobiler, seyahatler, piknik gibi deneyimlerini paylaşmaları istenir ve hissettikleri duygular sorulur. Böylece geçmişle bağlantı ve yaşamlarındaki doyum hissi desteklenir, üyelerin geçmişten bu güne bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri

tartışılır, tüm bu tartışmalar ışığında hayata nasıl bir anlam yükledikleri farkettilir.

- Grup üyelerinin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun oldukları ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları etkiledikleri hakkında konuşulur.
- Yaşamdan doyum ve anlam bulma konusunda yaptıkları ve yapabilecekleri konuşulur.
- Bu süreçte yaşlılık dönemine ilişkin aktivitelerini ve üretken olma çabalarını nasıl sürdürebileceklerine ilişkin düşünceleri sorulur.
- Grup üyelerine zihinsel becerilerini kaybetmemek için beyni çalıştırmayı gerektiren her türlü faaliyeti sürdürmesinin önemi açıklanır, kullanılmayan zihinsel yetenekler zaman içinde zayıflama göstereceği açıklanır. Bu nedenle, günlük yaşam ve boş zaman aktivitelerinde neler yaptıkları sorulur ve bu yeteneklerini kullanmalarının ve sürdürülmesinin önemi anlatılır.
- Grup üyelerini potansiyelleri doğrultusunda faaliyetlerin seçmesi, desteklenir. (örneğin, yemek yapmak, ev işlerini yapmak, alışveriş yapmak, bütçeyi idare etmek, faturaları ödemek, düzenli gazete, kitap okumak, bulmaca çözmek, evdeki tamiratları yapmak, örgü örmek, dantel yapmak, kâğıt, okey, tavla, tombala oynamak, resim yapmak, müzik aleti çalmak, günlük tutmak, anılarını yazmak, mektup yazmak) ve bu aktiviteleri yerine getirirken sorumluluk almalarının kendilerinde yarattığı etkiler tartışılır ve tüm bunları sürdürürken onun toplumda hala bir yeri olduğunu hissetmesi sağlanır.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir.
- Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

9. Oturum

Konu: Sonlandırma ve genel değerlendirme.

Amaç: Grup sürecinin değerlendirmesi, anlaşılmayan eksik kalan konulara açıklık getirmesi, grup üyelerinin grubu olumlu duygularla sonlandırmalarının sağlanması, kendilerinde gördükleri değişimlerinin farkına varmalarının sağlanması.

Hedef:

- Grup üyeleri grup sürecini değerlendirecek,
- Üyeler, anlaşılmadığı ve ya eksik kalan kaldığını düşündükleri sorularını soracak,
- Üyeler, grup ile ortaya çıkan kazanımlarını ifade edecek,
- Üyeler, grubu sonlandırmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade edecek.

Yöntemler: Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

Araç-Gereç-Materyal: Tahta, Kalem

Süre: 90-120 dakika

Oturum İçeriği ve İşleyiş:

- Önceki oturumun özeti yapılır,
- Grup üyelerine süreçte ele alınan konularla ilgili soruları olup olmadığı sorulur ve sorular cevaplanır,
- Her bir grup üyesinin süreci değerlendirmesi istenir,
- Süreçten kazanımları ve süreci bitirme ile ilgili ne hissettikleri sorulur,
- Önerileri alınır, grup üyelerinin paylaşımlarından sonra grup sonlandırılır.
- Tüm grup üyelerine katkıları için teşekkür edilir.
- Bu çalışmanın hatırası olarak grup çalışmasında izin alınarak çekilen fotoğraflar verilir.

EK 10: Araştırma İçin Gerekli İzinler

10. 1. Etik Kurul Onayı

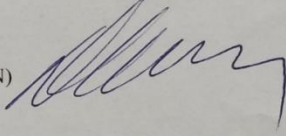
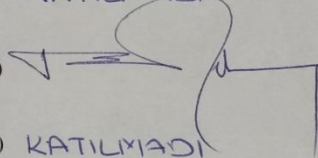
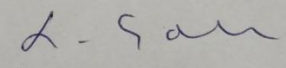
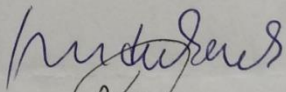
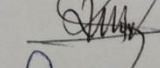
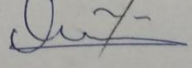
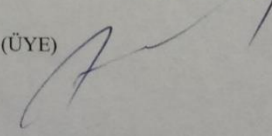
EK : 692 - 2018


YAKIN DOğU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSSEL ARAşTIRMALAR DEğERLENDİRME ETİK KURULU

ARAşTIRMA PROJESİ DEğERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 28.06.2018
Toplantı No : 2018/59
Proje No : 611

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma Öz'ün sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2018/59-611 proje numaralı ve **“Yaşlı Bireylerin Psikososyal Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılamasına Yönelik Uygulama Modeli Geliştirme”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur	(BAşKAN) 
2. Prof. Dr. Nerin Baheciler Önder	(ÜYE) KATILMADI
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz	(ÜYE) 
4. Prof. Dr. şahan Sayęı	(ÜYE) KATILMADI
5. Prof. Dr. şanda alı	(ÜYE) 
6. Prof. Dr. Nedim akır	(ÜYE) 
7. Prof. Dr. Kaan Erler	(ÜYE) 
8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz	(ÜYE) 
9. Doç. Dr. Nilüfer Galip elik	(ÜYE) KATILMADI
10. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov	(ÜYE) 

10. 2. KKTC Sağlık Bakanlığı Kurum İzini



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ İÇİŞLERİ BAKANLIĞI

Sayı : İBK.0.00-069-18-E.5231

8 Haziran 2018

Konu : Tez Çalışması Hk.

Dikmen Belediyesi

Yakın Doğu Üniversitesi'nin Dikmen Belediyesi Yaşlı Bakım Hizmeti ve Değirmenlik Belediyesi Gündüz Bakım Merkezi'nde Uzm. Samineh Esmailzade'nin tez çalışması yapılabilmesi hususundaki talebini içeren ve bir sureti ilişikte sunulan yazısı Bakanlığımızca incelenmiş olup, sözkonusu çalışma talebi Bakanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve konunun tarafınızca da değerlendirilerek gereğinin yapılmasını saygılarımla rica ederim.



e-imzalıdır

Hüseyin AMCAOĞLU
Bakanlık Müdürü

Ek : 5 Haziran 2018 tarihli Samineh Esmailzade'nin talebinin yer aldığı dilekçe.

Dağıtım:

Değirmenlik Belediyesi
Dikmen Belediyesi

10. 3. Dikmen Belediyesi Kurum İzini

			<u>DİKMEN BELEDİYESİ</u>												
Tarih: 19.06.2018 Sayı: 85/18 Konu: Tez Çalışması Hk.															
Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na,															
Üniversiteniz Doktora programı öğrencisi Uzm. Samineh Esmaeilzade'nin, Prof. Dr. Fatma Öz'ün danışmanlığında "Yaşlı Bireylerin Psikososyal Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasına Yönelik Uygulama Modeli Geliştirme" konulu tez çalışması yapabilmesi hususundaki talebi uygun bulunmuştur.															
Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.															
			 YÜKSEL ÇELEBİ BELEDİYE BAŞKANI												
Dikmen Belediyesi 20 Temmuz Caddesi, Hasan Sükan Sokak No 4, Dikmen - Girne Merkez Telefon: 237 2863 - 237 2363 - 237 2518 237 2618 Faks: 237 2864		Şubeler: <table><tr><td>Şirinevler</td><td>241 2267</td></tr><tr><td>Boğazköy</td><td>234 6063</td></tr><tr><td>Taşkent</td><td>237 3055</td></tr><tr><td>Dağyolu</td><td>243 2485</td></tr><tr><td>Pınarbaşı</td><td>243 2486</td></tr></table>		Şirinevler	241 2267	Boğazköy	234 6063	Taşkent	237 3055	Dağyolu	243 2485	Pınarbaşı	243 2486	Dikmen Belediyesi ISO 9001 Kalite Yönetim Belgesine Sahip KKTC'deki İlk Belediyedir. 	
Şirinevler	241 2267														
Boğazköy	234 6063														
Taşkent	237 3055														
Dağyolu	243 2485														
Pınarbaşı	243 2486														

10. 4. Dikmen Belediyesi Kurum İzini



DEĞİRMENLİK BELEDİYESİ

Değirmenlik - Lefkoşa

Tel: +90 (392) 232 3322, 232 3633

Fax: +90 (392) 232 4305

E-mail: degirmenlikbelediyesi@hotmail.com

Sayı : 111/88

Tarih:20.06.2018

Konu : Tez çalışması hk.

Yakın Doğu Üniversitesi Rektörlüğü
Lefkoşa

YDÜ'sinde öğrenim gören Uzm. Samineh Esmailzade'nin Belediyemizin Gündüz Bakım Merkezinde tez çalışması yapması talebini içeren yazısı belediyemizce incelenmiş olup söz konusu çalışma talebi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla rica ederim.



LSK/HÇE

EK 11: Araştırmacının Sertifikaları



İyileşme ve İyileştirme Yolunda
Birlikte Güçlenme
UPHK - 2018



V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi KURS KATILIM BELGESİ

Sayın SAMİNEH ESMAİLZADEH

20-23 Kasım 2018 tarihleri arasında Antalya'da yapılan "V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi"nde Doç Dr. Semra KARACA tarafından yürütülen altı saatlik "Psikoeğitim Süreci ve Grup Liderliği" kursuna katılmıştır.

K. Buldukoğlu

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Kongre Başkanı

F. Öz

Prof. Dr. Fatma ÖZ
Kongre Başkanı

EK 12:Programın Uygulama Sürecinden Fotoğraflar ve Dneyimler









Programın uygulama sürecinde deneyimler

Yoğun geçen bir çalışmanın ardından katılımcılarda gözlediklerim ve toplantıda elde edilen bilgiler aşağıda verilmiştir.

- Katılımcıların gruplarına seçtikleri isimler: yaşlılar, genç ama yaşlılar, sohbet sevenler, anılar grubu, cihangir yaşlıları, şen şakrak, yardım sevenlerdir.
- Toplantıya katılan yaşlılarımızdan bazıları merkezde yürütülen el sanatları, spor gibi programlara dahil olmayıp sadece evde yalnız kalmamak için merkeze geldiklerini ifade etmişlerdir.
- Katılımcıların istekli bir şekilde oturumlara katıldıkları dikkat çekiciydi. Bunu sözel olarak da ifade ediyorlardı.
- Katılımcılarla sohbet edilirken özellikle Kıbrıs'ta yaşanan savaş anılarından bahsetmek için çok istekli oldukları gözlenmiştir.
- Gündüz bakım merkezinin yaşadıkları bölgede bulunmasından çok mutlu olduklarını dile getirip her bölgede yaşlılar için bakım evleri olmasının gerekli olduğunu vurgulamışlardır.
- Katılımcıların önemli bir çoğunluğunun, gündüz bakım merkezinin açılışından itibaren merkeze düzenli olarak geldiklerini ifade etmişlerdir.
- Yaşlılarımızın huzur evleri hakkında çok fazla olumsuz görüşe sahip oldukları dikkat çekiciydi. Bu konu ile ilgili sürekli negatif bakış açılarını dile getirmişlerdir.
- Müdahale programının devam etmesi için isteklerini belirtmişlerdir.
- Katılımcılardan müdahale programının devamı hakkında geribildirim alınmıştır.
- Bazı katılımcılar için müdahale programı sonrasında da programa ilişkin çalışmalara devam edilmiştir.

EK 13: Zaman Tablosu

AY	TASLAK TEZ ÇALIŞMA PLANININ HAZIRLANMASI	LİTERATÜR TARANMASI	TEZÖNERİSİ/ETİK KURULONAYI UYGULAMANIN ÖN HAZIRLIKLARI	UYGULAMANIN 1. AŞAMASI	UYGULAMANIN 1.AŞAMABULGULARININ ANALİZİ VE YORUMLANMASI	UYGULAMANIN 2. AŞAMASI	UYGULAMANIN 2.AŞAMABULGULARININ ANALİZİ VE YORUMLANMASI	TEZİN YAZILMASI	TEZ YAYIN SÜRECİ
1	*	*							
2	*	*							
3	*	*							
4	*	*							
5	*	*							
6			*						
7				*	*				
8					*				
9					*	*			
10						*			
11						*			
12						*			
13						*	*		*
14							*		*
15							*		*
16							*		*
17								*	*
18								*	*
19								*	*
20								*	*
21								*	*
22								*	
23								*	

EK 14: Özgeçmiş

Adı	Samineh	Soyadı	ESMAEİLZADEH GHALEHJOUGHİ
Doğum Yeri	IRAN	Doğum Tarihi	21,09,1980
Uyruğu	IRAN	Tel	0533 879 55 56
E-mail	samineh_khalilazar@yahoo.com Samin.esmaeilzadeh@neu.edu.tr		

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ	2013
Lisans	TEBRİZ AZAD ÜNİVERSİTESİ	2003
Lise	SEMA - IRAN	1999

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Araştırma Görevlisi	YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ	2012 - ...
Hemşire	RAZİ HASTANESİ - IRAN	2003 - 2005

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta
Farsca	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	87							

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office	iyi
Genel Operatörlük	iyi

TEZDEN YAPILAN YAYIN

Esmailzadeh, S., Öz, F. Effect of Psychosocial Care Model Applied in an “Elderly Day Care Center” on Loneliness, Depression, Quality of Life, and Elderly Attitude. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, DOI: 10.1007/s11135-018-0682-0