

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

**SOSYAL AKTİVİTE PROGRAMININ HUZUREVİ
SAKİNLERİNİN OTONOMİSİ VE YAŞAMA
BAĞLILIĞINA ETKİSİ**

Ayten KÜÇÜK

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2020**

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

**SOSYAL AKTİVİTE PROGRAMININ HUZUREVİ
SAKINLERİNİN OTONOMİSİ VE YAŞAMA
BAĞLILIĞINA ETKİSİ**

Ayten KÜÇÜK

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU**

**ANKARA
2020**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

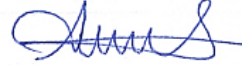
Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamındatezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi/ H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü/ Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü/ Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ...ay ertelenmiştir.⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

02 /07 /2020

Ayten KÜÇÜK



ⁱ"**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**"

(1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

(2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

(3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kurulu'na bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

**Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulutarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Öğr. Grv. Ayten KÜÇÜK



TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak, tez konumun belirlenmesinden son aşamaya kadar takip ederek ve yönlendirerek, değerli deneyim ve bilgilerini manevi desteği ile birlikte sunan Sayın Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU'na,

Tez izleme komitesinde ve tez savunma sınavında görev alarak değerli görüşleri ile çalışmaya katkı sağlayan, Sayın Prof. Dr. Naile BİLGİLİ'ye ve Dr. Öğr. Üyesi Bilge KALANLAR'a,

Tez savunma sınavında yer alarak değerli görüş ve katkıları sunan Sayın Prof. Dr. Ayfer TEZEL, Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU ve Dr. Öğr. Üyesi Nilay ERCAN ŞAHİN'e,

Çalışmanın uygulanmasında, her türlü yardımı ve kolaylığı sağlayan Afyonkarahisar Bolvadin Huzurevi, Emirdağ Huzurevi, Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi ve Afyon Huzurevi Y.B.R.M hemşireleri, sosyal hizmet çalışanları, bakım elemanları, idari personeli ve huzurevi yaşlılarına,

Her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili çocuklarım Mehmet Kağan KÜÇÜK ve Ahmet Yiğit KÜÇÜK'e,

Doktora çalışmanın başlangıcından itibaren manevi desteği ve hayatıma kattığı olumlu her an için eşim Yavuz KÜÇÜK'e,

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Küçük, A. Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Otonomisi ve Yaşama Bağlılığına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2020. Bu çalışma, huzurevi sakinlerine uygulanan sosyal aktivite programının yaşlıların otonomisi ve yaşama bağlılığı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşaması, Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldığı iki metodolojik araştırmayı kapsamaktadır. Birinci aşama, 01.01.2018-28.02.2018 tarihleri arasında Emirdağ, Bolvadin ve Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi'nde ikamet eden 92 huzurevi sakini ile gerçekleştirilmiştir. Her iki ölçek için *Cronbach's Alpha* katsayıları (0,80-0,78) kritik değerin (0,70) üzerinde bulunmuş olup, ölçeklerin Türkiye'deki 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin otonomilerini ve yaşam bağlılığını ölçmede yeterli olduğu görülmüştür. Araştırmanın ikinci aşaması ise, tek gruplu öntest ve sontest deseninde yarı deneysel bir araştırmadır. Afyonkarahisar Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan 36 huzurevi sakini ile tamamlanmıştır. 04.06.2018–28.09.2018 tarihleri arasında, 16 haftalık bir sosyal aktivite programı (egzersiz,müzik,resim,eğitim,dini aktivite ve grup sohbetleri) olarak uygulanmış ve programın etkisinin değerlendirilmesinde Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme ölçekleri ile Yaşam Bağlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Uygulama sonrasında, üç ölçeğin genel skor puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,005$). Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği'nin alt grup puanları değerlendirildiğinde, özellikle günlük yaşam aktivite puanında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,005$). Fonksiyonel otonomi genel skor puanı ile sosyal otonomi genel skor puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0,005$). Sonuç olarak uygulanan sosyal aktivite programının otonomi ve yaşam bağlılığına olan olumlu etkisi nedeniyle huzurevlerinde uygulanması ve farklı sosyo-kültürel yapıdaki huzurevlerinde, *randomize* kontrollü çalışmalarla değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal aktivite programı, huzurevi sakini, otonomi, yaşam bağlılığı, hemşire.

ABSTRACT

Küçük, A. The Effect of Social Activity Program on the Autonomy and Life Engagement of Nursing Home Residents, Hacettepe University Graduate School Health Sciences Public Health Nursing Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2020. This study was carried out in two stages to evaluate the effect of social activity program applied to nursing home residents on the autonomy and life engagement of the elderly. The first stage includes two methodological studies in which the Turkish Validity and Reliability of the Social Autonomy Measurement Scale and the Life Engagement Scale were conducted. The first stage was realized with 92 residents living in Emirdağ, Bolvadin and Sandıklı Hüseyin Develi Nursing Home between 01.01.2018-28.02.2018. For both Cronbach's Alpha coefficients (0,80-0,78) were above the critical value (0,70). These two scales were found to be sufficient for 60 years and over in Turkey to measure the autonomy of elderly people and life engagement. The second stage of the research is a semi-experimental research in single group pretest and posttest designs. It was completed with 36 residents staying in Afyonkarahisar Nursing Home Elderly Care and Rehabilitation Center. Between 04.06.2018-28.09.2018, 16-week social activity program (exercise, music, painting, education, religious activity and group chats) was used and the Functional and Social Autonomy Measurement Scales and Life Engagement Scale were used to evaluate the impact of the program. After the application, it was determined that there was a statistically significant difference in the general scores of the three scales ($p<0,005$). When the subgroup scores of the Functional Autonomy Measurement Scale were evaluated, a significant difference was observed especially in the Daily Life Activity score ($p<0,005$). A moderate positive correlation was found between functional autonomy and social autonomy general score ($p<0,005$). As a result, applied social activity program is recommended in nursing homes to be used due to its positive effect on autonomy and life engagement and to be evaluated in randomized controlled studies in nursing homes of different socio-cultural structures.

Keywords: Social activity program, nursing home resident, autonomy, life engagement, nurse.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ETİK BEYAN | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER ve KISALTMALAR | xiii |
| ŞEKİLLER | xiv |
| TABLolar | xv |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 6 |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezi | 6 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 7 |
| 2.1. Yaşlılık Dönemi ve Sorunları | 7 |
| 2.2. Yaşlılıkta Kurumsal Bakım | 8 |
| 2.3. Yaşlılıkta Otonomi (Özerklik) Kavramı | 12 |
| 2.3.1. Fonksiyonel Otonomi (Özerklik) | 14 |
| 2.3.2. Sosyal Otonomi (Özerklik) | 16 |
| 2.4. Yaşlılık ve Yaşam Bağlılığı | 18 |
| 2.5. Kurumsal Bakımda Hemşirenin Rolü | 20 |
| 2.6. Sosyal Aktivite Programlarının Yaşlı Sağlığı Üzerine Etkileri | 22 |
| 2.6.1. Dini Aktiviteler | 26 |
| 2.6.2. Fiziksel Aktiviteler | 27 |
| 2.6.3. Müzik Aktiviteleri | 29 |
| 2.6.4. Eğitim Aktiviteleri | 32 |
| 2.6.5. El Becerileri Aktiviteleri | 33 |
| 2.6.6. Grup Sohbetleri | 35 |

| | |
|---|----|
| 3. BİREYLER ve YÖNTEM | 37 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 37 |
| 3.2. Birinci Bölüm | 37 |
| 3.2.1. Yaşlı Bireylerde Sosyal Otonomi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği | 37 |
| 3.2.2. Yaşlı Bireylerde Yaşam Bağlılığı Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği | 46 |
| 3.3. İkinci Bölüm | 51 |
| 3.3.1. Araştırmanın Şekli | 51 |
| 3.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 51 |
| 3.3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 52 |
| 3.3.4. Verilerin Toplanması | 60 |
| 3.3.5. Araştırmanın Ön uygulaması | 64 |
| 3.3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları | 65 |
| 3.3.7. Araştırmanın Etik Boyutu | 72 |
| 3.3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları | 73 |
| 3.2.9. Verilerin Değerlendirilmesi | 73 |
| 4. BULGULAR | 75 |
| 4.1. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Fonksiyonel ve Sosyal Otonomileri ile Yaşam Bağlılığına Olan Etkisi | 75 |
| 4.2. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Cinsiyete, Yaşa, Medeni Duruma, Eğitim Düzeyine Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi ile Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi | 86 |
| 4.3. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Huzurevi Sakinlerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumlarına Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı | 93 |
| 4.4. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Huzurevi Sakinlerinin Çocukları, Yakınları, Kurumda Kalan Bireyler ve Çalışanlarla İle Olan İlişkilerine Göre Fonksiyonel ve Sosyal | |

| | |
|--|-------------------|
| Otonomi İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı | 96 |
| 4.5. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Huzurevi Sakinlerinin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özelliklerine Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı | 97 |
| 4.6. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Huzurevi Sakinlerinin Aktivitelere Yönelik Taleplerine Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı | 98 99 |
| 5. TARTIŞMA | |
| 5.1. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Fonksiyonel ve Sosyal Otonomileri İle Yaşam Bağlılığına Olan Etkisi | 99 |
| 5.2. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi İle Yaşam Bağlılığına Olan Etkisinin Huzurevi Sakinlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi | 113 116 116 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | |
| 6.1. Sonuçlar | 120 |
| 6.2. Öneriler | |
| 7. KAYNAKLAR | |
| 8. EKLER | |
| Ek-1: Sosyal Otonomi Ölçeği (Türkçe ve İngilizce) | |
| Ek-2: Ölçeği Geliştiren Yazar İzni (Sosyal Otonomi Ölçeği) | |
| Ek-3: Etik Kurul İzin Yazısı | |
| Ek-4: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Uygulama İzin Yazısı | |
| Ek-5: Aydınlatılmış Onam Formu | |
| Ek-6: Huzurevinde Kalan Bireyleri Tanımlayıcı Bilgi Formu | |
| Ek-7: Yaşam Bağlılığı Ölçeği (Türkçe ve İngilizce) | |
| Ek-8: Ölçeği Geliştiren Yazar İzni (Yaşam Bağlılığı Ölçeği) | |
| Ek-9: Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği (Türkçe) | |

Ek-10: Ölçeği Geliştiren Yazar İzni (Fonksiyonel Otonomi Ölçeği)

Ek-11: Dijital Makbuz

Ek-12: Tez Orjinallik Ekran Görüntüsü

Ek-13: Uygulamada Verilen Eğitim İçeriği (CD)

9. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|---------------|--|
| ACSM | American College of Sports Medicine |
| AFA | Açıklayıcı Faktör Analizi |
| AHA | American Heart Association |
| BE | Bedensel Etkinlik |
| DFA | Doğrulayıcı Faktör Analizi |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| EGYA | Enstrumental Günlük Yaşam Aktivitesi |
| GYA | Günlük Yaşam Aktiviteleri |
| ICIDH | International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps |
| LIFE-H | Life Habits Questionnaire |
| NIC | Nursing Interventions Classification |
| QARS | Quarantine Activity Reporting System |
| SMAF | Functional Autonomy Measurement Scale |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |

ŞEKİLLER

| Şekil | | Sayfa |
|-------|---|-------|
| 3.1. | Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Path Diyagramı. | 44 |
| 3.2. | Yaşam Bağlılığı Ölçeğine İlişkin Path Diyagramı. | 49 |



TABLOLAR

| Tablo | Sayfa |
|--|--------------|
| 3.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Katılan Huzurevi Sakinlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri | 42 |
| 3.2. Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İçin Açıklayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlik Analizi Sonuçları | 43 |
| 3.3. Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İçin Uyum Ölçütleri | 45 |
| 3.4. Yaşam Bağlılığı Ölçeği İçin Açıklayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlik Analizi Sonuçları | 48 |
| 3.5. Yaşam Bağlılığı Ölçeği İçin Uyum İndeksleri | 50 |
| 3.6. Araştırmanın İkinci Aşamasına Katılan Huzurevi Sakinlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri | 54 |
| 3.7. Huzurevi Sakinlerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumları | 55 |
| 3.8. Huzurevi Sakinlerinin Çocukları, Yakınları, Kurumda Kalan Bireyler ve Çalışanlarla İle Olan İlişkileri | 56 |
| 3.9. Huzurevi Sakinlerinin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özellikleri | 57 |
| 3.10. Huzurevi Sakinlerinin Sosyal Aktivitelere Yönelik Talepleri | 59 |
| 3.11. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Haftalık Uygulama Planı | 66 |
| 4.1. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme İle Yaşam Bağlılığı Ölçeği Genel Skor Puanlarının Dağılımı | 77 |
| 4.2. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı | 79 |
| 4.3. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği Alt Grupların Üç Ana Grup Ölçek Puanlarının Dağılımı | 81 |
| 4.4. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği Alt Madde Puanlarının Dağılımı | 82 |
| 4.5. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Yaşam Bağlılığı Ölçeği Alt Madde Puanlarının Dağılımı | 85 |
| 4.6. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçeğinin Genel Skor Puanlarının Arasındaki | |

| | | |
|--------------|---|----|
| | İlişkinin Dağılımı | 86 |
| 4.7. | Yaş Gruplarına Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 87 |
| 4.8. | Yaş Gruplarına Göre Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Grup Ölçek Puanlarının Dağılımı | 88 |
| 4.9. | Yaşa Gruplarına Göre Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Madde Ölçek Puanlarının Dağılımı | 89 |
| 4.10. | Yaş Gruplarına Göre Yaşam Bağlılığı Ölçeğinin Alt Madde Ölçek Puanlarının Dağılımı | 90 |
| 4.11. | Cinsiyete Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 91 |
| 4.12. | Medeni Duruma Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 92 |
| 4.13. | Eğitim Durumuna Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 93 |
| 4.14. | Huzurevi Sakinlerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumlarına Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 94 |
| 4.15. | Huzurevi Sakinlerinin Çocukları, Yakınları, Kurumda Kalan Bireyler ve Çalışanlarla İle Olan İlişkilerine Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 96 |
| 4.16. | Huzurevi Sakinlerinin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özelliklerine Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 97 |
| 4.17. | Huzurevi Sakinlerinin Aktivitelere Yönelik Taleplerine Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı | 98 |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlı nüfusun bakımı; sağlık hizmetleri, sosyal ve ekonomik sistemleri kapsamaması nedeniyle, çok boyutlu ele alınması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Yaşlılık dönemi, insan hayatındaki fiziksel ve ruhsal değişimlerle birlikte seyreden ve bu değişimlere uyum sağlanması gereken kırılgan bir süreçtir (2). Sosyal ilişkilerde yaşanan azalma, dış çevreye uyum sağlamada zorluklar yaşama, başkalarına bağımlılığın artması gibi birçok sorun bu dönemin uyum sürecini zorlaştırmaktadır (3, 4).

Aile bağlarının kuvvetli olmasına rağmen, son zamanlarda yaşanan sosyal değişimler, yaşlının toplumdaki statüsünü ve yerini değiştirmiştir. Yaşlı bireylerin artık aile üyeleri arasında istenmemesi, göçlerin artmasıyla birlikte toplumda gelişen çekirdek aile yapılanması ve konutların küçülmesi yaşlının kendine yer bulmasında sorunlara neden olmaktadır (5, 6). Yaşlılara duyulan sorumluluk duygusunun giderek azalması, kadınların iş hayatına girmesi, eş kayıpları gibi faktörler, evde yaşayan yaşlıyı giderek yalnızlaştırmakta ve zorunlu olarak kurumsal bakıma geçiş yaşanabilmektedir (7, 8). Kurumsal bakım ise ileri yaştaki bireyler için aslında istemedikleri (9, 10), üretkenliklerinin kaybedildiği, bağımlılıklarının arttığı ve kendi yaşamlarının kontrolünü kaybetmeye neden olan ortamlar olarak düşünülebilmektedir (11). Bunun yanı sıra, tanımadıkları farklı kültürden insanlarla bir arada yaşamak zorunda kaldıkları (12), onları sevdikleri ve hakim oldukları ev ortamından ayıran, statü kaybetmesine neden olabilecek bir yer olarak algılamaktadırlar (13, 14). Kurumsal bakımda öncelikli olarak fiziksel bakıma odaklanması, psikolojik ve sosyal yönlerin birlikte bir bütün olarak ele alınmaması da önemli bir sorun olarak belirtilmektedir (15). Bu nedenle kurumda yaşayanlarda kognitif (bilişsel) fonksiyonlarda bozulmalar (16), sürdürülen günlük yaşam aktivitelerinin gerilemesi, beslenmenin bozulması, kendi istek ve düşünceleri doğrultusunda bağımsız iş yapabilme kapasitesinin olumsuz etkilenmesi (17), bireysel otonomi (özerklik), kontrolün ve seçim yapabilme kapasitesinde azalma gibi birçok psiko-sosyal problemler görülebilmektedir (18).

İnsanların yaşam kalitesi için düşünölen ve yaşam sürecinin en önemli belirleyicilerinden birisi otonomidir (19). Otonomi, bireyin karakterini koruması, bağımsızlığını ve sahip olduğu haklarını arttırması, yaşamını kendi düşönceleri doğrultusunda özgür seçimleri ile idame ettirebilmesi kısaca kendi yaşamından sorumlu olmasıdır (20). Bireyin davranışını kendisi belirlediği için, diğer insanlarla olan etkileşimlerden ve onlarla arasındaki ilişkilerin boyutlarından etkilenmektedir (21). Yaşlıların özerk davranabilmesi kontrol duygusuna sahip olmaları ile mümkün olmaktadır. Hayatın her evresinde olduğu gibi ileri yaşıta da bireyler hayatlarının kontrolünün kendilerinde olmasını isterler. Bunu başarabilen bireylerin uyum yeteneklerinin önemli düzeyde arttığı görölmüşür (22).

İleri yaşıtaki bireylerin evde ve kurumsal bakımından sorumlu olan hemşireler, onların ihtiyaçlarının ortaya koyulmasında, kendilerine seçeneklerin sunulmasında, yaşamları ile ilgili kararları alabilmelerinde onlara kaynak ve fırsatları sunarak kendi seçimlerini yapabilmelerini sağlamayı amaçlamaktadırlar (18, 19). Bu dönemde başarılı yaşlanmanın gerçekleşmesine (20), yaşlının fiziksel bakımını yapabilmesine (23), duygusal sorunları ile baş edebilmesine (21), yetersizliklerine rağmen kendi kendine yetebilmesine (24), en önemlisi kendini hayatta değerli görmesine yardım etmede önemli rol üstlenmektedirler (25). Yaşlıların özerkliği, hemşirelik girişimleri ile desteklenebilmektedir. Hemşirelik girişimleriyle onurlu yaşam sürdürmeleri, kişisel bütönlüğün yönetimi ve sosyal faaliyetlere katılımının desteklenmesi yaşlının bağımsızlığının geliştirilmesinde çok önemlidir (26).

Kurumsal bakımdaki bireylerin gününü etkin ve verimli bir şekilde planlanmak, onların bu dönemde gösterdikleri yaşam mücadelesine sağlanan önemli bir katkıdır (27). Bu anlamda onlara gerekli özerkliği kazandıracak, yaşlılığa uyumunu ve yaşam kalitesini arttıracak programların, sakinlerin istekleri göz önünde tutularak ve süreklilik arz edecek şekilde düzenli uygulanması önemle ele alınmaktadır (28, 29). Yaşlı yetişkinlere yönelik programlar içerdikleri sosyal, fiziksel ve eğitim aktiviteleri sayesinde kişisel etkileşimleri artırıp, düzenli topluluk katılımlarını teşvik edici fırsatlar sunmaktadırlar. Ayrıca aktivite programları sosyal izolasyonu azaltmak için potansiyel bir araç olarak değerlendirilmektedir (30). Bu tür programların yalnızlığı azalttığı (31), sosyal izolasyona karşı koruma sağladığı (32) ve yaşlı yetişkinler için duygusal refah düzeyini ve yaşam kalitesini iyileştirdiği

bilinmektedir (33). Sosyal katılım ve grup etkinliği programları, yaşlıların bilişsel fonksiyonlarını olumlu etkileyerek ölüm riskinin azalmasına (34), toplumsal katılımı artırdığı için yeni destekleyici arkadaşlıklar kurulmasına da katkı sağlayabildiği gösterilmiştir (35).

Aktivite (etkinlik) teorisi (*activity theory*), kişilerin yaşlanma döneminde var olan aktivitelerini sürdürdükleri sürece mutlu olduklarını savunan bir teoridir (36). Yaşamını aktif olarak devam ettiren bireyler, aktif olmayan kişilere göre daha mutludurlar (37). Süreklilik teorisi (*continuity theory*) ise, geçmiş yıllar boyunca sürdürdüğü ilişkileri ve aktiviteleri devam ettiren yaşlıların bu davranışları daha uzun sürdürmesine ve onlarla bütünleşmesine neden olmaktadır. Bu da bireyin psikolojik refahına katkı sağlamaktadır (38). Yaşlı bireylerin sağlığını geliştirecek ve yaşam kalitelerini artıracak bu tür sosyal aktivite programlarının süreklilik gösterecek şekilde planlanması ve uygulanması Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasında (NIC), bir hemşirelik girişimi olarak ele alınmakta ve hemşireliğin önemli işlevleri arasında yer almaktadır (39).

Özellikle kurumda yaşayan bireylerin çoğu gününü bir etkinlik yapmadan geçirmektedir. Etkin ve verimli geçirilmeyen boş zaman ise yaşlının sağlığı üzerine olumsuz etkiler göstermektedir (40). Bu konuda kurumsal bakımda yapılan bir çalışmada, yaşlıların %65'inin zamanını odasında oturarak hareketsiz geçirdiklerini, yalnızca %12'sinin sosyal bir aktiviteye katıldığının tespit edilmesi, bu tür programların geliştirilmesine duyulan ihtiyacı göstermiştir (41). Bu programlar, yaşlı bireylerin arkadaşlık ilişkilerini devam ettirebilmeleri için de gereklidir (42). Bu faaliyetlerin sağladığı fiziksel, psikolojik ve zihinsel sağlık (43), yaşam doyumu (44) ve yaşam kalitesi (45) gibi etkiler sayesinde, işe yaramazlık düşüncesinden kurtulup, mutlu olabileceği faaliyetlere katılabilmektedir (43). Kişisel gelişim, kendini gerçekleştirme, beceri ve yeteneklerini artırma (44) ve yaşama anlam yükleme gibi yararlı etkileri ile başarılı yaşlanmayı kolaylaştırmaktadır (46).

Yaşlı bireyin hayatı boyunca birçok sorunla etkili bir şekilde mücadele edebilmesi, onun yaşama güçlü bir bağlılığının olmasını gerektirmektedir (47). Yaşama bağlılık ise, bireyin amaçlarından kaynaklanmakta olup, fiziksel ve psikolojik sağlığına, mutlu olmasına önemli katkı sağlar (46). Bu konuda yapılan bir araştırmada, sosyal ve üretken aktivitelerin, iyi yapılandırılmış boş zaman

etkinliklerinin yaşama olan bağlılığı artırdığı ve hayatta kalabilmeyi olumlu etkilediği görülmüştür (48).

Bu aktiviteler; iş odaklı, yemek, egzersiz, bilişsel uyarı amaçlı, müzikli, dini ve bilgisayar destekli aktiviteler gibi sağlığı geliştirici geniş bir yelpazede uygulanabilmektedir (49). Din, manevi süreçlerimizi oluşturan, istek ve değerlerimiz doğrultusunda faaliyetlerimizi şekillendiren önemli bir etkidir. Bu nedenle de insan sağlığı üzerine tesir eder. Maneviyat ve din, sağlığı geliştiren (50, 51), bireyde umut duygusunu artırarak (52), kendilerini özgür hissetmelerine olanak sağlayan canlılığımızı artırıcı önemli etkidir (50). Ülkemizde huzurevinde yapılan bir çalışmada, dini uygulamaları yerine getiren yaşlıların uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Dini faaliyetlere katılımın onları, yalnızlık ve işe yaramama düşüncesi gibi birçok durumdan koruduğu ve sosyal bütünleşmeyi artırdığı görülmüştür (53).

Her yaştaki birey için düzenli yapılan egzersiz; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde kilit bir rol üstlenmektedir. Oysa yaşlı erişkinlere bakıldığında, sadece %40-41 oranında düzenli fiziksel aktivite yapıldığı bulunmuştur (19). Yine yapılan bir çalışmada, yaşlıların yaklaşık %62'sinin aktif olmadıkları gösterilmiştir (54). Fiziksel aktivite, kas kuvveti ile fonksiyonel özerkliği(otonomi) artırmakta, postural kontrol ve günlük yaşam aktivitelerine (GYA) önemli katkı sağlamanın yanı sıra, psiko-sosyal sağlığı da pozitif yönde etkilemektedir. Haftada 3 kez yapılan egzersizlerin, fonksiyonel özerkliği artırarak onlara bir hareket serbestliği kazandırdığı ve yaşlı kadınların yaşamını olumlu etkilediği tespit edilmiştir (55).

Ses ve nağmeler aracılığıyla insan ruhu üzerinde olumlu etkiler oluşturan müzik, beden ve ruh yapısına etki edebilmesinde dolayı geçmişten bugüne hala hasta tedavisinde kullanılmaktadır. Yalnızca hastalık durumlarında değil, ruhsal durumun iyi olduğu zamanlarda da olumlu etki gösterip sözsüz iletişimi sağlamaktadır (56). Müzik yaşlılarda iletişim becerisi ile duygusal, bilişsel ve davranışsal becerilerinin gelişmesine neden olur (57, 58). Bunların yanı sıra, yaşla ilerleyen bilişsel fonksiyonlardaki gerilemenin yavaşlaması, kendini ifade edebilme becerisi ve stresinin azalması (59), hayattan zevk alma, yeni beceriler geliştirmek ve kendisi ile gurur duymak (60), fiziksel dayanıklılığı geliştirmek (61) gibi daha birçok olumlu etki göstermektedir (62). Müzik dinlemenin, ağrının azaltılması ya da rahatlamaya neden olması gibi etkilerinin yanı sıra, kan basıncında ve nabızda düşmeye sebep

olan endorfin salgısının da artmasına neden olabilmektedir (63). Yine yaşlılarda özellikle depresyon ve bilişsel fonksiyonlar üzerine, müzik terapisinin olumlu etkileri görülmüştür (64).

Eğitimde hedef, kişiye istenilen davranışların kazandırılmasıdır. Eğitimli insanlar değişen koşullara göre kendilerini yetiştirmede, çevrelerine ve topluma uyum sağlamada, sosyal sorumluluklarını yerine getirme ve motivasyonu sağlamakta daha başarılı olmaktadır (65). Çünkü eğitim yoluyla insanın kişiliği geliştirilirken, zevkleri ve kabiliyetleri de gelişme göstermektedir. Böylece insanlar, yaşlandıklarında da kazandıkları ve alıştıkları yaşam biçimlerini sürdürmede zorlanmazlar. Yaşlı insanlar çeşitli öğrenme becerilerine sahiptirler. Önyargıların aksine, yaşlıların öğrenme kapasitesinde majör bir düşüş yaşanmamaktadır (66). İleri yaştaki yetişkinlerin eğitimi, özerkliğin (otonomi) korunmasında ve artırılmasında, sosyal katılımın teşvik edilmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir (67). Dolayısıyla hem bireysel hem de toplumsal açıdan yaşlıların eğitim faaliyetlerini teşvik etmek önemlidir. Eğitim politikası ve eğitim uygulamasının devam ettirilmesi, yaşlı nüfusun bakımında yaşanan birçok güçlüğün çözümüne ciddi katkılarda bulunabilir (68).

Yaşlılık dönemine bireyleri hazırlamada, kendilerini güçlendirmelerinde bu süreçte yaşadığı uyum problemleri ve diğer psikolojik sorunların çözümlenmesinde psikolojik danışmanlık ve rehberlik uygulamaları önemlidir (69). Yaşlılara yönelik bu yaklaşımlar, diğer insanlarla olan ilişkilerini desteklemek, sorunlarını konuşmak, uygun çözümler üretebilme konusunda cesaretlendirme ve değişen koşullara uyum sağlamak üzerine odaklanmaktadır. Bu da bireylerde benlik algısının olumlu gelişmesine yardımcı olmaktadır (70).

Tüm bu çalışmalarda görüldüğü gibi, aktivitelerin etkileri daha çok tek tek ele alınarak incelenmiştir. Bu olumlu etkilere sahip aktivitelerin bir program çerçevesinde planlı ve sürekli uygulanmasını değerlendiren çalışmalar yetersiz kalmaktadır. Oysa huzurevinde kalan yaşlılara başarılı bir yaşlanmayı kolaylaştıracak etkilere sahip, sağlığı geliştirici eğitim programlarının düzenlenmesi ve bunların uygulamalarının sürekli olması önerilmektedir (71). Bu aktivitelerin bir arada, düzenli bir program çerçevesine yerleştirilerek sunulması, birbirlerinin eksik yanlarını tamamlamalarına neden olacak ve yaşlı bireylere otonomilerini kullanması

için daha fazla fırsat sunacaktır. Bu çalışmada, huzurevi sakinlerine düzenli bir biçimde uygulanan, içinde birçok aktivite bulunan programın, yaşlı otonomisi ve yaşama bağlılığı üzerine etkisi ele alınmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, huzurevi sakinlerine uygulanan düzenli sosyal aktivite programının yaşlıların otonomisi ve yaşama bağlılığı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Bu çalışmada aşağıda yer alan hipotezler değerlendirilmiştir.

H₁₋₁: Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinlerinin fonksiyonel otonomisi üzerine olumlu etkisi vardır.

H₁₋₂: Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinlerinin sosyal otonomisi üzerine olumlu etkisi vardır.

H₁₋₃: Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinlerinin yaşama bağlılığı üzerine olumlu etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Dönemi ve Sorunları

Hayatın gelişimsel evrelerinden birisi olan yaşlılık dönemi, insanoğlunun yaşamının en son evresi olarak değerlendirilir. Bu dönemde uyumlu ve başarılı bir yaşlanmanın tamamlanması çok önemlidir (72). İleri yaş dönemi, yaşlı bireyin eski dönemlerinin etkilerinden, çevresinin özelliklerinden (73), yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan hastalıklardan ve engelliliklerden, bilişsel, sosyal ve fiziksel fonksiyonların düzeylerinden etkilenmektedir (74).

Yaşlılık dönemi tipik karakteristik özelliklerin olmadığı, arka planında ilgi ve deneyimlerin çeşitlilik gösterdiği bir süreçtir. Bu sürecin aşamalarına bakıldığında, 50-70 yaş bireylerin 3. yaşlarına hazırlandığı, iş yaşamındaki tecrübelerin paylaşıldığı, hala çalışmaya devam edilen, yeniden eğitim alınan, emekli olunan ve torun bakımı gibi birçok aktivitelerin yaşandığı bir evre olarak açıklanır. 70-85 yaş ise, sağlık ve hastalıkla ilgili mücadelelerin arttığı, uzun dönem eş ya da arkadaş bakımı, yeni seyahat fırsatları ve ekonomik dezavantajların yaşandığı daha ileri bir süreçtir. 85 yaş ve üzerindeki bireyler de ise; altın bilgelik dönemi, minnettarlık, sağlık ve ekonomik sorunlarla daha derin bir mücadele gerektiren bir evre olarak yaşanır (75).

Gerçekte yaşlılık dönemi; tüm bu zorluklara karşı durabilmenin gururunu ve bilgeliğini içerir. Kendini var edebilmenin olgunluğunu taşır (76). Süreklilik gösteren bu süreç, gerçekten dinamizm gerektirmektedir. Çünkü bu dönem büyümeye ve öğrenmeye devam edilen bir evredir. Yaşlı bireyler gelecek için bugünü, sorunlarla başa çıkmak için ise geçmişteki tecrübelerini kullandıkları düşünülmektedir (77). Fisher'in belirttiğine Peiffer, insanlar umutları kadar genç, korkuları kadar yaşlıdır. İnsan aslında, umutları kaybolduğunda yaşlandığını bildirmiştir (78).

Bu dönemde, gereksinimleri, görevleri ve problemleri mevcuttur (79). Bu dönemde bireyde, çeşitli fizyolojik, çevresel, kültürel ve psikolojik ve sosyolojik boyutlu değişimler yaşanmaktadır. Dış çevreye uyum sağlamada zorluklar, kayıpların yaşanması, toplumsal ve sosyal ilişkilerin azalması, üretimin azalması, bağımlılığın, kronik hastalıkların ve ilaç kullanımının arttığı kırılğan bir süreçtir. Bu

kırılganlık, bakım gereksinimi ve yaşam beklentisini doğrudan ilgilendirmektedir (3, 4).

Yaşlı bireyleri zorlayan; toplumsal saygınlığının, sosyal ilişkilerinin ve beklentilerinin azalması gibi faktörlerdir. Yaşanan fizyolojik yapıdaki azalma, nöropsikiyatrik değişiklikler, multidisipliner bakım gereksinimi, bağımsızlığın ve fonksiyonelliğin önem kazanması ve ekonomik durum gibi birçok sorun onun ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır (80). Bu ihtiyaçların karşılanabilmesi için, bireyin yaşlanmayı benimsemesi, toplumsal görevlerinden kaçınmaması ve anlamlı aktivitelere katılması büyük yarar sağlayacaktır (73).

Yaşlı bireylerden beklenen görevler arasında; azalan fiziksel güç ve sağlığına, azalan gelire, kayıplara uyum gösterebilmek yer alır. Yeni yakın ilişkiler kurabilmesi, toplumsal sorumluluklarını alması ve yaşamını düzenleyebilme gücü, bu uyumu kolaylaştıracak ve başarılı yaşlanmada etkin rol oynayacaktır (81). Yaşlılığa hazırlanma sürecinde sosyal çevresini ve ilişkilerini aktif olarak sürdürmesi, sağlığını koruyucu önlemler alma, hafıza ve fiziksel fonksiyonlarını geliştirerek, yaşama olumlu bakabilmesi gibi önemli etkenler yaşlanma sürecini olumlu etkileyecektir (82). Yaşama aktif katılmak ile bireylerin sağlık düzeyleri arasında kuvvetli bir ilişki yer almaktadır. Bu dönemde yapılan anlamlı ve amaçlı faaliyetler, yaşlının bu süreci sağlıklı geçirmesine kolaylık tanımaktadır. Başarılı yaşlanmada, yaşam amaçları ile sosyal ve fiziksel çevreye verdikleri değer önemli bir rol oynamaktadır (48). Bu dönemin sorunlarının bilinmesi ve farkında olunması, gerek sağlık hizmetleri, gerekse sosyal hizmetlerin planlanmasında, sunumunun belirlenmesinde ve geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır (83).

Kaliteli sağlık ve sosyal hizmetlerin sunulmasında, bakıma yaşlının da katılması, sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi, engelliliğin azaltılması ve kendi evlerinde desteklenmeleri önemli başlıklardandır (84).

2.2. Yaşlılıkta Kurumsal Bakım

Yaşlının bakımı; sağlık hizmetleri, sosyal ve ekonomik sistemler olmak üzere multidisipliner yaklaşım gerektiren halk sağlığının önemli bir sorunudur (1, 2). Yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişimlerle birlikte, bağımlılığın arttığı kırılgan bir dönemdir (3, 4). Bu süreçte yaşlı nüfusun karşılaştığı en yaygın sorunlar ise;

yoksulluk ve düşük gelir, sosyal güvenlik politikalarındaki değişiklikler, tek başına yaşayan yaşlı sayısındaki artış, uygun olmayan konutlar, aile bakımındaki azalmalar, yaşlılığa yönelik olumsuz görüşler ve olumlu rolleri kabullenmede güçlükler olarak ifade edilmektedir. Tüm bu sorunlar ileri yaş için bakım sorununu da beraberinde getirmektedir (85). Ailesinin ve yakınlarının yanında kendisine yer bulamayan ya da tek başına hayatını idame ettiremeyen yaşlı bireyler, istemeseler de bakımın diğer boyutunu oluşturan kurumsal bakıma yönelmektedirler (5, 10).

Kurumsal bakım ise, tıbbi yaklaşımdan ortaya çıkan, geleneksel bakım modeli olarak uzun yıllardır tercih edilen, yaşlı bireylerin kendisini hazır hissetmedikleri bir bakım ortamıdır. Amacı, korunmaya ve bakıma muhtaç yaşlıların sağlık, sosyo-ekonomik ve psikolojik gereksinimlerinin, sağlık profesyonellerince karşılanmasıdır. Hastane, huzurevi, rehabilitasyon ve bakım merkezleri, uzun dönem bakım evleri gibi kurumlar bakım hizmetlerini sunmaktadırlar. Sunulan hizmetler, gündüzlü-yatılı, süreli-süresiz, özel-kamu olmak üzere sınıflandırılmaktadır (86).

Ülkemizdeki yatılı kurum hizmetleri, yirmi dört saat hizmet veren, kamuya yada özel sektöre ait huzurevleri, huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri, yaşlı dayanışma merkezleri gibi kurumları kapsamaktadır (87). Kurumsal bakımda en çok rastladığımız huzurevleri ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde, barınma, sağlık, beslenme, temizlik gibi temel ihtiyaçların karşılandığı bir bakım modeli yer almaktadır. Bunların yanı sıra, yaşanan psikolojik ve sosyal sorunların çözümü, var olan sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, aktivitelerin devamlılığı, sosyal faaliyetler ve diğer sosyal hizmetler gibi bakıma yönelik diğer hizmetler de yer almaktadır. Türkiye’de huzurevleri, kendi başına evde kalmakta zorlanan yalnız, kimsesiz, yardıma muhtaç, 60 yaşın üstünde olan sağlıklı bireylerin başvurduğu bakım kurumlarıdır (88).

Dünyadaki genel uygulamada, kısmi/tam zamanlı olarak sürekli bakıma gereksinim duyan, tek başına bağımsız bir şekilde yaşamını sürdüremeyen, sosyal ve psikolojik açıdan güvenlik ihtiyacı bulunan ve tüm olanaklarını tüketmiş yaşlıların başvurduğu bakım alanları olarak görülmektedir (7).

Yaşlının bakımında, tercih ettiği bakım ortamı evidir. Tanıdığı, kendini güvende ve bağımsız hissettiği, anılarıyla dolu sıcak bir ortamdır (89). Saygın ve otorite sahibi olan yaşlı bireyin, toplumsal değişimle birlikte ailesinden uzakta

kalması ya da evinden ayrılması yaşlıların çeşitli sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (12). Kurumsal bakım hizmetleri, iyi planlansa da, bireyleri tam olarak tatmin edememektedir. Alışkanlıklarını sürdürmek isteyen yaşlının, toplu yaşam kurallarını benimsemesi ve birçok aktivitesini kısıtlı bir zamanda yapmak zorunda kalması yaşamını oldukça zorlaştırmaktadır (87).

İleri yaştaki birçok insan, kendisine yakınlarının yanında yer bulamadığında, bakımevlerini istemediği halde zorunluk nedeniyle tercih edebilmektedir (14). Yaşlı için kurumsal bakım, pasifleştiği ve yaşam kontrolünü kaybetme korkusu yaşadıkları bir ortam olarak algılanmaktadır (10, 11). Yaşlının evinden ayrılması, yabancı insanlarla bir arada yaşamak zorunda kalmaları (12) ve statü kaybına uğramaları kurumsal bakıma olan olumsuz düşüncelerini artırmaktadır (13).

Kurumsal bakımın yol açtığı bu süreçte, onu destekleyebilecek tüm kaynakların azalması da bu süreci zorlaştırmaktadır. Bunun sonucunda da yalnızlaşma, kendini değersiz görme (12), fiziksel ve psikolojik sorunlar (86), başkalarına yük olma hissi (90), bağımsızlığını kaybetme korkusu ve çaresizlik gibi duygularının artması (91) gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşmaktadır. Yine yaşlı için anlamlı aktivitelerin bırakılması, fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarda azalmayla sonuçlanabilmektedir (92).

Kurumsal bakım alanının, daha çok fiziksel bakıma yoğunlaşması diğer psiko-sosyal alanların birlikte ele alınmaması (15) bu alanlarda önemli sorunlara yol açmaktadır. Bilişsel bozulmalar (16), günlük yaşam aktivitelerinin gerilemesi, bağımsızlığın azalması, bireysel otonominin azalması ve seçimlerin azalması gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen birçok sorun karşımıza çıkmaktadır (18).

1300 yaşlı birey üzerinde yapılan bir araştırmada, yaşlıların %91.7'si huzurevinde kalmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Kalmak istememe nedenleri incelendiğinde ise, %50.1'inin ailesinin yanında mutlu olduğu, %21'inin çocuklarının izin vermeyeceği, %9.9'unun yalnız yaşamaktan hoşlandığı, %2.2'sinin huzurevi ortamından rahatsız olduğu ve %1.8'inin ise toplum baskısı gibi cevapları verdikleri görülmüştür (93). Sosyal hizmetleri değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada ise, huzurevine yerleşmek için sırada bekleyen yaşlıların bir kısmı merakla ve heyecanla (%28), önemli diğer bir kısmı ise kaygıyla (%35) sıralarının gelmesini beklemektedirler. Huzurevinde kalacağı için kendini mutlu ve memnun (%19)

hisseden yaşlıların az olduğu belirlenmiştir. Yaşlı ve ailelerinin çoğuna göre de, huzurevi ancak zorunlu kalırsa tercih edilecek bir yerdir. Yaşlılarımızın, yemek pişirme (%30), sağlık hizmeti alabilme (%27), ev işlerinde yardım (%27) ve ekonomik destek (%20) sağlama gibi ihtiyaçları karşılandığında ise, huzurevinde kalan ve huzurevi için bekleyen yaşlıların en az yarısı huzurevi yerine evde kalmayı tercih etmişlerdir (6).

Toplu yaşamın olduğu huzurevlerinde, yaşlıların bireysel ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasına yönelik bireysel bakım planları yapmak oldukça güçtür. Toplu yaşama göre planlanan bakım hizmetleri nedeniyle, bireysel otonomi ve kontrol oldukça zayıftır (17). Birçok kayıp yaşayan yaşlı için, seçim yapabilme şansı azalır ve bakım sağlayıcılara bağımlı kalabilirler (18). Bu da birçoğunun gününü hiç bir aktivite yapmadan boş geçirmelerine sebep olmaktadır (40). Oysaki kurumsal bakımdaki yaşlının, onlara gerekli özerkliği (otonomiyi) kazandıracak, uyumunu ve yaşam kalitesini artıracak sosyal aktivitelere ihtiyacı vardır (28).

Yaşlı yetişkinlere yönelik hazırlanan bu programlar, kişisel etkileşimleri, düzenli katılımı ve topluluk katılımını teşvik etmesi nedeniyle kurumsal bakımın neden olduğu sosyal yalnızlığı azaltmada önemli araçlar olarak görülmektedir (30). Bu tür programların, yalnızlığı azalttığı (31), sosyal izolasyona karşı koruduğu (32) ve duygusal refahı artırıp yaşam kalitesini iyileştirdiği bilinmektedir (33). Bu hizmetler, gündüzlü hizmetler (serbest zaman değerlendirme, ulaşım hizmetleri, sağlık, spor, beslenme, rehabilitasyon, diyet, kişisel bakım, hukuksal ve mali müşavirlik, tatil ve piknik organizasyonu vb.), tıbbi, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri gibi geniş bir yelpazede sunulmalıdır (94). Böylece yaşlı birey, kurum sakinleri ve sosyal ilişkileri ile bir bütün olarak ele alınabilecektir (95, 96).

Tüm gelişmiş ülkelerle paralel olarak bizim ülkemizde de artık kurumsal bakım yerine, yaşlının mümkün olduğunca evinde yakın çevresiyle birlikte ihtiyaçlarının karşılanarak bakımının sağlanması tercih edilmektedir (89). Çünkü aileler ve toplum, yaşlı bireylerin bakımında, destek ve tedavisinde en önemli faktörlerdir (97). Yaşlının evde bakılması kurumsal bakımın getirdiği birçok olumsuz sonuçların aksine sosyal durum, bağımsızlık, kişilerarası ilişkiler ve kendi gerçekleştirme gibi süreçleri olumlu yönde etkilemektedir (98).

2.3. Yaşlılıkta Otonomi (Özerklik) Kavramı

Yaşam kalitesinin önemli alt bileşenlerinden birisi otonomi (özerklik) kavramıdır (19). Kendi yönetme anlamına gelen bu sözcük, Yunanca autós (ben) ve nomos (yasa veya kural), oluşur ve özyönetim anlamına gelen bağımsızlığı ifade eder. Bireysellik ve benlik yönetimi ile yakından ilişkilidir (99). Otonomi, bireyin karakterini koruması, bağımsızlığını ve haklarını artırması, yaşamını kendi düşünceleri doğrultusunda özgür seçimleri ile idame ettirebilmesi, kısaca kendi yaşamından sorumlu olmasıdır (20). Kendi kaderini tayin edebilme gücüne sahip olmak olarak ta tanımlanmaktadır (99).

Özerklik ihtiyacı, bireyin tatmin olması, psikolojik sağlığı ve gelişmesi için gereklidir. Otonomi, bireyin davranışını kendisinin belirlemesi gibi iç kaynak ve diğerleriyle olan etkileşimleri gibi dış kaynaklardan etkilenir (21). Hertz'e göre otonomi, gönüllük ve kendi kendine yön vermektir. Davranışların ve kararların üzerindeki kontrol yeteneğidir (23). Otonomi kavramı bireysel bütünlük, düşünme, muhakeme yapabilme kapasitesi olarak ta tanımlanmaktadır (100). Kısaca bireyin kendi haklarını ve karakterini korumasıdır (101).

Otonomi iki boyutu ile el alınır. Pozitif olarak tanımlandığında, hayatın aktif şekillenmesi ve temel değerlerle ele alınarak hayattan sorumlu olunmasıdır. Negatif tanımlamada ise, girişimsizlik, hayatımızdaki kısıtlayıcı düzenlemeler, hastalıklar, kurumsallaşma ve aile üyeleri gibi faktörlerin neden olduğu olumsuz durumdur (24).

Feinberg'e göre otonomi için 3 şeye ihtiyaç vardır. Birincisi "kendi kendini yönetme kapasitesine", ikincisi "bağımsızlık hakkına sahip olmak" ve sonuncusu da "insanların fırsat verilmesine ihtiyacı" vardır (102). Karar verme, yetki verme ve sorumluluk alma gibi bireyin gücünü ifade eden (103), otonomi kavramının geliştiği bireyler, faaliyetlerini kontrol ettikleri zaman, amaca ulaşmanın ve başarılı olmanın mutluluğunu yaşarlar (104).

Davranış özerkliği olarak ta tanımlanan otonomi, bireyin yaptığı eylemin sorumluluğunu kabul etmesi ve eylem özgürlüğü olarak ifade edilir (105).

Otonomiyi etkileyen faktörlere baktığımızda, sosyal destek ve fonksiyonel durum (20, 25), yaş, cinsiyet, ırk, evlilik durumu, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik birçok etkenle karşılaşmaktayız (26). Bunların yanı sıra, ikamet edinilen yer (kurumsallaşma), sağlık algıları ve durumu, fiziksel işlev yetenekleri, kaygı

düzeyleri (106), yaşlı ayrımcılığı ve onlara karşı önyargılı tutumlar (107), sorunlarla baş etme becerileri, depresyon, paternalist yaklaşımlar, finansal destek ve hayata yönelik tutumları (27) da etkili diğer faktörler olarak belirtilmektedir. Yaşam memnuniyeti, olumlu duygular ve psikolojik iyi olmak gibi faktörler otonomiye pozitif(olumlu) yönde etkilerlerken (108), depresyon ve bağımlılık gibi faktörler ise otonomiye negatif (olumsuz) yönde etkilemektedir (109).

Yaşlı insanlar, sağlık durumlarının bozulması nedeniyle toplumda savunmasızdırlar ve genellikle bakım hizmetlerine bağımlıdırlar (110). Yaşlı bireyin otonomisini etkileyen en önemli faktörlerden bağımlı olma ve kurumsallaşma, bu dönemde doğal bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hastalıklar, psikolojik durum, kültürel farklılıklar ve yabancı bir ortam olan kurumsal bakımda otonominin azalmasını kolaylaştırabilir. Yine bu dönemde, mevcut bakım olanakları, bilgi düzeyi ve mali kaynaklar da gibi dışsal faktörler olarak otonomiye kısıtlayabilmektedir (111). Diğerlerine ihtiyaç arttıkça, özellikle de kurumlarda öz-denetim ve özerklik sağlanması zorlaşmaktadır. Bu nedenle bakımın nerede olursa olsun en yüksek düzeyde bağımsızlık ve özerklik derecesinde sunulabilecek şekilde planlanması gerekir (112). Yine geç yetişkinlik (yaşlılık) dönemi, algılanan özerkliği ciddi anlamda tehdit edebilir (113,114).

Yaşlılığın korkulan bir dönem olarak algılanmasının nedeni, başkalarına bağımlı olma korkusudur. Gerçekte yanlış olan bu inancın temeli, “bağımsızlık” kaybının yaşanacağı korkusudur ve bu korku bireyin otonomisinin kaybedilmesine neden olmaktadır (17, 32). Yaşlıların özerk davranabilmesi, kontrol duygusuna sahip olmaları ile mümkün olmakta ve böylece bireylerin uyum yetenekleri de artmaktadır (22). Uyum yeteneğinin artması ile artan otonomi, istemli davranışları kolaylaştırır ve yaşlıların duygusal durumunun iyileştirilmesine yardımcı olur (115). Çok sayıda kronik hastalıkları olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini, memnuniyetini ve genel refahını belirleyen temel bir değişkendir (116). Das (110), uzun süreli bakımda yer alan yaşlıların otonomisini etkileyen beş farklı faktör tanımlamıştır. Bunlar, “seçim özgürlüğü, bağımlılık, haysiyet, paternalizm ve kırılabilirlik ya da sakatlıktır”. Yaşlılarda bilişsel kapasitenin azalması ile seçim özgürlüğü arasında ilişki vardır. Bireyin sağlık personeline yine bağımlılığı arttıkça, seçim özgürlüğü de kısıtlanır (117). Oysa özgür seçim yapmak birey için bir haktır (118) ve onlar için en iyisi

kendi seçimleridir. Çünkü seçimlerini kendi istek ve arzularıyla gerçekleştirirler (119). Bireyin kişiliğinin korunması yaşlının özerkliğini de etkiler. Paternalist yaklaşım kurumsal bakımda çok yaygındır ve yaşlı adına personelin karar verme gücü artmaktadır. Yaşlılara yeterli fırsatlar sunulmaması onların otonomisini azaltır (110).

Kurumlarda bakılan yaşlının otonomisini koruyabilmek için, bilinçli harekete geçme (120), anlayarak hareket etme (121), üzerinde kontrol olmadan hareket etme (122), kendi kararlarını verebilme (91, 123), bağımsız seçim yapabilme (124) ve dışarıdan kısıtlamalar olmaksızın hareket edebilmek (125) gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Bunların yanı sıra, ahlaki değerleri kabul etme (126, 127), kendine güvenini koruma (124), bireyin onuruna saygı duyulması ve bireyin ilgi alanlarına yönelik hareket edilmesi (122) gibi diğer etkenler de sağlık hizmeti planlanması sırasında otonomi için göz önünde bulundurulmalıdır.

Eğer yaşlı birey kendini yönetebilme becerisine sahipse, yaşamının sonraki dönemlerinde de otonomisini kullanabilecektir. Bireyin anlamlı aktivitelerde bulunması, ona uygun fırsatların sunulmasına yardımcı olacaktır (110). Yaşlı bakımında önemli bir yere sahip olan hemşireler, onlara seçeneklerin sunulmasında ve karar verebilmelerinde fırsatlar sunabilmelidirler (18, 19). Yaşlıların özerkliği (otonomisi), hemşirelik girişimleri ile desteklendiğinde, sosyalleşme süreci sağlıklı bir şekilde tamamlanır ve bağımsızlıkları geliştirilir (17, 26). Otonomi değerlendirmesinin iki boyutta ele alınması gerekmektedir. Sosyal bir varlık olan insan için sadece fiziksel alanların değerlendirilmesi doğru değildir. Bu nedenle otonominin değerlendirilmesi, sosyal ve fiziksel boyut olmak üzere bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaktadır (128).

2.3.1. Fonksiyonel Otonomi (Özerklik)

Fonksiyonel özerklik, bireyin bağımsızlığının göstergesidir. Kuramsal yaklaştığımızda, kişinin içinde yer alan somut, uygulanabilir motivasyonlarını içerir. Bu motivasyonlar, kişisel anılarının sürekliliğini açıklar (128). Fonksiyonel özerklik, kişinin fiziksel ve psikolojik refahı için gerekli olan aktiviteleri gerçekleştirme kabiliyeti olarak tanımlanır (129). Hebert'e göre fonksiyonel özerklik, bir bireyin yetenek ve destek kaynakları arasındaki denge durumudur. Hastalık, sakatlık ya da

engelliliğin etkileri konusunda bilgi verir. Ayrıca farklı durumlar ile aynı durumları uzun süreli karşılaştırmada ve fonksiyonel durumu özetlemek için kullanılmaktadır (130).

Kapsamlı bir geriatrik değerlendirme, bireyi fonksiyonel açıdan değerlendirmelidir. Bu değerlendirmeyi yaparken, akut ya da kronik hastalıkların fiziksel fonksiyonlara etkilerine bakılmaktadır. Yaşlanmaya, fonksiyonel otonomi azaltıcı birçok faktör eşlik eder. Bu nedenle yaşlının bakımını kolaylaştırmak için, fonksiyonel otonomi seviyesi değerlendirilmelidir. Fonksiyonel otonomi değerlendirme araçları arasında, günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni yerine getirebilme, bilinç, görme, işitme, sosyal destek durumu ve psikolojik iyilik hali gibi faktörler yer almaktadır. Bazıları ise fonksiyonel otonomi, enstrumental faaliyetler, zihinsel işlevler ve iletişim gibi alanlar olarak ta değerlendirir (131).

Fonksiyonel otonomi değerlendirilmede, Dünya Sağlık Örgütü'nün Bozukluk, Engellilik ve Sakatlık Sınıflandırılmasına göre değerlendirme araçları oluşturulmuştur. Engellilik bireyi sınırlandıran fonksiyonlardır. Sakatlık ise, kişinin faaliyetlerindeki sınırlayıcı bir bozulmayı ifade eder. Fonksiyonel otonomi ölçmek ve değerlendirmek amacıyla geliştirilen araçlardan birisi, Hebert ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve SMAF (Functional Autonomy Measurement System) olarak adlandırılan ölçektir. Bu ölçek hem sorunlara tanı koyar hem de fiziksel ve sosyal kaynakları değerlendirmemize de olanak sağlar. Fonksiyonel yeteneklerin beş temel yönünü kapsayan 29 maddeden oluşan ölçekte, fonksiyonel yeteneği ölçmek için günlük yaşam aktiviteleri (yemek, yıkama, giyinme, kişisel bakım, idrar ve bağırsak fonksiyonları, tuvaletler), hareketlilik (transferler, içeride ve dışarıda yürümek, protez kullanma, ortez kullanma, tekerlekli sandalye kullanma, merdivenleri çıkabilme), iletişim (işitme, konuşma), zihinsel işlevler (hafıza, yönelim, anlama, yargılama, davranış) ve günlük yaşamın enstrümantal faaliyetleri (ev temizliği, yemek hazırlama, alışveriş, çamaşırhane, telefon, ulaşım, ilaç kullanımı, bütçeleme) gibi beş alan yer almaktadır (132).

Hastalıklar, bilişsel fonksiyonlar, depresyon, denge ve düşme riskleri, çevresel riskler, ortostatik hipotansiyon, beslenme, sosyal destek, görme ve işitme, inkontinans, arteriyel kan basıncı gibi faktörler yaşlılardaki fonksiyonel azalma riski ile ilişkilendirilen faktörlerdir. Bu faktörler nedeniyle yaşanan fonksiyonel düşüş,

yaşlılığın en büyük sağlık sorunlarından birisidir (130). Yaşlanma döneminde karşımıza çıkan sağlığın bozulması, eş, iş ve sosyal ilişkilerin kaybı gibi birçok soruna neden olabilir (133). Bu nedenle yaşlı insanların sağlığı, fonksiyonel durumlarıyla yakından ilişkilidir. Fonksiyonel otonomiye etkileyen en önemli destek grupları ise, bireyin kendisi, ailesi (komşu, arkadaş vb.), resmi ya da gayri resmi olmak üzere kurum ve kuruluşlardır. Sosyal çevre ve sosyal destek azlığı fonksiyonel kapasiteyi olumsuz etkilemekte, günlük aktivitelerdeki kısıtlamaları ve kalıcı sakatlığı arttırmaktadır (134).

2.3.2. Sosyal Otonomi (Özerklik)

Yaşlılık dönemi, uyum sağlanması gereken sorunlarına rağmen kaliteli geçirilmesi gereken dönemlerden birisidir (135). Yaşam kalitesi ise bireyin hayat konforunu, memnuniyetini ve hayatını kendi iradesiyle yönlendirmesini ifade eder (136). Yaşlının ekonomik ve sosyal güvencesinin olması, güvenli bir ortamda bulunması, aktif bir yaşamının olması, itibar görmesi ve bireyselliğine saygı duyulması gibi birçok faktörden etkilenir. Fiziksel fonksiyonlar boyutunda kişinin günlük aktiviteleri gerçekleştirebilme düzeyine, sosyal boyutunda ise kişinin ailesi ve toplumun diğer bireyleri ile olan ilişki düzeyleri yer almaktadır (81).

Yaşlılığın beraberinde getirdiği fiziksel sorunlar ve bağımsızlığın azalması, fonksiyonel otonomiye olumsuz etkilemektedir (137). Kronik hastalıkların artması, fonksiyonel bağımsızlık düzeyini azaltarak bireyin otonomisini olumsuz etkilemektedir (138). Bu nedenle geriatrik değerlendirmenin önemli bir parçasıdır (139). Yapılan değerlendirmede, karşılaşılan problemlerin yaşlının fiziksel fonksiyonları üzerine göstermiş olduğu etkilere bakılmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), bilişsel fonksiyonlar, duyuların fonksiyonları, sosyal destek ve psikolojik refahları üzerine etkileri ele alınmaktadır (140).

Otonomi ve sağlığımız, fiziksel fonksiyonlar kadar sosyal fonksiyonlardan da etkilenmektedir. Sosyal işleyişin sağlık çıktıları üzerine önemli etkileri mevcuttur. Bireyin sağlığını yeniden kazanması ve var olan sağlığını sürdürmesi ancak sosyal fonksiyonların istenilen düzeyde olması ile gerçekleşir (131). Aksi takdirde sosyal fonksiyonların azalması, hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır (141). Kendine güven, öz saygı, sosyal entegrasyon kaliteli bir yaşam için esastır (142). Bu nedenle fiziksel

boyutun yanı sıra sosyal kavramları da içermelidir. Toplumdaki rollerinin algılanması ve diğer insanların kendisine verdikleri rol, kendini tanıma sürecinde önemli bir unsurdur. Toplumdaki diğer bireylerle olan ilişkilerini düzenler ve refahı artırır (143). Özerkliğe saygı, insan merkezli bakımın temelini oluşturduğu için sağlık ve sosyal bakım bağlamında da önemlidir (144).

Sosyal otonomi kavramı sosyal ilişkiler, sosyal tutumlar ve sosyal aktiviteler gibi farklı yönleri kapsar (145). Daha geniş bir perspektiften bakılacak olursa sosyal katılım, sosyal ağ, sosyal destek, sosyal kaynaklar, sosyal ilişkiler ve sosyal roller gibi kavramlarla ilişkili olduğunu görebiliriz (146). Sosyal fonksiyonlar, sağlık hizmetlerinin sunulmasında fonksiyonel otonomi ile birlikte tamamlayıcı rol oynar (147). O nedenle klinisyenler, uygun müdahalenin planlanmasında sosyal yönlerin de ele alınmasını önermektedir. Sosyalleşmedeki sınırlamaları tanımlamak ve ihtiyacı belirlemek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine de önemli katkılar sağlamaktadır (131). Yaşlılarda sosyal fonksiyonları değerlendirmede, “Sosyal Fonksiyonel Scala”, “Sosyal Fonksiyonel İnceleme”, “Sosyal Uyum Scala II” ve “Sosyal Memnuniyet Dökümanı” gibi bir takım ölçüm araçları kullanılmaktadır. Bu araçlar, bireylerin diğerleri ile olan ilişkilerinin sürdürülmesi ya da boş zaman aktiviteleri gibi sosyal performanstaki yetersizlikler yerine sosyal bozulmayı ve uyum sorununu ortaya koymaktadırlar (148).

1998 yılında “Sosyal Fonksiyon Skalası” olarak Pinsonnault ve diğerleri tarafından Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Uluslararası Yetersizlik (Özürlülük) Sınıflaması ve bir literatür taraması ile Quebec ve Fransız uzmanlarının görüşleri doğrultusunda geliştirilmeye başlanmıştır. Ölçek, sosyal işlevsellik ölçeğidir ve “Sosyal Aktiviteler”, “Sosyal İlişkiler”, “Sosyal İletişim”, “Diğerlerine Saygı”, “Sosyal Roller” ve “Atılganlık (Kendine Güven)” olmak üzere 6 maddeden oluşmaktadır. Yaşlı bireydeki sosyal yetersizlikleri ortaya koymasının yanı sıra, engelliliği azaltmak için insan kaynaklarının kullanılabilirliğini de değerlendirmektedir. Değerlendirme aslında kişinin sosyal işlevlerini nasıl yönettiğini bize gösterir. Ayrıca yetersizlikleri gidermek için kullanılacak kaynakların sürekliliği ve istikrarı hakkında da bilgiler sunmaktadır. Ayrıca özürlülük bölümündeki bilgiler, sosyal desteğin ve sosyal çevrenin varlığının belirlenmesinde bir gösterge olarak kullanılabilir. Engellilik ve özürlülüğün

seviyeleri ise, müdahalenin yoğunluk derecesi ve memnuniyet kavramının ortaya koyulmasına yardımcı olabilmektedir. İleri yaştaki bireyin yaşadığı ortamda (ev/kurum) karşılaştığı bir değişim sırasında, hizmetlerin talep ve planlanması aşaması ile otonomi kaybı yaşayan bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde sosyal fonksiyonların ele alınıp değerlendirilmesi sunulan hizmetin kalitesini önemli ölçüde artıracaktır (131).

2.4. Yaşlılık ve Yaşam Bağlılığı

Her insanın kendisine özgü bir yaşam amacının olması doğal bir gereksinimdir (149). İnsanı diğer canlılardan ayıran şey, onun anlamlılık duygusuna sahip olmasıdır. Bu duygu hayatın anlamını sorgulamasına yol açmıştır (70). Bu amaçla gösterilen gayret, yaşamın anlamını daha da güçlendirecektir (150).

Sağlığın ve yaşamın sürdürülebilmesini davranışlardaki bağlılık duygusunun sağladığı düşünülmektedir (151). Davranışların ortaya çıkması, değerli ve anlamlı hedefleri belirleyebilme yeteneği ile belirlenen hedeflerin ulaşılabilir olması gibi iki önemli faktörden etkilenir (152). Değerli hedefler yaşam amacımızı oluşturur ve yaşamla anlamlı ilişkiler kurmamızı desteklerler. Yaşanan olumsuz durumlara rağmen, amaçlarımıza olan bağlılığımız bireysel dayanıklılığımızı artırmaktadır (153). Yaşamın anlamını keşfetmek ise yaşam doyumunu olumlu etkilemektedir (154). Kendisine amaç belirleyip bu amaca ulaşmak için gayret gösterenlerin, gayret göstermeyenlere göre öznel açıdan daha iyi düzeyde oldukları belirtilmiştir (155). Bir amacı sürdürebilmek için de anlamlı ve iyi bir yaşama ihtiyaç vardır (156).

Yaşamının her evresinde birçok sorunla karşıya kalan bireyin, bu sorunlarla etkin bir şekilde başa çıkabilmesi için güçlü bir yaşam bağlılığı gerekmektedir (47). Yaşam bağlılığı ise, bireyin değerli bulduğu faaliyetlere ne ölçüde katıldığını gösterir. Amaç ya da yaşam bağlılığının eksikliği psikolojik ve fizyolojik refah (iyilik) için önemli bir risk faktörüdür (154). Yaşama bağlılık, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığına, mutlu olmasına önemli katkılarda bulunur (47,157). Bireyin amacının olması yaşaması için nedendir (158).

Bağlılık ise, katılım, tutku, şevk, özveri, odaklanmış çaba, gayret ve enerji gibi birçok kavramın etkilediği bir durumdur. Merriam-Webster sözlüğü bağlılığı; "duygusal katılım ve kararlılık" olarak tanımlamaktadır (159). Yaşam bağlılığını

sadece hayatta olmak olarak değerlendiremeyiz. Gerçekte yaşadığımız süreçte farklılığımızı ortaya koymak için sahip olduğumuz bir amaçtır. Yaşam bağlılığını artıracak anlamlı aktiviteler bulunmazsa yaşamın anlamsız olduğu düşünülür (160). Bu bağlılığı, iyimserlik, öz-yeterlilik, duygusal denge, sosyal işlevsellik, fiziksel iyi olma, dışa dönüklük ve yaşam doyumunu gibi faktörler olumlu etkilerken, depresyon, algılanan stres, öfke ve düşmanlık gibi faktörler de olumsuz etkilemektedir (160, 161). Yalnızca yaşama olan inancımız değil, psiko-sosyal sağlık durumumuz da yaşam bağlılığını etkilemektedir Bu nedenle insan hayata bağlanabilmek için anlamlı aktiviteler bulmak zorundadır. Bu aktiviteleri değerli ve anlamlı kılan onlara yüklediği anlamdır (154, 160). Başarılı yaşlanmada, yaşam amaçları ile sosyal ve fiziksel çevreye verdikleri anlam önemli rol oynamaktadır (48).

Yüksek seviyede amaçları sürdürebilmek, bir takım kayıplar nedeniyle (örneğin dulluk, emeklilik) zorlaşabilmektedir. Zorlukların yaşandığı ileri yaşta iyi bir amaca sahip olmak, sağlığın daha iyi olmasını, günlük aktivitelerde yeterlilik ve daha yüksek sosyo-ekonomik statü oluşmasına yardımcı olur (162). Yaşam amacının yükseltilmesi için üretken faaliyetlere katılmak (toplum tarafından değerli bir ürün oluşturan faaliyetler) ve kişisel ilişkileri sürdürmek çok önemlidir (163). Verimli faaliyetlerin ve kişisel ilişkilerin sürdürülmesi, yaşlılarda mortalite ve morbitide açısından önemli bir göstergedir (164). Bu nedenle sosyal ilişkilerin ve bağlılığın yaşlılarda artması, sağlık davranışları ve emosyonel durum üzerinde de olumlu pozitif etkiler oluşturmaktadır (165). Wilcox, anlamlı etkinlik katılımının insan olarak sahip olduğumuz dört temel ihtiyacı yansıttığını ifade etmiştir. Bunlar, olmak, yapmak, var olmak ve ait olmaktır. Bu ihtiyaçlar aynı zamanda psikolojik iyilik ve mutluluğun da temel unsurlarıdır. Ayrıca aktivitelere katılmak, bize yaptığımız şey aracılığıyla kim olduğumuzu ifade etme şansı verir (83). Yaşlılık döneminde kişinin fiziksel sağlığı yanında psikolojik ve zihinsel sağlığını etkileyen, sosyal aktivite faaliyetleri, yaşama anlam yükleme ve yaşam amaçları belirleme konusunda son derece etkilidirler (46, 155). Yaşam bağlılığı, yaşam doyumunu, öznel iyi oluş, sosyal işlevsellik ve dışa dönüklük gibi kavramları da olumlu etkilemektedir. Çünkü davranışların sürdürülmesinde gösterilen katılım, coşku, özveri ve gayret yaşlı bireyin sağlık çıktılarını olumlu etkileyerek bu sürece uyumunu kolaylaştıracaktır (153). Yaşlanan bireyler gelişmeye ve öğrenmeye devam ederler. “Gelecek için

bugünü, sorunları ile baş edebilmek için geçmiş deneyimlerini kullanırlar” (166). Böylece ileri yaşta yaşam memnuniyeti artacak, bireyin kişisel gelişimi ve kendini kabul etmesi kolaylaşacaktır (77).

2.5. Kurumsal Bakımda Hemşirenin Rolü

Huzurevi sakinlerinin “ev hissi” kavramını etkileyen faktörler üç başlık altında toplanmıştır. Birincisi psikolojik faktörler (onaylanma, alışkanlıklarının ve değerlerinin korunması, özerklik, kontrol ve baş etme), ikincisi sosyal faktörler (personel, bölge sakinleri, aile ve arkadaşlar ve evcil hayvanlarla etkileşim ve ilişkiler) ve faaliyetler, üçüncü olarak ta yapılandırılmış bir çevre (özel alan ve yarı kamusal alan, kişisel eşyalar, teknoloji, görünüm, his, dış mekan ve konum) karşımıza çıkmaktadır (167). Diğer sakinlerle ortak şeylerin paylaşılması yeni ilişkiler kurulmasına katkıda bulunur (168). Bir tesisteki insanlar tarafından saygı duyulmak ve tanınmak, tesisi bir ev yapar (169). Ayrıca ev hissini oluşmasında bakım profesyonellerinin çalışma tarzının da önemli etkisi vardır. Onları iyi dinleyerek ve onlara danışarak kuracakları iletişim ve bakım süreci, kurum sakinlerine günlük rutinlerinde daha fazla kontrol ve seçenek olanağı sağlayacaktır. Kurumdaki bireyin harekete geçme konusunda destek alması, kişinin kendi güçlü yönlerini kullanmasında olumlu etki gösterecektir (170). Özerklik ve kontrol duygusu, bakım evinde bir “ev hissine” sahip olmayla ilgili sıkça bahsedilen önemli diğer faktörlerdendir (171). Sakinlerin isteklerine saygı duymak suretiyle, bakım vericiler onların kendi kaderini tayin etmelerinde ve otonomilerini kullanmalarında önemli bir yere sahiptirler (170).

Yaşlılık döneminde, kronik hastalıkların artması ve yaşlılığın doğasından kaynaklanan faktörler günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak yaşlıyı bakımda pasif bir role itmektir. Hastaların bakımla ilgili kararlarda otonomisini kullanabilmesi için, anlayabilme, iletişim kurabilme, tartışabilme, olaylar arasında ilişki kurabilme yeteneği ile bir dizi amaçlarının olması gerekmektedir. Ayrıca mantığa uygun karar verme, istikrarlı sonuçlar geliştirme, yapılan farklı girişimlerin yarar ve zararlarını değerlendirebilme yeteneği otonomi için önemlidir (172).

Kurumsal bakımın öncelikle fiziksel bakım alanına odaklanması, psikolojik ve sosyal yönlerin bu duruma paralel ilerlememesi (15), bilişsel işlevlerde

bozulmalar (17), günlük yaşam aktivitelerinin gerilemesi, beslenmenin bozulması, bağımsız iş yapabilme kapasitesi ile kontrol ve seçimlerin azalması gibi pek çok kompleks sorunu karşımıza çıkarabilmektedir (18).

Hastaların bakım ve tedavileriyle ilgili kararlara katılımına yardımcı olmak, aynı zamanda bakım politikalarının da temel hedeflerinden birisidir (111). Yaşlının gerek evde gerekse kurumsal bakımında önemli bir rol oynayan hemşirelik mesleğinin amacı ise, yaşlıların gereksinimlerinin ortaya koyulmasında, mevcut seçeneklerin sunulmasında, karar verebilmesinde kaynak ve fırsatlar sunabilmektir (18, 19). Hemşireler, kontrol duygusunun geliştirilmesinde, bakımlarıyla ilgili konularda karara katılmak isteyenlere fırsat sunulmasında ve karar vermede zorlanan hastaların desteklenmesinde önemli bir yere sahiptir (173).

Kurumda hemşirelik bakımı hizmeti, pasif kişilere verilen özel bir bakım olarak ele alınmamalı ve gerçekten yapıcı bir şekilde bireylerin yaşamın içinde ya da yakınında olmaları için destek sağlamalıdır. Yaşlı bireyler diğer bireylere ne yapmaları gerektiğini söyleyebilecek düzeyde otonomi sahibidirler ve bu önemli özelliğin bakımda göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Yaşlı bireylerin bağımsız ve otonom olması hemşireliğin temel amaçlarından biridir. Hemşirenin önceliği, otonomilerini kullanmalarına olanak sağlayarak bireyin kendi yaşamını yönlendirmesinde ona yardımcı olmaktır. Otonomi farkındalığı hemşirelik hedeflerimizi ve bakım verme girişimlerimizi şekillendirmektedir. Bu nedenle, onların ihtiyaçlarının karmaşıklığı iyi bilinmeli ve görüşleri ön planda tutulmalıdır. Yaşlı bireylerin özelliklerinin ve sorunlarının farklı olmasından dolayı uzmanlık gerektirmektedir. O nedenle hemşireler, yaşlı bireylerin kişisel hedefleri hakkında düşünmek, destekleyici ortamlar oluşturmak ve bu hedeflere ulaşma yollarına yardım ederek onların daha farklı ve bütünsel düşüncelerini sağlayabilmektedirler (174).

Son zamanlarda, huzurevlerinde sağlık bakımı görev odaklı bakımdan, tarafları birbirleriyle birleştirmeyi ve bakım alıcılarına “saygınlık” duygusu vermeyi içeren ilişkiye yönelik bakıma doğru ilerlenmektedir. Bu bakım anlayışında, hasta onuruna odaklanmak suretiyle, çeşitli engellere (örneğin, olumsuz benlik imajı, iş baskısı ve eksikliği gibi) rağmen, gelişim fırsatlarının özellikleri, ihtiyaçları (örneğin, paylaşılan değerler, kişisel gelişim, kişisel güçlendirme, takım geliştirme ve uzmanlık gösterme) ve hemşirelerin yeterlilikleri (örneğin iletişim becerileri, dikkat,

müzakere becerileri, esneklik, takım çalışması, liderlik becerileri, uzmanlık ve koçluk) ele alınması gereken önemli faktörlerdir. Artık hastalarla kişisel ilişkilerin sürdürülmesi, bakım vermenin önemli bir parçası haline gelmiştir (175, 176).

Kurumsal bakımdaki yaşlının zamanının etkin planlanıp, sağlığı koruyucu ve geliştirici aktivitelerin uygulanması yaşlının sağlığına önemli katkı sağlar (29). Yaşlı yetişkinlere yönelik programlar, kişisel etkileşimleri ve düzenli toplum katılımını teşvik eden eğitim, sanatsal, sosyal veya fiziksel aktiviteleri içermektedir. Bu aktivite programları, sosyal izolasyonu azaltmak ve ilişkileri artırmak için gereklidirler (30). Bu tür programların yalnızlığı azalttığı (31), sosyal izolasyona karşı koruma sağladığı (32) ve yaşlı yetişkinler için duygusal refah ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bilinmektedir (42). Yaşlı merkezindeki aktiviteler, yeni destekleyici arkadaşlıkların kurulması için de fırsatlar oluşturabilir (33). Yaşlının sağlığını geliştirecek, yaşam kalitesini artıracak bu tür sosyal aktivite programların planlanması ve uygulanması, Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasında (NIC) bir hemşirelik girişimi olarak yer alması sebebi ile hemşireliğin önemli işlevleri arasında yer almaktadır (39).

2.6. Sosyal Aktivite Programlarının Yaşlı Sağlığı Üzerine Etkileri

Yaşlı bireyler, ilerleyen yaşlarına rağmen aktivitelerini sürdürme çabası içerisindeyler. Çünkü aktiviteleri sürdürdükleri sürece mutlu olurlar (40). Bireyin yaşam doyumunun etkinlikleriyle ilişkili olduğuna dayanan “aktivite teorisi”, mutluluğun bireyin kendi etkinliklerinden kaynaklandığını kabul etmektedir (43).

Uzun yıllar boyunca sürdürdüğü bu ilişkileri ve aktiviteleri devam ettikçe, yaşlı bireyler onlarla bütünleşirler. Bu da psikolojik yönden iyi olmalarını sağlar. Zamanla kişiliklerinin bir parçası haline gelen bu alışkanlıkları, ilişkileri, becerileri ve tercihleri ileriki yaşlarda da sürdürmek isterler (38).

Boş zaman faaliyetleri, yaşlılık döneminde yaşam doyumunu etkileyen çok sayıdaki etkenden bir tanesidir. Bu etkinliklere katılım, kişinin yaşantısında meydana gelen değişimlerle başa çıkabilmesine yardımcı olur. Aynı zamanda, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin ve refahının da önemli belirleyicisidir (177). Sürdürülen bu aktiviteler, insanlara kimlik duygusu kazandırarak kişisel özerklik sağlarlar. Bireysel ve toplumsal yaşamlarına anlam katarak kişisel gelişimlerine yardımcı olurlar. Yine

kendisini ifade edebilmesini teşvik ederek bakıma çok önemli katkılar sağlarlar (178).

Huzurevinde yaşayan bireylerde faaliyet seçimi ve kendilerini ifade eden faaliyetlere sahip olmak, bağımsızlık duygusu ve pozitif imaj oluşturma becerisini geliştirmektedir. Faaliyetler, sakinler bir şey ürettiğinde, eski çalışmalardan gelen yetenekleri kullandığında veya kendisi katkıda bulunduğu bir amaç hissi sağlayabilir (179).

Yaşamın çoğunluğu boyunca aktif olmak genel sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Spor ve rekreasyon faaliyetlerine katılım, stresi, depresyonu ve kaygıyı azaltabilir. Yaşamdaki sanatsal girişimler, yeryüzündeki her insanın onurunu korumak için çalışır. Her bir bireye, stressiz bir yaşam, sağlıklı bir vücut, manevi gelişim ve kişisel potansiyellerini en üst düzeye çıkarmak için fırsatlar sunar (180).

Dini aktiviteler, sosyal aktiviteler ve egzersiz beklenen yaşam süresinin artırılmasında etkin bir şekilde rol oynar (181). Yaşlılarda sosyal faaliyetlere katılımın sürdürülebilirliğinin, sınırlı bilişsel fonksiyonlar üzerinde faydalı olduğu görülmüştür. Özellikle üretici aktivitelerle bağlılığın, sosyal aktivitelerle göre epizodik bellek üzerinde daha etkin bir yarar sağladığı bilinmektedir (141). Aktif yaşam tarzı olan yaşlıların, daha az aktif olan insanlara göre 15 yaş kadar daha genç ve sağlıklı olduğu görülmüştür (180). Yine sosyal olarak aktif olan yaşlı kişilerin daha iyi bilişsel bütünlüğe sahip olduğu ve bilişsel gerileme konusunda daha az savunmasız oldukları bilinmektedir (182, 183).

Huzurevinde yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerin birkaç katılımcı ile yürüme, diğer sakinleri ve aile üyelerini ziyaret etme, kilise hizmetlerine katılma gibi kendi kendini yöneten faaliyetlerde bulunduğu gözlenmiştir. Birçok sakinin, faaliyetler için sınırlı fırsatlara ve motivasyona sahip olduklarını düşündüğü belirtilmiştir. Ayrıca yaşlıların geçmiş hobilerini çok özledikleri, konaklama ve fiziksel işlevdeki kısıtlamalar nedeniyle devam edemedikleri ortaya koyulmuştur. Çevresel faktörlerin uygunsuzluğu, sabit faaliyet takviminin olması da araştırmadaki diğer engeller olarak karşımıza çıkmışlardır (177).

Yaşlı yetişkinleri aktif olmaya ve aktif kalmaya teşvik etmek halk sağlığının öncelikli alanlarından birisidir (184). Bu nedenle temel amaçlarından birisi, yaşlılarda yaşla ilişkili sakatlıkları azaltmaktır. Gerçekte yaşlanan nüfus, fiziksel

aktiviteye katılım için özel bir cesaretlendirmeye ihtiyaç duymaktadır. Egzersiz ve fiziksel aktivite, yaşlılıkta bağımsız olabilmek için etkili araçlar olarak yaşlılara önerilmektedir (185). Faaliyetler genişletilerek onların ihtiyaçlarına ve ilgi alanlarına göre uyarlanmalıdır. Esnek zaman çizelgesi olması, kaynakların artırılması, çevre düzenlenmesi ve barınmanın sağlanması da bu aktivitelere katılımı artıracaktır. Sakinlerin aktivite planlama ve karar vermenin merkezinde yer alması, anlamlı faaliyetlere katılımın artmasını sağlayacaktır. Bu nedenle bakım evleri toplulukla olan bağlantıyı destekleyerek, büyük - küçük grup, bire - bir ve kendi kendine yönelik kişisel faaliyetlerin birleşimini içeren etkinlikleri uygun bir biçimde düzenlemelidir (177).

Huzurevinde yaşayan yaşlıların hayata daha aktif katılımlarını sağlamak için, iş odaklı (el işleri, bahçe işleri, resim yapma, ahşap boyama, fotoğrafçılık vb.), yemek odaklı (yemek pişirme, doğum günleri, piknik, çay saatleri vb.), egzersiz (aerobik, direnç egzersizleri, wii oyunları gibi), bilişsel uyarı amaçlı (bilişsel uyarı terapileri, anımsama, tartışma grupları vb.), müzikli (şarkı söyleme, müzik aleti çalma, dans etme), dini (dini hizmetler, dini törenler, ilahiler vb.) ve bilgisayar destekli (skype, bilgisayar oyunları, sanal seyahatler) aktiviteler tercih edilebilmektedir (48, 186). Ayrıca ibadet yerlerine gönüllü gruplarla ziyaretlerin yapılması, spor ve eğitim programlarına katılım (örneğin, e-postalar ve oyunlar için bilgisayar veya internet öğrenmek) bireylerin içerisinde bulunduğu toplulukla bağlantı kurmasını artıracak gibi sakinlerin etkinlik deneyimlerini de zenginleştirebilecektir (177).

Birçok huzurevi sakini gününü boş ve hiç bir aktivite yapmadan geçirmektedir. Bu da boş zamanın yeterince yapılandırılmamasından kaynaklanmaktadır (187). Uzun dönem bakımda kalanlarla ilgili yapılan bir çalışmada, yaşlıların %65'inin zamanını odalarında yalnız oturarak ve hareketsiz geçirdiklerini, yalnızca %12'sinin sosyal aktivite ile zaman geçirdiği görülmüştür (45).

Yaşlanma dönemindeki bireylere programlar hazırlanmasının diğer bir nedeni ise, arkadaşlık ve insan ilişkilerini devam ettirilmesidir (42). Yaşlılık döneminde kişinin fiziksel sağlığı yanında psikolojik ve zihinsel sağlığını etkileyen bu aktiviteler (43), yaşam doyumu (44, 188) ve kalitesi (45, 187) üzerinde etkilidirler. Ayrıca bu

faaliyetler, yaşlılıktaki işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmada, kişinin kendisini mutlu eden faaliyetlere katılarak psikolojik refahını artırmasında (43), kişisel gelişimini ve kendini gerçekleştirme için fırsat yaratmasında, beceri ve yeteneklerini artırmasında, sıkıntı ve acizliklerinden kurtulma fikrini geliştirmesinde (44, 187), yaşama anlam yükleme ve yaşam amaçları belirleme (155) konularında son derece etkilidirler.

İsveç'te yapılan bir araştırmada, boş zaman ve üretici aktivitelerin yaşama bağlılığı artırdığı ve hayatta kalma avantajı sağladığı görülmüştür (48). Yapılan çalışmalarda, bireylerin hayata daha aktif olarak katılmalarını sağlayan etkinliklerin yaşam kalitesi puanlarını arttırdığı bulunurken, TV/radyo izleyip/dinleme gibi pasif aktivitelerin yaşam kalitesi puanlarını düşürdüğü belirlenmiştir (189, 190). Yücel ve arkadaşlarının huzurevi ve evde yaşayan 60 yaş üstü kimselerde yaptığı çalışmada, huzurevinde kalanların %47'sinin TV izleme ya da örgü gibi pasif aktivitelerde bulunduğunu, evde yaşayanların ise daha aktif ve sosyal olduğu bulunmuştur. Çok amaçlı aktivitelerin, yaşlanmada genel bağımsızlığı pozitif yönde etkilediği görülmüştür (191). Bu nedenle yaşlılarda benlik saygısı ve iyi olmanın geliştirilmesi için bu aktivitelerin düzenli yapılması, bir amaca sahip olması ve yaşlının beş duyusunu etkiliyor olması, kendilerini yararlı hissetmeleri ve anlamlı zaman geçirmelerini sağlaması açısından önemlidir (192). Fiziksel, sosyal ve dini faaliyetlere katılım yaşlılarda azalmış depresyon riski ile ilişkilidir (193).

Bu faaliyetlerin, çalışmalarda daha çok bireysel etkilerinin çalışıldığı görülmektedir. Bununla birlikte, sanat etkinlikleri ile fiziksel egzersizin bir kombinasyonu, yaşlı yetişkinler için potansiyel olarak her bir etkinlikten daha faydalı olabilir. Açıkçası, hem sanat terapisi hem de fiziksel egzersiz yaşlı bireyin zihinsel sağlığını farklı yollardan iyileştirebilir. Görsel sanat terapisi, sözsüz iletişim yoluyla kendini ifade ettikten sonra zihinsel rahatlamaya odaklanırken, fiziksel egzersiz fiziksel uygunluk ve rahatlamaya odaklanır. Müdahaleler birleştirildiğinde ise sinerjik etkilere ulaşılabilir. Her müdahalenin kendi yararları olsa da birinin yararının diğerinin yararını güçlendirmesi beklenebilir (194).

Grup olarak boş zaman aktivitelerine katılım, yaşlı bireye değerli hissetme, ait olma, kuruma ve personele bağlanma duygusu sağlar (195). Sosyal destek, sosyal ağlar ve grup etkinlikleri tarafından sağlanan sosyal uyum, bir topluluğun ruh

sağlığını ve refahını da artırır (196). Görsel sanat etkinliklerini ve fiziksel egzersizleri birleştiren müdahaleler, psikolojik, bilişsel ve fiziksel sağlık yararları sunabilmektedir (197). Bu aktivitelerin birlikte uygulanması, var olan bireysel etkilerinin gücünü artırıp geniş bir perspektifte yarar sağlamasını kolaylaştırmaktadır.

2.6.1. Dini Aktiviteler

Din, “duygu, düşünce ve istekler ve faaliyetler gibi ruhi süreçleri etkiler” (198). Bu nedenle de insan sağlığı üzerine etkilidir (199). Maneviyat ve din, sağlığı geliştiren (50), teşvik eden ve umut duygusunu artırarak (52), insanların kendilerini özgür bırakmalarına izin veren, canlılığı artıran çok önemli bir güçtür (198). Günlük hayatta karşılaşılan birçok engelle baş etmede destek sağlar. Yaşlı gücünü kaybetse de, zorlukların üstesinden gelebilme ve varlığını sürdürebilme bilgeliğine sahiptir. Din yaşlı bireye umut vererek, karşılaştığı değişimlerle başa çıkmasına yardım eder (200). Sağladığı umut duygusu yaşlılarda depresyon riskini de azaltır (193).

Yaşlılık döneminde kişilerin genel olarak dine yöneldikleri yargısı, gerçekte doğru değildir çünkü birçoğu önceden sahip oldukları inançlarını ve alışkanlıklarını devam ettirirler (198). Bireylerin, dua ile olmasını arzuladığı isteklerini iletebilmesinin güven duygusunu güçlendirdiği ve yaşama olan bağlılıklarını artırdığı düşünülmektedir (200, 201).

Din ve maneviyat hemşirelik bakımında holistik yaklaşımın önemli bir parçasıdır. O nedenle bireyin bu ihtiyaçlarının karşılanması ve kaygılarının azaltılmasında önemli bir hemşirelik uygulamasıdır (202). Ayrıca Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasında (NIC) manevi destek, bir hemşirelik girişimi olarak ta yer almaktadır (39). Bu nedenle hemşirelik bakım sürecinde oluşturulan programlarda dini etkinliklerin de yer alması ve yaşlıların katılımının sağlanması önemlidir (203).

Başarılı bir yaşlanma sürecinde, bireyi manevi yönden güçlendirmek ve dini konularda destek görmesi, onun yaşam doyumunu artıran, mutlu ve huzurlu kılan faktörler arasındadır (204). Dini faaliyetler ise, dua etme, ilahi söyleme ve dinleme, vaizler (205), dini danışmanlık (dini problemlere çözüm sağlama ve din dışı problemlerde dinin destek kaynağı olarak kullanılması), dini sohbetler, ilahi kitaptan dinletiler ya da okumadır (206). Bu faaliyetlere katılmanın yaşlı bireylere arkadaşlık ilişkileri kurmada ve geliştirmede olumlu fırsatlar sağladığı da bilinmektedir (204).

Ayrıca fiziksel ve zihinsel rahatlamayı sağladığı, yaşam ve hastalık hakkında olumlu ve umut dolu bir tutum sergilemesine yardımcı olduğu (207) bilinmektedir. Sağlık sonuçlarının iyileşmesini etkilediği ve mortaliteyi azalttığı gibi, sosyal ve ailevi ilişkilerine de bir anlam ve amaç duygusu kazandırdığını söyleyebiliriz (208).

Yaşlılarda dini eğitimde günlük yaşam için gereken dini bilgileri öğrenmesi ve bu konuda araştırma yapması, onun hayata tutunmasına ve huzurlu olmasına yardım etmektedir. Onlara yapılacak iyi bir dini rehberlik, kaygı ve endişelerini azaltabilecektir (209).

Türkiye’de huzurevinde yapılan bir çalışmada, dinsel uygulamaları yerine getiren yaşlıların uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (210). Yine yapılan bir çalışmada, yaşlı insanların dini faaliyetlere katılımının onları yalnızlık, işe yaramama düşüncesinden koruduğu, olumlu sosyal kişilik tipleri oluşmasına ve sosyal bütünleşmeye karşı da bireyleri pozitif yönde etkilediği görülmüştür (53). Meksika’da yapılan bir çalışmada, haftada bir ya da daha fazla dini aktivitelere düzenli katılanlarda, hiç katılmayanlara göre tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin %19 oranında azaldığı görülmüştür (211). Yine dini katılım ile düşük ölüm riski, gözlemlenebilir duygu, inanç ve etkinlikler arasında ilişki olduğu bulunmuştur (212). Maneviyatın, kardiyovasküler hastalık nedeniyle gerçekleşen ölümler üzerinde de koruyucu etkisi vardır (213). Sempatik sinir sisteminin aktivitesini azaltarak, parasempatik aktiviteyi artırır ve kan basıncını da azaltıcı etki gösterir (214). Maneviyat, mutluluk, yaşam doyumu ve neşe gibi olumlu etkileri artırması sebebiyle ölüm oranlarının azalmasıyla da ilişkilendirilmiştir (215). Dini aktivitelerin sıklığı ve süresine yönelik yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %75’i haftada bir kez yapılmasını yeterli bulurken, süre en az 30 dakika olarak belirlenmiştir (193). Dini katılımında en olumlu etkilerin, örgütsel dini faaliyetler içerisinde ortaya çıktığı görülmüştür (213).

2.6.2. Fiziksel Aktiviteler

Yaşlanma sürecinde yaşa bağlı olarak, fizyolojik değişikliklerin yanı sıra fonksiyonel yeteneklerde de azalma meydana gelmektedir. Azalan fonksiyonel kapasiteler ise, öz bakım sorunlarına ve psiko-sosyal problemlere yol açmaktadır (216). Fiziksel aktivite, enerji gerektiren ve iskelet kaslarının ürettiği bedensel

aktivite hareketi olarak tanımlanır (217). Ayrıca, zindeliği iyileştirme yöntemlerinden birisidir (218). Beden ve ruh sağlığını etkileyerek, birçok hastalığın ve sakatlığın önlenmesi ya da geciktirilmesinde etkilidir. Düzenli fiziksel egzersizler, kardiyovasküler hastalıkların, osteoartrit, osteoporoz ve hipertansiyon gibi hastalıkların önlenmesi için de gereklidir (219). Fiziksel aktivitenin, yıllarca aktif bağımsız yaşamı uzatarak engelliliği azalttığı ve yaşlı insanlar için yaşam kalitesini iyileştirebildiği gösterilmiştir (220).

Egzersiz ve diğer fiziksel aktiviteler endorfin ürettikleri için, bunlar beyinde doğal ağrı kesiciler gibi davranarak stresi azaltıp, uyku yeteneğini de artırırlar (221). Ayrıca kas kuvveti sayesinde fonksiyonel özerkliği (otonomi) artırdığını, psiko-sosyal sağlığı pozitif yönde etkilediğini, postürel kontrol ve günlük yaşam aktivitelerine (GYA) katkıda bulunduğunu söyleyebiliriz (222). Egzersizin fiziksel ve duygusal faydaları giderek daha iyi bilinmektedir. Yaşlı yetişkinlerin sadece %40'ı düzenli olarak boş zamanlarında fiziksel aktivite yapmaktadır (184). Bu sonuç yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun sağlığının fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre fiziksel hareketsizlik, küresel ölüm faktörleri arasında dördüncü sırada olup dünyada yaklaşık 3,2 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır (217). Yine yapılan bir çalışmada, haftada 3 kez yapılan egzersizlerin yaşlı kadınların yaşamını olumlu etkilediği, fonksiyonel özerkliği artırdığı ve onlara bir eylem serbestliği sağladığı görülmüştür (223).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, yaşlı erişkinlerin sadece %40-41 oranında düzenli fiziksel aktivite yaptığı görülmektedir (19). Yine başka bir çalışmada, yaşlıların yaklaşık %62'sinin inaktif olduğu bulunmuştur (54). Boş zamanlarında fiziksel aktivite yapılması ile yaş ve etnik köken arasında negatif, yüksek eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum ile erkek olmak arasında pozitif bir ilişki vardır (224). Yaşlı kadınlarda fiziksel aktivitenin teşvik edilmesinin kültürel faktörler nedeniyle zor olduğu belirtilmiştir (225). Ayrıca depresyon, anksiyete, düşük motivasyon, düşük benlik saygısı, düşme ve yaralanma korkusu, çevresel ve sosyo-ekonomik faktörler fiziksel aktiviteye katılımın önündeki diğer engellerdir.

Egzersiz geliştirme (özendirme), zindeliğin ve sağlığın daha yüksek seviyede tutulması veya ilerletilmesi için amaçlanan hemşirelik girişimlerinden bir tanesidir

(222). Egzersiz programlarında, genellikle ısınma, çalışma ve soğuma olmak üzere üç ana kısım bulunur (226). Fiziksel egzersiz, yaşlı bireyin biyolojik yaşı, yaşlanma profili hastalığının varlığı ve fiziksel aktivite seviyesine göre seçilir (216). Araştırmalara bakıldığında, fiziksel aktivite programları heterojen olup güç, denge, esneklik ve çeşitli fiziksel işlevsel bileşenleri içermektedir (227). Yaşlılara daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamak amacıyla germe, güç, denge, esneklik, yürüyüş, jimnastik ve aerobik gibi belirli bir alanda yapılan egzersizler önerilmektedir (228). Direnç ve germe egzersizleri, yaşlılarda uyku sorunları, halsizlik ve depresyon yönünden yararlıdır. Yaşlı bireyler tarafından yapılan egzersizler düzenli, sürekli ve ritmik oldukça bilişsel fonksiyonların korunması ve sürdürülmesi de o derece artırılır (229). Egzersiz programları ile ilgili yapılan bir çalışmada, 12 hafta boyunca haftada 2 ya da 3 kez, 10 dakika ısınma ve germe hareketleri, 15 dakika yürüyüş, 10 dakikalık büyük kas gruplarına yönelik statik germe hareketleri ve 5 dakika soğuma hareketlerinin kasları güçlendirmede yeterli olduğu görülmüştür (230).

Amerika Spor Hekimliği Koleji (ACSM) ve Amerika Kalp Hastalıkları Derneğinin (AHA) yaşlı erişkinler için bedensel etkinlik (BE) önerilerine göre, yaşlı kişiler sağlık yararları için haftada en az 150 dakika bedensel etkinlik yapmalıdırlar (231). Etkinlik miktarı, sıklığı, süresi ve yoğunluğu arttıkça yararı da artar. Dayanıklılık egzersizleri için en az 30 dakika olacak şekilde 60 dakikaya kadar çıkarılabileceğini, direnç egzersizleri için en az 2 günde bir kez, esneklik için ise haftada en az 2 kez olmak üzere yapılması önerilmektedir (229).

2.6.3. Müzik Aktiviteleri

İnsan ruhu üzerinde olumlu etkiler oluşturan müzik, ses ve nağmelerin, vücut yapısı ve duygusal duruma etki edebilmesi nedeni ile eski yıllardan bu yana hasta tedavisinde kullanılmıştır. Müzik, yalnızca ruhsal yapının kötü olduğu durumlarda değil, iyi olduğu durumlarda da insanı etkilemekte ve sözsüz iletişim sağlamaktadır (56). Müzik yaşlılarda iletişim, duygusal, bilişsel ve davranışsal becerileri geliştirerek, sosyalleşme becerilerinde de olumlu artışa sebep olur (57, 58).

Bunun yanı sıra kendini ifade etme, stresin azalması (232), hayattan zevk alma, yeni beceriler geliştirmek (60), fiziksel dayanıklılığı geliştirmek (61), uyku

kalitesinin artması (233), gibi birçok olumlu etkilere sahiptir. Müzik kısaca sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme etkisine sahiptir (62).

Müzik gibi sanat terapileri bireylere özerklik ve sorumluluk vermektedir (64). Müzik yapma, amaç duygusunun yanı sıra katılanların hayatlarında kontrol olanağı sunması nedeni ile otonomiye artırır. Ayrıca toplulukta işbirliğinin artmasına ve değer verilen bir birey olarak sosyal açıdan onaylanmasına imkan sağlar (234). İnsanlarda var olan duyguları ortaya çıkarır ve bunun sonucunda da davranışsal değişikliklere yol açar. Bastırılan duyguları serbest bırakır ve kendi başına duygularını ifade etme fırsatları sunar (235). Müzik dinlemek, kortizol gibi stres hormonlarını azaltabildiği gibi, ameliyat öncesi hastaların stresle başa çıkmalarına yardımcı olur. Daha önceki yaşam ve duygu deneyimlerini hatırlamalarını sağlar. Alternatif teröpatik yaklaşımların içerisinde yer alan, bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olarak Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırmasında (NIC) yer alan müzik terapisi, hemşirelik uygulamalarına dahil edilmelidir (236).

Şarkı söyleme, müzik dinleme, müzikle oyun oynama(dans etme), müzik aleti çalma, ritim ve beste yapma gibi faaliyetler müzik terapide yer almaktadır (237). Müzik terapisi, şarkı yazmak, şarkı söylemek ve müzik aletlerini çalmak gibi aktif müzikal katılım biçimlerinin yanı sıra, canlı veya önceden kaydedilmiş müzik dinlemek gibi alıcı müzikal katılım biçimlerini de içerebilir (238). Müzik girişimleri aktif ve pasif olmak üzere ikiye ayrılır ve sıklıkla kombine edilerek kullanılır. Pasif müzik terapisi, alıcılar için kaydedilmiş müziği söyleyen, oynayan veya seçen kişi tarafından müzik dinletilmesinden ibarettir. Aktif müzik terapisinde ise, alıcılar küçük enstrümanlar üzerinde çalarak müzik yapımında aktif olarak yer almaktadır. Katılımcılar müzikle doğaçlamaya, enstrümanlarla, sesle, dansla, hareketle veya şarkı söyleyerek katılmaları için teşvik edilebilirler. Bir grup ortamında şarkı söylemek, sosyal becerileri geliştirebilir ve diğerleri hakkında daha fazla farkındalık yaratabilir (239).

Yapılan bir çalışmada, müzik dinlemenin rahatlamaya neden olabileceği, sadece ağrıyı azaltmakla kalmayıp aynı zamanda kan basıncı ve nabızda düşmeye neden olabilmektedir. Yine diğer fizyolojik tepkilere yol açan endorfin salgısının artmasına da sebep olabileceği belirtilmiştir (63). Yaşlılarda depresyon ve bilişsel fonksiyonlar üzerine müzik terapinin etkisini göstermek için yapılan bir araştırmada,

müzik 12 haftalık, her biri 60 dakikalık seanslar şeklinde uygulanmış ve depresyon üzerine olumlu sonuçlar elde edilmiştir (64). Birçok çalışmada ise bu süre her seansta 30 dakika olarak uygulanmıştır (240, 241).

Demanslı hastalara yönelik yapılan çalışmalarda, müziğin huzurevinde yaşayan demansı olan bireylerin davranış belirtilerini ve kaygılarını yönetmede yararlı olduğu gösterilmiştir (242). Bakıcıların hem şarkı söyleme hem de müzik dinlemeyi kullanma konusunda eğitildiği çalışmalarda, her iki uygulamanın da ruh halini iyileştirebildiğini, uzak epizodik hafızayı etkilediğini ve bilişsel alanlar üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu bulunmuştur (243). Uzun süreli bakım ortamlarında müzik terapisinin yaygın şekilde kullanılmasının, depresyon ve ajitasyon semptomlarının azaltılmasında etkili olabileceği gösterilmiştir (244). Bunun yanında müzik terapisi, hemşirelerin demans hastalarını öğrenmesini ve hemşirelik uygulamasını kolaylaştırması nedeniyle huzurevindeki demans hastaları için şiddetle tavsiye edilir (245). Çünkü demansın erken evrelerinde müzik müdahalesinin, apati tedavisi için etkili bir tedavi olma potansiyeline sahip olduğu ortaya koyulmuştur (246).

2.6.4. Eğitim Aktiviteleri

Eğitimin amacı, istenilen davranışların kazandırılmasıdır. Bireyin davranışlarındaki bu değişim, eğitimli insanların değişen şartlara göre kendilerini yetiştirmelerinde, çevrelerine ve topluma uyum sağlamalarında başarılı olmalarına neden olmaktadır (65). Uyum sağlamadaki başarıları, sosyal sorumluluklarını yerine getirmede ve yaşam motivasyonunu sağlamakta onlara katkı sağlayacaktır (66).

İnsanın kişiliği, zevk ve kabiliyetleri eğitim yoluyla birlikte gelişir. Böylece insanlar, yaşlandıklarında da kazandıkları ve alıştıkları yaşam biçimlerini sürdürmeye devam ederler (65). Yaşlı insanlar çeşitli öğrenme becerilerine sahiptirler. Yaşlıların öğrenme becerileri yaşın ilerlemesine rağmen büyük oranda düşüş göstermez (247). Öğrenme kapasitesi genellikle 80'li yıllara kadar verimli bir seviyede kalır (248). Yapılan bir çalışmada, formal ve informal öğrenmenin, entellektüel gücü artırarak, yaşlı insanlarda beynin aktif kalmasını sağladığı gözlemlenmiştir (249). Öğrenme bilişsel fonksiyonlardaki düşüşe karşı koruyucudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam boyu öğrenmeyi, becerilerin kazanılmasında,

güncellenmesinde, sosyo-kültürel katılım ve bireysel iyilik hali için kritik bir destek olarak görmektedir (250).

Yaşlıların eğitilmesi, yaşam beklentisinin artmasına ve eğitim düzeylerinin yükselmesine büyük katkı sağlamaktadır. Sürekli eğitim, yaşlılık yıllarının kalitesini artırdığı gibi davranışı etkileyen bir toplumsallaşma etkeni olarak da yaşlı bireyleri uyarıcı ve motive edicidir (209). İleri yaştaki yetişkin eğitimi, özerkliğin korunmasında ve artırılmasında, sosyal katılımın teşvik edilmesinde önemli bir rol oynayabilir (67). Dolayısıyla hem bireysel hem de toplumsal açıdan yaşlıların eğitim faaliyetlerini teşvik etmek önemlidir. Eğitim politikası ve eğitim uygulamasının devam ettirilmesi, uzun yaşayan bir toplumun zorluklarına hazırlanmaya önemli katkılar sağlayabilir (68). Çağdaş yetişkin eğitiminde, problem merkezli, içeriden güdülenerek katılımcıların tecrübelerinin önemsendiği, öğrenene göre zaman belirlenerek eğitimcinin yönlendirici olduğu bir eğitim şekli uygulanmalıdır (205).

Yaşlılıkta azalan ilişkileri artıran eğitim aktiviteleri, yeni ilgi alanları oluşturarak etkinliklere katılma yeteneğini geliştirecek ve yaşlıların tekrardan ilişkilerini daha sağlıklı sürdürmelerini sağlayacaktır. Böylece, bu etkinliklerle yaşlı bireylerin boş zamanlarını etkin değerlendirme şansları olacaktır (209). Yaşlılık döneminde emekliliğe hazırlanılmasına yönelik yapılan bir çalışmada, öğrenme etkinliklerine katılan katılımcıların, yaşlanmanın hızlı değişimleriyle yüzleşirken güncel bilgiler edindiği, sosyal ve kişilerarası etkileşimlerini sürdürmek için fırsatlar ve bağlantılar sağladığı görülmüştür. Sağlık açısından emekliliğe hazırlık programı, kronik hastalıkların önlenmesi, bakımı, sağlığı korumak için yaşam tarzlarının düzenli hale getirilmesi gibi bilgileri içermesi gerekmektedir (251).

Yaşam boyu eğitim, yaşlıların özgüven kazanmalarını, yaratıcılıklarını göstermelerini, becerilerini ve deneyimlerini paylaşmalarını sağlar. Eğitim, yaşlı yetişkinlerin haklarının gerçekleştirilmesinde, korunmasında ve sorumlulukların netleştirilmesinde özel bir ihtiyaç haline gelir. Kendi kaderini belirlemek için sorumluluk alması otonomisinin gelişmesine yardımcı olur (252). İnsanlar yaşlandıkça, daha sonraki eğitimlere daha az katılırlar. Bunun nedeni ise, bireysel öğrenme alışkanlıkları, farklı bölgelerdeki öğrenme fırsatlarının eksikliği, eşitsizlikler ve yerleşim bölgeleridir (253).

Huzurevinde kalan yaşlılara, özellikle sağlıklı yaşam biçimi yönünden, sağlığı geliştirici eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir (71). Ayrıca yaşlanma süreci ve yaşlanma sürecinde oluşabilecek durumlar ile ilgili bilgilendirilerek, ihtiyaçlarına yönelik eğitim programları düzenlenmelidir (254). Hemşirenin yaşla birlikte meydana gelen normal fizyolojik değişiklikleri anlamak ve normal yaşlanma değişikliklerine uyum sağlamak için öğretim stratejilerini nasıl uyarlayacağını bilmesi çok önemlidir. Her bir yaşlı bireyle, öğrenebilen ve değiştirebilen bir birey olarak etkileşimde bulunmalıdır. Yeni bilgiler gençlerden farklı olarak, daha yavaş, düşük bir ses tonuyla ve hastanın özümsemesi için yeterli zaman vererek sunulmalıdır. Yaşlı bireylerin bağımsızlık önündeki engelleri fark etmesi, güçlü yanlarını en üst düzeye çıkarmak ve bağımsızlığını arttırmak için, cinsellik, yaşlanma, egzersiz, beslenme, hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesini artırma gibi eğitim konuları dikkate alınmalıdır. Ayrıca hemşire, hastaların bireysel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, onlara bilgi sağlamak, sosyal izolasyonu azaltmak ve bağımsızlıklarını korumaları için bir farkındalık oluşturarak topluma hizmet eder. Öğretme-öğrenme planının etkili olması için yaşlı bireyin ihtiyaçlarına ve yaşam tarzlarına uyacak şekilde kişiselleştirilmeli ve hedeflerin karşılıklı olarak kabul edilebilir olması önemlidir (250).

2.6.5. El Becerileri Aktiviteleri

Sanatsal girişimler, yeryüzündeki her insanın onurunu korumak için çalışır. Her bir bireye stressiz bir yaşam, sağlıklı bir vücut, manevi gelişim ve kişisel potansiyellerini en üst düzeye çıkarmak için fırsatlar sunar (180). Sanat, duyguları ve hayal gücünü uyandırma, bilişsel fonksiyonları canlandırma ve iletişimi sağlamada önemli role sahiptir (255). Sanat terapisi, yaşlılarda yaratıcı potansiyeli etkinleştirdiğine inanılan gerontolojik pratikte geleneksel bir yöntemdir (256). Özellikle, psikoterapötik yönlerinin, koruma ve adaptasyon gibi işlevleri nedeniyle yaşlılarda kişiliği etkilediğine inanılmaktadır (257). Sanatsal etkinliklerin, bireylerin rahatlamasına yardımcı olduğu, öz güveni artırdığı maneviyatı beslediği, depresyon ve anksiyeteyi azalttığı, sosyalleşmeye yardımcı olduğu, bilişi iyileştirdiği ve güçlü bir kimlik duygusu oluşturduğu vurgulanmaktadır (258).

Birçok yaşlı, kendilerini kalemlerle ve boya fırçalarıyla ifade etmekten zevk alır. Desenlere ve renklere odaklanmak zihni sakinleştirir ve beynin günlük endişelerden kaçmasına izin verir. Renklendirmenin, vücut üzerinde meditasyonla aynı yatıştırıcı etkiye sahip olabileceği bilinmektedir (259). Sanatın faydası iki yönlüdür. Bunlardan birisi, doğrudan etkili olabileceği için insanların sağlık ve iyilik halini de olumlu yönde etkiler. İkincisi ise, yaşadıkları bakım evinin kültürel ve çevresel açıdan gelişmesine katkı sağlayabilir. Bu tarz yaratıcı girişimler; yaşam olaylarını hatırlama yeteneği, fiziksel hareket, yüz isim tanıma, sözlü ve sözsüz iletişim, yaşam kalitesi, sosyal etkileşim, işbirliği ve uyanıklık, spontan aktivite ve rutine katılım gibi olumlu yönleri artırdığı gibi, korku, kaygı, karışıklık, fiziksel ajitasyon ve yıkıcı davranışları da olumlu yönde azaltır (260).

Sanatın değerini tüm hayatımızın her aşamasında takdir etmeye başlayabilir ve gerçekleştirebilirsek, sanatsal ifadelerin öznel refah anlayışımızı, kültürel kimliğimizi, duyuşal zevklerimizi geliştirmesiyle yaşamın sonuyla yüzleşebilmemize önemli katkı sağlayabilecektir (261). Resim çizme aktif bir eylemdir. Hemşirelik uygulamalarında ağrı ve kaygının azaltılması için non-farmakolojik bir yöntem olarak kullanılmıştır (262). “Bir resim bin kelime değerindedir” denilerek, çizim yapmanın hatırlatıcı bir strateji olduğu ve hafızayı artırdığı görülmüştür. Bilincin durumları, sanat terapisinde yer alan yaratıcı davranışlardan etkilendiği gibi nörobiyolojik sistemlerde de öz düzenlemeyi geliştirir. Örneğin çizim, endişe verici anksiyete ve aşırı uyanıklık durumlarından kurtulup rahatlama sağlayabilir. Çizim ya da diğer sanat alanları, kendi kendini düzenleme kapasitesi, görsel anlatımı içeren sözel olmayan ve eylem odaklı yaklaşımları kullanma argümanını destekler. Özellikle kaygı bozukluklarında sanat terapisini faydalı bulabilirler (263).

Hafıza ile ilişkili olan alfa frekansı “dış dünyadan iç dünyaya bir köprü ve bunun tersi” olarak tanımlanmıştır (264, 265). Alfa ritimlerinin hafıza fonksiyonlarında ve alzheimer hastalığının başlangıcında önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (266). Çizim, görsel, motorlu ve anlamsal bilgileri daha iyi bütünleştiren, daha uyumlu bir bellek izi oluşturmaya yardımcı oluyor. Böylece hatırlanması gereken bilgilerin resimlerinin çizilmesinin hafızayı geliştirmek için güçlü ve güvenilir bir strateji olduğu düşünülmektedir (267).

2.6.6. Grup Sohbetleri

Sosyal bağıllık, her yaş grubundaki insanın iyiliği için önemlidir. Yine de, bir kişinin kıdemli yıllarında muhtemelen en hayati olanıdır çünkü yaşlı yetişkinler bazen sosyal izolasyona genç insanlardan daha hassastır. Birey için, kendisi ile benzer durumdaki diğer insanlarla bağlantı kurmasına olanak sağlayan sosyal fırsatlardan yararlanmak, eğlenceli ve canlandırıcı olabilir. Yaşlandıkça ortaya çıkan değişikliklerin tümünde sosyal iyiliğe dikkat etmenin, zihinsel ve fiziksel sağlık üzerine yararları vardır (268). Sosyal bağlantıların sağlık için hayati önem taşımasından dolayı, sağlık sonuçlarını optimal seviyede tutmak için, bu bağları en iyi nasıl kullanacağımızı belirlemek önemlidir (183).

Sosyal olarak daha fazla bağlantılı olan yaşlı insanların, daha iyi bilişsel bütünlüğe sahip oldukları ve ilerleyici bilişsel düşüşe daha az maruz kaldıkları bilinmektedir (269). Bu nedenle çok sayıda sosyal ağa sahip yaşlılar arasında, genel bilişsel gerilemenin %39 oranında azaldığına (270) ve hafıza kaybının beş dönem boyunca yarıya indirildiğine dair kanıtlar vardır (271). Destekleyici sosyal ilişkilerin, vücudun artan uyarılma ve strese verdiği tepkinin kontrolünde de hayati önem taşıdığı öne sürülmektedir (272). Sosyal ilişkilerin (örneğin, paylaşılan ve paylaşılmayan grup üyeliğine dayananların) doğasının, sosyal destek ve stres döngüsü üzerinde derin bir etkisi vardır (273).

Aktif bir sosyal hayata sahip olmak, alzheimer ve diğer demans türlerinin yanı sıra depresyonu önlemeye yardımcı olarak, entelektüel stimülasyonla zihnimizi keskin tutmamıza yardımcı olur (268). Ayrıca grup katılımı, bilişsel düşüşe karşı korunmada da bireysel katılımdan daha fazlasını sunabilir. Çünkü psikolojik grup üyeliği, kaynağın birden fazla kişiyi (çoğu kişisel olarak bilinmeyen) içermesinden dolayı sosyal desteğe erişim için daha büyük fırsatlar sunmaktadır (183). Bu sosyal ağ yapısı büyüdükçe, yaşlı bireyin sosyal kaynaklara erişimini iyileştirebilir. Bu da fiziksel aktivitesini ve özgüvenini artırırken, yalnızlığını azaltabilir (274).

Süreklilik ve aktivite teorileri, insanların yaşamları boyunca sosyal rollere ve faaliyetlere alışmış olduklarını, sonraki yaşam geçişlerinin ortasında onları sürdürmeye çalıştıklarını ifade etmektedir. Bireylerin yeni sosyal ilişkiler geliştirerek ve toplum faaliyetlerine daha fazla katılmak suretiyle, yaşlanma döneminde yaşanan sosyal ilişkilerin kaybına karşı uyum sağlamada başarılı olmaktadır (275). Sosyal

açıdan aktif kalarak daha sonraki yaşam geçişlerine uyum sağlayan insanlar, sosyal kaynaklara erişimlerini korudukları gibi sosyal adaptasyonla birlikte daha mutlu ve sağlıklı olma eğilimindedirler (276). Yeni ağ üyelerinin kazanılması, fiziksel ve bilişsel aktivite seviyelerini, bağışıklık fonksiyonunu ve kardiyovasküler sağlığı önemli ölçüde arttırmaktadır (277, 278).



3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, huzurevi sakinlerine uygulanan düzenli sosyal aktivite programının, yaşlının otonomisi ve yaşama bağlılığı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla tek grupta öntest-sontest deseninin kullanıldığı yarı-deneysel araştırma türünde yapılmıştır. Çalışmanın 1. Bölümünde ön test–son test değerlendirmelerinde kullanılan ölçekler için Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu nedenle çalışma 2 bölümde sunulmuştur.

3.2. Birinci Bölüm

Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı Ölçeği için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını kapsayan iki metodolojik araştırma çalışmanın birinci bölümünde yer almaktadır. Bu aşamada iki ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği test edilerek çalışmanın ikinci aşamasında ön test-son test analizlerinde kullanılabilirliği değerlendirilmiştir.

3.2.1. Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği' nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Ülkemizde yaşlı bireylerin sosyal otonomilerini belirlemek için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek bulunmamaktadır. Bu çalışma, bireylerin sosyal bozuklukları yerine sosyal işlevselliğini kapsamlı olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilen Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu metodolojik çalışma, Afyonkarahisar İlinde bulunan, Afyonkarahisar Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı Emirdağ Huzurevi, Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi ile Bolvadin Huzurevinde 01.01.2018 – 28.02.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği 6 maddeden oluştuğu için her madde sayısının 5 katı olmak üzere minimum 30 kişi üzerinden yola çıkılmıştır (279). Her iki metodolojik araştırma için araştırma süreci ve planlanan girişimlerin anlatılmasından sonra; 60 yaş ve üzeri, ileri derecede demans, alzheimer ve şizofreni gibi hastalık tanısı olmayan, Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form Puanı 0-4 arası olanlar ve araştırmaya katılmaya gönüllü kişiler araştırmaya alınırken, işitme, görme ve konuşma ile ilgili ciddi bozukluğu olan (Kurum hemşireleri ile birlikte değerlendirilmiştir) ve ağır fiziksel yetersizliği olanlar (Kurumun rehabilitasyon hizmetleri kısmının dışında kalanlar) çalışma kapsamına alınmamıştır. Kişilerin seçiminde, kurumun yetkili hekimi, kurum hemşireleri, kurum psikoloğu, fizyoterapisti ve bakıcılar ile birlikte değerlendirme yapılmıştır. Evrenin tamamını oluşturan, toplam 181 kişi içerisinde (Emirdağ, Bolvadin ve Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi), araştırma kriterine uyan ve çalışmayı kabul eden gönüllü 92 kişi belirlenmiştir.

Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği, sosyal işlevsellik açısından bireylerin özerkliğini ölçmek için kullanılan bir araçtır. Ölçek, “Sosyal Aktiviteler”, “Sosyal İlişkiler”, “Sosyal İletişim”, “Diğerlerine Saygı”, “Sosyal Roller” ve “Atılganlık (Kendine Güven)” olmak üzere 6 maddeden oluşmaktadır. (Bkz. EK-1) Engelliliği azaltmak için insan kaynaklarının kullanılabilirliğini değerlendirmek için engellerin yanı sıra önümüzdeki üç ya da dört hafta içinde bu tür kaynakların istikrarı hakkında bir bölüm de bulunmaktadır. Özürlülük bölümündeki bilgiler, sosyal desteğin ve sosyal çevrenin varlığının belirlenmesinde bir göstere olarak kullanılabilir. Engellilik bölümünde de sosyal çevrenin varlığının belirlenmesinde bir göstere olarak kullanılabilir.

Social-SMAF'deki her bir madde, kişiyi sorgulayarak, kendisini doğrudan gözlemleyerek veya gerektiğinde kaynak kişilerin (bakım personeli, aile üyeleri, hemşireler vb.) talep ederek elde ettiği bilgilere dayanılarak belirli kriterlere göre 0'dan -3'e kadar bir skorla puanlanır. Değerlendirmeye disabilite (özürlülük) kısmı ile başlanır sonra handikap (engel) kısmına geçilir. Her bir işlevin özürlülük puanı; 0 bağımsız, -1; faaliyeti gerçekleştirmek için gözetim veya teşvik gerekir, -2; etkinliği gerçekleştirmek için biraz yardıma ihtiyacı var ve son olarak -3; etkinliği gerçekleştirmek için tam yardıma ihtiyacı var şeklinde değerlendirilir. Ardından, değerlendirilen her bir işlev için, kişinin şuan belirlenen sakatlığın üstesinden gelmek için gerekli olan insan kaynaklarına veya desteğe sahip olup olmadığı belirlenir. Bu

kişinin handikap düzeyi, özürllüğün seviyesi 0, -1, -2 veya -3 puanına göre aynı şekilde değerlendirilir. Toplam skor kişinin sosyal fonksiyonu ile ilişkili bir ihtiyacı olup olmadığını (en fazla 18 olmak üzere yüksek skorlar) ya da sosyal fonksiyon ile ilgili hiçbir ihtiyacı olmadığını (0 puan) gösterebilir (131, 148).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kapsamında, dil geçerliliği, güvenilirlik ve yapı geçerliliği çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Dil geçerliliği çalışmalarında ölçeğin içerik geçerliliği yapılmaktadır. Bu kapsamda içerik geçerliliği, ölçeğin bütününe veya alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçebilmesi ve ölçülecek alan dışında farklı kavramların varlığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır (280). Ölçeklerin dil, kültür ve içerik geçerliliğini test etmek için Brislin Çeviri Modeli (Brislin's Translation Model) kullanılmıştır (281). Model farklı kültürlerde yapılan araştırmalarda kullanılacak veri toplama aracının uyarlanmasında çeviri sürecini gösteren en iyi teknik olması nedeniyle seçilmiştir. Dil eşdeğerliliği çalışması kapsamında ilk adım olarak, ölçeğin İngilizceden Türkçe'ye çevirisi hemşirelik alanında uzman 2 kişi ve 1 dil bilimci tarafından aynı anda yapılmıştır. Geriatri alanında uzman 2 farklı hemşire akademisyen tarafından çeviriler değerlendirilmiş ve her madde için uygun çeviri seçilmiştir. Birbirinden habersiz olan, alanında uzman bir akademisyen ve akademisyen bir dil bilimci tarafından tekrar orjinal dile geri çevirisi yapılmıştır. İngilizceye tekrar çevrilen ölçeğin, ifadelerinde anlam değişikliği olup olmadığını saptamak için, orjinal ölçekle tekrar karşılaştırılmış ve sonrasında orijinal ölçeği geliştiren yazara gönderilerek onayı alınmış ve Türkçe ölçeğe son şekli verilmiştir. Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür (280, 282). Ölçeğin güvenilirlik çalışması kapsamında zamana göre değişmezlik (test-tekrar test) güvenilirliği ve iç tutarlılığı incelenmiştir. Ölçeğin dil eşdeğerliği ve içerik geçerlik çalışması tamamlandıktan sonra, test-tekrar test (test-retest) çalışması yapılmıştır.

Etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra, 01-05 Ocak 2018 tarihleri arasında huzurevleri ziyaret edilerek, huzurevi sakinleri için ön bilgilendirme yapıldı. Uygulamaya katılmayı kabul edenlerin onamları alınarak araştırma örneklemi belirlenmiştir. Daha sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle 08-12 Ocak 2018 tarihleri arasında ölçeğin ön uygulaması 25 kişi (Bolvadin 8, Emirdağ 10 ve Sandıklı 7) üzerinde yapılmıştır. Bu aşamada Sosyal Otonomi Değerlendirme

Ölçeğinin 6. maddesinin (kendine olan güven/atılgnlık) çevirisi biraz daha geliştirilmiştir. 15-26 Ocak 2018 tarihleri arasında ölçekler ve tanımlayıcı bilgi formu yüz yüze görüşme yapılarak ortalama 45-60 dakika süren zamanda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ölçeğin ilk uygulamasından iki hafta sonra 05-28 Şubat 2018 tarihleri arasında aynı huzurevi sakinleri ile kurumda, tekrar yüz yüze görüşme yöntemiyle ölçeğin ikinci kez uygulanması tamamlanmıştır.

Yapı geçerliliği, yeni testi karşılaştıracak bir kriter (referans) yoksa sınanması gerekli olduğundan ölçek maddelerinin, kavram ya da kavramsal yapıyı ne derece doğru ölçtüğünü değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır (283). Ölçek için ölçtüğü faktörler ve bu faktörlerin ne ile ilişkili olduğunu açıklamamızı sağlamaktadır. Ölçeklerin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde farklı yöntemler kullanılmaktadır (280). Bu yöntemlerden en yaygın kullanımı olan faktör analizidir. Faktör analizi, her bir maddenin, diğer hangi maddelerle uyum gösterdiğini, bu maddelerini diğer madde gruplarına ne kadar kuvvetli bağlandıklarını görmek amacıyla yapılır. Özellikle bir kültürde geliştirilen ölçeğin, başka bir kültüre uyarlanmasında sıklıkla kullanılan yöntemlerden birisi Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)dir. DFA, belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklindeki bir varsayımın sınanmasına dayanır (284). Uyum indekslerinin kuramsal model ile gerçek veriler arasındaki uyumu değerlendirmelerinde birbirlerine göre güçlü ve zayıf yönlerinin olması nedeniyle modelin uyumunun ortaya konulması için birçok uyum indeksi değerinin kullanılması önerilir. Söz konusu uyum indekslerinden en sık kullanılanları Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness), Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index-GFI), Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index-AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index-CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index-NFI), Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (Root Mean Square Error-RMR veya RMS) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü'dür (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA). GFI, CFI, NFI, RFI, IFI ve AGFI indeksleri için uyum değerinin en az 0,85 ki-kare/serbestlik derecesi değerinin 5'in altında olması beklenmektedir. RMSEA için ise 0.08 kabul edilebilir uyum ve 0,05 iyi uyum değeri olarak kabul edilmiştir (279).

Social SMAF Ölçeği'nin tanımlayıcı bulguları ortalama, ortanca, standart sapma, en düşük ve en yüksek puanlar olarak verilmiştir. Çalışmada, Sosyal Otonomi Ölçeğine yönelik Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmıştır. Ayrıca, güvenilirlik analizine yönelik iç tutarlık katsayısı için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Diğer taraftan test-tekrar test güvenilirliği belirlenmiştir. Ayrıca, Sosyal Otonomi Ölçeğine yönelik 15 gün arayla uygulanan son test verilerine Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SSPSS 21.0 ve LISREL 8.71 programları kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışmanın etik yönden değerlendirilmesi; orijinal ölçeği geliştiren yazar Eugenie Pinsonnault'tan ölçeğin Türkçe adaptasyonu için yazılı izni alınmış olup (Bkz. EK-2), Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. (Bkz. EK-3) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı'ndan kurumlarda yaşayan yaşlılar üzerinde uygulanabilirliği için yazılı izin alınmıştır. (Bkz. EK-4) Çalışmaya katılan bireylerle araştırmacı tarafından, görüşme öncesinde yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK-5).

Bulgular

Bu araştırmanın birinci aşamasında, Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği çalışması yapılmış olup bu çalışmaya %39.1'i 80-89 yaş arasında olan 92 yaşlı birey katılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1.' de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Birinci Aşamasına Katılan Huzurevi Sakinlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri.

| Özellikler | Sayı | % |
|-------------------------------------|------|------|
| Yaş | | |
| 60-69 yaş | 25 | 27,2 |
| 70-79 yaş | 21 | 22,8 |
| 80-89 yaş | 36 | 39,1 |
| 90 yaş ve üzeri | 10 | 10,9 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 38 | 41,3 |
| Erkek | 54 | 58,7 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 9 | 9,8 |
| Bekar | 83 | 90,2 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur-yazar değil | 48 | 52,2 |
| Okur-yazar | 12 | 13,0 |
| İlköğretim | 29 | 31,5 |
| Lise | 2 | 2,2 |
| Üniversite | 1 | 1,1 |
| Kurumda Kaldığı Süre | | |
| 0-5 yıl | 76 | 82,6 |
| 6-11 yıl | 11 | 12,0 |
| 12-17 yıl | 5 | 5,4 |
| Kuruma Geliş Şekli | | |
| Kendi isteği ile | 82 | 89,1 |
| Çocukların ya da akrabaların isteği | 7 | 7,6 |
| Kimsesinin olmaması | 3 | 3,3 |
| Kronik Hastalık Sayısı | | |
| Yok | 31 | 33,7 |
| 1 tane | 29 | 31,5 |
| 2 tane | 16 | 17,4 |
| 3 tane | 15 | 16,3 |
| 4 ve üzeri | 1 | 1,1 |
| Kurumda Kalış Durumu | | |
| Ücretsiz | 39 | 42,4 |
| Ücretli | 53 | 57,6 |
| Kurumda kaldığı oda durumu | | |
| Tek kişilik | 20 | 21,7 |
| İki kişilik | 72 | 78,3 |
| Toplam | 96 | 100 |

Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğine yönelik uygulanan açıklayıcı faktör analizi ve ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin güvenilirlik analizi sonuçlarına göre, Bartlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) sonuçları doğrulamaktadır. Bartlett

Testi=211,779; $p<0,001$ ve KMO=0,770 olması faktör analizinin uygulanabilirliğine yönelik örneklem yeterliliğini ortaya koymuştur. Analiz sonucunda, 6 maddeyi içeren Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin öz değeri olan 3.768, toplam varyansın %70.186'sını açıklayan tek boyut (faktör) altında toplandığı görülmektedir. (Tablo 3.2.)

Tablo 3.2. Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İçin Açıklayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlik Analizi Sonuçları.

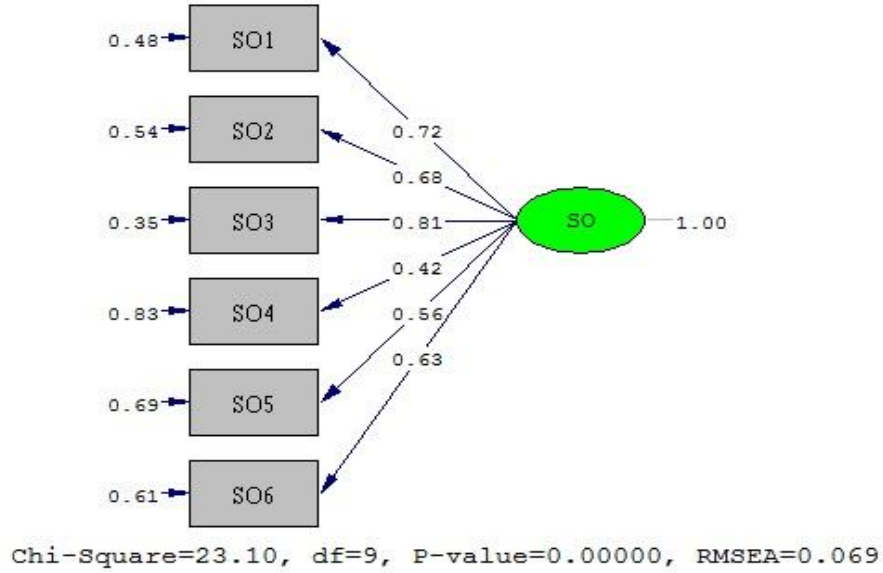
| Maddeler | Faktör Yüklere | Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu | Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha |
|--|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Madde1: Boş vakitlerindeki uğraşları | 0,715 | 0,687 | 0,737 |
| Madde2: Ailesi, arkadaşları ve destek çalışanları ile kayda değer duygusal bağları oluşturma veya devam ettirme | 0,443 | 0,561 | 0,770 |
| Madde3: Çevresindeki kaynakları kullanma | 0,481 | 0,691 | 0,734 |
| Madde4: Başkalarıyla ilişkilerde uygun davranma (saygı, uyum, nezaket) | 0,817 | 0,551 | 0,808 |
| Madde5: Kişinin kendi durumuna göre önemli sosyal rolleri yerine getirme | 0,529 | 0,522 | 0,781 |
| Madde6: İsteklerini, fikirlerini, görüşlerini ve sınırlarını ifade etme | 0,782 | 0,574 | 0,765 |
| Özdeğer (Eigenvalue) | 3,768 | - | - |
| Varyansı Açıklama Oranı (%) | 70,186 | - | - |
| Genel Ölçek Cronbach's Alpha | - | - | 0,800 |
| Test-tekrar Test Güvenirliği (r) | | | 0,767 |

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)=0,770
Bartlett's Test of Sphericity: Chi-Square=211.779; $p<0,001$

Tüm maddelere ait faktör yüklerinin ise 0,40 değerinin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Sosyal otonomi ölçeğinin iç tutarlığına ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0.80 olarak hesaplanmış olup bu değer 0,70 kritik değerinin üzerindedir. Diğer taraftan, düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin de 0,40 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca, madde silindiğinde Cronbach's Alpha

katsayılarının tamamının 0,70 değerinin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte test-tekrar test güvenilirlik değeri 0,76 olarak hesaplanmıştır.

Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğine yönelik uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucunda elde edilen Path Diyagramı Şekil 3.1.'de sunulmuştur.



Şekil 3.1. Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Path Diyagramı.

Ayrıca Doğrulayıcı Faktör Analizi için uyum ölçütleri Tablo 3.3.'te verilmiştir. Uyum ölçütleri sonuçları, RMSEA, NFI, NNFI, CFI, SRMR ve AGFI kabul edilebilir bir uyum elde edildiğini gösterirken, χ^2/df için ($2,57 < 3$ olduğu için) mükemmel bir uyum elde edilmiştir. Buna göre, doğrulayıcı faktör analizi sonucunda sosyal otonomi ölçeğine ilişkin tek faktörlü uygun bir model elde edilmiştir.

Tablo 3.3. Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İçin Uyum Ölçütleri.

| Ölçütler | Mükemmel Uyum | Kabul Edilebilir Uyum | Bulgu | Sonuç |
|-------------|--------------------------|--------------------------|-------|------------------|
| RMSEA | $0 \leq RMSEA \leq 0,05$ | $0,05 < RMSEA \leq 0,08$ | 0,069 | Kabul Edilebilir |
| NFI | $0,95 \leq NFI \leq 1$ | $0,90 \leq NFI < 0,95$ | 0,920 | Kabul Edilebilir |
| NNFI | $0,97 \leq NNFI \leq 1$ | $0,95 \leq NNFI < 0,97$ | 0,950 | Kabul Edilebilir |
| CFI | $0,97 \leq CFI \leq 1$ | $0,95 \leq CFI < 0,97$ | 0,960 | Kabul Edilebilir |
| SRMR | $0 \leq SRMR \leq 0,05$ | $0,05 < SRMR \leq 0,10$ | 0,069 | Kabul Edilebilir |
| AGFI | $0,90 \leq AGFI \leq 1$ | $0,85 \leq AGFI < 0,90$ | 0,850 | Kabul Edilebilir |
| χ^2/DF | <3 | <5 | 2,570 | Mükemmel Uyum |

Ölçeği geliştiren Pinsonnault ve arkadaşlarının, 50 yaş ve üstü 51 ve 74 kişi olmak üzere 2 grupta yaptığı, ölçeğin geliştirilmesi çalışmasında, Cohen's weighted kappa (kw), değerine ve ICC (CI %95) bakarak total skoru 1. Grupta 0,78 (0,64-0,87), 2. grupta ise 0,96 (0,93-0,98) olarak bulmuştur. Bu da Landis ve Koch ölçeğine göre, mükemmel bir uyum göstermektedir (285). Ölçeğin gücünü göstermek için OARS (Multi-Functional Assessment Questionnaire and Service Assessment Questionnaire), LIFE-H (Life Habits Questionnaire) ve SPS (Social Support) ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen korelasyonlar beklenen düzeyde olmasa da uyumu desteklemek adına kabul edilebilir düzeydeydi (131).

Yapılan bu metodolojik araştırma sonucunda, Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin iç tutarlığına ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Ayrıca, düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin de 0,40 değerinin üzerinde olması ve test-tekrar test güvenilirlik değeri 0,76 olarak tespit edilmesi ölçeğin kullanılabilir olarak değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgularla, ölçeğin yaşlı bireylerin sosyal otonomilerini değerlendirmede, izlemede ve planlama yapma aşamasında kullanılacak bir ölçüm aracı olabileceğini göstermektedir.

3.2.2. Yaşlı Bireylerde Yaşam Bağlılığı Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Yaşam Bağlılığı Ölçeği, hayattaki amacın bir öz değerlendirme ölçütü olarak kabul edilmektedir. Yaşam doyumu, öznel iyi oluş, sosyal işlevsellik ve dışa dönüklük gibi kavramlar ile aralarındaki olumlu ilişkiler, özellikle de birtakım sorunlarla karşılaşılan ve uyum güçlüğü yaşanan yaşlılık döneminde, büyük önem kazanmaktadır. Bu dönemde, davranışların sürdürülmesinde gösterilen katılım, coşku, tutku, özveri ve gayret anlamına gelen Yaşam Bağlılığı Ölçeği'nin yaşlılarda geçerliliğinin değerlendirilmesinin, yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Yaşam Bağlılığı Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu metodolojik çalışma, Afyonkarahisar İlinde bulunan, Afyonkarahisar Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı Emirdağ Huzurevi, Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi ile Bolvadin Huzurevinde 01.01.2018 – 28.02.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Yaşam Bağlılığı Ölçeği 6 maddeden oluştuğu için her madde sayısının 5 katı olmak üzere minimum 30 kişi üzerinden yola çıkılmıştır (279). Yaşam amaçlarını değerlendirmek amacıyla Scheier ve diğerleri (154) tarafından geliştirilen Yaşam Bağlılığı Ölçeği (The Life Engagement Test) 6 maddeden ve tek boyuttan (yaşam bağlılığı) oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçek; (1) Hiç Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum ve (5) Tamamen Katılıyorum şeklinde 5'li bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçekte 1., 3. ve 5. maddeler ters kodlanmaktadır. Ters puanlı negatif puanlı öğelerden sonra, tüm puanlar toplanır. Mümkün olan puan aralığı ise 6 ila 30 arasındadır. Yükselen puanlar, hayatta daha büyük amaç olduğunu göstermektedir. Bireylerin hayattaki amaçlarını öz değerlendirme aracı olarak görülmektedir. Yükselen puanlar, hayatta daha büyük amaç olduğunu göstermektedir. Bireylerin hayattaki amaçlarını öz değerlendirme aracı olarak görülmektedir (Bkz. EK-7).

Bu çalışma ile Scheier ve arkadaşları (154) tarafından geliştirilen, Uğur ve Akın (286) tarafından 2015 yılında üniversite öğrencileri üzerinde Türkçe 'ye

uyarlanması yapılan, Yaşam Bağlılığı Ölçeği'nin yaşlı bireyler (60 yaş ve üstü) üzerinde Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği değerlendirilmiştir. Bu metodolojik çalışma, Afyonkarahisar İlinde bulunan, Afyonkarahisar Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi, Emirdağ Huzurevi ile Bolvadin Huzurevinde 01.01.2018-28.02.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra, 01-05 Ocak 2018 tarihleri arasında huzurevleri ziyaret edilerek, huzurevi sakinleri için ön bilgilendirme yapıldı. Uygulamaya katılmayı kabul edenlerin onamları alınarak araştırma örneklemi belirlenmiştir. Daha sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle 08-12 Ocak 2018 tarihleri arasında ölçeğin ön uygulaması 25 kişi (Bolvadin 8, Emirdağ 10 ve Sandıklı 7) üzerinde yapılmıştır. 15-26 Ocak 2018 tarihleri arasında ölçekler ve tanımlayıcı bilgi formu yüz yüze görüşme yapılarak ortalama 45-60 dakika süren zamanda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ölçeğin ilk uygulamasından iki hafta sonra 05-28 Şubat 2018 tarihleri arasında aynı huzurevi sakinleri ile kurumda, tekrar yüz yüze görüşme yöntemiyle ölçeğin ikinci kez uygulanması tamamlanmıştır.

Çalışmanın etik yönden değerlendirilmesi; Araştırma için önce ölçeği geliştiren Michael F Scheier'den ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Erol Uğur ve Ahmet Akın'dan yazılı izinler alındıktan (Bkz. EK-8) sonra Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Bkz. EK-3), Afyonkarahisar Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nden yaşlılara uygulanabilmesi için yazılı izinleri alınmıştır. (Bkz. EK-4) Ayrıca çalışmaya katılan bireylere, Yaşam Bağlılığı Ölçeği'nin yaşlı bireylerde geçerlilik-güvenirlik çalışması hakkında bilgilendirilme yapılarak, bireylerden yazılı izin alınmış (Bkz. EK-5) ve tanımlayıcı bilgi formu uygulanmıştır (Bkz. EK-6).

Çalışmada, yaşam bağlılığı ölçeğine yönelik Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) -Exploratory Factor Analysis (EFA)- uygulanmıştır. Diğer taraftan, güvenilirlik analizine yönelik iç tutarlık katsayısını veren Cronbach's Alpha değeri ve öntest-sontest arasındaki korelasyonu belirlemek test-tekrar test güvenilirliği hesaplanmıştır. Ayrıca, yaşam bağlılığı ölçeğine yönelik 15 gün arayla uygulanan son test verilerine açıklayıcı faktör analizinden elde edilen faktör yapısını doğrulamak için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) -Confirmatory Factor Analysis (CFA)- uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, Stastical Package for Social Science for Windows

(SPSS 21.0) paket programı kullanılarak analiz edilmiş olup doğrulayıcı faktör analizi için LISREL 8.71 programından yararlanılmıştır.

Bulgular

Yaşam Bağlılığı Ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi (Exploratory factor analysis) ve güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3.4.'te sunulmuştur. Faktör analizi sonuçlarına göre, Bartlett küresellik ve Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği testleri, analiz için verilerin yeterliliğini doğrulamaktadır (Bartlett Testi=372.453; $p<0,001$ ve KMO=0.801). Bu çerçevede, 6 maddeden oluşan yaşam bağlılığı ölçeğinin, özdeğeri 3,637 olan toplam varyansın %69.211'ini açıklayan tek boyut (faktör) altında toplandığı görülmektedir.

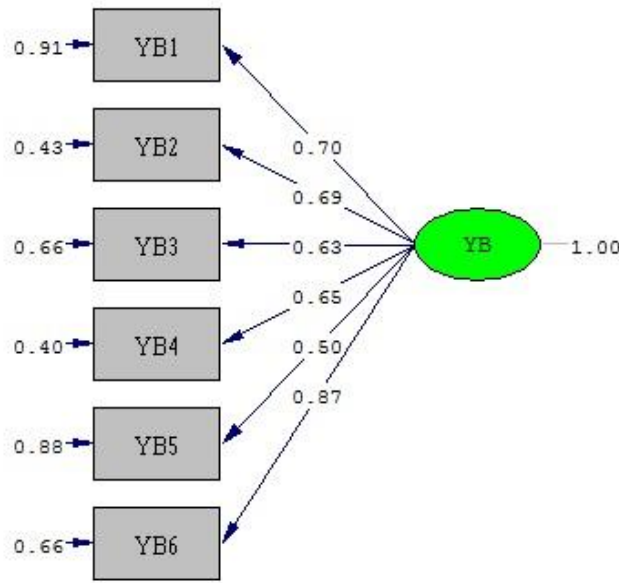
Tablo 3.4. Yaşam Bağlılığı Ölçeği İçin Açıklayıcı Faktör Analizi ve Güvenirlik Analizi Sonuçları.

| Maddeler | Faktör Yükleri | Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu | Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha |
|--|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Madde 1: Yaşamımda çok fazla amacım yok. | 0,479 | 0,474 | 0,765 |
| Madde 2: Bana göre yaptıklarımın tamamı değerlidir. | 0,512 | 0,569 | 0,744 |
| Madde 3: Yaptıklarımın çoğu bana değersiz ve önemsiz görünür. | 0,636 | 0,597 | 0,733 |
| Madde 4: Yaptıklarımın çok değer veririm. | 0,490 | 0,588 | 0,739 |
| Madde 5: Yaptığım şeylere çok fazla önem vermem. | 0,810 | 0,424 | 0,777 |
| Madde 6: Yaşamak için birçok nedenim vardır. | 0,710 | 0,583 | 0,736 |
| Özdeğer (Eigenvalue) | 3,637 | - | - |
| Varyansı açıklama oranı (%) | 69,211 | - | - |
| Genel Ölçek Cronbach's Alpha | - | - | 0,782 |
| Test-tekrar Test Güvenirliği (r) | | | 0,803 |

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)=0,801
Bartlett's Test of Sphericity: Chi-Square=372,453; $p<0,001$

Yaşam bağıllığı ölçeğine yönelik son test verilerine uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)-Confirmatory Factor Analysis (CFA) sonucunda elde edilen Path Diyagramı Şekil.3.2.'de sunulmuştur.

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda Bartlett testi ve KMO değerleri, örneklem yeterliği çerçevesinde faktör analizinin uygulanabilirliğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte yaşam bağıllığı ölçeğinin toplam varyansın 3' te 2' sinden fazlasını açıklayan tek faktör altında toplandığı tespit edilmiştir.



Chi-Square=25.92, df=9, P-value=0.00211, RMSEA=0.076

Şekil 3.2. Yaşam Bağıllığı Ölçeğine İlişkin Path Diyagramı.

CFA'da yapı geçerliliği için uyum indeksleri Tablo 3.5. 'te gösterilmiştir. Uyum ölçütleri incelendiğinde, RMSEA, NFI, NNFI, CFI SRMR ve AGFI kabul edilebilir bir uyum gösterirken χ^2/df ; $2,88 < 3$ olduğu için mükemmel bir uyum göstermektedir. Uyum indekslerine göre, tek faktörlü model, verilere yeterli düzeyde uymaktadır. Bu bulgular çerçevesinde, AFA'dan elde edilen faktör yapısı DFA ile test edilmiş ve uygun model oluşturulmuştur. Güvenirlik analizine ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı yaşam bağıllığı ölçeği için 0,78 olarak hesaplanmıştır. Madde silindiğinde Cronbach's Alpha katsayılarının tamamının 0,70 kritik değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin de 0,40 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca test-tekrar test güvenirliliği için korelasyon değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, ölçekten madde çıkarılmasına gerek olmadığını ifade etmektedir. Yaşam Bağıllığı Ölçeği'nin

yaşlı bireyler üzerinde Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini amaçlayan bu çalışmada, yaşam bağlılığı ölçeği için uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucunda Bartlett testi ve KMO değerleri, örneklem yeterliği çerçevesinde faktör analizinin uygulanabilirliğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte yaşam bağlılığı ölçeğinin toplam varyansın 3'te 2'sinden fazlasını açıklayan tek faktör altında toplandığı tespit edilmiştir. Uğur ve Akın'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da, açıklayıcı faktör analizinde, benzer şekilde tek boyutta iyi uyum verdiği görülmüştür (286).

Tablo 3.5. Yaşam Bağlılığı Ölçeği İçin Uyum İndeksleri.

| Ölçütler | Mükemmel Uyum | Kabul Edilebilir Uyum | Bulgu | Sonuç |
|-------------|--------------------------|--------------------------|-------|------------------|
| RMSEA | $0 \leq RMSEA \leq 0,05$ | $0,05 < RMSEA \leq 0,08$ | 0,076 | Kabul Edilebilir |
| NFI | $0,95 \leq NFI \leq 1$ | $0,90 \leq NFI < 0,95$ | 0,910 | Kabul Edilebilir |
| NNFI | $0,97 \leq NNFI \leq 1$ | $0,95 \leq NNFI < 0,97$ | 0,960 | Kabul Edilebilir |
| CFI | $0,97 \leq CFI \leq 1$ | $0,95 \leq CFI < 0,97$ | 0,950 | Kabul Edilebilir |
| SRMR | $0 \leq SRMR \leq 0,05$ | $0,05 < SRMR \leq 0,10$ | 0,086 | Kabul Edilebilir |
| AGFI | $0,90 \leq AGFI \leq 1$ | $0,85 \leq AGFI < 0,90$ | 0,870 | Kabul Edilebilir |
| χ^2/DF | <3 | <5 | 2,880 | Mükemmel Uyum |

Shahnaz ve arkadaşlarının Bangladeşte, üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Bartlett Testi=304,167 $p < 0,001$ ve KMO=0,784 olarak, çalışmamızla çok benzer bulmuştur. Yine Katsunori Sumi'nin Japonya' da yetişkin çalışanlar üzerinde yaptığı araştırmada, Bartlett Testi=508,56 $p < .01$ ve KMO=0,78 benzer sonuçlar alınmıştır (157). Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin iç tutarlık katsayısı olan Cronbach's Alpha katsayısı 0,70 kritik değerinin üzerinde hesaplanmıştır. Diğer taraftan madde toplam korelasyon değerlerinin de 0,40 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Bu değer 0,30 değerinin üzerinde olması gerektiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar herhangi bir madde çıkarılmadan 6 maddeden oluşan yaşam bağlılığı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini teyit etmiştir. Shahnaz ve arkadaşlarının Bangladeşte, üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach's Alpha katsayısını 0,77 özdeğerlilik $> 1,00$ ve total varyansı %46.80 ve korelasyon değerlerini 0,30'un üzerinde olarak

bulmuşlardır. Katsunori Sumi'nin Japonya' da yetişkin çalışanlar üzerinde yaptığı araştırmada, Cronbach's Alpha katsayısını 0,83, özdeğerlilik > 1.00 ve total korelasyonun benzer şekilde 0,40 değerinin üzerinde bulunduğu görülmüştür. Uğur ve ark. toplam korelasyon katsayılarının 22 ile 60 arasında, Cronbach's Alpha katsayısını 0,74 olarak bulmuşlardır (286). Scheier ve arkadaşlarının farklı gruplar üzerinde yaptığı bir çalışmada, yaş ortalaması 65 ve üzeri olan 3 grupta, Cronbach's Alpha katsayısını 0,80 ve 0,81 olarak, faktör yüklerini en düşük 56 en yüksek 81 gibi yüksek sonuçlar elde edilmiştir (157). Bu çalışmada, açıklayıcı faktör analizinden elde edilen faktör yapısı Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucunda doğrulanmış ve Path diyagramı ile uygun model elde edilmiştir. Ki-kare'nin serbestlik derecesine göre bölünmesi sonucunda (Ki-kare/df), 3'ten küçük bir oran bulunmuştur ki bu modelin mükemmel uyumunu göstermektedir. Scheier ve ark. ile Katsunori Sumi tarafından benzer yaş grubunda yapılan çalışmalara paralel olarak ölçeğin Türk toplumunun yapısı için uygun olduğu ve maddelerin çıkarılmasına gerek olmadığı gözlenmiştir. Bu çalışma; Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir (DOI: 10.5336/nurses.2019-72950).

3.3. İkinci Bölüm

Bu bölümde ise, düzenli uygulanan sosyal aktivite programının yaşlıların otonomisi ve yaşama bağlılığı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan tek grup üzerinde ön-test ve son- test deseninde yarı deneysel araştırma yer almaktadır.

3.3.1. Araştırmanın Şekli

Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının huzurevi sakinlerinin otonomisi ve yaşama bağlılığına etkisini değerlendirmek amacıyla tek grup üzerinde öntest ve sontest deseninde uygulanan yarı deneysel araştırma türünde yapılmıştır.

3.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Afyonkarahisar Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yürütülmüştür. Kurumda araştırmanın yapılabilmesi için 20.07.2017 tarihinde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na başvurulmuştur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan 10.08.2017 tarih ve 85187 sayılı karar ile gerekli izin

alınmıştır. Kurum 110 yatak kapasiteli (60'ı huzurevi ve 50'si rehabilitasyon) olup, 26'sı tek kişilik ve 42'si çift kişilik olmak üzere toplamda 68 odası bulunmaktadır. Huzurevi sakinlerinin 53'ü erkek, 57'si kadındır. Kurumda, 1 fizyoterapist, 10 hemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 psikolog ve 29 bakım elemanı görev yapmaktadır.

Huzur evinde, 59 kişi ücretli, 51 kişi ise ücretsiz ikamet etmektedir. Kurumda hemşireler tedavi ağırlıklı hizmet vermekte, pansumanı olan yaşlıların pansumanlarını değiştirmekte, ilaçları biten yaşlıların reçetelerinin yazdırılması ve yaşlıların vital bulgularının takibini yapmaktadır. Huzurevinde kalan bireyler sağlıkla ilgili bir sorunları olduğunda, hemşire odasına gelerek ya da bakıcılar aracılığıyla sorunlarını iletebilmektedirler. Huzurevi sakinlerine hizmet sunmak üzere, yakınında bulunan bir aile hekimi tarafından, haftada bir gün (çarşamba), hekim kuruma gelerek muayene, reçete yazımı ve tetkik gibi işlemleri gerçekleştirmektedir. Aynı zamanda gerekli görülen yaşlılar özel ve kamuya ait hastanelere tanı ve tetkik amaçlı gönderilmektedirler. Kurumda kalanların psiko-sosyal, fiziksel ve ruhsal durumlarının izlenmesi, sorunlarının çözümüne yardımcı olunması, bireylerin yakın çevresi ile olan sosyal ilişkilerinin düzenlenmesi, bireyler için sosyal, kültürel, eğitsel ve sportif etkinlikler düzenlenmesi ve bu etkinliklere katılımının sağlanması için, müdür yardımcısı, sosyal hizmet çalışanları ve hemşireler birlikte ekip halinde çalışmaktadırlar. Bu kapsamda kurumlarda düzenli olmamakla birlikte, gezi, yemek, piknik, sinema, bocce gibi spor faaliyetleri ve özel günleri kutlama etkinlikleri (yaşlılar haftası, anneler günü-babalar günü, yılbaşı) gibi faaliyetler yapılmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde bocce spor turnuvası için antrenmanlar yapılmıştır.

3.3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, uygulama süresince (04.06.2018-28.09.2018) Afyonkarahisar Merkez Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan bireyler oluşturmaktadır. Yarı deneysel araştırma türünde yapılan bu çalışmada, örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde G Power 31.92 programından yararlanılarak güç analizi yapılmıştır. Buna göre eşleştirilmiş iki ortalama (ön test-son test) arasındaki farkın (Means: Difference between two dependent means

(matchedpairs) önemliliği testine yönelik prosedür kullanılmış, olup etki büyüklüğü (effect size) $d=0,5$ ve anlamlılık düzeyi $\alpha= 0,05$ olarak alınmış olup $1-\beta=0,80$ 'lik bir güç için minimum örneklem büyüklüğü 27 olarak hesaplama yapılmıştır. Parametre değerlerinin belirlenmesinde benzer çalışmalardan yararlanılmıştır (287-289). Bu doğrultuda %20 'lik bir kayıp dikkate alınarak (vazgeçenler, sakatlık, hastalık, ölüm vb. mazeret durumları) araştırma grubunun örneklem sayısı 33 birey olarak belirlenmiştir.

Çalışma, araştırma süreci ve planlanan girişimlerin anlatılmasından sonra, 60 yaş ve üzeri, Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form Puanı 0-4 arası olan ve çalışmaya katılıma onam veren bireyler araştırma kapsamına alınmıştır. İşitme, görme ve konuşma ile ilgili ciddi bozukluğu olan, ileri derecede demans, alzheimer ve şizofreni gibi hastalık tanısı almış ve ağır fiziksel yetersizliği olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu kriterler doğrultusunda huzurevinde çalışmaya katılabilecek 39 huzurevi sakini belirlenmiştir. Bu sayı power analizinde belirlenen sayıya yakın olması nedeniyle örneklemin tamamını oluşturan 39 huzurevi sakini ile çalışmaya başlanmıştır. Çalışma sırasında, iki kişinin yoğun bakımda tedavi görmesi ve bir kişinin de kurumdan ayrılması nedeniyle araştırma 36 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.6.'da, yaşam biçimi davranışları ve sağlık durumları Tablo 3.7.'de, çocukları, yakınları, kurumda kalan bireyler ve çalışanlarla olan ilişkileri Tablo 3.8.'de, kurumda kalma nedenleri ve kurumun bazı özelliklerine yönelik düşünceleri ise Tablo 3.9.'da ve Kurum sakinlerinin aktivitelerle ilgili görüşleri Tablo 3.10.'da verilmiştir.

Tablo 3.6. Araştırma Kapsamındaki Huzurevi Sakinlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri.

| Özellik | Sayı | % |
|----------------------|------|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 15 | 41,7 |
| Erkek | 21 | 58,3 |
| Yaş | | |
| 60-69 yaş | 10 | 27,8 |
| 70-79 yaş | 14 | 38,9 |
| 80-89 yaş | 12 | 33,3 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 5 | 13,9 |
| Boşanmış | 12 | 33,3 |
| Dul | 19 | 52,8 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur-yazar değil | 9 | 25,0 |
| Okur-yazar | 2 | 5,6 |
| İlköğretim | 21 | 58,3 |
| Lise | 3 | 8,3 |
| Üniversite | 1 | 2,8 |
| Toplam | 36 | %100 |

Araştırmaya katılan 36 kişinin, %38.9 'u 70-79 yaş arası, %58.3'ü erkek, %52.8'i dul, %58.3'ünün ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. (Bkz. Tablo 3.6.)

Tablo 3.7. Huzurevi Sakinlerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumları.

| Özellikler | Sayı | % |
|---|-----------|-------------|
| Kronik Hastalık Durumu* | | |
| Yok | 13 | 36,1 |
| 1 tane | 6 | 16,7 |
| 2 tane | 11 | 30,6 |
| 3 tane | 5 | 13,9 |
| 4 ve üzeri | 1 | 2,8 |
| Kullandığı İlaç Sayısı | | |
| Yok | 13 | 36,1 |
| 2 tane | 8 | 22,2 |
| 3 tane | 10 | 27,8 |
| 4 ve üzeri | 5 | 13,9 |
| Kendisinin yapamadığı GYA | | |
| Yok | 14 | 38,9 |
| Giyinme | 2 | 5,6 |
| Banyo | 2 | 5,6 |
| 1 den fazla yapamadığı aktivite olanlar | 18 | 50,0 |
| Kendisi İle İlgili Kararların Alınma Durumu | | |
| Yalnızca kendisi | 30 | 83,3 |
| Ailesi | 1 | 2,8 |
| Kurum personeli | 2 | 5,6 |
| Kurum personeli ile birlikte | 3 | 8,3 |
| Kendisi İle İlgili Kararları Kimlerin Almasını İsteme Durumu | | |
| Yalnızca kendisi | 31 | 86,1 |
| Ailesi | 1 | 2,8 |
| Kurum personeli | 2 | 5,6 |
| Kurum personeli ile birlikte | 2 | 5,6 |
| Toplam | 36 | %100 |

*Hipertansiyon, Diyabet, Kronik Kalp Yetmezliği, Kronik Böbrek Hastalığı, Kalp Damar Hastalığı

Kurumda kalan bireylerin %63.9'u en az 1 tane olmak üzere ilaç kullanmaktadır. Bunların yalnızca %36.1' lik bir kısmı kronik bir hastalığa sahip değildir. Bireylerin sağlık durum ve davranışları incelendiğinde; yalnızca %38.9'u günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) hepsini kendileri yapabilmektedir. Diğerleri bu konuda yardım almaktadır. Kendileri ile ilgili kararları kimin aldığı sorusuna %83.3'ü kendilerinin karar verdiklerini, kararları kimin almasını isterdiniz sorusuna ise %86.1 oranında yalnızca kendilerinin karar vermesini istediklerini belirtmişlerdir. (Bkz. Tablo 3.7.)

Tablo 3.8. Huzurevi Sakinlerinin Çocukları, Yakınları, Kurumda Kalan Bireyler ve Çalışanlarla İle Olan İlişkileri.

| Özellikler | Sayı | % |
|---|------|------|
| Aile üyeleri ile görüşme durumu | | |
| Hiç görüşmüyor | 10 | 27,8 |
| Ara sıra görüşüyor | 14 | 38,9 |
| Sürekli görüşüyor | 12 | 33,3 |
| Aile üyeleri ile görüşme şekli | | |
| Ziyarete geliyorlar | 14 | 38,9 |
| Birey ziyarete gidiyor | 4 | 11,1 |
| Yalnızca telefonla görüşüyor | 8 | 22,1 |
| Aile üyeleri ile görüşmeyenlerin görüşmeme nedenleri | | |
| Kendisi istemiyor | 4 | 40 |
| Aile üyeleri istemiyor | 3 | 30 |
| Kimsesi yok | 3 | 30 |
| Kurumda kalan diğer sakinlerle iletişim durumu | | |
| Orta | 10 | 27,8 |
| İyi | 21 | 58,3 |
| Çok iyi | 5 | 13,9 |
| Kurumda çalışan personellerle iletişim durumu | | |
| Orta | 5 | 13,9 |
| İyi | 23 | 63,9 |
| Çok iyi | 8 | 22,2 |
| Toplam | 36 | %100 |

Aileleri ve yakınları ile görüşme durumlarına bakıldığında, yalnızca %33.3'ünün ailesiyle düzenli olarak görüştüğü, %27.8'inin ise aileleriyle ve yakınlarıyla hiç görüşmediği tespit edilmiştir. Görüşenlerin %53.8'i ziyaret edilerek görüştiklerini ifade etmişlerdir. Aile ve yakınlarıyla görüşmeyenlerin nedenlerine baktığımızda ise, %30'u kimsesinin olmaması nedeniyle görüşemediğini, %30'u yakınlarının gelmediğini ve %40'ı ise kendilerinin görüşmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Kurumda yaşayan diğer bireylerle ilişki düzeylerine baktığımızda, %58.3'ünün iyi seviyede olduğu, personel ile olan ilişki düzeylerinin de %63.9 oranında iyi düzeyde olduğu görülmüştür. (Bkz. Tablo 3.8.)

Tablo 3.9. Huzurevi Sakinlerinin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özellikleri.

| Özellikler | Sayı | % |
|---|------|------|
| Kurumda kalma süresi | | |
| 0-5 yıl | 34 | 94,4 |
| 6-10 yıl | 1 | 2,8 |
| 11-15 yıl | 1 | 2,8 |
| Kuruma geliş durumu | | |
| Kendi isteği ile | 25 | 69,4 |
| Çocukların isteği ile | 4 | 11,1 |
| Kimsesinin olmaması | 7 | 19,4 |
| Kurumda kalış biçimi | | |
| Ücretli | 16 | 44,4 |
| Ücretsiz | 20 | 55,6 |
| Kurumda kaldığı oda | | |
| Tek kişilik | 13 | 36,1 |
| Çift kişilik | 23 | 63,9 |
| Kurumda sosyal aktivite olmasını isteme durumu | | |
| Evet İstiyor | 34 | 94,4 |
| Hayır İstemiyor | 2 | 5,6 |
| Kurumda sosyal aktivite uygulanma durumu | | |
| Fiziksel Aktivite | | |
| Hiç yapılmamakta | 36 | 100 |
| Dini Aktivite | | |
| Ara sıra yapıyor | 36 | 100 |
| El Becerisi (Resim)Aktivitesi | | |
| Hiç yapılmamakta | 36 | 100 |
| Müzik Aktivitesi | | |
| Hiç yapılmamakta | 25 | 69,4 |
| Ara sıra | 11 | 30,6 |
| Eğitim Aktivitesi | | |
| Hiç yapılmamakta | 36 | 100 |
| Diğer Aktiviteler(sinema, tiyatro, gezi, piknik vb.) | | |
| Hiç yapılmamakta | 15 | 38,9 |
| Ara sıra | 21 | 61,1 |
| Toplam | 36 | 100 |

Huzurevi sakinlerinin %94.4'ü 0-5 yıl arası bir süredir kurumda kalmakta olup, %69.4'ünün ise kuruma kendi isteği ile geldiği saptanmıştır. Huzurevi sakinlerinin %55.6'sı ücretsiz kalmakta ve %63.9'unun ise çift kişilik odada kaldığı görülmektedir. Huzurevi sakinleriin %94.4'ü kurumda aktivite olmasını istemektedir. (Bkz. Tablo 3.9.)



Tablo 3.10. Huzurevi Sakinlerinin Aktivitelere Yönelik Talepleri.

| Özellik | Sayı | % |
|---|-----------|------------|
| Kurumda olmasını istedikleri aktiviteler | | |
| Fiziksel Aktivite | 16 | 44,4 |
| Dini Aktivite | 6 | 16,7 |
| El becerisi Aktivitesi | 3 | 8,3 |
| Müzik Aktivitesi | 6 | 16,7 |
| Eğitim Aktivitesi | 2 | 5,6 |
| Diğer (sinema, tiyatro, gezi, piknik vb.) | 3 | 8,3 |
| Aktivitelerin uygulanmasını isteme sıklığı | | |
| Fiziksel aktivite | | |
| Haftada 1 gün | 11 | 30,6 |
| Haftada 2 gün | 8 | 22,2 |
| Haftada 3 gün | 6 | 16,7 |
| Her gün | 11 | 30,6 |
| Dini aktivite | | |
| Haftada 1 gün | 8 | 22,2 |
| Haftada 2 gün | 17 | 47,2 |
| Haftada 3 gün | 5 | 13,9 |
| Her gün | 6 | 16,7 |
| El becerisi aktivitesi | | |
| Haftada 1 gün | 20 | 55,6 |
| Haftada 2 gün | 6 | 16,7 |
| Haftada 3 gün | 4 | 11,1 |
| Her gün | 6 | 16,7 |
| Müzik aktivitesi | | |
| Haftada 1 gün | 11 | 30,6 |
| Haftada 2 gün | 12 | 33,3 |
| Haftada 3 gün | 7 | 19,4 |
| Her gün | 6 | 16,7 |
| Eğitim aktivitesi | | |
| Haftada 1 gün | 23 | 63,9 |
| Haftada 2 gün | 3 | 8,3 |
| Haftada 3 gün | 4 | 11,1 |
| Her gün | 6 | 16,7 |
| Diğer(sinema, tiyatro, gezi, piknik vb.) | | |
| Haftada 1 gün | 20 | 55,8 |
| Haftada 2 gün | 5 | 13,8 |
| Haftada 3 gün | 6 | 16,6 |
| Her gün | 5 | 14,8 |
| Eğitim Aktivitesinde İstenilen Konular | | |
| Hastalıklar | 27 | 75,0 |
| Beslenme | 7 | 19,4 |
| Hijyen | 2 | 5,6 |
| Dini Aktivitede İstenilen Konular | | |
| Kur'anı Kerim okunması | 13 | 36,1 |
| İlahi okunması | 7 | 19,4 |
| Soru Cevap | 12 | 33,3 |
| Dini Kıssa Anlatımı | 4 | 11,1 |
| Toplam | 36 | 100 |

Kurumda olmasını istedikleri aktiviteler arasında en çok fiziksel aktivitelerin tercih edildiği görülmüştür. Aktiviteleri tek tek ele aldığımızda; %30.6'sı fiziksel aktivitelerin, %16.7'si dini aktivitelerin, %16.7'si eğitimlerin, %18.2'si müzik aktivitesi ve %17.3'ü ise el becerisi aktivitesinin her gün yapılmasını istemektedir. (Bkz. Tablo 3.10.)

Eğitim aktivitesinde konu başlıklarını belirlemek üzere sorulan soruda talepleri, %75 oranında hastalıklar konusu yönünde olmuştur. Dini aktivitelere yönelik istekleri sorulduğunda %36.1 Kuran-ı Kerim okunması ve %33.3 oranında soru-cevap olması şeklinde ifade edilmiştir. (Bkz. Tablo 3.10.)

3.3.4. Verilerin Toplanması

Veri Toplama Form ve Araçları

Verilerin toplanması amacıyla; huzurevinde kalan bireylerin ve huzurevlerinin özelliklerini tanımlamak ve kapsamlı olarak değerlendirebilmek için araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen Tanımlayıcı Bilgi Formu (Bkz. EK-6), fonksiyonel otonomilerini ve sosyal otonomileri ile yaşam bağlılığını değerlendirmek için Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği (Bkz. EK-9), Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği (Bkz. EK-1) ve Yaşam Bağlılığı Ölçeği (Bkz. EK-7) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan huzurevinde kalan bireyi ve huzurevi özelliklerini tanımlayan Tanımlayıcı Bilgi Formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik bilgiler, ikinci bölümde, yaşam biçimi davranışları ve sağlık durumları, üçüncü bölümde yakınları, kurumda kalan bireyler ve kurum çalışanları ile olan ilişkilerine yönelik bilgiler, dördüncü bölümde kurumun özellikleri ve kurumda kalma nedenleri ve son bölümde ise, huzurevinde kalan bireylerin aktivitelere katılma durumlarına yönelik düşüncelerini içeren sorulardan oluşmuştur (132, 148, 289).

A. Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği (The Functional Autonomy Measurement System-SMAF)

Yaşlı bireyi fonksiyonel açıdan ele almak, kapsamlı bir geriatrik değerlendirmenin önemli bir parçasıdır (139). Fonksiyonel değerlendirmede ise, akut ya da kronik hastalıkların, günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getirebilme performansı, bilinç, görme, işitme, sosyal destek durumu ve psikolojik iyilik hali gibi faktörler üzerine olan etkilerine bakılır (290).

Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği, 1984 yılında Hebert ve arkadaşları tarafından Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Bozukluk, Özürlülük ve Engellilik Sınıflamasında (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICDH) tanımlanan yetersizlik ve engelliliklerden yararlanılarak geliştirilmiştir. Ölçek, günlük yaşam aktiviteleri, hareket, iletişim, zihinsel fonksiyonlar ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili 29 fonksiyonu değerlendirmektedir (130).

Alt boyutları incelendiğinde, günlük yaşam aktivitelerinin alt kısmında, yemek yeme, yıkanma, giyinme, kişisel bakım, üriner, bağırsak ve tuvaleti kullanma, hareket bölümünde, nakil, bina içinde yürüme, protez ya da ortez kullanma, bina içinde tekerlekli sandalye kullanma, merdiven inip çıkma ve bina dışında dolaşma, iletişim başlığında, görme, işitme ve konuşma, son olarak zihinsel fonksiyonlar kısmında, hafıza, oryantasyon, anlama, karar verme ve davranış yer alır. Aletli günlük yaşam aktiviteleri kısmı ise, ev işleri, yemek hazırlama, alışveriş yapma, çamaşır yıkama, telefon kullanma, ulaşım, ilaç kullanma ve bütçe yönetme gibi kısımlardan oluşur. Yalnızca bu fonksiyonları değerlendirmekle kalmayıp, aynı zamanda yaşadıkları yetersizliklerle baş edebilmek için sahip olunan kaynakları ve bunların üç-dört hafta devamlılığını da ölçebilmektedir (291).

Yaşlı birey, belirtilen bu fonksiyonları tamamen bağımsız olarak yapabiliyorsa 0, hiçbir gözetim yapılmadan ve yardım almadan güçlükle yapabiliyorsa -0.5, fonksiyonunu gözetim ya da uyarıcıyla yapabiliyorsa -1, güçlükle protez/ortez takarsa ya da tekerlekli sandalye kullanıyorsa -1,5, yardımla fonksiyonu yerine getirebiliyorsa -2, fonksiyonu hiçbir şekilde kendi başına yerine getiremiyorsa (tamamen bağımlı ise) -3 puan alır. Tüm fonksiyon puanları toplanır. Ortalama değer eksili rakamlara doğru büyümesi, fonksiyonel olarak bağımsız olmadığını ve yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlığını kaybetme riski ile karşı karşıya kalabildiğini bize göstermektedir (min:-87, max:0). Yükselen puanlar ise,

bireyin fonksiyonel bağımsızlığını koruduğunu göstermektedir. Eğer toplam puan - 5'ten küçükse, yaşlı birey fonksiyonel bağımsızlığını kaybetme riski taşımaktadır (132, 291).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Tuna ve Çelik tarafından 2012 yılında 65 yaş ve üzeri 90 birey üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği için Spearman korelasyon katsayısı 0,98, Cronbach alfa katsayısı ise 0,95 olarak belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde belirlenen uyum indekslerine göre ölçek için üç faktörlü yapının uygun olduğu belirlenmiştir ($\chi^2/SD=294.77/272=1.08$; RMSEA= 0.031). Ölçeğin kullanması için uygun yapıda olduğu saptanmıştır (292).

Araştırma için önce ölçeği geliştiren R. Hebert'ten yazılı izni alındıktan sonra araştırmacı tarafından huzurevi sakinleri ile yüzyüze görüşme yapılarak uygulanmıştır (Bkz. Ek-11). Ayrıca bakıcı ve hemşirelerle de görüşülerek, 30-45 dk lık bir süreçte formun uygulanması tamamlanmıştır.

B. Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği (Social Autonomy Measurement Scale-Social SMAF)

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasının yapıldığı çalışmamızın birinci aşamasında, Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin iç tutarlığına ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Ayrıca, düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin de 0,40 değerinin üzerindedir. Test-tekrar test güvenilirlik değeri ise 0,76 olarak tespit edilmiştir. Uyum ölçütleri sonuçları, RMSEA, NFI, NNFI, CFI, SRMR ve AGFI kabul edilebilir bir uyum elde edildiğini gösterirken, χ^2/df için ($2.57 < 3$ olduğu için) mükemmel bir uyum elde edilmiştir. Buna göre, doğrulayıcı faktör analizi sonucunda sosyal otonomi ölçeğine ilişkin tek faktörlü uygun bir model elde edilmiştir. Pinsonnault ve ark. yaptığı, ölçeğin geliştirilmesi çalışmasında, Cohen's weighted kappas (kw), değerine ve ICC (CI %95) bakarak total skoru 1. Grupta 0,78 (0,64-0,87), 2. grupta ise 0,96 (0,93-0,98) olarak bulmuştur. Bu da Landis ve Koch ölçeğine göre, çalışmamıza benzer şekilde mükemmel bir uyum göstermektedir (293). Bulduğumuz Cronbach's Alpha katsayısı ise kritik değer olan 0,70'in üzerinde olduğundan Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği uygun bulunmuştur.

Ölçek kliniklerde sosyal işlevselliği literatürde yer alan daha az sayıda madde ile daha kısa sürede değerlendirebilecek düzeydedir. Sosyal işlevleri değerlendirmenin yanı sıra, hizmetlerin iyi planlaması, başa çıkma becerilerinin kazandırılması ve ilerlemenin ya da gerilemenin takip edilmesinde kolaylık sağlayan bir ölçek olması nedeniyle, fonksiyonel otonomiye tamamlayarak, bireyin otonomisi tam bir bütünlük içerisinde değerlendirilmiş olacaktır. Ayrıca destek kaynaklarını da değerlendirmemizi sağlayan ölçek bireyi çok boyutlu ele almamızı ve sadece sosyal otonomiye tanınmakla kalmayıp, süreci yönetme ve takip etme imkanı da sağlayacaktır.

Bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgularla, ölçeğin yaşlı bireylerin sosyal otonomilerini değerlendirmede, izlemede ve planlama yapma aşamasında kullanılabilecek önemli bir ölçüm aracı olabileceğini göstermektedir.

C. Yaşama Bağlılık Ölçeği

Çalışmanın birinci aşamasında yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizine ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı yaşam bağlılığı ölçeği için 0,78 olarak hesaplanmıştır. Madde silindiğinde Cronbach's Alpha katsayılarının tamamı 0,70 kritik değerin üzerinde bulunmuştur. Diğer taraftan, düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin de 0,40 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca test-tekrar test güvenilirliği için korelasyon değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır. Shahnaz ve ark. 210 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise, Cronbach's Alpha katsayısını 0,77 olarak bulmuşlardır (294). Katsunorinin 838 yetişkin birey üzerindeki çalışmasında, Cronbach's Alpha katsayısını 0,83 olarak bulunmuştur (157). Uğur ve ark. 295 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmalarında, Cronbach's Alpha katsayısını 0,74 olarak bulmuşlardır (286). Scheier ve ark. yaş ortalaması 65 ve üzeri olan 3 grupta 2244 kişi üzerinde yaptıkları çalışmalarında, Cronbach's Alpha katsayısını bu üç grupta 0,72 ve 0,80 ve 0,87 olarak elde etmişlerdir (154). Çalışmamızda da Cronbach's Alpha katsayısı diğer çalışmalarla benzer şekilde bulunmuştur.

Bu çalışmada açıklayıcı faktör analizinden elde edilen faktör yapısı, Path diyagramı ile uygun bir model elde etmiştir. Tek boyutlu modelin iyi uyum verdiği ve ölçeğin orijinal faktör yapısının Türkçe formun faktör yapısıyla uyumlu olduğu

değerlendirilmiştir. Uyum ölçütleri incelendiğinde, RMSEA, NFI, NNFI, CFI SRMR ve AGFI kabul edilebilir bir uyum gösterirken χ^2/df ; $2.88 < 3$ olduğu için mükemmel bir uyum göstermektedir. Uyum indekslerine göre, tek faktörlü model, verilere yeterli düzeyde uymaktadır. Bu sonuçlar herhangi bir madde çıkarılmadan 6 maddeden oluşan yaşam bağlılığı ölçeğinin yaşlı bireylerde geçerlilik ve güvenilirliğini teyit etmiştir.

3.3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulamasına başlamadan önce, ön hazırlık olarak 05 Nisan 2018 tarihinde kurum müdür yardımcısı ile birlikte Afyonkarahisar Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu'na gidilerek el becerisi aktivitesi ve müzik aktivitesi için başvuruda bulunuldu. Yapılan görüşme sonucunda resim aktivitesi ve müzik aktivitesi için kurs başlatılmasına yönelik karar verilmesinin ardından, resmi başvuru ilgili kurum tarafından gerçekleştirilmiştir. Dini aktivite için kurumda görev yapan, din görevlisi ile görüşülerek aktivitelerin birlikte yapılması kararı alınmıştır.

16-19 Nisan 2018 tarihleri arasında, araştırmanın ön uygulaması için Afyon Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezine gidilerek, kurum yöneticilerinden sözel izin alındıktan sonra, önce doktoru, hemşireleri ile birlikte görüşülerek çalışmaya dahil edilme kriterleri doğrultusunda çalışmaya katılabileceklerin listesi oluşturuldu. Araştırmaya dahil edilme kriterleri doğrultusunda Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Formu uygulanarak (dahil edilme kriterlerinden birisi olan bireyin depresyon puanını belirlemek amacıyla kullanılmıştır) örneklem listesi belirlendi.

07-11 Mayıs 2018 tarihleri arasında, belirlenen listede yer alan bireylere, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı doğrultusunda açıklama yapılmış ve katılmayı kabul eden 39 katılımcı belirlenmiştir. Daha sonra huzurevi yönetimi, hemşireleri ve huzurevi sakinlerinin de görüşü alınarak sosyal aktivite programı oluşturulmuştur. Bu görüşmeler 14-18 Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmış ve programın biçimi sakinlerin istekleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Bu doğrultuda, grupların fiziksel aktivitelerde ve grup sohbetlerinde kadın ve erkek olarak ayrılmasının daha uygun olduğu görüşü öne çıkmıştır. Resim ve müzik aktivitelerinde, eğitmenlerin haftada bir gün gelebilmeleri ise bu aktivitelerine karma gruplarda

yürütülmesini zorunlu kılmıştır. Çalışmada uygulanan girişim olarak “ düzenli sosyal aktivite programı” huzurevi sakinlerine istedikleri programa istedikleri zaman diliminde katılmada özgür iradelerini kullanma olanağı tanımakta başka bir deyişle huzurevi sakinlerine aktivitelere katılmada otonomilerini kullanma şansı tanınmaktadır.

Düzenli sosyal aktivite programının içeriği

El Sanatları (Resim) (16 Oturum): İlk 5 dakika selamlaşma ve geçen haftanın gözden geçirilmesi, 5 dakika renkler ve boyaların hazırlanması ve boya seçimi, 25 dakika uygulamalar ve son 10 dakika resimlerin hakkında yorumlar yapılması.

Dini Aktivite (16 Oturum): İlk 5 dakika selamlaşma, 10 dakika Kuran-ı Kerim dinletisi, 15 dakika kıssa anlatımı ve değerlendirilmesi, 10 dakika soru-cevap ve son 5 dakika ilahi ve dua edilmesi.

Fiziksel Aktivite (48 oturum): 5 dakika ısınma, 5'er dakika alt ve üst ekstremiteler hareketleri, 5 dakika kasları germe, 2 dakika solunum egzersizi, 5 dakika dinlenme, 5 dakika denge hareketleri ve 3 dakika soğuma.

Eğitim (16 oturum): İlk 5 dakika geçen haftanın değerlendirilmesi, 15 dakika konu anlatımı ve görsel sunu, 15 dakika konu ile ilgili bilgilerinin ve tecrübelerinin paylaşımı, 5 dakika soru-cevap ve son 5 dakika konunun özetlenmesi.

Müzik Aktivite (16 Oturum): İlk 5 dakika doğru duruş pozisyonu ve diyaframı kullanma çalışması, 20 dakika ritim tutma çalışmaları, 10 dakika eğitmenin saz eşliğinde müzik dinletisi ve 10 dakika isteyen yaşlıların solo şarkı dinletisi ve son 5 dakika ise günün değerlendirilmesi.

Grup Sohbetleri (16 Oturum): İlk 5 dakika selamlaşma, 15 dakika kendisi ile ya da kurumla ilgili konuşmak isteyenlerin sorunlarının dinlenilmesi, 10 dakika çözüm önerileri üzerinde tartışma ve sorunun özetlenmesi.

3.3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları

28-30 Mayıs 2018 tarihleri arasında kuruma gidilerek, kriterlere uygunluğu belirlenen örneklem grubundaki tüm bireylerle araştırmacı tarafından tek tek görüşmeler yapılarak, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi. Afyon

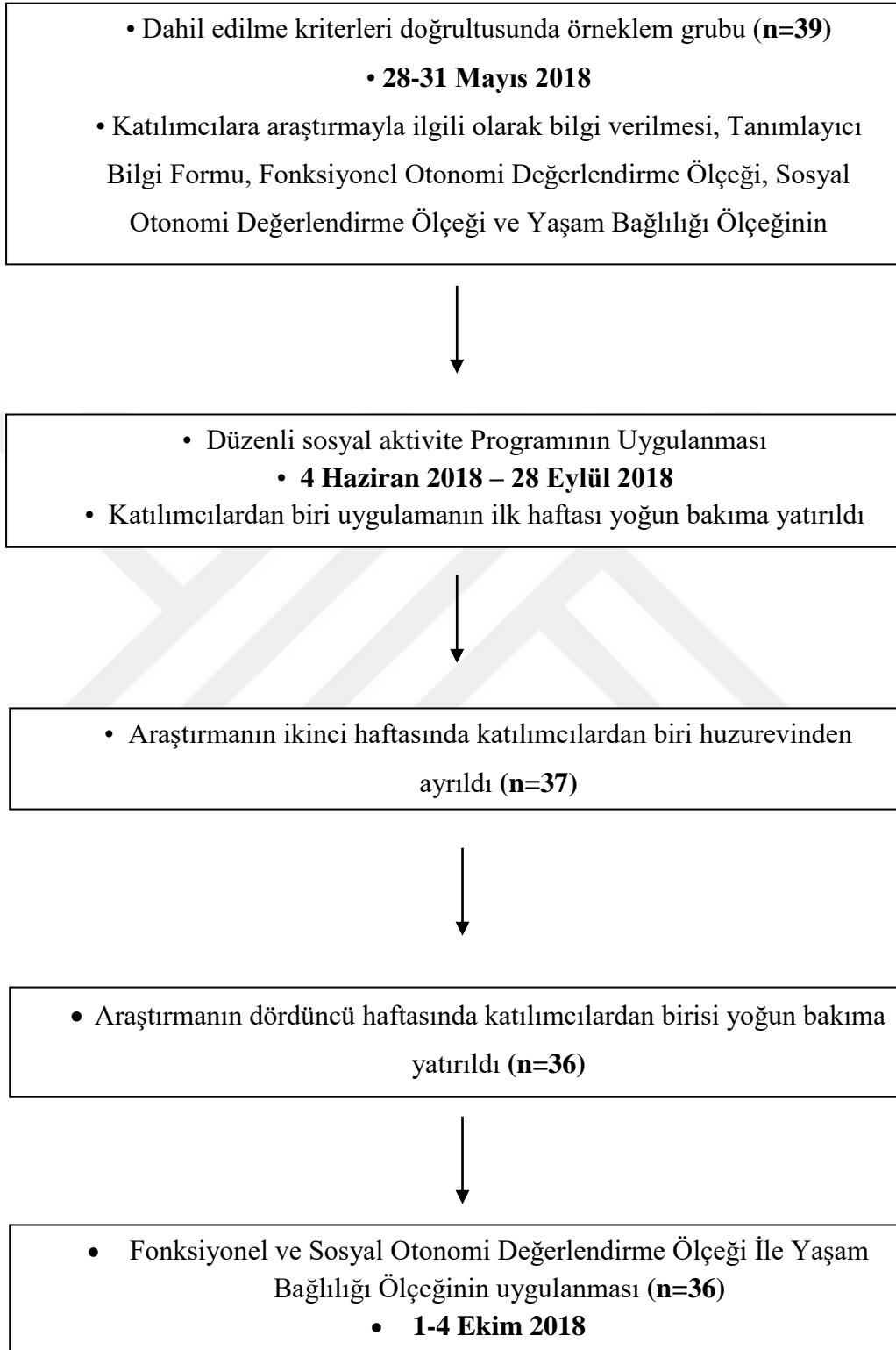
Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde çalışmaya katılmak isteyen 39 kişiyle, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek ön test uygulaması yapılmıştır.

4 Haziran 2018 – 28 Eylül 2018 tarihleri arasında düzenli sosyal aktivite programı uygulanmıştır. Bu programın haftalık uygulama şeması Tablo 3.11.' de sunulmaktadır. Tabloda görüldüğü gibi programda huzurevi sakinlerine istedikleri gün ya da haftada istedikleri programa katılma şansı sunulmaktadır.

Tablo 3.11. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Haftalık Uygulama Planı.

| Saat | Pazartesi | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma |
|----------------|---|--|---|----------------------------|---|
| 09:00 09:30 | Fiziksel Egzersiz 1. Grup (Erkek) | Grup Sohbetleri 1. Grup (Erkek) | Fiziksel Egzersiz 1. Grup (Erkek) | Grup Sohbetleri (Kadın) | Fiziksel Egzersiz 1. Grup (Erkek) |
| 09:40 10:10 | Fiziksel Egzersiz 2. Grup (Kadın) | | Fiziksel Egzersiz 2. Grup (Kadın) | | Fiziksel Egzersiz 2. Grup (Kadın) |
| 13:30 14:15 | Müzik (Arasında 5 dk çay molası) | Eğitim (Arasında 5 dk çay molası) | | | Dini Sohbet (Arasında 5 dk çay molası) |
| 14:30 15:15 | | | | | Resim |

Araştırmanın Akış Şeması



Düzenli uygulanan sosyal aktivite programında yer alan aktivitelerin haftalık içeriği aşağıda açıklanmaktadır.

El Becerisi Aktivitesi (Resim Yapma)

1. Hafta: Grupla tanışma, uygulama yapılacak yerin uygunluğunun değerlendirilmesi, amaçların açıklanması ve boyaların tanıtımı, resim yapmakla ilgili görüş ve tecrübelerin konuşulması.

2. Hafta: Kendilerine renklerin tanıtılması ve bazı basit boya karışımları hakkında bilgi verilerek, renk oluşturma çalışmaları.

3. Hafta: İlk resim çalışması için kendilerine serbest resim çalışması yaptırılması (istedikleri bir kişi, obje ya da hayvanla ilgili).

4. Hafta: Geçen hafta yaptıkları ilk resimle ilgili olarak görüşlerinin paylaşılması ve resimler ilgili konuşulması.

5. Hafta: Basit çizim teknikleri ile ilgili olarak eğitmenle birlikte bire bir ağaç, çiçek, ev, hayvan gibi figürlerin nasıl yapılabileceğine yönelik çalışma yapılması.

6. Hafta: Çevrelerine bakarak buradan istedikleri bir şeyi çizmeleri istenmiş ve daha sonra resimler eğitmenle birlikte değerlendirilerek önerilerde bulunulmuştur.

7. Hafta: Ortaya konulan bir nesneye bakarak onun aynısını çizme çalışmasının yapılması.

8. Hafta-16. Hafta: Bireysel olarak resim çalışmaları sürdürülmüştür. Son hafta yaptıkları resimler sergilenerek diğer huzurevi sakinleri ile paylaşılmıştır.

Müzik Aktivitesi

1. Hafta: Grupla tanışma, uygulama yapılacak yerin uygunluğunun değerlendirilmesi ve amaçların açıklanması ve müzik hakkında sohbet edilmesi.

2. Hafta: Müzik ve müzik ritminin temel öğelerini kullanmak ve ritim aletlerinin tanıtımının yapılması.

3. Hafta: Sesin öğelerini tanımak, sesin oluşumunda rol oynayan organları tanımak ve sesini kullanırken vücudun doğru duruş pozisyonunu uygulamak ve konuşurken ve şarkı söylerken solunumunu denetlemeyi fark etmek.

4. Hafta: Bireysel ritim aletlerinin seçimi ve çalışmaya başlanması, eğitmen tarafından sunulan müzik dinletisi.

5. Hafta: İkili vuruş, üçlü vuruş ritim çalışmalarının yapılması, huzurevi sakinlerinden solo şarkı dinletisi.

6. Hafta: Ritim çalışması ve solo şarkı dinletisi, eğitmenin şarkı dinletisi ile birlikte koro çalışması.

7. Hafta: Müziğe eşlik ederek oyun oynanması ve eğlence yapılması.

8. Hafta-16. Hafta: Ritim çalışması ve solo şarkı dinletisi, eğitmenin şarkı dinletisi ile birlikte koro çalışması.

Dini Aktivite

1. Hafta: Grubun tanışması, uygulama yapılacak yerin uygunluğunun değerlendirilmesi, amaç ve uygulama hakkında bilgi verilmesi, Kuran-ı Kerim dinletisi ve dua edilmesi.

2. Hafta: Kuran-ı Kerim dinletisi, bir kıssa anlatımı, bilgi edinmek istedikleri konuların başlıklarının belirlenmesi, bir sonraki hafta konunun belirlenmesi, ilahi ve dua okunması.

3. Hafta: Kuran-ı Kerim dinletisi, seçilen konu ile ilgili bir kıssa anlatımı, soru-cevap bölümü, ilahi ve dua okunması.

4. Hafta- 16. Hafta: Kuran-ı Kerim dinletisi, seçilen konu ile ilgili bir kıssa anlatımı, soru-cevap bölümü, ilahi okunması ve dua edilmesi.

Eğitim Aktivitesi

1. Hafta: Grubun birbiri ile tanışması, amaç, işleyiş uygulama yapılacak yerin uygunluğunun değerlendirilmesi, içerik hakkında bilgi verilmesi ve eğitim konularının birlikte belirlenmesi.

2. Hafta: Seçilen ilk hafta konusu (yaşlılık, özellikleri ve sorunları) için, eğitmenin koordinatörlüğünde, görsel sunu ve sonrası konu ile ilgili düşünce, anı, hikaye ve görüşlere yer verilmesi ve soru cevap bölümü.

3. Hafta: Beslenme ve genel ilkeleri konusunun görsel sunumu, konu ile ilgili kendi düşünce ve tecrübelerin paylaşımı, soru-cevap ve son değerlendirme yapılması.

4. Hafta: Eğitimin ilk 2 haftasında işlenen konular üzerine genel bir değerlendirme yapılması, eğitimle ilgili önerilerin alınması ve öğrenilenlerin pekiştirilmesi.

5. Hafta: Genel hijyen ve kişisel bakım konusunun anlatılması, soru cevap, anı yada tecrübelerin paylaşımı ve konunun özetlenmesi.

6. Hafta: Stres ve Baş Etme Teknikleri konu sunumu, soru cevap anı ya da tecrübelerin paylaşımı ve konunun özetlenmesi.

7. Hafta: Öfke Kontrolü konu sunumu, geçen hafta ile birlikte değerlendirme yapılması

8. Hafta: Çoklu İlaç Kullanımı ve Yapılan Hatalar konu sunumu, soru-cevap ve tecrübelerin paylaşımı.

9. Hafta: Atık Yönetimi (Kurumdaki atık kutularının kullanımı) konu sunumu, soru cevap

10. Hafta: Kronik Hastalıklardan Korunma konulu sunumu ve soru cevap

11. Hafta: Yaşlılarda Görülen Kronik Hastalıklar hakkında konu sunumu ve birlikte konunun değerlendirilmesi.

12. Hafta-13. Hafta: Diyabet Hastalığı konulu sunum, soru –cevap.

14. Hafta: Hipertansiyon Hastalığı konulu sunum, soru cevap.

15. Hafta: Kalp-Damar Hastalıklar konulu sunum, soru cevap.

16. Hafta: Böbrek Hastalıkları konulu sunum, soru cevap.

Fiziksel Egzersiz

Mevcut fiziksel durumunu korumak ve kas performansını artırmak amaçlı akademisyen bir fizyoterapist ve kurum fizyoterapistinin iş birliği ile planlanmıştır.

1. Hafta-6. Hafta: Isınma Egzersizleri: 3 dakika yürüme ile ısınmaya başlanır ve sonrasında 10 ar kez tekrarlı normal eklem hareket açıklığı (ROM) egzersizlerine başlanır.

Üst ekstremitte ROM (omuz, dirsek ve el bileği, fleksiyonu, ekstansiyonu 10 kez, nefes kontrolü ile birlikte (nefes alırken fleksiyon, verirken ekstansiyon) yüksek sesle 10' a kadar saydırılır. Sonra omuz abdiksiyon ve addiksiyonu yaptırılır. Parmaklara yumruk sıkma egzersizi yaptırılır.

Alt ekstremite ROM: Oturma pozisyonunda, diz fleksiyonu ve ekstansiyonu hareketleri, sayı ile 10 kadar sayarak yapılır. Ayak bileği dorsifleksiyon, planter fleksiyon, inversiyon ve eversiyon 10 a kadar sayarak yaptırılır. Kalça hareketleri için ayakta, 5 er kez kalça abduksiyonu ve addüksiyonu, kalça fleksiyonu ve ekstansiyonu yaptırılır.

Ayakta dik duruş pozisyonunda gluteus maximus kasını izometrik olarak kasarak (kuvvetlendirme) 10 kadar sayıp, gevşeme, 10 tekrarlı yapılır. Oturma pozisyonunda bacak arasına bir havlu sıkıştırarak addiktör kasları izometrik olarak kasarak kuvvetlendirme egzersizleri yaptırılır. Egzersizler 10 tekrarlı yaptırılır ve akıllarına geldikçe yapmaları önerilir (Not: Sesli onlara saydırarak yapılır).

Solunum egzersizleri: Önce normal bir nefes alınır. Sonra derin bir nefes alarak göğüs şişirilir. Sonra 1-2 saniye nefes tutulur, sonra mumu üfler gibi uzun bir şekilde üfleyerek nefes bırakılır (3 tekrarlı). Ellerle desteklenerek önce göğüs üst bölgesi (apikal bölge) nefes alınarak şişirilir ve bu sırada elle hafif direnç verilir. Daha sonra nefes verilir. 3 normal nefes alınarak dinlenilir (3 tekrar). Sonra aynı işlem laterallerde (sağ ve sol) tekrarlanır. En sonunda 5 dakika dinlenilir. Sonra hep birlikte balon şişirme egzersizi yapılır.

Denge egzersizi: Topuk parmak yürüyüşü ile başlanır (3 m). Sonra sadece parmak ucunda yürüyüş, sonra topukta yürüyüş yaptırılarak denge ve koordinasyon için yapılır.

Soğuma; en son egzersizden sonra 3 dakika nefes kontrollü, kol salınımı ve postür dik olacak şekilde normal yürüyüş ile sağlama.

7. Hafta-16. Hafta: Dirençli egzersizler; üst ekstremite için (ağırlık seçiminde hastanın enduransına göre ağırlık seçimi yapılarak, 10 tekrarlı yapılarak bulunur. Ağırlıkla birlikte dirsek fleksiyonu ve ekstansiyonu 10 tekrarlı oturur pozisyonda yapılır. Ağırlık elindeyken, dirsek düz bir şekilde kolunu yana açıp, kapama (omuz abduksiyon-addüksiyon), yine dirsek düz iken bütün kolunu (dirsek düz) yukarı öne doğru kaldırıp, aşağı indirecek (omuz fleksiyon-ekstansiyon).

Engelli Yürüyüş: Yürümesinde sorun yaşamayanlar için, engelli yürüyüş yaptırılır. Önüne takoz koyarak üzerinden geçme, iki sandalyenin arasından sekiz çizerek hızlı yürüme.

Grup Sohbetleri

1. Oturum: İlk oturumda tanışma, etkinliğin tanıtımı ve amacın anlatılması, program konusundaki ilk düşüncelerinin ve beklentilerinin değerlendirilmesi, paylaşımların dışarı taşınmaması için söz birliği sağlanır ve onay alınır.

2. Oturum: Programın ilk haftasının olumlu ve olumsuz yönleri birlikte ele alınarak değerlendirilir. Sonra olumsuz olan yönleri üzerinde tartışarak birlikte sorunlar gruplandırılır.

3. Oturum: Oturumun gündemine geçen haftanın sorunları hatırlanarak başlanır. Sonra “olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi” üzerinde fikir alışverişi yapılarak çözüm önerileri üretilir.

4. Oturum: Geçen hafta belirlenen çözüm önerileri yeniden gözden geçirilir ve hangilerinin daha iyi olduğu ve uygulanabilirliği üzerine tartışılır. Sonra en iyi çözüm önerileri ve uygulanması üzerine oylama yapılır ve karar verilir.

5. Oturum: Geçen hafta karar verilen çözüm önerileri için nasıl bir uygulama yapılması konusunda bir yol haritası çizimi üzerinde tartışılır. Sonra ortak bir karar varılır ve bu kararın uygulanmasında görev almak üzere gönüllü kişiler seçilir. Sonra bu girişim için oluşturulan ekip uygulamaya geçmek üzere karar verir.

6. Oturum: Geçen hafta uygulama için karar alınan grubun aktivitesi üzerine sohbet edilir ve soruna yönelik ilgili kişilerin verdikleri cevaplar değerlendirilir, gerekirse yeni çözüm önerileri üzerinde konuşulur.

7. Oturum: Program 6 hafta sonunda yeniden değerlendirilir ve olumlu giden olumsuz giden yönleri tekrar puanlanır (1 den 10 a kadar) ve yeni olumlu ya da olumsuz etkileri var mı değerlendirilir.

8. Oturum ve 16. oturum: Aynı uygulama ilkeleri doğrultusunda devam edilerek kendilerinin belirlediği sorun ya da konular üzerinde değerlendirme yapılarak 16. haftada program sonlandırılır.

3.3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın kurumlarda yürütülebilmesi ve kurum izinlerinin alınabilmesi için önce Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve araştırmanın uygulanabileceğine dair 13.02.2018 tarih ve 16969557sayılı etik kurul kararı alınmıştır. (Bkz. EK-3) Aile

ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı'ndan kurumlarda yaşayan yaşlılar üzerinde uygulanabilirliği için 10.08.2017 tarih ve 85187 sayılı kurum izni alınmıştır. (Bkz. EK-4) Çalışmaya katılan bireylere Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılmıştır. (Bkz. EK-5)

3.3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan bireylerin, daha önce kurumda düzenli bir sosyal aktivite etkinliğinin olmaması nedeni ile aktivitelere katılım için bireylerin toplanması, programın ilk haftalarında zorlukla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca katılımcıların sosyo-kültürel düzeylerinin düşük olması da çalışmamızın önemli bir sınırlılığıdır. Ayrıca doktor randevuları, ihtiyaçları için alışverişe gidilmesi, akrabaların ziyaret edilmesi, öğretmenlerin (hastalık, izin gibi) mazeretleri nedeniyle gelememeleri, bocce turnuvası antrenmanları ve maçlarına katılım (sporcu olarak), sosyal aktivitelere katılımın istem dışı azalmasına neden olmuştur. Araştırmaya katılan iki kişinin yoğun bakımda yatması ve bir kişinin de kurum değişikliği yapması ile katılımcı kaybı yaşanmıştır.

3.3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımsız değişkeni huzurevinde kalan bireylere uygulanan girişim yani aktivite programı iken, bağımlı değişken ise huzurevinde kalan bireylerin fonksiyonel ve sosyal otonomileri ile yaşam bağlılığı puanlarıdır. Verilerin değerlendirilmesinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) 21.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama \pm standart sapma, median, minimum ve maximum değer, sayı ve yüzdeler gösterimi kullanılmıştır.

- Müdahale öncesi ve sonrası, huzurevinde kalan bireylerin fonksiyonel otonomi, sosyal otonomi ve yaşam bağlılığı "Genel Skor" değerleri ile ölçeklerin alt grup puan değerlerinin dağılım özelliğini incelemek için, Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır. Veriler normal dağılım özelliği göstermediğinden, ölçek puanları arasındaki farkı değerlendirmek için, non-parametrik testlerden iki eş arasındaki farkın önemlilik testi olan Wilcoxon Testi yapılmıştır.

- Aktivite uygulaması sonrası üç ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere, veriler normal dağılım özelliği göstermediğinden Spearman's Rank Korelasyon kat sayısına bakılmıştır.

- Aktivite programının, otonomi ve yaşam bağlılığına etkisinin huzurevinde kalan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilirken; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kurumda kalma süresi, kuruma geliş durumu, aktivitelere yönelik düşünceleri, bireylerin, çocukları-yakınları-kurumda kalan bireyler ve çalışanlarla olan ilişkileri için ikiden fazla olan kategorik değişkenler için Kruskal-Wallis Testi yapılmıştır.

- Cinsiyet, kurumda kalış şekli, kaldığı oda tipi ve aktiviteleri isteme durumu gibi iki düzeyi olan kategorik değişkenler için ise, normal dağılım göstermediklerinden Mann-Whitney U Testi bakılmıştır.

- Bu testlerde istatistiksel anlamlılık için p değeri **p<0,05** olarak belirlenmiştir

4. BULGULAR

Huzurevinde düzenli uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinleri üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular iki ana başlıkta sunulmuştur.

1. Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının huzurevi sakinlerinin fonksiyonel ve sosyal otonomileri ile yaşam bağlılığına olan etkisi

2. Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının otonomi ve yaşam bağlılığına olan etkisinin huzurevi sakinlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi

4.1. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Fonksiyonel ve Sosyal Otonomileri ile Yaşam Bağlılığına Olan Etkisi

Uygulanan sosyal aktivite programının huzurevi sakinlerinin otonomisi ve yaşam bağlılığına etkisinin değerlendirildiği çalışmada, fiziksel aktiviteye en az 6, en çok 30 katılım olduğu görülmüştür. Katılım sayısının aktivitenin haftada 3 kez yapılması, huzurevi sakinlerine katılım açısından daha fazla fırsat sunulmasına katkıda bulunmuştur. Fiziksel aktiviteye katılım ortalaması cinsiyet ve yaş açısından bir farklılık göstermemiştir ($p=0,302$, $p=0,678$,). Fiziksel aktivitelere katılım sayısı ile Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Dini aktiviteye en az 3, en çok 12 katılım olduğu görülmüştür. Dini aktiviteye katılım ortalamaları cinsiyete ve yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=0,085$, $p=0,355$). Dini aktiviteye katılım sayısı ile Fonksiyonel Otonomi, Sosyal Otonomi ve Yaşam Bağlılığı Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Grup sohbeti aktivitesine en az 5, en çok 15 katılım olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre ve yaşa göre grup sohbetlerine katılım ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,508$, $p=0,580$). Grup sohbetlerine katılım sayısı ile Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim aktivitesine katılım ortalaması en az 3, en çok 15 katılım olarak bulunmuştur. Cinsiyete ve yaşa göre değerlendirdiğimizde, katılım ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,141$, $p=0,856$). Eğitim aktivitesine katılım sayısı ile Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ve Yaşam Bağlılığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitime katılım sayısı ile Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçek Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,003$, $p<0,05$). Fonksiyonel otonomi değerlendirme ölçeğinin alt grupları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, eğitime katılma sayısı ile fonksiyonel otonominin alt bölümlerinden olan günlük yaşam aktivite puanı ($p=0,049$) arasında zayıfta olsa ilişki tespit edilmiştir. Yine fonksiyonel otonominin alt bölümlerinden olan, zihinsel fonksiyon puanı ile eğitime katılma ortalaması arasında ($p=0,008$) anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu da eğitim aktivitesinin günlük yaşam aktiviteleri ve zihinsel fonksiyonlar üzerine etkili olduğunu göstermiştir.

Resim aktivitesine en az 3 katılım, en çok 14 katılım olduğu görülmüştür. Cinsiyetle katılım sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,007$, $p<0,05$). Yaş ile katılım sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,151$, $p>0,05$). Resim aktivitesine katılım sayısı ile Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Müzik aktivitesine en az 4 katılım en çok 16 katılım olduğu görülmüştür.. Cinsiyete göre değerlendirdiğimizde, kadınların katılım sayısının daha yüksek olduğu, cinsiyetle katılım sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p=0,004$, $p<0,05$). Yaş ile katılım sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,873$ $p>0,05$). Müzik aktivitesine katılım sayısı ile Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan aktivite programının huzurevinde kalan bireylerin fonksiyonel ve sosyal otonomileri ile yaşam bağlılığına olan etkisinin değerlendirildiği çalışmamızda, Tablo 4.1.'de düzenli uygulanan aktivite programının öncesi ve sonrası her üç ölçek için Genel Skor puanları gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı Ölçeği Genel Skor Puanlarının Dağılımı.

| Ölçekler | Uygulama Öncesi | Uygulama Sonrası | Test Değeri P |
|---|-----------------|------------------|----------------|
| Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | | | p=0,000 |
| Mean±SD | -12,069±11,207 | -9,486±10,231 | |
| Median | -10,250 | -6,000 | |
| Min. | -38,000 | -37,500 | |
| Max. | 0,000 | 0,000 | |
| Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | | | p=0,000 |
| Mean±SD | -3,138±1,742 | -,314±,631 | |
| Median | -3,000 | 0,000 | |
| Min. | -9,000 | -2,000 | |
| Max | 0,000 | 0,000 | |
| Yaşam Bağlılığı Ölçeği | | | p=0,000 |
| Mean±SD | 18,000±2,937 | 28,361±2,282 | |
| Median | 18,000 | 30,000 | |
| Min. | 6,000 | 24,000 | |
| Max | 22,000 | 30,000 | |

Wilcoxon Testi
P<0,05

Tablo 4.1.'de görüldüğü gibi, uygulama öncesi, Fonksiyonel otonomi ölçeği genel puan ortalaması değerlendirildiğinde, toplam puan -12,069 olarak bulunmuştur. Ortalama değerlerin eksili rakamlara doğru büyümesi, fonksiyonel olarak bağımsız olmadığını ve yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlığını kaybetme riski ile karşı karşıya kalabildiğini bize göstermektedir.

Sosyal otonomi değerlendirme ölçeğinde ortalama puanlarının, uygulama öncesi değerlendirilmesinde; toplam puan ortalaması -3,138 olarak bulunmuştur. Bu da “Sosyal Aktiviteler”, “Sosyal İlişkiler” , “ Sosyal İletişim”, ”Diğerlerine Saygı”, Sosyal Roller” ve “Atılganlık (Kendine Güven)” gibi sosyal alanlardaki ihtiyaç

düzenini ortaya koymaktadır. Bu alanlarda bireylerin yardım ve teşvik edilmeye ihtiyaçları olduğu görülmüştür.

Yaşam bağlılığı ölçek puan ortalaması ise 18,000 olarak bulunmuştur. Bu da bireylerin hayattaki amaçlarının orta düzeyde olduğunu bize göstermektedir.

Uygulama sonrası ise, Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme ve Yaşam Bağlılığı olmak üzere 3 ölçek puanının da, uygulama öncesi puan ortalamalarına göre artış gösterdiği görülmüştür. (Bkz. Tablo 4.1.) Tek örneklem için Kolmogorov-Smirnov testi yapılarak verilerin normal dağılım özelliği incelenmiştir (p değerleri=0,000 ve $p < 0,05$ olması). Veriler normal dağılım özelliği göstermediğinden, non-parametrik testlerden iki eş arasındaki farkın önemlilik testi olan Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, huzurevinde kalan bireylerin üç ölçek için uygulama öncesi genel skor puan ortalamaları ile uygulama sonrası genel skor puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p değeri=0,00 ve $p < 0,05$). Bu farklılık uygulanan aktivite programının bireylerin fonksiyonel ve sosyal otonomisi ile yaşama olan bağlılıklarını pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Yükselen ölçek puanları ile fonksiyonel ve sosyal otonomiye kaybetme risklerinin ve kayıplarının azaldığı, otonomilerini kullanabilmeleri için onlara fırsat sağladığı görülmüştür. Ayrıca onlara yaşam amacı sağlayan bu sosyal aktivitelerin düzenli uygulanmasının yaşam bağlılıklarını da arttığı tespit edilmiştir. Böylece elde edilen bulgular H_{1-1} , H_{1-2} ve H_{1-3} hipotezlerinin kabul edilebilirliğini ortaya koymuştur. Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının huzurevi sakinlerinin fiziksel ve sosyal otonomileri ile yaşam bağlılıkları üzerine olumlu etkisi vardır.

Tablo 4.2.'de düzenli uygulanan sosyal aktivite programının öncesi ve sonrası fonksiyonel otonomi değerlendirme ölçeğinin alt ölçek puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.2. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| | Uygulama Öncesi | Uygulama Sonrası | Test Değeri |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| Fonksiyonel Otonomi Ölçeği | Ortalama ± Standart Sapma | Ortalama ± Standart Sapma | P |
| Yemek Yeme | -0,055±0,232 | -0,041±0,184 | 0,317 |
| Yıkanma | -0,902±0,900 | -0,763±0,814 | 0,039 |
| Giyinme | -0,500±0,621 | -0,375±0,613 | 0,007 |
| Kişisel Bakım | -0,513±0,670 | -0,388±0,598 | 0,033 |
| Üriner Fonksiyon | -0,194±0,401 | -0,194±0,576 | 0,705 |
| Bağırsak Fonksiyonu | -0,111±0,522 | -0,027±0,166 | 0,317 |
| Tuvaleti Kullanma | -0,097±0,504 | -0,166±0,696 | 0,317 |
| Nakil | -0,319±0,698 | -0,111±0,380 | 0,012 |
| Bina İçinde Yürüme | -0,208±0,710 | -0,180±0,698 | 0,317 |
| Merdiven İnip Çıkma | -1,069±1,321 | -0,861±1,224 | 0,070 |
| Bina Dışında Dolaşma | -0,222±0,637 | -0,125±0,403 | 0,180 |
| Ev İşleri | -1,402±1,382 | -0,986±1,174 | 0,000 |
| Yemek Hazırlama | -1,513±1,431 | -1,305±1,390 | 0,103 |
| Alışveriş | -0,833±0,941 | -0,694±0,888 | 0,227 |
| Çamaşır Yıkama | -1,638±1,437 | -1,222±1,375 | 0,004 |
| Telefon Kullanma | -0,583±0,760 | -0,555±0,834 | 0,666 |
| Ulaşım | -0,666±0,755 | -0,500±0,666 | 0,020 |
| İlaç Kullanımı | -0,319±0,755 | -0,250±0,439 | 0,187 |
| Bütçe Yönetimi | -0,361±0,509 | -0,291±0,613 | 0,450 |
| Görme | -0,083±0,280 | -0,083±0,280 | 1,000 |
| İşitme | -0,083±0,280 | -0,111±0,318 | 0,317 |
| Konuşma | -0,027±0,166 | -0,027±0,166 | 1,000 |
| Hafıza | -0,222±0,484 | -0,194±0,467 | 0,317 |
| Anlama | -0,055±0,232 | 0,000±0,000 | 0,157 |
| Karar Verme | -0,083±0,280 | -0,027±0,166 | 0,157 |

Wilcoxon Testi

Nonparametrik Dağılım (Hepsi)

Tablo 4.2.'de ise, Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin uygulama öncesi, alt grupları ayrı ayrı incelendiğinde; en düşük puan ortalamasının “Merdiven İnip Çıkma”, “Ev İşleri”, “Yemek Hazırlama”, “Çamaşır Yıkama” gibi alanlarda olduğu görülmüştür. En yüksek puan ortalamalarının ise “Yemek Yeme”, “Tuvaleti

Kullanma” , “Görme”, “ İşitme”, “Konuşma”, “Anlama” ve “Karar Verme” gibi alanlarda olduğu tespit edilmiştir.

Uygulama Sonrası ise, en düşük puan ortalamasının, yalnızca “Yemek Hazırlama” ve “Çamaşır Yıkama” gibi iki alanda sınırlı kaldığı görülmüştür. Ayrıca “ Görme ” ve “Konuşma” gibi iki alanda puan ortalamalarında herhangi bir değişim olmamıştır. Bunların dışındaki tüm alanlarda puan artışı olduğu belirlenmiştir. Böylece düzenli uygulanan sosyal aktivite uygulamalarının fonksiyonel alanda yer alan günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri üzerine olumlu etki gösterdiği görülmüştür.

Uygulama öncesi ve sonrası Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği, alt grupların puanları analiz edildiğinde ise, “Yıkama”, “Giyinme”, “Kişisel Bakım ”, “ Nakil”, “Ev İşleri”, “Çamaşır Yıkama” ve “Ulaşım” gibi alt ölçeklerde uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). “Yemek Yeme”, “Boşaltım”, “Yemek Hazırlama”, “Alışveriş”, “Bütçe Yönetimi”, “Telefon kullanma”, “Anlama”, “Karar Verme” gibi diğer alanlarda anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.3.’ te görüldüğü gibi, düzenli uygulanan sosyal aktivite programının öncesi ve sonrası fonksiyonel otonomi değerlendirme ölçeğinin alt ölçeklerinin 3 ana grupta toplanmış puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.3. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği Alt Grupların Üç Ana Grup Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Uygulama Öncesi | Uygulama Sonrası | Test Değeri P |
|--|---|---|----------------|
| GYA (Günlük Yaşam Aktiviteleri) Mean±SD Median Min. Max | -11,5139±10,728 -9,750 -37,000 0,000 | -9,0417±9,854 -6,000 -36,500 0,000 | p=0,000 |
| İletişim Mean±SD Median Min. Max | 0-,194±0,467 0,000 -2,000 0,000 | 0-,222±0,484 0,000 -2,000 0,000 | p=0,317 |
| Zihinsel Fonksiyonlar Mean±SD Median Min. Max | 0-,361±0,866 0,000 -3,000 0,000 | 0-,222±0,590 0,000 -3,000 0,000 | p=0,102 |

Wilcoxon testi
P<0,05

Tablo 4.3.'de, Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin uygulama öncesi alt gruplarını 3 temel başlıkta incelediğimizde, en düşük puan ortalamasının "Günlük Yaşam Aktiviteleri" alanında olduğu, İletişim ve Zihinsel Fonksiyonlar gibi diğer iki alanda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Uygulama sonrası ise, "İletişim" alanı hariç diğer iki alanda da puan ortalamalarının yükseldiği tespit edilmiştir. Üç ana alt grupta puan ortalamaları incelendiğinde, uygulama öncesi ve sonrası günlük yaşam aktivite (GYA) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05). Bu da huzurevi sakinlerinin en çok günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlandıklarını göstermektedir.

Tablo 4.4.' te düzenli uygulanan sosyal aktivite programının öncesi ve sonrası sosyal otonomi ölçeğinin alt madde puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.4. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği Alt Madde Puanlarının Dağılımı.

| Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Uygulama Öncesi | Uygulama Sonrası | Test Değeri P |
|--|---|--|----------------|
| Sosyal Aktiviteler Mean±SD Median Min. Max | -1,000±0,338 -1,000 -2,000 0,000 | -0,085±0,284 0,000 -1,000 0,000 | p=0,000 |
| Sosyal İlişkiler Mean±SD Median Min. Max | -0,305±0,467 0,000 -1,000 0,000 | 0,000±0,000 0,000 0,000 0,000 | p=0,001 |
| Sosyal İletişim Mean±SD Median Min. Max | -0,444±0,606 0,000 -2,000 0,000 | -0,028±0,169 0,000 -1,000 0,000 | p=0,000 |
| Diğerlerine Saygı Mean±SD Median Min. Max | -0,166±0,377 0,000 -1,000 0,000 | -0,085±0,284 0,000 -1,000 0,000 | p=0,083 |
| Sosyal Roller Mean±SD Median Min. Max | -0,222±0,484 0,000 -2,000 0,000 | -0,028±0,169 0,000 -1,000 0,000 | p=0,020 |
| Atılganlık(Kendine Güven) Mean±SD Median Min. Max | -1,000±0,338 -1,000 -2,000 0,000 | -0,085±0,284 0,000 -1,000 0,000 | p=0,000 |

Wilcoxon testi
P<0,05

Tablo 4.4.'de sunulduğu gibi Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin uygulama öncesi alt madde puanları incelendiğinde; “Sosyal Aktiviteler” kısmında puan ortalamasının -1 olması; bireylerin boş zaman aktivitelerini seçmek ve katılmak için cesaretlendirilmeye ya da teşvike ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Yine aynı puan ortalamasını gördüğümüz “Atılganlık (Kendine Güven)” ile ilgili olarak

bireylerin, arzularını, fikirlerini ve düşüncelerini ifade ederken dışarıdan yönlendirmeye veya teşvike ihtiyaç duydukları ve bunun gerçekleşmesi için var olan kaynakların iyi kullanılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

“Sosyal İlişkiler” boyutunda aile, arkadaş ve akrabalar ile önemli ilişkiler kurabilme ve sürdürülebilme, “Sosyal İletişim ” gibi bireyin çevresel kaynaklarını kendi başına kullanabilmesi, “Diğerlerine Saygı” için ise başkalarıyla olan ilişkilerinde uygun davranabilme yeteneği ve “Sosyal Roller” olarak adlandırılan aile üyeleri ile diğer personel ve çalışanlarla arasındaki rol ilişkisini yerine getirebilme gibi diğer alanlarda puan ortalamalarının uygulama sonrası daha yüksek olduğu görülmüştür. Fakat yükselen puanlar, yine de yaşlı bireylerin bunları gerçekleştirmek için teşvik ya da yardım gereksinimleri ihtiyacını ortaya koymuştur.

Ölçeğin her bir alt maddesi için tespit ettiği destek kaynakları incelendiğinde, “Sosyal Aktiviteler” kısmında; bireylerin sosyal veya boş zaman aktivitelerini seçmek veya katılmak için en önemli kaynaklarının %69.7 oranında ailesinin ve bakıcıların olduğu görülmüştür.

“Sosyal İlişkiler” kısmında, aile, arkadaş ve akrabalarla önemli ve gerekli olan ilişkileri kurabilmesini ve onları sürdürülebilmesinde %54.5, “Sosyal İletişim” kısmında; kişinin çevre kaynaklarını kendi başına kullanmasında %64.3, “Diğerlerine Saygı” kısmında; başkalarıyla olan ilişkilerinde uygun davranma yeteneğini kullanmada %83.3 oranında arkadaş, aile ve bakıcı gibi kimselerin destek kaynağı olduğu ifade edilmiştir.

“Sosyal Roller” kısmında ise; aile üyeleri, personel, gönüllüler, arkadaşlar veya diğerlerinin arasında sosyal rolleri yerine getirmesinde %85.7 ve “Atılganlık (Kendine Güven)” ile ilgili olarak ta; kendilerini ifade etmek için %69.7 oranında yine en çok ailesinin, hemşirelerin, arkadaşlarının ve bakıcılarının destek olduğu görülmüştür.

Uygulama sonrası, Sosyal Otonomi Ölçeğinin alt madde puanları incelendiğinde ise; tüm alanlarda puan ortalamalarının arttığı, uygulama öncesi en düşük puanların alındığı “Sosyal Aktiviteler” ve “Atılganlık (Kendine Güven)” alanlarında puan ortalamalarının belirgin bir artış gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca Sosyal İlişkiler kısmında bireyin artık yardım ya da teşvike ihtiyaç duymadığı belirlenmiştir (0 puan bağımsız aktiviteyi gerçekleştirmesi).

Uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark analiz edildiğinde, “Diğerlerine Saygı” olarak adlandırılan başkalarıyla olan ilişkilerinde uygun davranma yeteneğini kullanabilmesi dışında, diğer tüm alanlardaki puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu da bireylere uygulanan sosyal aktivite programının, aktiviteleri seçmesi ve katılması, kendini ifade etmesi, iyi ilişkiler kurabilme, çevresel kaynakları etkili kullanabilme ve rollerini yerine getirebilme gibi sosyal fonksiyonların alt grupları üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo 4.5.’de düzenli uygulanan sosyal aktivite programının öncesi ve sonrası yaşam bağlılığı ölçeğinin alt madde puanlarının dağılımı sunulmuştur. Uygulama öncesi Yaşam Bağlılığı Ölçek puanlarına baktığımızda ise, bireylerin yaşam amacını ölçmek için sorulan altı madde için, yaşam amacının varlığını ve yaptıklarına verdiği önemi gösteren ters puanlanan 1. 3. ve 5. maddelere “Katılıyorum” cevabı ile yaşam amaçlarının azaldığı ve yaptıkları şeyleri daha az değerli buldukları görülmüştür. 2. 4. ve 6. maddeler de ise, “Kararsızım” cevabı ile yaşamak için nedenleri olması ve yaptıklarına önem vermesi konularında kararsız kaldıkları görülmüştür.

Uygulama sonrası, Yaşam Bağlılığı Ölçeğine baktığımızda ise, bireylerin 1. 3. ve 5. maddelere verdiği “Katılıyorum” cevabının “Katılmıyorum” olarak yaşama amaçlarının olmasına ve yaptıklarına önem vermesine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir. Yine 2. 4. ve 6. maddelere ise verdiği, “Kararsızım” cevabı “Katılıyorum” olarak değişmiştir. Bu da yaşam amaçları konusunda kendilerini ifade edebildiklerini ortaya koymaktadır. Uygulama sonrası bireyler yaşam amaçlarının olması ve yaptıklarını önemli bulma konusunda daha yüksek puan ortalamaları ortaya koymuşlardır. Böylece yaşam bağlılıkları aktiviteler sonrasında artış göstermiştir.

Alt madde puan ortalamalarının uygulama öncesi ve sonrası analizine baktığımızda, tüm alt madde ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Uygulanan sosyal aktivite programının, yaşama olan bağlılığımızı olumlu yönde etkileyerek yaşam amacımızı korumamıza yardım ettiği görülmüştür.

Tablo 4.5. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Öncesi ve Sonrası Yaşam Bağlılığı Ölçeği Alt Madde Puanlarının Dağılımı.

| Yaşam Bağlılığı Ölçeği | Uygulama Öncesi | Uygulama Sonrası | Test Değeri P |
|--|--|--|----------------|
| Yaşamımda çok fazla amacım yok Mean±SD Median Min. Max | 2,111±0,820 2,000 1,000 4,000 | 4,750±0,439 5,000 4,000 5,000 | p=0,000 |
| Bana göre yaptıklarımın tamamı değerlidir Mean±SD Median Min. Max | 3,861±0,866 4,000 1,000 5,000 | 4,666±0,478 5,000 4,000 5,000 | p=0,000 |
| Yaptıklarımın çoğu bana değersiz ve önemsiz görünür Mean±SD Median Min. Max | 2,305±0,980 2,000 1,000 4,000 | 4,833±0,377 5,000 4,000 5,000 | p=0,000 |
| Yaptıklarımın çok değer veririm Mean±SD Median Min. Max | 3,805±0,888 4,000 1,000 5,000 | 4,666±0,478 5,000 4,000 5,000 | p=0,000 |
| Yaptığım şeylere çok fazla önem vermem Mean±SD Median Min. Max | 2,333±1,041 2,000 1,000 5,000 | 4,833±0,377 5,000 4,000 5,000 | p=0,000 |
| Yaşamak için birçok nedenim vardır Mean±SD Median Min. Max | 3,583±1,079 4,000 1,000 5,000 | 4,611±0,494 5,000 4,000 5,000 | p=0,000 |

Wilcoxon testi
P<0,05

Tablo 4.6.'da düzenli uygulanan sosyal aktivite programının sonrası fonksiyonel ve sosyal otonomi değerlendirme ölçekleri ile yaşam bağlılığı ölçeğinin genel skor puanlarının arasındaki ilişki dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.6. Düzenli Uygulanan Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçeğinin Genel Skor Puanlarının Arasındaki İlişki Dağılımı.

| Korelasyon | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------|
| Ölçekler | Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Yaşam Bağlılığı Ölçeği |
| Fonksiyonel Otonomi Ölçeği | | | |
| R | | 0,486** | 0,145 |
| P | | 0,003 | 0,398 |
| Sosyal Otonomi Ölçeği | | | |
| R | 0,486** | | 0,060 |
| P | 0,003 | | 0,727 |
| Yaşam Bağlılığı Ölçeği | | | |
| R | 0,145 | 0,060 | |
| P | 0,398 | 0,727 | |

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
0.30 – 0.70 orta düzeyde ilişki

Tablo 4.6.'da görüldüğü üzere, sosyal aktivite uygulaması sonrası üç ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde, veriler normal dağılım özelliği göstermediğinden Spearman's Rank korelasyon kat sayısına bakılarak, Fonksiyonel Otonomi Ölçek puanı ile Sosyal Otonomi Ölçek puanı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). İki ölçeğin otonomiye değerlendirmesi nedeniyle birbirleriyle ilişkili olmasından dolayı iki ölçeğin puan ortalamaları birbirinden etkilenmektedir. İlişki düzeyine bakıldığında ise orta düzeyde de olsa bir farklılık görülmüştür ($R=0.486$). Bu da fonksiyonel otonomi ile sosyal otonominin birbiri ile ilişkisini ortaya koymaktadır.

4.2. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Cinsiyete, Yaşa, Medeni Duruma, Eğitim Düzeyine Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi

Araştırmada aktivite programının uygulanmasından sonra fonksiyonel ve sosyal otonomi değerlendirme ölçekleri ile yaşam bağlılığı ölçek puan farkı değişiminin huzurevi sakinlerini bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ilişkisi

değerlendirilmiştir. Tablo 4.7.'de yaşa göre ölçeklerin puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.7. Yaş Gruplarına Göre Uygulama Sonrası Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| YAŞ | | 60-69 yaş | 70-79 yaş | 80-89 yaş |
|-----------------------------------|-------------|----------------------------|--------------|----------------|
| Fonksiyonel Otonomi Ölçeği | Mean ±SD | -6,150±6,859 | -5,178±8,127 | -17,291±10,783 |
| | Min. | -16,500 | -20,500 | -37,500 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,005^a | | |
| Sosyal Otonomi Ölçeği | Mean±SD | 0,000±0,000 | -0,307±0,611 | -0,583±0,792 |
| | Min. | 0,000 | -2,000 | -2,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,074 ^a | | |
| Yaşam Bağlılığı Ölçeği | Mean±SD | 28,90±2,024 | 28,071±2,525 | 28,250±2,301 |
| | Min. | 24,000 | 24,000 | 24,000 |
| | Max | 30,000 | 30,000 | 30,000 |
| | Test değeri | p=0,647 ^a | | |

a. Kruskal Wallis Test

Tablo 4.7.'de görüldüğü gibi; yaşa göre sosyal otonomi değerlendirme ölçeği ile yaşam bağlılığı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu da yaşın, sosyal otonomi ve yaşam bağlılığını etkilemediğini ortaya koymuştur. Ancak yapılan incelemede, yaş ile fonksiyonel otonomi arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yaşın, bireyin fonksiyonel otonomisini etkilediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.8.'de ise, yaşa göre fonksiyonel otonomi değerlendirme ölçeğinin alt grup ölçek puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.8. Yaş Gruplarına Göre Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Grup Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| YAŞ | | 60-69 yaş | 70-79 yaş | 80-89 yaş |
|--|-------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| GYA (Günlük Yaşam Aktiviteleri) | Mean ±SD | -3,180±5,764 | -5,178±7,320 | -10,573±11,506 |
| | Min. | -14,500 | -18,500 | -35,500 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,004^a | p=0,003^a | p= 0,002^a |
| İletişim | Mean±SD | -0,126±0,000 | -0,222±0,564 | -0,268±0,863 |
| | Min. | -2,000 | -2,000 | -3,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,057 ^a | p= 0,082 ^a | p=0,74 ^a |
| Zihinsel Fonksiyonlar | Mean±SD | -0,121±0,624 | -0,286±0,575 | -0,472±0,332 |
| | Min. | -2,000 | -2,000 | -3,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,297 ^a | p= 0,456 ^a | p= 0,564 ^a |

a. Kruskal Wallis Test

Tablo 4.8.'de, yaşa göre fonksiyonel otonomi değerlendirme ölçek alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde, “ Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu sonuca göre yaşın, günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkili bir faktör olduğu görülmüştür. Diğer alt gruplar olan “ Zihinsel Fonksiyonlar ” ve “ İletişim ” puan ortalamaları ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşın, bireylerin fonksiyonel otonomisinin önemli alt bileşenlerinden iletişim (konuşma, görme ve işitme) alanı ile zihinsel fonksiyonları (anlama, hafıza ve karar verme) etkilemediği görülmüştür.

Tablo 4.9.'da yaşa göre sosyal otonomi değerlendirme ölçeğinin alt madde puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.9. Yaş Gruplarına Göre Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin Alt Madde Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| YAŞ | | 60-69 yaş | 70-79 yaş | 80-89 yaş |
|-----------------------------------|-------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sosyal Aktiviteler | Mean ±SD | -0,083±0,284 | -0,096±0,320 | -0,573±0,506 |
| | Min. | -1,000 | -1,00 | -1,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,890 ^a | p=0,675 ^a | p= 0,780 ^a |
| Sosyal İlişkiler | Mean±SD | -0,260±0,120 | -0,320±0,217 | -0,376±0,800 |
| | Min. | -1,000 | -1,000 | -1,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,857 ^a | p= 0,788 ^a | p=0,965 ^a |
| Sosyal İletişim | Mean±SD | -0,283±1,387 | -0,312±0,506 | -0,376±0,590 |
| | Min. | -2,000 | -2,000 | -2,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,994 ^a | p= 0,862 ^a | p= 0,743 ^a |
| Diğerlerine Saygı | Mean±SD | -0,478±0,452 | -0,529±0,436 | -0,553±0,248 |
| | Min. | -1,000 | -1,000 | -1,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=1,060 ^a | p= 1,056 ^a | p= 1,863 ^a |
| Sosyal Roller | Mean±SD | -0,646±0,140 | -0,742±0,604 | -0798,±0,900 |
| | Min. | -1,000 | -1,000 | -1,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,429 ^a | p= 0,096 ^a | p= 0,378 ^a |
| Atılganlık (Kendine Güven) | Mean±SD | -0,807±0,900 | -0,865±0,306 | -0990,±0,567 |
| | Min. | -1,000 | -1,000 | -1,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,387 ^a | p= 0,698 ^a | p= 0,378 ^a |

a. Kruskal Wallis Test

Tablo 4.9.'da yaş gruplarına göre Sosyal Otonomi Ölçeğinin alt maddelerindeki değişimin dağılımına bakıldığında, yaşa ile sosyal otonomi değerlendirme ölçeğinin tüm alt madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşın sosyal otonomi ölçeğinin alt gruplarını ifade eden sosyal alanları etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.10.'da yaşa göre yaşam bağlılığı ölçeğinin alt madde ölçek puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.10. Yaş Gruplarına Göre Yaşam Bağlılığı Ölçeğinin Alt Madde Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| YAŞ | | 60-69 yaş | 70-79 yaş | 80-89 yaş |
|--|-------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Yaşamımda çok fazla amacım yok | Mean±SD | 4,376±0,463 | 4,544±0,403 | 4,856±0,487 |
| | Min. | 4,000 | 4,000 | 4,000 |
| | Max | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| | Test değeri | p=0,429 ^a | p=0,530 ^a | p= 0,987 ^a |
| Bana göre yaptıklarımın tamamı değerlidir | Mean±SD | 4,666±0,356 | 4,831±0,321 | 4,678±0,455 |
| | Min. | 4,000 | 4,000 | 4,000 |
| | Max | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| | Test değeri | p=0,524 ^a | p= 0,586 ^a | p=0,604 ^a |
| Yaptıklarımın çoğu bana değersiz ve önemsiz görünür | Mean±SD | 4,833±0,317 | 4,867±0,876 | 4,686±0,589 |
| | Min. | 4,000 | 4,000 | 4,000 |
| | Max | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| | Test değeri | p=0,766 ^a | p= 0,790 ^a | p=0,891 ^a |
| Yaptıklarımın çok değer veririm | Mean±SD | 4,666±0,446 | 4,590±0,664 | 4,245±0,278 |
| | Min. | 4,000 | 4,000 | 4,000 |
| | Max | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| | Test değeri | p=0,090 ^a | p= 0,079 ^a | p=0,102 ^a |
| Yaptığım şeylere çok fazla önem vermem | Mean±SD | 4,833±0,332 | 4,507±0,420 | 4,104±0,455 |
| | Min. | 4,000 | 4,000 | 4,000 |
| | Max | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| | Test değeri | p=0,776 ^a | p= 0,654 ^a | p=0,760 ^a |
| Yaşamak için birçok nedenim vardır | Mean±SD | 4,611±0,340 | 4,308±0,980 | 4,411±0,834 |
| | Min. | 4,000 | 4,000 | 4,000 |
| | Max | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| | Test değeri | p=0,798 ^a | p= 0,587 ^a | p=0,745 ^a |

a. Kruskal Wallis Test

Tablo 4.10.'da yapılan inceleme sonucunda, yaş ile yaşam bağıllığı ölçeğinin alt madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Yaşam amaçlarına sahip olma ve yaptıklarımızı anlamlı bulma gibi yaşam bağıllığının önemli alt bileşenlerinin yaşa göre farklılık göstermediği görülmüştür.

Tablo 4.11.'de cinsiyete göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağıllığı ölçek puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Cinsiyete Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağıllığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Cinsiyet | | Kadın | Erkek |
|--|---------------|----------------------------|---------------------|
| Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Mean \pm SD | -10,200 \pm 11,305 | -8,9762 \pm 9,646 |
| | Min. | -37,500 | -28,500 |
| | Max | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,671^a | |
| Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Mean \pm SD | -0,357 \pm 0,744 | -0,285 \pm 0,560 |
| | Min. | -2,000 | -2,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,679^a | |
| Yaşam Bağıllığı Ölçeği | Mean \pm SD | 28,333 \pm 2,716 | 28,381 \pm 1,986 |
| | Min. | 24,000 | 24,000 |
| | Max | 30,000 | 30,000 |
| | Test değeri | p=0,912^a | |

^aMann-Whitney U testi

Cinsiyete göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçekleri ile Yaşam Bağıllığı ölçek puanlarının incelendiği Tablo 4.11.'e göre, üç ölçek puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Aynı şekilde ölçeklerin alt maddeleri ile cinsiyet arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuca göre cinsiyetin, bireyin otonomisini ve yaşama olan bağıllığını etkilemediği görülmüştür.

Tablo 4.12.'de medeni duruma göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağıllığı ölçek puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur. Tablo 4.12.'de görüldüğü gibi diğer sosyo-demografik faktörlerden

birisi olan, medeni durum ile Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı ölçek genel skorları ve alt madde ortalamaları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak medeni durum olarak evli olanların, özellikle yaşam bağlılığı ve fonksiyonel otonomi için maksimum ve minimum puanlarının dul ve boşanmış gruplara göre daha yüksek olarak görülmüştür.

Tablo 4.12. Huzurevi Sakinlerinin Medeni Durumuna Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Medeni durum | | Evli | Dul | Boşanmış |
|---|---------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Mean \pm SD | -14,200 \pm 8,228 | -8,000 \pm 8,698 | -9,875 \pm 13,059 |
| | Min. | -21,000 | -21,500 | -37,500 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,561 | | |
| Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Mean \pm SD | -0,600 \pm 0,894 | -0,263 \pm 0,561 | -0,250 \pm 0,621 |
| | Min. | -2,000 | -2,000 | -2,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test değeri | p=0,551 | | |
| Yaşam Bağlılığı Ölçeği | Mean \pm SD | 28,000 \pm 1,224 | 28,421 \pm 2,523 | 28,416 \pm 2,353 |
| | Min. | 27,000 | 24,000 | 24,000 |
| | Max | 30,000 | 30,000 | 30,000 |
| | Test değeri | p=0,553 | | |

Kruskal Wallis Test

Tablo 4.13.'te eğitim durumuna göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçekleri ile Yaşam Bağlılığı ölçek puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir. Eğitim durumuna göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme ile Yaşam Bağlılığı ölçek genel skorları ve ölçek alt madde puanları incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuca göre, eğitim otonomi ve yaşam bağlılığını etkilememektedir.

Tablo 4.13. Huzurevi Sakinlerinin Eğitim Durumuna Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Eğitim Durumu | | Okuryazar değil | Okuryazar | İlköğretim | Lise | Üniversite |
|--|-----------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Mean ± SD | -8,333 ± 9,842 | 12,000 ± 8,485 | -10,404 ± 11,277 | -7,666 ± 8,621 | -1,000 ± --- |
| | Min. | -21,500 | -18,000 | -37,500 | -17,000 | -1,000 |
| | Max | 0,000 | -6,000 | 0,000 | 0,000 | -1,000 |
| | Test Değeri | p=0,928 | | | | |
| Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Mean ± SD | -0,375 ± 0,517 | 0,000 ± 0,000 | -0,381 ± 0,740 | 0,000 ± 0,000 | 0,000 ± 0,000 |
| | Min. | -1,000 | 0,000 | -2,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Max | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Test Değeri | p=0,721 | | | | |
| Yaşam Bağlılığı Ölçeği | Mean ± SD | 27,666 ± 2,500 | 26,000 ± 2,828 | 28,857 ± 2,174 | 28,000 ± 1,732 | 30,000 ± 0,000 |
| | Min. | 24,000 | 24,000 | 24,000 | 27,000 | 30,000 |
| | Max | 30,000 | 28,000 | 30,000 | 30,000 | 30,000 |
| | Test Değeri | p=0,231 | | | | |

Kruskal Wallis Test

4.3. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Huzurevi Sakinlerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumlarına Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği ile Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

Araştırmanın bu bölümünde, uygulama sonrası huzurevi sakinlerinin yaşam biçimi davranışları ve sağlık durumlarına göre ölçek puanlarındaki değişimin dağılımına göre ilişkisi değerlendirilmiştir (Tablo 4.14.).

Tablo 4.14.'de görüldüğü gibi; bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalığa sahip olma durumunun, bireylerin otonomilerini ve yaşama olan bağlılıklarını etkilemediği görülmüştür. Ancak kronik hastalığa sahip olmayanların fonksiyonel otonomi ölçeği minimum puanlarının, kronik hastalığa sahip olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç

kronik hastalığı olmayanların fonksiyonel otonomisinin negatif yönde daha az etkilendiğini göstermektedir.

İlaç kullanma durumları ile ölçek puan ortalamaları analiz edildiğinde, ilaç kullanmayanlar ile ilaç kullananların yaşam bağlılığı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,005$). İlaç kullanmayanların yaşama bağlılık puanlarının ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.14.)

Tablo 4.14. Huzurevi Sakinlerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumlarına Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumları | Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Yaşam Bağlılığı Ölçeği |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| Kronik Hastalık Durumu | | | |
| Var | | | |
| Mean \pm SD | 9,326 \pm 10,707 | -0,181 \pm 0,501 | 28,869 \pm 1,890 |
| Min | -37,500 | -2,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Yok | | | |
| Mean \pm SD | -9,769 \pm 9,745 | -0,538 \pm 0,776 | 27,461 \pm 2,696 |
| Min | -21,500 | -2,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Test Değeri | $p=0,662^a$ | $p=0,94^a$ | $p=0,120^a$ |
| İlaç Kullanma Durumu | | | |
| Var | | | |
| Mean \pm SD | -10,087 \pm 10,636 | -0,461 \pm 0,528 | 27,000 \pm 1,858 |
| Min | -37,500 | -2,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Yok | | | |
| Mean \pm SD | -8,423 \pm 9,797 | -0,227 \pm 0,776 | 29,230 \pm 2,586 |
| Min | -21,500 | -2,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Test Değeri | $p=0,801^a$ | $p=0,352^a$ | $p=0,030^a$ |
| Yapamadığı Aktivitelerin Olması | | | |
| Var | | | |
| Mean \pm SD | -13,318 \pm 10,395 | -0,476 \pm 0,749 | 28,227 \pm 2,348 |
| Min | -37,500 | -2,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Yok | | | |
| Mean \pm SD | -3,464 \pm 6,585 | -0,071 \pm 0,267 | 28,571 \pm 2,243 |
| Min | -20,500 | -1,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Test Değeri | $p=0,001^a$ | $p=0,066^a$ | $p=0,597^a$ |

Tablo 4.14. (Devam) Huzurevi Sakinlerinin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumlarına Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanları Dağılımı.

| Kararları Kim Verir | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Kendisi | | | |
| Mean ±SD | -8,166±10,212 | -0,206±,491 | 28,000±2,161 |
| Min | -37,500 | -2,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Ailesi | | | |
| Mean ±SD | -20,500±1,254 | -2,000±0,252 | 24,000±1,563 |
| Min | -20,500 | -2,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Kurum Personeli | | | |
| Mean ±SD | -10,250±14,495 | -0,507±0,123 | 27,000±4,242 |
| Min | -20,500 | 0,000 | 24,000 |
| Max | 0,000 | 0,000 | 30,000 |
| Kurum Personeli ile | | | |
| Mean ±SD | -18,500±2,291 | -1,000±1,000 | 29,333±1,154 |
| Min | -21,000 | -2,000 | 28,000 |
| Max | -16,500 | 0,000 | 30,000 |
| | p=0,212 ^b | p=0,024^b | p=0,346 ^b |

a.Mann-Whithney-U

b.Kruskal Wallis Test

Bireylerin yapamadığı günlük yaşam aktiviteleri incelendiğinde, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu ile fonksiyonel otonomi puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Özellikle ölçeğin puan ortalamasının, günlük yaşam aktivitelerini yapabilen bireylerde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bireyin otonomisi için önemli faktörlerden birisi olan, kendisi ile ilgili kararların verilme durumu değerlendirildiğinde, sosyal otonomi ölçek puan ortalaması ile kendisiyle ilgili karar verici arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu sonuca göre kararları kendisinin aldığı bireylerin sosyal otonomi puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bireyin kararlarını kendisinin alması sosyal otonomiyi etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.4. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programı Sonrası Huzurevi Sakinlerinin Çocukları, Yakınları, Kurumda Kalan Bireyler ve Çalışanlarla İle Olan İlişkilerine Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

Huzurevinde kalan bireylerin çocukları, yakınları, kurumda kalan bireyler ve çalışanlarla ile olan ilişkilerine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.15.'te sunulmuştur.

Tablo 4.15. Huzurevi Sakinlerinin, Çocukları, Yakınları, Kurumda Kalan Bireyler ve Çalışanlarla İle Olan İlişkilerine Göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Bireylerin Çocukları, Yakınları, Kurumda Kalan Bireyler ve Çalışanlarla İle Olan İlişkileri | | Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Yaşam Bağlılığı Ölçeği |
|---|------------------|--|-------------------------------------|------------------------|
| Mean±SD | | -9,486±10,231 | -0,3056±0,624 | 28,3611±2,282 |
| Aile Üyeleri İle Görüşme Durumu | Test Değeri P | 0,447 | 0,848 | 0,156 |
| Aile Üyeleri İle Görüşme Şekli | Test Değeri P | 0,453 | 0,347 | 0,270 |
| Kurumda Kalan Diğer Sakinlerle İletişim Durumu | Test Değeri P | 0,146 | 0,404 | 0,450 |
| Kurumda Çalışan Personellerle İletişim Durumu | Test Değeri P | 0,873 | 0,303 | 0,371 |

Kruskall Wallis Test

Tablo 4.15.'te, huzurevinde kalan bireylerin çocukları, yakınları, kurumda kalan bireyler ve çalışanlarla ile olan ilişkilerine göre yapılan incelemede, aileleri ile görüşme durumu, görüşme şekli, kurum sakinleri ve personeliyle olan iletişimleri ile otonomi (fonksiyonel ve sosyal) ve yaşam bağlılığı ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak bu faktörlerin otonomiye ve yaşam bağlılığını etkilemediği görülmüştür.

4.5. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özelliklerine Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

Uygulama sonrası huzurevinde kalan bireylerin kurumda kalma nedenleri ve kurum özelliklerine göre ölçek puanlarındaki değişimin dağılımı Tablo 4.16.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Huzurevi Sakinlerinin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özelliklerine Göre Fonksiyonel Otonomi, Sosyal Otonomi ve Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özellikleri | | Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Yaşam Bağlılığı Ölçeği |
|--|---------------|--|-------------------------------------|------------------------|
| Mean±SD | | -9,486±10,231 | -0,3056±0,624 | 28,3611±2,282 |
| Kurumda Kalma Süresi | Test Değeri P | 0,304 ^a | 0,225 ^a | 0,200 ^a |
| Kuruma Geliş Durumu | Test Değeri P | 0,982 ^a | 0,432 ^a | 0,544 ^a |
| Kurumda Kalış Şekli | Test Değeri P | 0,570 ^b | 0,776 ^b | 0,886 ^b |
| Kaldığı Oda Tipi | Test Değeri P | 0,114 ^b | 0,107 ^b | 0,796 ^b |
| Aktivite İsteme Durumu | Test Değeri P | 0,398 ^b | 0,419 ^b | 0,245 ^b |

a. Kruskal Wallis

b. Mann Whitney

Yapılan analiz sonucunda, bireylerin kurumda kalma süreleri, kuruma geliş durumu, kurumda kalış şekli, kaldığı oda tipi gibi faktörlerle, üç ölçeğin puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bütün bu faktörlerin otonomi ve yaşam bağlılığı üzerine etkili olmadığı görülmüştür.

Ayrıca kurumda aktivitelerin olmasını isteme durumunun, yapılan inceleme sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmaması nedeniyle ($p>0,05$) otonomi ve yaşam bağlılığını etkilemediği tespit edilmiştir.

4.6. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Aktivitelere Yönelik Taleplerine Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

Huzurevi sakinlerinin aktivitelere yönelik taleplerine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.17.'te sunulmuştur.

Tablo 4.17. Huzurevi Sakinlerinin Aktivitelere Yönelik Taleplerine Göre Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği İle Yaşam Bağlılığı Ölçek Puanlarının Dağılımı.

| Aktivitelere Yönelik Düşünceleri | | Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeği | Yaşam Bağlılığı Ölçeği |
|--|---------|--|-------------------------------------|------------------------|
| | Mean±SD | -9,486±10,231 | -0,3056±0,624 | 28,3611±2,282 |
| Aktivitelerin Uygulanmasını İsteme Durumu | | | | |
| Fiziksek aktivite | Test | 0,127 | 0,355 | 0,135 |
| Dini Aktivite | Değeri | 0,081 | 0,523 | 0,407 |
| Eğitim Aktivitesi | P | 0,093 | 0,334 | 0,534 |
| Müzik Aktivitesi | | 0,104 | 0,139 | 0,501 |
| Grup Sohbetleri | | 0,201 | 0,145 | 0,520 |
| Resim Aktivitesi | | 0,090 | 0,512 | 0,363 |

Kruskall Wallis Test

Tablo 4.17.'de yapılan incelemede, huzurevi sakinlerinin sosyal aktivite gruplarını isteme durumları ile üç ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Farklı aktivitelerin istenme durumlarının, bireyin otonomisini ve yaşama olan bağlılığını etkilemediği görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla iki aşamalı yapılan çalışmamızda tartışma kısmı iki ana başlıkta sunulmuştur.

1. Düzenli uygulanan aktivite programının huzurevinde kalan bireylerin fonksiyonel ve sosyal otonomileri ile yaşam bağlılığına olan etkisi

2. Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının otonomi ve yaşam bağlılığına olan etkisinin huzurevinde kalan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi

5.1. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Fonksiyonel Ve Sosyal Otonomileri İle Yaşam Bağlılığına Olan Etkisi

Başarılı bir yaşlanma için, hastalık riskinin düşük olması, fonksiyonel kapasite, güçlü kognitif fonksiyonlar ve yaşama aktif bir şekilde bağlanma gibi önemli faktörler etki etmektedir (163). Bunun gerçekleştirilmesi, bireyin sosyal aktiviteleri ile ilişkilidir (295). Boş zaman etkinliklerine katılım sayesinde insanlar sosyal ilişkiler kurabilir, olumlu duygular hissedebilir, ek beceri ve bilgi kazanabilirler (296). Her yaşta izolasyonun, irrasyonel düşünceler veya rahatsız edici davranışlar gibi istenmeyen olumsuz sonuçlara neden olabileceğini görmekteyiz. Dolayısıyla bireylerin faaliyetlerini diğerleriyle paylaşması önemli bir gerekliliktir (297).

Literatüre bakıldığında, yaşlılara yönelik sosyal aktivitelerle ilgili çalışmaların sayısının bir hayli fazla olduğunu görmekteyiz. Yaşlı yetişkinlere yönelik eğitimsel, sosyal ve fiziksel aktivite programlarının katılımcılar arasında zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarını iyileştirdiğine dair güçlü kanıtlar vardır (34, 298). Bu tür programların yalnızlığı azalttığı (31), kişiyi sosyal izolasyona karşı koruduğu (32), yaşlı yetişkinlerin duygusal refahını ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (33). Sosyal katılım ve grup etkinliği programları (örneğin katılımcı sanat etkinlikleri) yaşlı yetişkinler için bilişsel fonksiyonlara da faydalı olabilmektedir (34).

Kurumsal bakımda sosyal aktivitelerin düzenli olarak uygulanması onların sağlığını koruma ve geliştirme açısından önemlidir. Fakat ülkemizde kurumsal bakımdaki sosyal aktivitelere bakıldığında, maalesef düzenli sürdürülen bir yapılanma görememekteyiz. Sıklıkla belli zamanlarda yapılan ya da başlatılıp bir süre sonra sona eren uygulamalara rastlamaktayız. Çoklu aktiviteleri bir arada içeren düzenli programlara sahip olmadıkları görülmektedir.

Birçok sosyal aktivitenin bir araya getirilerek düzenli bir şekilde uygulandığı çalışmamızda sosyal aktivite programının etkisi değerlendirilerek, yaşam kalitesinin önemli alt bileşenlerinden birisi olan otonominin hem fonksiyonel hem de sosyal boyutunu pozitif yönde etkilediği görülmüştür. Otonomilerini kullanabilmeleri ve sosyalleşebilmeleri için onlara fırsatlar sunmuştur. Ayrıca yaşlı bireylerde azalan yaşam bağlılığını da olumlu yönde artırarak yaşam amacı sağladığı görülmüştür.

Yaşlı bireylerde sosyal aktivitelere katılım, beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek patolojik durumlara karşı, onları koruyabilecek önemli sosyal roller sunması, strese verilen tepkisini azaltması, benlik saygısının artması gibi olumlu etkileri ile (299), benzer şekilde çalışmamızda da otonomi ve yaşam bağlılığı açısından pozitif yöndeki etkileri istatistiksel olarak ortaya koyulmuştur.

Çalışmalar, organizasyon toplantılarına katılmak, bir sanatsal veya ders etkinliği uygulamak gibi bilgi edinme ile ilgili faaliyetlerin yapılmasının, azalan demans riski ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, böyle bir aktiviteye katılarak sürekli bilişsel stimülasyonun sağlanması, bilişsel azalmanın korunmasına ve bilişsel kapasitenin artırılmasına katkıda bulunabilir (300, 301). Bilişsel kapasitenin korunması ve artırılması, bireyin otonomisini kullanabilmesi ve yaşam amacını sürdürebilmesi için önemlidir. Bu nedenle uygulanan programın geniş bir perspektifte ele alınması, farklı etkileri ile yaşlı bireylerin otonomisini kullanmalarına ve yaşama olan bağlılıklarını artırmada büyük katkı sağlamıştır.

Bireylere uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinlerinin aktiviteleri seçmesi ve katılması, kendini ifade etmesi, iyi ilişkiler kurabilme, çevresel kaynakları etkili kullanabilme ve rollerini yerine getirebilme gibi sosyal fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu çalışmamızda ortaya koyulmuştur.

Berlin Yaşlanma Çalışmasında, yüksek düzeyde sosyal aktiviteye sahip olanların, %20 daha düşük ölüm riskine sahip oldukları tespit edilmiştir. Sosyal

bağlantılarda (eş, aile, arkadaşlarla) geçirilen zamanın daha düşük bir ölüm riski ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışma, spesifik olarak arkadaşlarıyla zaman geçirenlerin ölüm riskinin %28 azaldığını göstermiştir. Öte yandan, seçilen faaliyetlerin başarılı bir şekilde yerine getirilmesinin, yetkinlik deneyimine yol açtığı ve kişisel kontrolü (otonomiyi) artırdığı çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur (302). Çalışmamızda da görülüyor ki, sosyal açıdan aktif olan, sosyal ilişkileri ve destek kaynaklarını daha fazla kullanan bireylerin otonomisi bundan olumlu etkilenmektedir.

Deokju'nun 65 yaş üstü 28 yaşlı birey üzerinde 8 hafta boyunca haftada 2 kez olmak üzere yaptığı toplu aktivite uygulamasının (fiziksel aktivite, boş zaman etkinliği, beceri ve sanat) sonucunda, yine benzer şekilde yaşlıların sağlığı ve sağlığı yönetmesi üzerinde pozitif etkileri görülmüştür. Özellikle günlük yaşam aktiviteleri ile bilişsel fonksiyonlarda ve depresyonun azalmasında kayda değer gelişme gözlemlenmiştir (303). Uyguladığımız sosyal aktivite programında da benzer şekilde fonksiyonel otonominin alt birimlerinden GYA'lerini yerine getirebilme kapasitelerine anlamlı bir katkı sağladığı ve sağlığını yönetebilmesi için otonomisini kullanabilmesine olanak sağladığı tespit edilmiştir. Roswiyanı ve arkadaşlarının yaptığı, görsel sanat etkinliklerini ve fiziksel egzersizi birleştiren müdahaleleri inceledikleri çalışmalarında, psikolojik, bilişsel ve fiziksel sağlık yararları sunabileceği bulunmuştur. Ayrıca kombine olarak oluşturulan müdahale programlarının yaşlıların farklı sorunlarına yararlı olabileceği sonucuna da varmışlardır (304). Bu sonuçlar araştırmamızda olduğu gibi otonominin fonksiyonel ve sosyal boyutunun yanı sıra yaşam bağlılığına da olumlu etki ederek, farklı açılardan yararlar sağlamıştır. Kamegaya ve arkadaşlarının, 52 yaşlı birey üzerinde yaptıkları 12 haftalık haftada 2 saatlik bir fiziksel aktivite ve boş zaman aktivite programının uygulanması çalışmasında, bilişsel işlevler ile iyi olma (yaşam kalitesi gücü) düzeylerinde anlamlı bir düzelme bulmuşlardır (305). Viola ve arkadaşlarının, 25 alzheimer hastasına uyguladığı 12 haftalık 60-90 dakikalık haftada 2 kez uygulama içeren, psiko eğitim (fiziksel aktivite, yazma, boyama gibi aktiviteler içeren) programının etkisini değerlendirdiği araştırmasında, bilişsel fonksiyonlarda bir düzelme olmazken, iyi olma (yaşam kalitesi gücü) ile depresyon üzerine olumlu etkileri görülmüştür (306). Çalışmamız da benzer şekilde, iyi olma, depresyon ile

ilişkili olan fonksiyonel ve sosyal otonomi üzerine birleştirilmiş aktivite programının pozitif etkisi ortaya koyulmuştur. Ayrıca otonomi yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olması nedeniyle bulunan sonuçlar değerlidir. McCaffrey ve arkadaşlarının yaşlı depresif kişilerde uyguladıkları 6 haftalık bir girişim programında (bahçe yürüyüşü ve sanat aktivitesi olarak resim çizme) ise, program sonunda depresyonun önemli düzeyde azaldığı görülmüştür. Yaşama olan bağlılığı ciddi anlamda etkileyen depresyonun azalması, bireylerin yaşama olan bağlılığını da arttırmaktadır. Ayrıca depresyon ciddi anlamda otonomi ve günlük yaşam aktivitelerini de etkileyen bir faktör olması nedeni ile bulunan sonuç değerlidir (307). Kang ve arkadaşlarının Kore’de yaşlı yetişkinler üzerinde, bilişsel stimülasyon eğitimi, egzersiz, müzik, sanat gibi aktivitelerden oluşan bir girişim çalışmasında, zihinsel-duygusal sağlık ile depresyon düzeyleri üzerinde deney gruplarında olumlu sonuçlar elde etmişlerdir (308). Dannhauser ve arkadaşlarının yaptıkları 12 haftalık bir fiziksel egzersiz, sanat ve zanaat öğrenme gibi uygulamaları içeren araştırmalarında, çalışmamıza paralel olarak yaşam kalitesi (iyi olma düzeyi) ile fiziksel ve bilişsel iyi olma durumunun artış gösterdiği bulunmuştur (309). Gitto’nun İtalya’da yaşlı yetişkinler üzerinde üniversitenin gerçekleştirdiği eğitim, boş zaman faaliyeti ve sosyal aktivite programının etkisini değerlendirdiği çalışmasında; öğrenme deneyimleri, eğitim programının onların yaşamları üzerinde olumlu etkileri olduğunu çalışmamızla uyumlu bir şekilde açıkça göstermiştir. Sosyal ve eğitim programlarına kaydolmanın, yalnızca derslere katılmaktan daha fazlasını içerdiği; insanların kendi fiziksel ve psikolojik özelliklerini yaşlanmadan koruduklarını, deneyimlerini diğer insanlarla paylaşımlarına ve dünyayı başka bir açıdan görmelerine izin verdiği tespit edilmiştir. Böylece sosyal otonomi için gerekli olan sosyal iletişim ve sosyal rollerin yerine getirilmesi açısından yaptığımız araştırmayla benzer sonuçlar içermektedir. Özellikle “Yaşamdan Zevk Alma” ve “Yaşam Anlamı” gibi bazı yaşam kalitesi ölçek faktörleri üzerindeki olumlu etkisi de ortaya koyulmuştur. Bu öğeler önemli ölçüde takip edilen faaliyetler için yüksek memnuniyet düzeyi ile ilişkilendirilmiştir. Sonuç olarak, örnekteki kişilerin çoğunluğunun özerk (otonom) olduğu, yaşamlarından ve yapılan faaliyetlerden memnun kaldığı ve kişisel ya da ev yardımına ihtiyaç duymadıkları görülmüştür (310). Sosyal aktivitelerden oluşan programımız sonrasında artan otonomi puanları bize bireylerin otonom(özerk) olabilmeleri için

gerekli fırsatların sunulmasının ve bunların sürekliliğinin sağlanmasının önemini ortaya çıkarmıştır.

Uygulama sonrası günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental yaşam aktiviteleri puanlarındaki artış, özellikle fonksiyonel otonominin azalması veya kaybedilmesi gibi risklerin de azaldığını göstermiştir. Böylece aktivite uygulamalarının fonksiyonel alanda yer alan günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri üzerine olumlu etki gösterdiği görülmüştür.

Araştırmanın sonuçları tek tek ele alındığında; sosyal aktivite programının huzurevi sakinlerinin fonksiyonel otonomi üzerine etkili olduğu görülmüştür. Ölçeğin 3 ana alt grubu incelendiğinde günlük yaşam aktiviteleri (GYA) üzerine etkili olduğu, iletişim ve zihinsel fonksiyonlar alanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemesine rağmen, uygulama sonrası “Zihinsel Fonksiyonlar” alanında puan ortalamalarının artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Alt gruplar ayrıntılı olarak ele alındığında ise, en düşük puan ortalamasının, yalnızca “Yemek Hazırlama” ve “Çamaşır Yıkama” gibi alanlarda sınırlı kaldığı, “Merdiven İnip Çıkma” ve “Ev İşleri” gibi uygulama öncesi düşük olan alanlar ile diğer tüm alanlarda puan ortalamalarında artış olduğu belirlenmiştir. Uygulama sonrası, “Yıkama”, “Giyinme”, “Kişisel Bakım”, “Nakil”, “Ev İşleri”, “Çamaşır Yıkama” ve “Ulaşım” gibi alt boyutların olumlu etkilendiği görülmüştür.

Vale ve arkadaşlarının 14 yaşlı kadın üzerinde 16 haftalık, haftada 2 gün 30 dakikalık bir egzersiz programı uygulaması sonucunda, günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla kolaylık için katkıda bulunduğu, yaşlanma sürecini azalttığı ve yaşlılıkta beklenen yaşam süresini uzattığı görülmüştür. Ayrıca yaşam kalitesi umudunu artırdığından benlik saygısını ve otonomiye (özerklik) yeniden oluşturduğu, sosyal yaşamla ilgili yönleri geliştirdiği benzer şekilde ortaya koyulmuştur (139). Bozkurt ve Yılmaz’ın 81 yaşlı yetişkin üzerinde yaptıkları çalışmada, ortalama SMAF skorunu -22.17 ± 19.06 olarak çalışmamızdan (uygulama öncesi = -12.06 ± 11.20 , uygulama sonrası = -9.48 ± 10.23) daha düşük bulmuşlardır ki bu da, yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlığını ciddi anlamda kaybetme riski taşıdıklarını göstermektedir. Ayrıca bizim çalışmamızdan farklı olarak SMAF ile sosyal fonksiyonlar ve mental sağlık boyutu arasında ilişki bulunmamıştır. Oysaki çalışmamızda otonominin sosyal boyutu ile fonksiyonel boyutu arasında pozitif

yönde bir ilişkiye rastlanmıştır. Bununla birlikte alt gruplarda en düşük skor “Giyinme” ve “Banyo Yapma” gibi iki boyutta görülmüştür. Sosyal aktivitelerdeki büyük zorlukların fiziksel ve duygusal problemlerle ilişkili olduğu görülmüştür (19). Arslantaş ve arkadaşları ise yaşlı bireylerin en çok “Alışveriş”, “Yemek Hazırlama” ve “Toplu Taşımayı Kullanma” gibi alanlarda bağımlılık yaşadığını bulmuşlardır (311). Aletli günlük yaşam aktiviteleri, yaşlı bireylerin fonksiyonel otonomilerini kullanmada sorun yaşadıkları en önemli alanlardır. Hacıhasanoğlu ve arkadaşları bu alanları, “Merdiven Kullanma”, “Hareketlilik”, “Yıkama” ve “Evi Temizleme” gibi alanlarda tespit etmişlerdir (312). Kalkan ve Karadağ’ın 153 yaşlı cerrahi hasta üzerinde yaptığı kesitsel çalışmada, benzer şekilde, sosyal aktivitelere katılımın ve düzenli egzersiz yapmanın, fonksiyonel bağımsızlık düzeyinde artışa neden olduğu bulunmuştur. Ortalama SMAF skorunu ise -4,5 olarak, çalışmamızdan daha yüksek bulmuşlardır (313). Hebert ve arkadaşlarının fonksiyonel azalma ile ilişkili faktörleri incelediği 504 kişi üzerinde yapılan araştırmalarında, fonksiyonel azalmaya neden olan en önemli faktörün düzenli aktivite yaptıkları gün sayısı olduğunu belirtmiştir (314). Pereira ve arkadaşlarının 276 kadın üzerinde fiziksel olarak aktif olan ve sedenter bir yaşama sahip 2 grup üzerinde yaptığı araştırmada, fiziksel olarak aktif kadınların, fonksiyonel tüm bileşenlerinde olmak üzere, özerklik (otonomi), esneklik, çeviklik, denge ve güç gibi alanlarda istenilen seviyelerde olduğu görülmüştür (315). Daniel ve arkadaşlarının 60 yaş üzeri 20 deney ve 20 kontrol olmak üzere 40 kişi üzerinde yaptığı haftada 2 kez her birisi 60 dakika olmak üzere 12 hafta uyguladıkları fiziksel aktivite programının değerlendirildiği çalışmada, araştırmamızla benzer şekilde fiziksel egzersiz programının aktif olan grupta günlük yaşam aktivitesi performansını geliştirdiği tespit edilmiştir (316). Aidar ve arkadaşlarının 31 kişilik 2 grup (çalışma ve kontrol) üzerinde yaptıkları 45-60 dakikalık 12 hafta süren çalışmalarında, benzer şekilde günlük yaşam aktivitelerini (GYA) içeren motor skorla, bilişsel skorda anlamlı bir farklılık bulunurken, ”İletişim” alanında çalışmamıza benzer şekilde önemli bir farklılık bulunmamıştır (133). Fraga ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, haftada 3 kez yapılan egzersizlerin yaşlı kadınların yaşamını olumlu etkilediği ve benzer şekilde fonksiyonel özerkliği artırdığı görülmüştür. Ayrıca, onlara eylem serbestliği sağlayarak, çalışmamızda olduğu gibi fırsatlar sunduğu belirlenmiştir (55). Maki ve

arkadaşlarının 150 kişi üzerinde, 3 ay boyunca haftada 1 kez 90 dakikalık yürüyüş programı çalışmasında, yürüme programlarının yaşlı topluluk üyelerindeki sosyal etkileşimi içeren biliş, yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasitenin bazı yönlerinde faydalar sağlayabileceğini benzer şekilde ortaya koymuşlardır (317). Düzenli olarak bu tür sosyal aktivite programlarının yapılması, yaşlı bireylerin GYA'lerini yerine getirirken daha az zorlanmalarına ve fonksiyonel otonomilerini artırmalarına sebep olmaktadır.

Taylor yaptığı bir araştırmada, araştırmamızla uyumlu olarak yaşlı insanların müzikal olarak gelişmeye devam edebileceğini ve bunun “beynin plastisitesini (yeni bağlantı kurabilme gücü)” sürdürdüğünü ve azalmış bellek, motor becerileri, görme, duyma etkinliklerini dengeleyebilecek enstrümantal müzik öğrenmeye alıştığını” söylemektedir (318). Cohen ve arkadaşları, bir topluluk korosuna haftalık katılımın 65 yaş ve üstü 90 kişi üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Şarkı grubuna katılımın, çalışmamızla uyumlu bir şekilde yüksek fiziksel sağlık derecesi, daha az doktor ziyareti, daha az düşme ve daha iyi zihinsel sağlık gibi fonksiyonel otonominin alt bileşenleri üzerinde bir dizi olumlu etkisi olduğunu bulmuşlardır (319). Creech ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, grup halinde yapılan müzik aktivitelerine katılımın, yaşam kalitesini, yeni beceriler geliştirmeyi, zihinsel aktiviteyi artırdığı ve benzer şekilde fiziksel sağlığın sürdürülmesine olumlu katkı sağladığı görülmüştür. Fiziksel sağlık yararları ise, yenilenmiş bir canlılık ve gençleşme duygusu ile gelişmiş hareketliliği içeriyordu (234). Ayrıca müziğin çalışmamızda görüldüğü gibi katılımcının kendi yaşamını kontrol etmesine ve otonomisini iyi bir düzeyde tutmasına fırsat sunması, çalışmamızla uyumlu olarak fiziksel sağlık, otonomi ve hareketliliği artırdığını, yaşam amacını koruduğunu söyleyebiliriz. Southcott, yaşlı koro katılımcılarının deneyimlerini araştıran fenomenolojik bir vaka çalışmasında, katılımcılar arasında koro üyeliğinin refahı desteklediğini, bir amaç duygusu sağladığını, kişisel gelişiminin yerine getirildiğini ve sosyal ilişkileri sürdürebilecekleri bir bağlamda algılarını ortaya koymuştur. Bu sonuçlar çalışmamızı destekler nitelikte yaşam bağlılığını ve sosyal otonomiye artırdığını desteklemektedir (320). Gembris'in 308 yaşlı yetişkin birey üzerinde yaptığı amatör enstrüman çalma işlevini araştırdığı çalışmasında, zevk alma, mutluluk ve topluluğa ait olma gibi duyguların müzikle ilişkili olduğu bulunmuştur (321). Hilliard'ın huzurevindeki

bakımda, müziğin değerini araştırdığı çalışmasında; şarkı söyleme, enstrümantal eşlik, enstrüman çalma, ritmik ve vokal doğaçlama gibi müzik aktivitelerinin, yaşlıların fizyolojik, duygusal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını karşıladığı bulunmuştur (322). Ryan ve Deci; kişilik, duyguları etkileme, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, bağlanma ve amaç arayışı gibi birçok kavramı etkilemesi nedeniyle, müziğin bireylerin refah (iyi olma) durumunda rol aldığını söylemektedirler. Bu kavramlar gerek otonomi gerekse yaşam bağlılığı ile yakından ilişkili faktörlerdir (323). Sixsmith ve Gibson'ın 26 kişi ile yaptıkları nitel bir araştırmada, müziğin kendi başına zevk almanın yanı sıra, insanların eğlenceli ve kişisel olarak anlamlı etkinliklere katılmalarını sağladıkları, bunun yanında, önemli bir sosyal uyum ve sosyal temas kaynağı olduğunu ortaya koymuşlardır (324). Ayrıca bireylerin günlük durumları üzerinde bir derece güçlenme ve kontrol sağlamaları nedeniyle özellikle sosyal otonomilerine ve destek kaynaklarının artışına önemli katkı sağladıkları görülmüştür. Bungay ve Skingley'in yaptıkları çalışmada, grup halinde şarkı söylenmesinin zevk, sosyal etkileşim, fiziksel gelişim, nefes alma ve koordinasyon, hafıza, hatırlama ve bilişsel fonksiyonlar üzerine potansiyel yararları olduğu görülmüştür (325). Im ve arkadaşlarının yaşlılarda depresyon ve bilişsel fonksiyonlar üzerine, müzik terapinin etkisini göstermek için yaptığı çalışmasında, 12 haftalık, haftada 60 dakikalık seanslar şeklinde uygulamış ve yaşam bağlılığını büyük oranda etkileyen depresyon üzerine olumlu sonuçlar elde etmiştir (64). Hays ve Minichiello yaptıkları çalışmalarında, müziğin yaşlıların duygularını anlamalarına, refah duygularını korumalarına ve yaşamalarına umut ya da anlam vermelerine yardımcı olduklarını, paylaşım ve diğerleriyle bağlantı kurmak gibi sosyal fonksiyonlar için fırsatlar sunduğu çalışmamızla benzer şekilde ortaya koyulmuştur (232). Özellikle yaşlanma sırasında, müzikal aktiviteler fiziksel ve zihinsel sağlığı ve bilişsel yetenekleri korumaya yardımcı olabilirler ki bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir (326).

Wink ve Dillon'ın yaptıkları bir araştırmada ise, manevi alem ile fiziksel ve psikolojik sağlık arasında ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (212). Araştırmalar, din, maneviyat ve inancın, yaşlı bireylerde sağlık, iyi olma ve yaşam kalitesi üzerine potansiyel yararlarını göstermektedir (327, 328). Hybels ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 65 yaş üstü 2924 kişi üzerinde yaptığı 3,6 ve 10 yıllık bir araştırmada,

dini katılım, yaşlı erişkinlerde fonksiyonel kısıtlamalarda düşüşe karşı koruma sağlayabileceğini ifade etmiştir. Bu da fonksiyonel otonomi açısından benzer etkiler olarak değerlendirilmiştir (329). Bazı çalışmalarda, araştırmamızda yer alan dini aktivitenin, din ile fonksiyonel azalmanın (basit günlük yaşam aktiviteleri ile enstrümental yaşam aktivitelerini yapamama) geciktirilmesi arasında, çalışmamızla uyumlu olarak ilişki bulunduğu görülmüştür. (330, 331). Krause'nin yılda 2 kez kiliseye giden yaşlılar ile kiliseye sık sık gitmeyen kişiler üzerinde yaptığı bir incelemede din ile fiziksel sağlık, mental sağlık ve mortalite arasında ilişki olduğunu belirlemiştir (332). Fonksiyonel otonomi fiziksel sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden birisidir ve araştırmamızda da özellikle günlük yaşam aktivitelerini pozitif yönde artırdığı görülmüştür. Toplumdaki bağımsız yaşamla ilgili olan, enstrümental yaşam aktiviteleri ve kendi öz bakımla bağlantılı olan basit günlük yaşam aktiviteleri, bağımsızlık ve otonominin gerçekleştirilmesi yaşlılardaki fonksiyonel kapasitedir (333). Park ve arkadaşlarının 784 katılımcı üzerinde yaptıkları, her 6 aylık süreçteki incelemeyi içeren 5 yıllık çalışmalarında, din ile fonksiyonel kapasitenin iyileştirilmesi arasında ilişki olduğu görülmüştür (334). Malone ve Dadswell'in 14 yaşlı birey üzerinde yaşlı yetişkinler için dinin, maneviyatın ve/veya inancın kişisel ve kişilerarası özelliğini araştıran nitel bir araştırmada; ihtiyaç zamanlarında bir güç, rahatlık ve umut kaynağı olarak sahip olduğu olumlu etki ortaya koyulmuştur. Ayrıca bu çalışmada, yaşlı yetişkinlerin deneyimlerini anlamak, sağlık ve yaşam kalitelerini geliştirecek pozitif yaşlanma için gerekliliğini içeren değerli çıkarımlar da vardır (335). Birçok insan yaşlandıkça, yaşam anlamı arayışına girer. Bu arayış yaşam kalitesi ve genel refah duygusu için merkezidir. Bu yaşam anlamı arayışı, özellikle yaşlandıkça manevi deneyimleri ve ifadeleri etkiler ve yaşamın sonu ile ilgili çeşitli gerçeklerle yüzleşir. Maneviyat, yaşlı yetişkinlere değişen bireysel ihtiyaçlara uyum sağlama yeteneği sağlayan güçlü bir başa çıkma mekanizmasıdır. Bu da, esnekliğin önemli ve eşsiz bir özelliğidir (328). Harvey ve Cook'un 41 yaşlı birey üzerinde yaptığı nitel bir araştırmada, dinin ve maneviyatın kullanılmasının pozitif etki göstermesi nedeniyle, bireyin kendi davranışlarını yönetmesine (otonomi) yardımcı olmaktadır. Böylece yaşlanma sürecini kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır (336). Sosyal aktivite programımız, yukarıda belirtilen çalışmalarla ilişkili olarak, bireyin kendi

davranışlarını yönetmesine katkı sağlayarak, fiziksel sağlığını ve yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.

Yaşlı yetişkinlerin fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak aktif kalma kapasiteleri kısmen öğrenme ve eğitime katılmaya bağlıdır. Öğrenme ile bilişsel fonksiyonlardaki düşüş de azalmaktadır (250). Zabalegui ve arkadaşlarının 12 ay boyunca yaşlılara yönelik yaptıkları fiziksel aktivite, beslenme ve sosyal desteğe yönelik eğitim programı girişimi sonucu, fiziksel fonksiyonlarla ilişkili beslenme durumlarında önemli farklılıklar elde edilmiştir (337). Tamari ve arkadaşlarının 65 yaş üstü 25 kişi üzerinde yürüttüğü 3 aylık eğitim programı çalışmasında, yaşam kalitesi ve genel sağlık durumunda önemli gelişmeler elde edilmiştir (338). Yine grup eğitim faaliyetleri ile eğitim programı geliştirme stratejilerine yönelik birçok çalışmada, yaşam kalitesi sonuçlarını geliştirdiği yönünde olumlu sonuçlar elde edilmiştir (339, 340). Eğitim, ayrıca yaşlı insanların sağlığını geliştirmek için, yaşam stillerinde yapmaları gereken değişiklikler için onları teşvik eder ve cesaret verir. (341). Sosyal aktivite uygulamamızda yer alan eğitim aktivitesi, benzer şekilde yaşam kalitesi için gerekli olan otonomiye artırdığı, yaşam amacını artırdığı ve onlara sosyal iletişim fırsatı sağlayarak yaşamlarını kontrol edebilme fırsatı sunmuştur. İran 'da 180 yaşlı üzerinde yapılan 6 aylık bir çalışmada, sağlığı geliştirme eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirildiğinde, girişim grubunun yaşam kalitesi değerlerinde önemli bir artış gözlemlenmiştir (342). Sürekli öğrenme, ileri yaştaki yetişkinlere özgüven, kişisel memnuniyet, aktif vatandaşlık, sosyal katılım ve istihdama ilişkin gelişmişlik konularında çeşitli deneyimler sunmaktadır (343). Öğrenmeye devam ederek yaşlı yetişkinler, sosyal bağlantılarını, özgüvenlerini, öz yeterliliklerini ve sağlık ve sosyal ilişkilerle ilgili zorluklarla başa çıkma stratejilerini geliştirerek yaşam kalitesini korumaya yardımcı olacak yeni teknolojiyi benimsemek için birçok fırsatla karşılaşır (344). Jin'in yaptığı bir çalışmada, eğitim programlarının yaşlıların yaşam memnuniyetini artırmakta olduğu yanında kendi toplumlarında yaşam kalitesini geliştirmek için fırsat sunduğu belirtilmiştir (345). Yaşam memnuniyeti, yaşama bağlılığı ve bireyin özerkliğini pozitif yönde artırmaktadır. Hsu ve arkadaşlarının 12 hafta boyunca haftada 5 gün uygulanan başarılı bir yaşlanma eğitim programı (fiziksel aktivite, beslenme ve diyet, kronik hastalık yönetimi ve korunma, emosyonel sağlık ve stresle baş etme gibi)

araştırmasında, müdahalenin getirdiği önemli değişimler arasında sağlıksız beslenme riskinin azaltılması, seçim uyumunun artması (otonomi), sağlık bilgisi arama becerisinin artması, finansal güvenlik ve bilginin artması vardı. Fiziksel ve zihinsel sağlık ile sağlık davranışının artış gösterdiği bulunmuştur (346). Sosyal otonominin en önemli alt maddelerinden olan kendine güven duygusu, sosyal aktivelerin sunduğu bilgi ve beceri ile artmakta ve kendini ifade edebilmektedir.

Refah ve yaşam kalitesi terimleri aynı anlama sahiptir (347). Sanatın kendisinin başlı başına tedavi edici bir nitelikte olduğu, yaratıcı faaliyetlerin kişilerin yaşam kalitelerinde olumlu bir gelişmeye sebep olduğu düşünülmektedir. Sanat terapisi ile ilgilenen birçok uzman, yaratıcı sürecin iyileştirici gücü üzerinde hem fikirdir (348). Roswiyani ve arkadaşlarının 8 hafta boyunca 90 dakikalık 2 seans uyguladıkları, sanat müdahalesi (resim yapma, boyama gibi) çalışmasında, özellikle sosyal ilişkiler alanındaki refah üzerinde önemli bir olumlu etkiye sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca depresif belirtilerde de azalmaya yol açmış ve psikolojik yarar sağlamıştır. Müdahalelere katılmanın bireylere ait olma ve bağlılık hissi sağladığı çalışmamızla benzer olarak belirtilmiştir (304). Belkofer ve arkadaşlarının 20 dakikalık çizim yaptırdıkları çalışmanın sonucunda, alfa ritminin çizim yapmada önemli bir rolü olduğunu vurgulamışlardır. Alfa ritmi öz düzenleme, gevşeme, hafıza, görsel işlem, zekâ ve yaratıcılık ile ilişkili olduğundan, resim yapmak endişe verici anksiyete ve aşırı uyanıklık durumlarından kurtulup rahatlama sağlayabilmektedir (349). Ayrıca sanatsal faaliyetlerin, hatırlatıcı bir strateji olduğu ve hafızayı artırdığı araştırmalarda görülmüştür (264, 267). Birçok araştırma, görsel sanat müdahalelerinin sıkıntıyı azaltarak, kendini yansıtma ve öz farkındalığı artırarak, davranış ve düşünme modellerini değiştirerek etki ettiğini göstermektedir. Bunun yanı sıra kalp atım hızını, kan basıncını ve hatta kortizol seviyelerini normalleştirerek birey üzerinde dengeleyici etkilere sahip olduğunu tespit etmişlerdir (350, 351). Rusted ve Sheppard'ın 45 demans hastası üzerinde, 40 hafta boyunca, haftada 1 kez uyguladığı sanat aktivitesi çalışmasında, sanat grubunda fiziksel yeterlilik, zihinsel - keskinlik, girişkenlik (sosyallik) ve sakinlikte gelişmeler göstermişlerdir (352). Mimica ve Dubravka'nın bir bakım evinde günlük resim yapmaya yönelik yaptıkları bir çalışmada, bireylerin daha sakin, daha memnun, daha az nöropsikiyatrik bozukluklara sahip oldukları ve daha iyi iletişim kurdukları

görülmüştür (353). Turetsky ve Hays yaşlılar ile yürütmüş oldukları sanatla terapi programı sonucunda katılımcıların depresif belirtilerinde anlamlı fark bulmuşlardır (354). Demir tarafından yürütülen bir araştırmada sanatla terapi programının katılımcıların sosyal kaygı ve sağlık kaygısı düzeylerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (355). Reynolds'un, 60-86 yaş arasında 30 kadın katılımcıyla görüşme şeklinde yaptıkları görsel sanatları yapma amaçlarını incelediği çalışmasında, sanatın zihinsel yaşamı zenginleştirdiği, evin dışındaki dünya ile ailesi arasında değerli bağlar kurmasını sağladığı, kimliklerini ve eşit statü ilişkilerini koruduklarını ortaya koymuştur (356). Hinkle'in 6 hafta boyunca 8 birey üzerinde uyguladığı sanat terapisi çalışmasında, enerji, ruh hali ve bir bütün olarak kendi alanlarında katılımcılarda yaşam kalitesini artırdığını bulmuştur (357). Çalışmamızda yer verilen sanatsal aktivite, yaşlı bireyin diğer huzurevi sakinleri ile değerli ilişkiler kurarak, otonomisi ve yaşama bağlılığı için gerekli olan özgüveni artırdığı görülmüştür.

Bireylere uygulanan sosyal aktivite programının, aktiviteleri seçmesi ve katılması, kendini ifade etmesi, iyi ilişkiler kurabilme, çevresel kaynakları etkili kullanabilme ve rollerini yerine getirebilme gibi sosyal fonksiyonların alt grupları üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Sosyal olarak aktif olan yaşlı kişilerin daha iyi bilişsel bütünlüğe sahip olduğunu ve bilişsel gerileme konusunda daha az savunmasız olduklarını görmekteyiz. Bu aktivitelerin uygulanması gösterdi ki, bu uygulamaların sürekli ve düzenli bir şekilde uygulanması onlara ait olma, seçim yapabilme ve yaşam amacını sürdürebilme açısından önemli bir katkı sağlamıştır. İngiliz Boyuna Yaşlanma Çalışmasında, grup katılımı etkinliklerinin bilişsel fonksiyona önemli, sürdürülebilir ve benzersiz bir katkı yaptığı görülmüştür. Ayrıca, grup katılımının etkileri yaş ilerledikçe daha güçlü olarak bulunmuştur. Bu bulgular, bilişsel sağlığın korunmasında özellikle yararlı olan ilişki türlerini tam olarak belirleyerek sağlığın sosyal belirleyicileri üzerindeki önceki çalışmalarını desteklemektedir. Böylece, grup katılımının sağlık çıktılarını optimize ettiği ve bunun özellikle artan yaşta olduğu gerçeği, yaşlı yetişkinlerin zihinsel olarak daha aktif ve bağımsız kalmasını sağlamaktadır (183). Geriatri bilimindeki araştırmalar, sosyal aktivitelere katılım eksikliğinin ve sosyal temasların azaltılmasının, yaşlılar arasında fonksiyonel düşüş riskini artırdığını ve sosyal ağlardan gelen duygusal desteğin onları işlevsel olarak

yetenekli tutabildiğini göstermiştir (358). Sosyal olarak aktif kalarak daha sonraki yaşam geçişlerine uyum sağlayan insanlar, hem sosyal kaynaklara erişimlerini korudukları hem de sosyal adaptasyonla birlikte gelen fiziksel aktivite ve zihinsel uyarım nedeniyle mutlu ve sağlıklı olma eğilimindedirler (278). Daha yaşlı yetişkinler, tanıdıkları, komşularla ve grup üyeleriyle sürdürdükleri zayıf bağlara değer veriyor. Bu bağlar kısmen yaşlı yetişkinlerin bağımsızlıklarını ve ailevi olmayan bağlantılarını sürdürmelerine yardımcı oluyor (359).Yeni ağ üyelerinin oluşturulması, fiziksel ve bilişsel aktivite seviyelerini, bağışıklık fonksiyonunu ve kardiyovasküler sağlık üzerine fayda sağlayacak ölçüde arttırmaktadır (360). Bununla birlikte özgüvenini artırabilir ve depresyonu azaltabilir (361, 362). Yine sosyal bağların ve sosyal desteğin ruh sağlığı, fiziksel sağlık, yaşamda anlam ve amaç sağlamak, aidiyet ve uzun ömür ile pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu gösteren kanıtlar vardır (363, 364). Böylece sosyal ilişkilerin daha sonraki yaşamlarda sağlığı destekleyici etkileri olduğunu söyleyebiliriz (365). Fuller-Iglesias'ın 60 yaş ve üzeri 416 kişi üzerinde, sosyal bağların ve ilişkilerin psikolojik iyi olma üzerine yaptığı araştırmasında, sosyal ağ desteği büyük olanlarda stresin daha düşük olarak algılandığı, yaşam doyumunu artırdığı ve daha az depresif duruma yol açtığı görülmüştür (366). 60 yaş ve üstü 1,669 kişilik Amerikalı Değişen Yaşamlar çalışmasında, sosyal ilişkiler ve ağ desteğinin zihinsel sağlığı olumlu etkilediği görülmüştür (367). Golden'in, 65 yaş ve üstü 1334 toplulukta yaşayan katılımcı ile yaptığı görüşmede; arkadaş ve komşularla sosyal temas sıklığının, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve daha düşük oranlarda bilişsel bozulma ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir (368). Romero-Ortuno'nun 60-92 yaş arası 556 ile yaptığı araştırmasında, anormal beslenme durumunun önemli belirleyisi olarak sosyal desteği bulmuştur (369). Jang ve Dominguez yaptıkları çalışmada; sosyal bağlılığın, sosyal aktiviteler için sınırlı fakat mevcut imkanlar ve tesis içindeki kişilerarası temaslar için önemli psikolojik faydalar sağladığı görülmüştür (370). Yardımlı yaşam tesislerinde yaşayan 82 birey üzerinde Park'ın sosyal katılımı araştıran çalışmasında, tesis içindeki sosyal bağlılığın, fiziksel işlevi azalmış olanlar için özel önemini ortaya koymakta ve kişiler arası temasları da teşvik ettiğini göstermektedir (371). Mendes de Leon ve arkadaşlarının, 2812 yaşlı birey üzerinde sosyal katılımın engellilik üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında, sosyal

katılımın teşvik edilmesi, engelliliğin önlenmesi için önemli bir faktör olarak bulunmuştur (372). Prairie ve arkadaşlarının orta yaş grubu kadınlarda yaşam bağlılığını belirlemek üzere yaptıkları çalışmalarında, sosyal katılım ile yaşam bağlılığı arasında ilişki tespit etmişlerdir. Bu da araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir (373). Scheier ve arkadaşlarının, yaptıkları yaşam bağlılığı testini açıklamaya yönelik çalışmalarında, yaşam bağlılığı ile kişisel sağlık, sağlıkla ilgili fiziksel ve işlevsel işleyiş arasında ilişki olduğu görülmüştür (154). Nural ve arkadaşlarının kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise, yaşam bağlılığı genel skor puanını, çalışmamızdaki ortalama puanına ($28,3\pm 1,9$) yakın olarak $23,9\pm 4,9$ olarak bulmuşlardır. Ayrıca yaşam bağlılığı ile psikolojik destek ve pişmanlık arasında ilişki tespit etmişlerdir (374). Zainab ve Naz'ın 112 katılımcı ile yaptıkları, günlük yaşamın işleyişinin ve sosyal katılımın sağlıklı yaşamın artırılmasındaki rolünü inceleyen araştırmalarında, günlük yaşam işleyişi, sosyal katılım ve yaşlı erişkinlerin sağlığı arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (375). Ibrahim ve Dahlan'ın Malezya'da, 378'i evinde, 216'sı kurumda yaşayan kişiler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kurumlardaki yaşlı insanlar arasında uğraşı yoksunluğu ve yaşamda amaç bulunmadığını göstermişlerdir. Ayrıca kendi kararlarını vermek ve sistemi kontrol etmek için kişisel özerklik eksikliğine sahip olmaları, anlamlı uğraşı faaliyetlerini gerçekleştirme fırsatı bulamamalarına neden olduğu görülmüştür (376). Sonuçta, sağlık profesyonellerinin, yaşamdaki amacı kolaylaştırmak için mesleki faaliyetlere katılmaları ve yaşlı bireyleri katılımları konusunda teşvik etmeleri önerilmiştir. Bu daha sonra onların yaşam kalitelerini de artıracak önemli bir faktördür. Yaşama aktif katılan ve sosyal açıdan fırsatlara sahip olan araştırmamızdaki huzurevi sakinlerinin, kişisel özerkliklerinin arttığı ve amaç duygusu kazandırdığı için fiziksel ve sosyal yönden daha iyi bir sağlık durumu için onlara katkı sağladığı görülmüştür.

5.2. Düzenli Uygulanan Sosyal Aktivite Programının Fonksiyonel Otonomi Ve Sosyal Otonomi İle Yaşam Bağlılığına Olan Etkisinin Huzurevi Sakinlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Düzenli aktivite uygulaması sonrası, yaşa göre sosyal otonomi ve yaşam bağlılığı ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak yaş ile fonksiyonel otonomi puan ortalaması arasında ($p<0,05$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Düzenli uygulanan aktivite programı tüm yaş gruplarında fonksiyonel otonomiye anlamlı bir şekilde etkilemiştir.

Fonksiyonel otonomi ölçek alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde ise, “Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık tüm yaş grupları için geçerli bulunmuştur. Diğer alt grup olan “Zihinsel Fonksiyonlar” ile “İletişim” puan ortalamaları ile yaş arasında ($p>0,05$) anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da fonksiyonel otonominin alt grupları içerisinde, en çok “Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)” leri puan ortalamasının uygulama sonrası yaş ile anlamlı bir şekilde ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bozkurt ve Yılmaz, 65 yaş üzeri 81 yaşlı yetişkin üzerinde yaşam kalitesinin ve fonksiyonel otonominin belirleyicilerini incelemek üzere yaptıkları araştırmalarında, fonksiyonel otonominin 65-79 yaş arası grupta diğer gruplardan daha yüksek olduğu, çalışmamızla benzer şekilde yaş ile fonksiyonel otonomi arasında ilişki olduğu bulunmuştur (19). Kalkan ve Karadağ’ın 153 yaşlı cerrahi hastası üzerinde fonksiyonel otonomiye değerlendirmek üzere yaptığı kesitsel bir çalışmada, yaş ile fonksiyonel otonomi genel skor puanı arasında ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca alt gruplar incelendiğinde, “Günlük Yaşam Aktiviteleri” ile “İletişim” alanlarında da benzer ilişkiye rastlanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak iletişim alanında da yaş ile ilişki saptanmıştır (313). Aguirres ve arkadaşlarının yaşlı 40 kadın üzerinde 28 hafta boyunca uyguladıkları bir egzersiz programının fonksiyonel otonomi üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmasında, yaşla fonksiyonel otonomi genel skor puanı arasında farklılık tespit etmişlerdir (377). Martinho ve arkadaşlarının Latin Amerikada yaşlılarda fonksiyon otonomi ile ilişkili faktörleri incelediği çalışmalarında, yaşın fonksiyonel otonomiye etkilediğini bulmuşlardır (378). Hebert ve arkadaşlarının fonksiyonel azalma ile ilişkili faktörlerin incelendiği

çalışmalarında yaşla fonksiyonel otonomi arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (314). Perrig-Chiello ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşın fonksiyonel otonomiye etkilediği ortaya koyulmuştur (379). Scheier ve arkadaşlarının yaptıkları yaşam bağıllığı testini açıklamaya yönelik çalışmalarında, benzer şekilde yaşla yaşam bağıllığı arasında ilişki bulunmamıştır (154). Benzer şekilde, Nural ve arkadaşlarının kanser hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada, yaşla yaşam bağıllığı arasında ilişki bulunmamışlardır (374). Prairie ve arkadaşlarının orta yaş grubu kadınlarda yaşam bağıllığını belirlemek üzere yaptıkları çalışmalarında çalışmamızdan farklı olarak yaşla yaşam bağıllığı arasında ilişki tespit etmişlerdir (373).

Cinsiyete göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçekleri İle Yaşam Bağıllığı ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kalkan ve Yılmaz'ın çalışmalarında farklı olarak, cinsiyet ile fonksiyonel otonomi genel skor puanı arasında ilişki bulunmuştur (313). Literatürde bazı çalışmalarda, araştırmamızla benzer şekilde cinsiyet ile fonksiyonel otonomi arasında ilişki saptanmamıştır (19, 377). Nural ve ark. (374)'nin çalışmasında, benzer şekilde cinsiyetle yaşam bağıllığı arasında ilişki bulunmamıştır. Prairie ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da cinsiyetle yaşam bağıllığı arasında ilişki gösterilmemiştir (373).

Medeni duruma göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçekleri ile Yaşam Bağıllığı ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bozkurt ve Yılmaz'ın yaptıkları çalışmada ise evli olanların fonksiyonel otonomi puanları daha yüksek bulunmuştur (19). Martino ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada, medeni durumla fonksiyonel otonomi arasında ilişkiye rastlamıştır (378). Çalışmamızla benzer şekilde bazı araştırmalarda, medeni durumla fonksiyonel otonomi arasında ilişki saptanmamıştır (314, 379). Nural ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, medeni durumla yaşam bağıllığı arasında ilişki bulunmamıştır (374). Prairie ve arkadaşlarının çalışmalarında da, medeni durumla yaşam bağıllığı arasında ilişki tespit edilmemiştir (373).

Eğitim durumuna göre Fonksiyonel ve Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçekleri İle Yaşam Bağıllığı ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kalkan ve Yılmaz'ın çalışmasında, bulgularımızdan

farklı olarak eğitim düzeyi hem fonksiyonel otonomi ile hem de alt grubu olan “Günlük Yaşam Aktiviteleri” ile ilişkili bulunmuştur (313). Yapılan bazı araştırmalarda da, eğitim düzeyini, fonksiyonel otonomi ile ilişkili bulmuşlardır (379). Nural ve arkadaşları da; eğitim durumu ile yaşam bağlılığı arasında ilişki bulmuşlardır (374). Prairie ve arkadaşları çalışmamızla benzer şekilde, araştırmalarında eğitim düzeyi ile yaşam bağlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (373). Hacıhasanoğlu ve arkadaşları da, çalışmalarında eğitim durumu ile fonksiyonel bağımlılık arasında bir ilişki bulamamışlardır (312).

Kronik hastalık durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Fakat ilaç kullanma durumu ile yaşam bağlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hebert ve arkadaşları da yaptığı çalışmada, benzer şekilde, hastalığın sayısının ve şiddetinin fonksiyonel düşüşle ilişkili olmadığını ortaya koymuştur (314). Kalkan ve Karadağ ise, çalışmamızın aksine, yaptıkları çalışmalarında kronik hastalık ile polifarmasinin fonksiyonel otonomiye etkilediğini bulmuşlardır (313). Aynı şekilde Bozkurt ve Yılmaz da çalışmalarında, günlük alınan ilaç miktarının otonomiye etkilemediğini fakat kronik hastalıkların otonomiye etkilediği yönünde ilişkiye ulaşımlardır (19). Objektif ve subjektif iyi olma ile fonksiyonel otonomi arasında ilişki olduğu, Perrig ve arkadaşları tarafından ortaya koyulmuştur (379).

Yapılan analiz sonucunda, bireylerin yapamadığı günlük yaşam aktiviteleri yapabilme durumları ile fonksiyonel otonomi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kalkan ve Karadağ yaptıkları çalışmalarında benzer şekilde, düzenli egzersiz yapma ve sosyal aktivitelere katılımı fonksiyonel otonomi (özellikle günlük yaşam aktiviteleri) arasında ilişki tespit etmişlerdir (313). Bozkurt ve Yılmaz yaptıkları çalışmada yine fiziksel fonksiyonlar ile fonksiyonel otonomi arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca fiziksel rol de yaşanan zorlukların da otonomiye etkilediğini tespit etmişlerdir (19). Perrig ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, benzer şekilde kas gücü ve hareketlilik ile fonksiyonel otonomi arasında ilişkiye rastlamıştır (379). Çalışmamızdan elde edilen önemli sonuçlardan birisi de, fonksiyonel otonomi ile sosyal otonomi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunun ortaya koyulmasıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Huzurevi sakinlerine uygulanan düzenli sosyal aktivite programı sonrası, bireylerin (fonksiyonel ve sosyal) otonomileri ile yaşam bağılıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

- Düzenli uygulanan sosyal aktivite programı sonrası, huzurevi sakinlerinin fonksiyonel otonomi değerlendirme ölçeği (SMAF) “Genel Skor” puanının yükseldiği,

- Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının huzurevi sakinlerinin “Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)” üzerine etkili olduğu,

- Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının (Bkz. Tablo 4.3.) “Yıkanma”, “Giyinme”, “Kişisel Bakım”, “Nakil”, “Ev İşleri”, “Çamaşır Yıkama” ve “Ulaşım” gibi alt başlıklarında uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

- Fonksiyonel otonomiye etkileyen **sosyo-demografik özelliklerle** ilişkisi incelendiğinde, araştırmamızda yaş ile fonksiyonel otonomi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Özellikle fonksiyonel otonominin alt gruplarından günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkili olduğu belirlenmiştir.

- **Huzurevi sakinlerinin yapabildiği günlük yaşam aktivite sayısı** ile fonksiyonel otonomi arasında ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

- **Eğitim aktivitesine katılım sayısı** ile uygulama sonrası fonksiyonel otonomi puanları arasında ilişki incelendiğinde, $p<0,05$ ($p=0,047$) olduğundan düşük düzeyde de olsa aralarında bir ilişki tespit edilmiştir.

- Fonksiyonel otonomi değerlendirme ölçeğinin alt grupları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, **eğitime katılma sayısı** ile toplam **günlük yaşam aktivite puanı** ($p=0,049$) arasında ilişki bulunmuştur.

- Toplam zihinsel fonksiyon puanı ile eğitime ($p=0,008$) ve fiziksel aktiviteye katılım sayısı ($p=0,010$) arasında ilişki olduğu görülmüştür.

- Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinlerinin **sosyal otonomi değerlendirme ölçeği “Genel Skor” puanının yükseldiği** ve aralarında istatistiksel olarak **anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir** ($p<0,05$).

- Uygulama sonrası, Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçeğinin alt madde puanları incelendiğinde ise; tüm alanlarda **puan ortalamalarının arttığı**, uygulama öncesi en düşük puanların alındığı **“Sosyal Aktiviteler”** ve **“Atılganlık (Kendine Güven)”** alanlarında puan ortalamalarının belirgin bir artış gösterdiği görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4).

- Ayrıca uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark analiz edildiğinde, **“Diğerlerine Saygı”** (başkalarıyla olan ilişkilerinde uygun davranma yeteneğini kullanmak) dışında diğer tüm alanlardaki puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

- Sosyal otonomiye etkileyen **sosyo-demografik özelliklerle** ilişkisi incelendiğinde, **yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, aile üyeleri ile görüşme durumu, kurumda kalan bireylerle iletişim durumu, çalışanlarla iletişim durumu, kurumda kalma süresi, oda tipi ve aktiviteleri isteme durumu** gibi faktörlerle arasında farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

- **Kararları kendisinin vermek istemesi** ile sosyal otonomi ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (**$p < 0,05$**).

- Düzenli uygulanan sosyal aktivite programının, huzurevi sakinlerinin **yaşam bağlılığı ölçeği “Genel Skor”** puanının yükseldiği ve alt madde puan ortalamalarının **uygulama öncesi ve sonrası** analizinde, tüm alt madde ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur (**$p < 0,05$**).

- Yaşam bağlılığını etkileyen **sosyo-demografik özelliklerle** ilişkisi incelendiğinde, **yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık sayısı, aile üyeleri ile görüşme durumu, kurumda kalan bireylerle iletişim durumu, çalışanlarla iletişim durumu, kurumda kalma süresi, oda tipi ve aktiviteleri isteme durumu** gibi faktörlerle arasında ilişki tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

- Aktivite uygulaması sonrası **üç ölçek puanları arasındaki korelasyon** incelendiğinde, **Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçek puanı ile Sosyal Otonomi Değerlendirme Ölçek** puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). İlişki düzeyine bakıldığında ise orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (**$R = 0.486$**).

6.2. Öneriler

Huzurevinde kalan bireylere, bir hemşirelik girişimi olarak çeşitli aktivitelerden oluşan düzenli bir program uygulaması sonrası, bireylerin fonksiyonel ve sosyal otonomileri ile yaşam bağılıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Uygulamaya yönelik öneriler:

- Tek tek etkinlikleri araştırmalarla ortaya koyulan aktivitelerin düzenli uygulanan bir program içerisinde sunulması, huzurevinde yaşayan bireylerin yaşam kaliteleri için önemli olan otonomilerini ve yaşam bağılıklarını geliştirerek, başarılı yaşlanmalarında yarar sağlamasından dolayı, uygulamaların planlı ve sürekli bir program çerçevesinde kullanılması,
- Bu aktivitelerin toplu bir programa uyarlanması, birbirlerinin eksik kalan yönlerini tamamlaması ve güçlerini artırması nedeniyle, program içeriğinin kapsamının geniş tutulması,
- Çalışmamızda bu aktivitelerin planlanması, bireylerin katılımının sağlanması, gerekli eğitmen seçimleri ve uygulanması aşamaları iyi bir ekip çalışması gerektirdiğinden, bu uygulamaların hemşirelik girişimi olarak iyi bir ekip çalışması ile yapılması,
- Kurumdaki bireylerin toplanması, uygulama yerlerinin organizasyonu ve aynı görevlinin olması yaşlılarda güven duygusunu artırması nedeniyle özel ve bu konuda eğitilmiş, koordinasyonu sağlayacak bir görevlinin belirlenmesi,
- Bu uygulamaların kurum yöneticileri başta olmak üzere tüm personele gerekli hizmet içi eğitimler verilerek, bir gereklilik ve kültür olarak algılanması,
- Yaşlı gruplarla yapılan bu tarz etkinliklerin sabırla, özenle ve sürekli uygulanması, yaşlı bireylerde kendilerinden kaynaklı nedenler haricinde genel program uygulamasının kesintiye uğratılmaması,
- Yaşlı bireylere otonomilerini kullanmaları için fırsat sunması ve destekleyici kaynak olması nedeniyle önemli bir hemşirelik girişimi olarak uygulanması önerilir.

İlerde yürütülecek olan çalışmalara yönelik öneriler:

- Düzenli aktivite programı uygulamasının etkilerini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- Otonominin tam olarak değerlendirilmesi için fonksiyonel otonomi sosyal otonomi ile bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğinden, sosyal otonomiye yönelik çalışmaların artırılması,
- Düzenli aktivite program uygulaması çalışmalarının sağlığı geliştirme kapsamında sadece kurumsal bakımda değil toplum tabanlı araştırmalarla desteklenmesi,
- Farklı sosyo-kültürel gruplarda ve daha büyük örneklemelerde araştırmalar yapılarak, etkili olan faktörlerin araştırması önerilir.

Araştırmaya İlişkin Elde Edilen Gözlemler:

- Araştırmanın ilk aşamasında toplanmakta zorluk çekilmesine rağmen ilerleyen süreçte huzurevi sakinlerinin programı benimsediği ve daha istekli toplandığı,
- Kurumdaki diğer personellerle ilerleyen süreçte daha koordineli ve işbirliği içerisinde çalışıldığı ve bir düzenin varlığının gözlenmesi,
- Huzurevi sakinlerindeki katılım isteği ve memnuniyeti kurum yetkililerinin de bu konuda istek ve motivasyonunu artırdığı,
- Ayrıca aktivitelerin farklı günlerde haftada bir kaç gün olmasının yaşlı birey için katılımını olumlu etkilediği, katılamadığı bir aktiviteye başka bir gün katılma şansı yakaladığı,
- Uygulama bittikten sonra yapılan ziyaretlerde araştırmacının ne zaman geleceği soruları ve uygulamalara devam etme talepleriyle karşılaşılması,
- Uygulamaların düzenliliği bireylerde günlük boş zamanın değerlendirilmesinde önemli bir amaç duygusu oluşturarak, otonomilerini kullanmaları için onlara fırsatlar sunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2): 79-86.
2. Oğlak S. Türkiye’de yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerine yönelik yaşadığı ortamda sunulacak bakım modelleri. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 2011;13(4): 115-30.
3. Dickens AP, Richards SH, Greaves JC, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11: 647.
4. Delli-Colli N, Dubuc N, Hebert R, Lestage C, Dubois MF. Identifying psychosocial variables for home care services and how to measure them. *Home Health Care Services Quarterly*. 2013;32(4):197-217.
5. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004;7(2):105-10.
6. Yaşlılara sunulan sosyal hizmetlerin değerlendirilmesi [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi 17 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://www.huzurevleri.org.tr/docs/>
7. Miroğlu C. Ankara’da bir huzurevi incelemesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2009.
8. Akyıl R, Adıbelli D, Erdem N, Kırağ N, Aktaş B, Karadakovan A. Huzurevinde ve evde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;21(1):33-41.
9. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2004;5:76-84.
10. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi örneği. *C. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005;29(1):23-63.
11. Dönümcü Ş. Yaşlı ve sosyal hizmetler. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2006;56:42-6.
12. Karataş S. Yaşlılıkta yaşam doyumu ve etkileyen etmenler. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*. 1990;8:105-14.
13. Harel Z. Quality of care, congruence and well-being among institutionalized aged. *The Gerontologist*. 1981;21(5):523-31.
14. Soygür H. Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psikolojik değerlendirme. *Demans Dizisi*. 2001;1:32-40.
15. Akça ASD, Saraçlı Ö, Emre U, Atasoy N, Güdül S, Barut BÖ, ve ark. Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri.

- Depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 2014;51:267-74.
16. Halit AH. Self esteem and its relation to depression among the elderly. *International Journal of Business and Social Science*. 2014;5(3):266-73.
 17. Danış ZM. Yaşlıların evde bakım gereksinimleri ve evde bakıma ilişkin dūřünceleri basarılı yaşlanma ve yaşlı bakım modelleri. Ankara; Güç-Vak Yayınları; 2004.
 18. Hwang HL, Lin HS, Tungc YL, Wud HC. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43:429-37.
 19. Bozkurt Ü, Yılmaz M. The determination of functional independence and quality of life of older adults in a nursing home. *International Journal of Caring Sciences*. 2016;9:198-210.
 20. Matsui M, Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*. 2008;29(2):141-7.
 21. Murphy K. Nurse' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(5):873-84.
 22. Andresen M, Puggaard L. Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: A study protocol for an intervention study. *BMC Geriatrics*. 2008;8:32.
 23. Hertz JE. Conceptualization of perceived enactment of autonomy in the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:261-73.
 24. Hwang HL, Lin HS. Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders. *Kaohsiung J Med Sci*. 2004;20:166-73.
 25. Karagözoğlu ř, Arıkan A, İnan N, Höyük ZG. Huzurevinde kalan yaşlıların benlik saygısı, otonomi düzeyleri ve iki değişken arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2013;35:152-65.
 26. Ouwehand C, Ridder DT, Bensing JM. A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(8):873-84.
 27. Flood M. A mid-range nursing theory of successful aging. *The Journal of Theory Construction and Testing*. 2005;9:35-9.
 28. Chang PJ, Wray L, Lin Y. Social relationships, leisure activity and health in older adults. *Health Psychology*. 2014;33(6),516-23.
 29. Boer B, Hamers J, Beerens H, Zwakhalen S, Tan F, Verbeek H. Living at the farm, innovative nursing home care for people with dementia-study protocol of an observational longitudinal study. *BMC Geriatrics*. 2015;15(1):144.
 30. Coyle C, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*. 2012;24(8):1346-63.

31. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 2005;25(1):41-67.
32. Wick J. Senior centers: Traditional and evolving roles. *Consultant Pharmacist*. 2012;27(9):664-7.
33. Leung P, Orrel M, Orgeta V. Social support group interventions in people with dementia and mild cognitive impairment: A systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2015;30:1-9.
34. Noice T, Noice H, Kramer FA. Participatory arts for older adults: A review of benefits and challenges. *The Gerontologist*. 2014;54(5):741-53.
35. Aday RH, Kehoe GC, Farney LA. Impact of senior center friendships on aging women who live alone. *Journal of Women & Aging*. 2006;18(1):57-73.
36. Chow H. The relationship between physically active leisure activities and health for adults age fifty and older [Doctor of Philosophy Thesis]. State College, PA: Pennsylvania State University; 2006.
37. Kelly JR, Marjorie WS, Kelly JR. Later-life satisfaction: Does leisure contribute? *Leisure Sciences*. 1987;9:189-200.
38. Onur B. Gelişim psikolojisi-yetişkinlik-yaşlılık-ölüm. 7. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları; 2006.
39. Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM. Nursing intervention classification (NIC). 6th Ed. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing - E-Book; 2013.
40. Csikszentmihalyi M. Activities and happiness: Towards a science of occupation. *Journal of Occupational Science*. 1993;1(1):38-42.
41. Gillian HI. Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? *Journal Of Aging Studies*. 2002;16:345-59.
42. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlı ulusal eylem planı [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 20 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://ailevecalisma.gov.tr/media/33628/turkiyede-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı.pdf>
43. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi*. 2002;12:131-34.
44. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *J For Med*. 2010;24(2):32-9.
45. Wang JJ, Zhou DH, Li J, Zhang M, Deng J, Tang M ve ark. Leisure activity and risk of cognitive impairment: The Chongqing aging study. *American Academy of Neurology*. 2006;66(6):911-3.
46. Eryılmaz A. Pozitif psikoterapi bağlamında yaşam amaçları belirleme ölçeğinin üniversite öğrencileri üzerinde psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2012;15:166-74.

47. McKnight PE, Kashdan TB. Purpose in life as a system that sustains health and well-being: An integrative, testable theory. *Review of General Psychology*. 2009;13:242-51.
48. Lennartsson C, Silverstein M. Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *The Journals of Gerontology*. 2001;56B(6):335-42.
49. Morley EJ, Philpot CD, Gill D, Berg-Weger M. Meaningful activities in the nursing home. *JAMDA*. 2014;15:79-81.
50. Şimşek A. Huzurevi sakinlerinde dini yaşayış [Yüksek lisans tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2006.
51. Valcarenghi RV, Lourenço FL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):618-25.
52. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal M B, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-Population Health*. 2016;2:373-81.
53. Settersten R, Angel J, editors. *Handbook of sociology of aging*. New York: Springer; 2011. s. 533-46.
54. Lök N, Lök S. Yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ile bilişsel durumları arasındaki ilişki. *Yeni Symposium*. 2016;54(2):21-4.
55. Fraga MJ, Cader SA, Ferreira MA, Giani TS, Dantes EH. Aerobic resistance, functional autonomy and quality of life (QoL) of elderly women impacted by a recreation and walking program. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;52(1):40-3.
56. Kor G, Adar Ç. Mim Kemal Öke ve müzik terapi üzerine düşünceleri. *AMADER*. 2016;2(4):1-12.
57. Wall M, Duffy A. The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*. 2010;19(2):108-13.
58. Lehmberg LJ, Fung CV. Benefits of music participation for senior citizens: A review of the literature. *Music Education Research International*. 2010;4:19-30.
59. Dabback WM. Identity formation through participation in the rochester new horizons band programme. *International Journal of Community Music*. 2008;1(2):267-86.
60. Coffman DD. Music and quality of life in older adults. *Psychomusicology*. 2002;18:76-88.
61. Kane RA. Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *The Gerontologist*. 2001;41(3):293-304.
62. Fullagar S. Leisure practices as counter-depressants: Emotion-work and emotion-play within women's recovery from depression. *Leisure Sciences*. 2008;30(1):35-52.

63. Gagner-Tjellesen TD, Yurkovich EE, Gragert M. Use of music therapy and other ITNIS in acute care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2001;39:26-37.
64. Im ML, Lee JI. Effects of the art and music therapy on the depression and cognitive function of elderly. *Technology and Health Care.* 2014;22(3):453-8.
65. Güler EK, Eşer I, Khorshid L, Yücel SC. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nursing.* 2012;60(1):21-8.
66. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar, Ş. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2004;7(1):45-50.
67. Friebe J, Schmidt-Hertha B. Activities and barriers to education for elderly people. *Journal Of Contemporary Educational Studies.* 2013;1;10-26.
68. Backes G, Clemens W, Künemund H. *Lebensformen und Lebensführung im Alter.* Wiesbaden: VS Verlag; 2004.
69. Bacanlı H, Işık-Terzi Ş. *Yetişkinlik ve yaşlılık gelişimi ve psikolojisi.* İstanbul: Açılım Kitap; 2013.
70. Ergene T. *Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları.* Ankara: Mentis Yayıncılık; 2005.
71. Softa H. Evde ve huzurevinde kalan yaşlıların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.* 2015;2:63-76.
72. Demirkaya Y. *Çekmeköy'ün sosyo-ekonomik yapısı ve kentsel yaşam kalitesi.* İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını;2010.
73. İlgar L, İlgar Ş. Yaşlılık dönemi ve yaşlının gelişim görevleri. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2007;7(1):147-56.
74. Avery P, Barzilai N, Benetos A, Bilianou H, Capri M, Caruso C, ve ark. Ageing, longevity, exceptional longevity and related genetic and nongenetic markers: Panel statement. *Current Vascular Pharmacology.* 2014;12(5):659-61.
75. *Apractical guide to effective engagement with older people [Internet].* 2011 [Erişim Tarihi 29 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/efc56a004efc69f1b7ccf79ea2e2f365/Better+Together+-+A+Practical+Guide+to+Effective+Engagement+with+Older+People.pdf?>
76. Rose MR, Mueller LD. Evolution of humanlifespan: Past, future and present. *American Journal of Human Biology.* 1998;10:409-20.
77. Gençtan E. *İnsan olmak.* 21. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000.
78. Fisher BJ. Successfulaging, life satisfaction and generativity in later life. *International Journal of Aingand Human Develoent.* 1995;41(3):239-50.
79. Karagöz Y. *Olumlu düşünme eğitim programının ergenlerin geleceğe yönelik iyimserlik, depresyon ve bilişsel çarpıtma düzeylerine etkisinin incelenmesi [Yüksek lisan tezi].* İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2011.
80. Tufan İ. *Modernleşen Türkiye'de yaşlılık ve yaşlanmak: Yaşlanmanın sosyolojisi.* İstanbul: Anahtar Kitaplar Yayınevi; 2003.

81. Bakar N. Yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi]. Erzincan: Erzincan Üniversitesi; 2012.
82. Kalıncara V, Akın GV. Başarılı yaşlanma modellerinin sosyolojik analizi. Baran AG, editör. Ulusal yaşlılık kongresi kitabı. Başarılı Yaşlanma Modellerinin Sosyolojik Analizi. Ankara: Gazi Kitabevi; 2007:236-45.
83. Wilcock AA. An occupational perspective of health. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack; 2006.
84. Beğner T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi. 2012;25:1-3.
85. Dural B, Con G. Türkiye’de sosyal devlet ve yaşlı hakları üzerine bir inceleme. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu III; 25-26 Ekim 2011; Kocaeli; 2011. s.483-96.
86. Johannesen A, Petersen J, Avlund K. Satisfaction in everyday life for frail 85-year-old adults: A danish population study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2004;11(1):3-11.
87. Chapman SA, Keating N, Eales J. Client-Centered community based care for frail seniors. Health and Social Care in the Community. 2003;11(3):253-61.
88. Çohaz A. Türkiye’de yaşlı ve yaşlılara sunulan bakım hizmetleri. Akademik Geriatri Kongresi; 26 - 30 Mayıs 2010; Gazimağusa, KKTC, s.122-26.
89. Gao YJ. Functional autonomy, emotional support, and well-being trajectories among the old-old. Int J Psychol Behav Anal. 2018;4:137.
90. Sviden G, Wikström BM, Hjortensjö-Norberg M. Elderly persons' reflections on relocating to living at sheltered housing. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2002;9(1):10-6.
91. Scott PA, Välimäki M, Leini-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonideu C, ve ark. Autonomy, privacy and informed consent 3: Elderly care perspective. British Journal of Nursing. 2003;12(3):158-68.
92. Legarth KH. The most important activity and the reasons for that experience reported by a Danish population at age 75 years. British Journal of Occupational Therapy. 2005;68:501-8.
93. Onat Ü. Toplumsal gelişme ve değişme sürecinde yaşlı hizmetlerinin düzenlenmesi. Sosyal Hizmet Sempozyumu; 16 Ekim 1996; Ankara; 2001.
94. Genç Y, Barış İ. Yaşlı bakım hizmetlerinde çağdaş yaklaşım: Kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015;3(10):36-57.
95. Miller S. Patients' perceptions of their adjustment to disability and social support in a community-based teaching hospital. Walker S, editör. Perspectives, Problems and Strategies in the Rehabilitation of the Non White Disabled. Washington: Howard University; 1986.
96. Sevim K. Hollanda’da yaşlı bakım hizmetleri. Sosyal Çalışma Dergisi. 2017;1(1):55-63.

97. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımına yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2008;1:39-49.
98. Danış ZM. Toplum temelli bakım anlayışı. *Özveri Dergisi*. 2006;2(1):445-59.
99. Ryan RM, Deci EL. Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*. 2006;74:1557-85.
100. Jacelon C. Older adults and autonomy in acute care. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004;30(11):29-36.
101. Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *JCN*. 2010;19:1226-35.
102. Feinberg J. Harm to self: The moral limits of criminal law. *Philosophical Review*. 1989;98(1):129-35.
103. Aveyard H. Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice? *JAN*. 2000;32(2):352-8.
104. Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M. Hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2006;10:1-11.
105. Anderson RA, Wathington L, Anderson WT, Jennings G. The development of an autonomy scale. *Contemporary Family Therapy*. 1994;16:329-45.
106. Gignac MA, Cott C, Badley EM. Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychol Aging* 2002;17:520-4.
107. Autonomy, independence, long-term care and palliative care: A discussion paper for the 9th Open-ended Working Group on Ageing [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 29 Şubat 2020]. Erişim adresi: https://social.un.org/ageingworkinggroup/documents/ninth/Joint_Discussion_paper.pdf
108. Hertz JE, Anschutz CA. Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care, and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic Nursing*. 2002;20(2):166-86.
109. Boyle G. The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings. *Ageing & Society*. 2005;25(5):731-48.
110. Das M. Autonomy in long-term elderly care [Master's thesis]. Vantaa, Finland: Laurea University of Applied Sciences; 2017.
111. Ramfelt E, Lützen K. Patients with cancer: Their approaches to participation in treatment plan decisions. *Nursing Ethics*. 2005;12(2):143-55.
112. Wikström E, Emilsson UM. Autonomy and control in everyday life in care of older people in nursing homes. *Journal of Housing for the Elderly*. 2014;28:41-62.

113. Radomska A. Humor from the perspective of positive psychology. Implications for research on development in adulthood. *Polish Psychological Bulletin*. 2011;42(4):215-25.
114. Kroemeke A. Perceived autonomy in old age scale: Factor structure and psychometric properties of the polish adaptation. *Psychiatry Pol*. 2015;49(1):107-17.
115. Philippe FL, Vallerand RJ. Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting. *Motiv Emot*. 2008;32:81-8.
116. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. successful aging as a continuum of functional independence: Lessons from Physical Disability Model of Aging. *Aging Dis*. 2012;3:5-15.
117. Morris J. Citizenship and disabled people: A scoping paper prepared for the Disability Rights Commission [Internet]. 2005 [Erişim tarihi 16 Haziran 2019].Erişim adresi:https://enil.eu/wp-content/uploads/2012/07/Citizenship-and-disabled-people_A-scoping-paper-prepared-for-the-Disability-Rights-Commission_2005.pdf
118. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
119. Schermer MHN. The different faces of autonomy. A study on patient autonomy in ethical theory and hospital practice. Amsterdam: University of Amsterdam; 2001.
120. Molony SL. Psychometric testing of an instrument to measure the experience of home. *Reserach in Nursing & Health*. 2007;30(5):518-30.
121. Bolmsjo IA, Sandman L, Andersson E. Everyday ethics in the care of elderly people. *Nursing Ethics*. 2006;13(3):249-63.
122. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health and Social Care in the Community*. 2004;12(3):212–20.
123. Reinardy JR. Autonomy, choice and decision-making: How nursing home social workers view their role. *Social Work in Health Care*. 1999;29(3):59-77.
124. Agich GJ. Dependence and autonomy in old age: An ethical framework for long-term care. Cambridge University Press; 2003.
125. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:3197-207.
126. Andresen M, Runge U, Hoff M, Puggaard L. Perceived autonomy and activity choices among physically disabled older people in nursing home settings: A randomized trial. *Journal of Aging and Health*. 2009;21(8):1133-58.
127. Mars G. Measuring personal autonomy and social participation in older adults with a cronic physical illness [Master Thesis]. Maastricht: Maastricht Pers University; 2013.

128. Allport GW. The functional autonomy of motives. *American Journal of Psychology*. 1937;50:141-56.
129. Becker PM, Cohen HJ. The functional approach to the care of the elderly: A conceptual framework. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1984;32(12):923-9.
130. Hebert R, Functional decline in old age. *CMAJ*. 1997;57(8):1037-45.
131. Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N. Functional autonomy measurement system: Development of a social subscale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2003;37(3):223-33.
132. Hebert R, Guibault J, Desrosiers J, Dubuc N. The functional autonomy measurement system (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today*. 2001;4:141-7.
133. Aidar FS, Reis AJ, Carneiro VM, Leite AM. Elderly and old adult: aquatic physical activities and functional autonomy. *Fit Perform J*. 2006;5(5):271-6.
134. Barthe A, Sanou LB, Somda S, Kanote B, Hien H, Tou F, ve ark. The key actors maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *BMC Public Health*. 2014;14:689.
135. ErD. Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;4(11):131-44.
136. Sözen F. Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi örneği [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2014.
137. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults: It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *American Journal of Nursing*. 2006;106(1):58-67.
138. Karadokovan A, Çelebioğlu A, Emlek Sert Z, Çıray Gündüzoğlu N, Topçu S, Sağkal Midilli T. Yaşlıların sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;33:64-75.
139. Vale R.G.S, Aragao J.C.B, Dantas E.H.M. Flexibility on the functional autonomy of independent elderly women. *Fitness & Performance Jour*. 2003;2(1):23-9.
140. Seçkin Ü, Keskin D. Yaşlılara yönelik ölçme ve değerlendirme. Gökçe-Kutsal Y, editör. *Temel Geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s. 1169-1178.
141. Unger JB, Johnson CA, Marks G. Functional decline in the elderly: Evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*. 1997;19(2):152-60.
142. Terrone G, Lucarelli L. Development of personal and social autonomy in teenagers and young adults with down syndrome: An empirical study on self-representations in family relationships. *Life Span and Disability XVII*. 2014;2: 223-44.
143. Helwig C. The development of personal autonomy throughout cultures. *Cognitive Development*. 2006;21(4):458-73.

144. Supporting people's autonomy: a guidance document [Internet]. 2016 [Erişim tarihi 29 Şubat 2020].Erişim adresi: <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2017-01/Supporting-Peoples-Autonomy.pdf>
145. Patterson TL, Moscona S, McKibbin CL, Davidson K, Jeste DV. Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2001;48:351-60.
146. Bennet KM, Morgan K. Health, social functioning and marital status: Stability and change among elderly recently widowed women . *Int J Geriatr Psychiatry.* 1992;7:813-7.
147. Pockett R. Interprofessional education for practice: Some implications for australian social work. *Australian Social Work.* 2010;63(2):207-22.
148. Pinsonnault E, Dubuc N, Desrosiers J, Delli-Colli N, Hebert R. Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF(Social-Functional Autonomy Measurement System). *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2009;48:40-4.
149. Şahin İ, Zoraloğlu YR, Şahin-Fırat N. Üniversite öğrencilerinin yaşam amaçları, eğitsel hedefleri, üniversite öğreniminden beklentileri ve memnuniyet durumları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi.* 2011;17(3):429-52.
150. Başkaya DB. Hayatın anlamı ve ölüm: Albert Camus'den yaşam dersleri. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi.* 2013;30(2):19-28.
151. Carver CS, Scheier MF. *On the self regulation of behavior.* New York: Cambridge University Press; 1998.
152. Wrosch C, Scheier MF, Carver CS, Schulz R. The importance of goal disengagement in adaptive selfregulation: When giving up is beneficial. *Self and Identity.* 2003;2(1):1-20.
153. Cohen R, Bavishi C, Rozanski A.Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine.* 2016;78(2):122-33.
154. Scheier MF, Wrosch C, Baum A, Cohen S, Martire LM, Matthews KA, ve ark. The life engagement test: Assessing purpose in life. *Journal of Behavioral Medicine.* 2006;29(3):291-8.
155. Eryılmaz A. İhtiyaç doyumu ve yaşam amaçları belirleme: Lise öğrenimi gören ergenler için bir öznel iyi oluş modeli. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri.* 2011;11(4):1747-64.
156. Benson PL. *All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents.* 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass; 2006.
157. Katsunori S. The Japanese translation of the life engagement test: Reliability and construct validity in a college student population and a working adult population. *Int J Psychol Behav Anal.* 2018;4:136.

158. De Klerk JJ, Boshoff AB, Wyk RV. Measuring meaning in life in South Africa: validation of an instrument developed in the USA. *South African Journal of Psychology*. 2009;39(3):314-25.
159. Schaufeli WB. What is engagement? Truss C, Alfes K, Delbridge R, Shantz A, Soane E, editors. *Employee Engagement in Theory and Practice*. London: Routledge; 2013.
160. Wrosch C, Scheier MF, Miller GE, Schulz R, Carver CS. Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal re-engagement, and subjective well-being. *Per Soc Psychol Bull*. 2003;29:1494-508.
161. Matthews KA, Owens JF, Edmunowicz D, Kuller LH. Positive and negative affect/cognitions and risk for coronary and aortic calcification in healthy women. *Psychosomatic Medicine*. 2005;68(3):355-61.
162. Pinguart M. Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International March*. 2002;27(2):90-114.
163. Romo RD, Wallhagen MI, Yourman L, Yeung CC, Eng C, Micco G, et al. Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *The Gerontologist*. 2013;53(6):939-49.
164. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;14(1):6-20.
165. Thoits PA. Personal agency in the stress process. *Journal of Health and Social Behavior*. 2006;47(4):309-23.
166. Ra J, An S, Rhee KJ. The relationship between psychosocial effects and life satisfaction of the Korean elderly: Moderating and mediating effects of leisure activity. *JAH*. 2013;2(11):21-35.
167. Rijnaard MD, Hoof JV, Janssen BM., Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A, et al. The factors influencing the sense of home in nursing homes: A systematic review from the perspective of residents. *J Aging Res*. 2016; ID6143645.
168. Bland M. The challenge of feeling 'at home' in residential aged care in New Zealand. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2005;21(3):4-12.
169. Lewinson T, Robinson-Dooley V, Grant KW. Exploring 'home' through residents' lenses: Assisted living facility residents identify home like characteristics using photovoice. *Journal of Gerontological Social Work*. 2012;55(8):745-56.
170. Klaassens M, Meijering L. Experiences of home and institution in a secured nursing home ward in the Netherlands: A participatory intervention study. *Journal of Aging Studies*. 2015;34(3):92-102.
171. Hoof JV, Verhagen MM, Wouters EJM, Marston HR, Rijnaard MD, Janssen BM. Picture your nursing home: Exploring the sense of home of older residents through photography. *Journal of Aging Research*. 2015; ID 312931.

172. Jones C, Holden T. A guide to decision-making capacity. *Cleve Clin J Med*. 2004;71(12):971-5.
173. Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, Paulsen B, Seim A. Ambiguities: residents' experience of nursing home as my home. *International Journal of Older People Nursing*. 2013;8(3):216-25.
174. Karadakovan A. Yaşlı hemşireliği. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2015.
175. Kinnear D, Williams V, Victor C. The meaning of dignified care: An exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BMC Res Notes*. 2014;7:854.
176. Stenis AR, Wingerden JV, Kolkhuis I, Front T. The changing role of health care professionals in nursing homes: A systematic literature review of a decade of change arend. *Front Psychol*. 2017. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02008>
177. Tak SH, Kedia S, Tongumpun TM, Hong SH. Activity engagement: Perspectives from nursing home residents with dementia. *J Educ Gerontol*. 2015;41(3):182-92.
178. Ministry of Social Development. G 60 Ministry of Social Development Annual Report 2008/2009, New Zealand: Ministry of Social Development; 2009. p.15-7.
179. Allen J. Nursing home federal requirements: Guidelines to surveyors and survey protocols. 7th ed. New York: Springer; 2011.
180. Singh B, Kiran UV. Recreational activities for senior citizens. *IOSR Journal Of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*. 2014;19(4):24-30.
181. Sarvari H, Abedini A. The assessment of elderly recreation and leisure activities construction center: a case study in Rasht. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 2014;3(4):73-79.
182. Park CD, Smith JD, Drew L, Haber S, Hebrank A, Bischof GN, Aamodt W. The impact of sustained engagement on cognitive function in older adults: The synapse project. *Psychol Sci*. 2014;25(1):103-112.
183. Haslam C, Cruwys T, Haslam SA. The we's have it: Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine*. 2014;120:57-66.
184. Moving ahead: Strategies and tools to plan, conduct and maintain effective community-based physical activity programs for older adults [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 17 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://www.ncoa.org/resources/moving-ahead-strategies-and-tools-to-plan-conduct-and-maintain-effective-community-based-physical-activity-programs-for-older-adults/attachment/moving-ahead-strategies-and-tools-to-plan-conduct-and-maintain-effective-community-based-physical-activity-programs-for-older-adults-2/#main>
185. Heydarnejad MS, Dehkordi AH. The effect of an exercise program on the health-quality of life in older adults. A randomized controlled trial. *Danish Medical Bulletin*. 2010;57(1):A4113.

186. Leitner MJ, Leitner SF. Leisure in later life[electronic resource]. 4th ed. Urbana, USA: Sagamore Publishing; 2012.
187. Evans S, Valletly S. Best practice in promoting social well-being in extra care housing [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 17 Mart 2019].Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Simon_Evans6/publication/255595008
188. Şener A. Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman faaliyetleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-dergisi. 2009;1-18.
189. Değirmenci ÇA. Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2005.
190. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2009;1:48-60.
191. Yücel H, Kayıhan H. Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda çok amaçlı aktivite eğitiminin kognitif fonksiyonlara etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2010;30(1):227-32.
192. Street DA. Sociological approaches to understanding age and aging. Blackburn JA, Dulmus CN, Editörs. Handbook of Gerontology, John Willey & Sons; New Jersey. 2007. p.143-68.
193. Roh HW, Hong CH, Lee Y, Hoon B, Kang SL, Chang KJ ve ark. Participation in physical, social and religious activity and risk of depression in the elderly: A community-based three-year longitudinal study in Korea. Ploze One. 2015;10(7):e0132838.
194. Gunnarsson AB, Eklund M. The tree theme method as an intervention in psychosocial occupational therapy client acceptability and outcomes. Australian Occupational Therapy Journal. 2009;56(3):167-76.
195. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman T. From social integration to health: Durkheim in the new millenium. Social Science & Medicine. 2000;51(6):843-57.
196. McCreynolds JL, Rossen EK. Importance of physical activity, nutrition and social support for optimal aging. Clinical Nurse Specialist. 2004;18(4):200-6.
197. Roswiyani R, Kwakkenbos L, Spijker J, Witteman CLM. The Effectiveness of combining visual art activities and physical exercise for older adults on well-being or quality of life and mood: A scoping review. Journal of Applied Gerontology. 2019;38(12):1784-804.
198. Hökelekli H. Din psikolojisi. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları; 1993.
199. Koenig HG, Hays JC, Larson DB, George LK, Cohen HJ, McCullough ME, ve ark. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. The Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences. 1999;54(7):370-6.
200. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. International Scholarly Research Network. 2012:1-33.

201. Salome GM, Almeida AS, Ferreira LM. Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. *Adv Skin Wound Care*. 2015;28:76-82.
202. Fradelos EC, Tzavella F, Koukia E, Papathanasiou I, Alikari V, Stathoulis J, ve ark. Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: Health benefits and resarch perspective. *Mater Sociomed*. 2015;27(5):354-8.
203. Rahmati M, Khaledi B, Kahrizi M, Haydarian A, Bazrafshan M. The effects of spiritual-religious intervention on anxiety level of the family members of patients in ICU ward. *Jentashapir J Cell Mol Biol*. 2017;8(3):e59148. doi: 10.5812/jjhr.59148.
204. Kılavuz MA. Batı kültüründe yaşlanma dönemi yalnızlık duygusunu azaltma ve arkadaş ilişkilerini geliştirme açısından dinî etkinliklerin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2005;14(2):25-39.
205. Yılmaz M. Yaşlılıkta manevi destek ve din eğitiminin önemi. *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2013;39:241-64.
206. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Sakı F, ve ark. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(4):564-70.
207. Ivanovski B, Malhi GS. The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*. 2007;19:76-91.
208. Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Ann Fam Med*. 2004;2:49-53.
209. Kılavuz MA. Yetişkinlik ve yaşlılık döneminde din eğitiminin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi*. 2002;11(2):59-72.
210. Koca H. Ülkemiz koşullarında yaşlılık ve yaşlının sosyal uyumu [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1994.
211. Hill TD, Rote SM, Ellison CG. Religious attendance and loneliness in later life. *The Gerontologist*. 2013;53(1):39-50.
212. Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology And Aging*. 2003;18(4):916-24.
213. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/Spirituality and Mortality *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009;78:81-90.
214. Yeager DM, Gleib DA, Au M, Hu-Sheng L, Sloan RP, Weinstein M. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Soc Sci Med* 2006;63(8):2228-41.
215. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychol Bull*. 2005;131(6):803-855.
216. Pavlova I, Vovkanych L, Vynogradskyi B. Physical activity of elderly people. *Fizjoterapia*. 2014;2(2):33-9.

217. Khamnian Z. Non-communicable diseases and mental health cluster and social determinant of health. *J Anal Res Clin Med*. 2015; 3(4):195-196.
218. Mollaoglu M, Tuncay FO, Fertelli TK. Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51(3):115-9.
219. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36 (3):533-53.
220. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: A systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:449.
221. Fuller BG, Williams SA, Byles JE. Active living-the perception of older people with chronic conditions. *Chronic Illn*. 2010;6(4):294-305.
222. Francis PW. Physical activities in elderly: Benefits and barriers [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 10 Ocak 2019]Erişim adresi: <https://core.ac.uk/download/pdf/38107199.pdf>
223. Wiacek M, Hagner W, Hagner-Derengowska M, Bluj B, Drozd M, Czereba J, ve ark. Correlations between postural stability and strength of lower body extremities of women population living in long-term care facilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48(3):346-9.
224. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. *Med Sci Spor Exercise*. 2002;34(12):1996-2001.
225. Mutrie N, Choi P. Is 'fit' a feminist issue? Dilemmas for exercise psychology. *Feminism and Psychology*. 2000;10(4):544-51.
226. Özdemir O, Kutsal YG. Geriatri ve egzersiz. Durmaz B, editör. *Tedavi Edici Egzersizler*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.93-6.
227. Konno K, Katsumata Y, Arai A, Tamashiro H. Functional status and active life expectancy among senior citizens in a small town in Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;38(2):153-66.
228. Zelada MA, Salinas R, Baztan JJ. Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. *Arch Geront Geriatr*. 2009;48(1):35-9.
229. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, ve ark. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and The American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39:1435-45.
230. Brawley LR, Rejeski WJ, King AC. Promoting physical activity for older adults: The challenges for changing behavior. *American Journal of Preventive Medicine*. 2003;25(3):172-183.
231. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone-Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, ve ark. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2009;41(7):1510-30.
232. Hays T, Minichiello V. The contribution of music to quality of life in older people: an Australian qualitative study. *Ageing Soc*. 2005;25(2):261-78.

233. Lafçı D. Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2009.
234. Creech A, Hallam S, McQueen H, Varvarigou M. The power of music in the lives of older adults. *Research Studies in Music Education*. 2013;35(1):83-98.
235. Yang HK. The effects of the recreational music therapy on the cognitive functional of the aged people with de-mentia. *Journal of Korean Gerontological Society*. 2006;26(4):749-65.
236. Baird A, Samson S. Memory for music in Alzheimer's disease: Unforgettable? *Neuropsychology Review*. 2009;19:85-101.
237. Lin Y, Chu H, Yang CY, Chen CH, Chen SG, Chang HJ, Chou KR. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;26(7):670-78.
238. Raglio A, Bellandi D, Baiardi P, Gianotti M, Ubezio MC, Zancacchi E, ve ark. Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: A multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(8):1534-9.
239. Guetin S, Charras K, Berard A, Arbus C, Berthelon P, Blanc F, ve ark. An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: A report of a French expert group. *Dementia*. 2013;12(5):619-34.
240. Svansdottir HB, Snaedal J. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: A case-control study. *International Psychogeriatrics*. 2006;18(4):613-21.
241. Sung HC, LeeWL, Li TL, Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(6):621-7.
242. Ho SY, Lai HL, Jeng SY, Tang CW, Sung HC, Chen PW. The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(6):49-55.
243. Sarkamo T, Tervaniemi M, Laitinen S, Numminen A, Kurki M, Johnson JK, ve ark. Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *Gerontologist*. 2014;54(4):634-50.
244. Ray DK, Mittelman MS. Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*. 2017;16(6):689-710.
245. Fung MC. An evidence-based guideline of using music therapy in managing agitated behaviors to people with dementia [Master thesis]. Hong Kong: The University of Hong Kong; 2014.
246. Tang Q, Zhou Y, Yang S, Thomas WKS, Smith GD, Yang Z, ve ark. Effect of music intervention on apathy in nursing home residents with dementia. *Geriatr Nurs*. 2018;39(4):471-6.

247. Global Education Monitoring Report Team. Education for all 2000-2015: achievements and challenges; EFA global monitoring report, France: Global Education Monitoring Report Team; 2015.
248. Stevens B. How seniors learn. Center for medicare education. 2003;4(9):1-8.
249. Boulton-Lewis GM. Education and learning for the elderly: Why, how, what. Journal Educational Gerontology. 2010;36(3);213-28.
250. Kalache A. The longevity revolution: Creating a society for all ages [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 29 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://books.google.com.tr/books?id=nrJPCwAAQBAJ&pg=PA154&lpg=PA154&dq=Kalache>
251. Liang MH, Wei HC. Experiencing lifelong learning after retirement: Exploring learning needs of retirees. International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE). 2015;2(7):131-6.
252. Bekisheva TH, Kovalenko NA, Gasparyan GA. E-learning as a model of lifelong education for older adults. Future Academy. 2017. <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2017.01.9>
253. Getting Older People Involved in Learning [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 17 Mart 2019]. Erişim adresi: <http://www.associationforeducationandageing.org/ufiles/EuBiaGuide.pdf>
254. Kaner G. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde görülen depresif bulgular üzerine günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılık düzeyinin etkisi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2009.
255. Winner E. How art works: A psychological exploration. New York: NY: Oxford University Press; 2018.
256. Sumner RC, Crone DM, Baker C, Hughes S, Loughren EA, James DVB. Factors associated with attendance, engagement and wellbeing change in an arts on prescription intervention. Journal of Public Health. 2019;42(1): e89-96. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz032>
257. Windle G, Algar-Skaife K, Caulfield M, Pickering-Jones L, Killick J, Zeilig H, ve ark. Enhancing communication between dementia care staff and their residents: an arts-inspired intervention. Aging & Mental Health. 2019. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590310>
258. Bagan B. Aging: What's art got to do with it? [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 17 Mart 2019]. Erişim adresi: https://www.todaysgeriatricmedicine.com/news/ex_082809_03.shtml.
259. The therapeutic science of adult coloring books: How this childhood pastime helps adults relieve stress [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 17 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://www.medicaldaily.com/therapeutic-science-adult-coloring-books-how-childhood-pastime-helps-adults-356280>
260. Avila Valdes N, Azcona C, Claver MD, Larrain A, Segura J, Martinez M. Art, health promotion and community health: Constructing the 'Madrid Salud' model. Journal of Applied Arts & Health. 2019;10(2):203-17.

261. Taylor, M. Self-identity and the arts education of disabled young people. *Disability and Society*. 2006;7(20):763-78.
262. Wohlheiter KA, Dahlquist LM. Interactive versus passive distraction for acute pain management in young children: The role of selective attention and development. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(2):202-12.
263. Fernandes MA, Wammes JD, Meade ME. The surprisingly powerful influence of drawing on memory. *Association for Psychological Science*. 2018;27(5):302-8.
264. Williams J, Ramaswamy D, Oulhaj A. 10 Hz flicker improves recognition memory in older people. *BMC Neuro-Science*. 2006;7(21). doi: 10.1186/1471-2202-7-21
265. Gruzelier J. A theory of alpha/theta neurofeedback, creative performance enhancement, long distance functional connectivity and psychological integration. *Cognitive Processing*. 2009;10(1):101-9.
266. Williams J, Ramaswamy D, Oulhaj A. 10 Hz flicker improves recognition memory in older people. *BMC Neuro-Science*. 2006;7(21). doi: 10.1186/1471-2202-7-21
267. Decourt B, Lahiri DK, Sabbagh MN. Targeting tumor necrosis factor alpha for alzheimer's disease. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(4):412-25.
268. Wammes JD, Meade ME, Fernandes MA. The drawing effect: Evidence for reliable and robust memory benefits in free recall. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 2016;69(9):1752-76.
269. Crooks VC, Lubben J, Petitti DB, Little D, ChiubV. Social network, cognitive function and dementia incidence among elderly women. *American Journal of Public Health*. 2008;98(7):1221-7.
270. Fabrigoule C, Letenneur L, Dartigues JF, Zarrouk M, Commenges D, Barberger-Gateau P. Social and leisure activities and risk of dementia: a prospectivelongitudinalstudy. *J Am GeriatricSoc*. 1995;43:485-90.
271. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L. Social relationships, social support and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: Mac Arthur studies of successful aging. *Health Psychol*. 2001;20(4):243-55.
272. Barnes LL, Mendes de Leon CF, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology*. 2004;63(12):2322-6.
273. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. *Am J Public Health*. 2008;98:1215-20.
274. Seeman TE, Singer BH, Ryff CD, Love GD, Levy-Storms L. Social relationships, gender and allostatic load a cross two age cohorts. *Psychosom Med*. 2002;64:395-406.

275. Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flash point for health policy. *J Health Soc Behav.* 2010;51(1):54-66.
276. Cornwell B, Laumann EO. The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. *Social Science &Med.* 2015;125:94-106.
277. Donnelly EA, Hinterlong JE. Changes in social participation volunteer activity among recently widowed older adults. *The Gerontologist.* 2010;50(2):158-69.
278. Zettel LA, Rook KS. Substitution and compensation in the social networks of older widowed women. *Psychology and Aging.* 2004;19:433-43.
279. Kahana E, Kelley-Moore J, Kahana B. Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging&Mental Health.* 2012;16:438-51.
280. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2010.
281. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi.* 2003;5(1):3-14.
282. Jones PS, Lee JW, Phillips LR, Zhang XE, Jaceldo KB. An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research.* 2001;50(5):300-4.
283. Anderson LA, Prohaska TR. Fostering Engagement and Independence: Opportunities and Challenges for an Aging Society. *Health Education & Behavior.* 2014;41(1):5-9.
284. Alpar R. Geçerlik ve güvenilirlik. 2. baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2010. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik; s.313-39.
285. Yılmaz V, Çelik HE. Yapısal eşitlik modellerinin tahmini ve model uyumunun değerlendirilmesi. Ankara: Pegem Akademi; 2009. Yapısal Eşitlik Modellemesi-I. s.27-51.
286. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology.* 1932;22:55.
287. Uğur E, Akın A. Yaşam bağlılığı ölçeği Türkçe formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi.* 2015;4(2):4224-432.
288. Hazrati M, Momennasab M. The Effect of Need-Based Spiritual/Religious Intervention on Spiritual Well-Being and Anxiety of Elderly People. *Holistic nursing practice* · May 2015.s:136-143
289. Castro KVB, Alves CHL, Sauaia BA, Furtado AEA, Almeida FJF, Tânia MG, ve ark. Effects of low intensity resistance training on the risk of falls and functional autonomy in the elderly. *Journal of Exercise Physiologyonline.* 2016;19(1):33-8.
290. Kuru N. Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.

291. Kathleen JF. Health assessment in gerontological nursing. Ebersole P, Hess P, Touhy TA, Jett KF, Luggen AS, editors. *Toward healthy aging human needs and nursing response*. 7th ed. Canada: Mosby Elsevier; 2008. p. 104-19.
292. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The functional autonomy measurement system (SMAF): description and validation of handicaps. *Age and Ageing*. 1988;17(5):293-302.
293. Tuna Z, Şenol Çelik S. Otonomi değerlendirme ölçeği'nin 65 yaş ve üstü bireylerde geçerlilik-güvenirlilik çalışması. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2012;19(1):51-61.
294. Landis JR, Koch GG. The measurement of observers agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
295. Shahnaz I, Rezaul Karim AKM. Life satisfaction as a determinant of life engagement. *Bangladesh Psychological Studies*. 2014;24:1-16.
296. Huxhold O, Fiori KL, Windsor TD. The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*. 2013;28(1):3-16.
297. Brajsa-Zganec A, Merkas M, Sverko I. Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being? *Social Indicators Research*. 2011;102:81-91.
298. Gitto L. Older adults' education and its relation to quality of life: An Italian example. *Journal of Aging and Long-Term Care*. 2018;1(1):21-35.
299. Phuong Leung P, Orrell M, Orgeta V. Social support group interventions in people with dementia and mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2015;30(1): 1-9.
300. Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW. Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol Ser B*. 2004;59(6):278-84.
301. Sakamoto A, Ukawa S, Okada E, Sasaki S, Zhao W, Kishi T, Kondo K, Tamakoshi A. The association between social participation and cognitive function in community-dwelling older populations: Japan gerontological evaluation study at taisetsu community hokkaido. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2017;32:1131–1140.
302. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, ve ark. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Syst Rev*. 2017;6:259.
303. Maier H, Klumb PL. Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context? *Eur J Ageing*. 2005;2(1):31-9.
304. DeokJu K. The effects of a combined physical activity, recreation, and art and craft program on ADL, cognition, and depression in the elderly. *J Phys Ther Sci*. 2017;29(4):744-7.

305. Roswiyani R, Hiew CH, Witteman CLM, Satiadarma MP, Spijker J. Art activities and qigong exercise for the well-being of older adults in nursing homes in Indonesia: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*. 2019. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1569588>
306. Kamegaya T, Araki Y, Kigure H, Yamaguchi, H. Twelve-week physical and leisure activity programme improved cognitive function in community-dwelling elderly subjects: A randomized controlled trial. *Psychogeriatrics*. 2014;14:47-54.
307. Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS, Santos GD, ve ark. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*. 2011;66(8):1395-400.
308. McCaffrey R, Liehr P, Gregersen T, Nishioka R. Garden walking and art therapy for depression in older adults. *Research in Gerontological Nursing*. 2011;4(4):237-42.
309. Kang HY, Bae YS, Kim EH, Lee KS, Chae MJ, Ju RA. An integrated dementia intervention for Korean older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2010;48(12):42-50.
310. Dannhauser TM, Cleverley M, Whitfield TJ, Fletcher BC, Stevens T, Walker Z. A complex multimodal activity intervention to reduce the risk of dementia in mild cognitive impairment-thinkingfit: Pilot and feasibility study for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014;14:129.
311. Gitto L. Older adults' education and its relation to quality of life: An Italian example. *Journal Of Aging And Long-Term Care*. 2018;1(1):21-35.
312. Arslantas D, Ünsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009;48(2):127-31.
313. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;54(1):61-6.
314. Kalkan N, Karadağ A. Determining the functional autonomy level of preoperative elderly patients: A Turkish case study. *Journal of Human Sciences*. 2017;14(3):2827-38.
315. Hebert R, Brayne C, Spiegelhalter D. Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *Am J Epidemiol*. 1999;150(5):501-10.
316. Pereira FD, Batista WO, Furtado HL, Silva EB, Júnior EDA. Functional autonomy in elderly women who are physically active and sedentary: causal comparative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2011;10(3)
317. Daniel FNR, Vale RGS, Giani TS, Bacelar S, Dantas EHM. Functional autonomy of elderly women enrolled in a physical activity program. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2012;34(3):151-6.
318. Maki Y, Ura C, Yamaguchi T, Murai T, Isahai M, Kaiho A, ve ark. Effects of intervention using a community-based walking program for prevention of

- mental decline: A Randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(3):505-10.
319. Taylor A. Older amateur keyboard players learning for self-fulfilment. *Psychology of Music*. 2011;39(3):345-63.
320. Cohen GD, Perlstein S, Chapline J, Kelly J, Firth KM, Simmens S. The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health and social functioning of older adults-2 year results. *Journal of Aging, Humanities and the Arts*. 2007;1(1):5-22.
321. Southcott JE. And as I go, I love to sing: The happy wanderers, music and positive aging. *International Journal of Community Music*. 2009;2(2-3):143-56.
322. Gembris, H. Musical activities in the third age: An empirical study with amateur musicians. Paper presented at the Second European Conference on developmental psychology of music; 10-12 September 2008; London, UK. Roehampton University: England; 2008. s.103-8.
323. Hilliard RE. A post-hoc analysis of music therapy services for residents in nursing homes receiving hospice care. *Journal of Music Therapy*. 2004;41(4):266-81.
324. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potential: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*. 2011;52:141-66.
325. Sixsmith A, Gibson G. Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing and Society*. 2007;27(1):127-45.
326. Bungay H, Skingley A, Clift S. The silver song club project: A sense of well-being through participatory singing. *Journal of Applied Arts & Health*. 2010;1(2):165-78.
327. Grau-Sanchez J, Foley M, Hlavová R, Muukkonen I, Ojinaga-Alfageme O, Radukić A, et al. Exploring musical activities and their relationship to emotional well-being in elderly people across Europe: A study protocol. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:330.
328. Levin JS, Markides KS, Ray LA. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: A panel analysis of three-generations data. *The Gerontologist*. 1996;36(4):454-63.
329. Manning LK. Navigating hardships in old age: Exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qual Heal Res*. 2013;23:568-75.
330. Hybels C, Blazer D, George L, Koenig H. The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. *Gerontologist*. 2012;52(5):676-85.
331. Berges IM, Kuo Y, Markides KS. Attendance at religious services and physical functioning after stroke among older Mexican Americans. *Exp Aging Res*. 2007;33:1-11.

332. Arcury T, Stafford J, Bell R, Golden S, Snively B, Quandt S. The association of health and functional status with private and public religious practice among rural, ethnically diverse older adults with diabetes. *J Rural Health*. 2007;23(3):246-53.
333. Krause N. Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(1):35-43.
334. Kagawa CA, Corrente JE. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avare-SP: Fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):577-86.
335. Park NS, Klemmack D, Roff L, Parker M, Koenig H, Sawyer P, et al. Religiousness and longitudinal trajectories in elders functional status. *Res Aging*. 2008;30(3):279-98.
336. Malone J, Dadswell A. The role of religion, spirituality and/or belief in positive ageing for older adults. *Geriatrics*. 2018;3:28.
337. Harvey I, Cook L. Exploring the role of spirituality in selfmanagement practices among older African-American and non-hispanic white women with chronic conditions. *Chronic Illness*. 2010;6(2):111-24.
338. Zabalegui A, Escobar MA, Cabrera E, Gual MP, Fortuny M, Mach G, et al. Analisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. *Aten Primaria*. 2006;37(5):260-5.
339. Tamari K, Kawamura K, Sato M, Harada K. Health education programs may be as effective as exercise intervention on improving health-related quality of life among Japanese people over 65 years. *Austral J Ageing*. 2012;31(3):152-8.
340. Rana AKMM, Wahlin A, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community -based intervention study in rural Bangladesh. *Health Promot Int*. 2009;24(1):36-45.
341. Maldonado MLM, Muñoz EC, Núñez VMM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*. 2007;7:276.
342. Mallman DG, Neto NMG, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1763-72.
343. Khalili P, Vazirinejad R, Jamalizadeh A, Nakhaee P, Fatehi F, Fallah A. The impact of healthy lifestyle education and integrated care on the quality of life of the elderly. *JOHE*. 2014;3(2):81-7.
344. Kitiashvili A, Tasker BP. The relationship between attitudes, motives and participation of adults in continuing education: The case of Georgia. *Int J Res Rev Educ*. 2016;3:13-21.
345. Tam M. Active ageing, active learning: Policy and provision in Hong Kong. *Studies in Continuing Education*. 2011;33(3):289-99.

346. Jin B. The impact of participation in educational programs on elderly's life satisfaction. *Adult Education Research Conference*; 2017; Norman.
347. Hsu HC, Kuo T, Lin JP, Hsu WC, Yu CW, Chen YC, ve ark. Cross-disciplinary successful aging intervention and evaluation: Comparison of person-to-person and digital-assisted approaches. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:913.
348. Peplau HE. Quality of life: An interpersonal perspective. *Nursing Science Quarterly*. 1994;7(1):10-5.
349. Demir A, Demir A. Sanatla terapi programı ve etkileşim grubu uygulamasının ruhsal belirti düzeyleri üzerindeki etkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2018;1(2): 97-120.
350. Belkofer CM, Van Hecke AV, Milwaukee WI, Konopka ML, Evanston IL. Effects of drawing on alpha activity: A quantitative EEG study with implications for art therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*. 2014;31(2):61-8.
351. Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing and public health: A review of current literature. *Am J Public Health*. 2010;100:254-63.
352. Geue K, Goetze H, Buttstaedt M, Kleinert E, Richter D, Singer S. An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. *Complement Ther Med*. 2010;18(2-3):160-70.
353. Rusted J, Sheppard L. A multi-centre randomized control group trial on the use of art therapy for older people with dementia. *Group Anal*. 2006;39(4):517-36.
354. Mimica N, Dubravka K. Art therapy may be beneficial for reducing stress-related behaviours in people with dementia. *Psychiatr Danub*. 2011;23:125-8.
355. Turetsky CJ, Hays RE. Development of an art psychotherapy model for the prevention and treatment of unresolved grief during midlife. *Art Therapy*. 2003;20(3):148-56.
356. Demir V. Sanatla terapi programının bireylerin kaygı, sosyal kaygı ve sağlık kaygısı düzeyleri üzerine etkisi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;1(2):223-34.
357. Reynolds F. Colour and communion: Exploring the influences of visual art making as a leisure activity on older women's subjective well being. *J Aging Studies*. 2010;24(2):135-43.
358. Hinkle B. Art therapy group for individuals with dementia [Master Thesis]. Indiana: Indiana University; 2018.
359. Stuck AE, Waltherta JM, Nikolausb T, Bülac CJ, Hohmannb C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 1999;48(4):445-69.
360. Cornwell B, Laumann EO. Network position and sexual dysfunction: Implications of partner betweenness for men. *American Journal of Sociology*. 2011;117(1):172-208.

361. Thomas PA. Trajectories of social engagement and limitations in late life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011;52(4):430-43.
362. Kemp CL, Ball MM, Hollingsworth C, Perkins MM. Strangers and friends: Residents' social careers in assisted living. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012;67(4):491-502.
363. Street D, Burge SW. Residential context, social relationships, and subjective well-being in assisted living. *Research on Aging*. 2012;34(3):365-94.
364. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Social networks and health: A life course perspective integrating observational and experimental evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2009;26:73-92.
365. Umberson D, Montez JK. "Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy." *Journal of Health and Social Behavior*. 2010; 51(Suppl):54-66.
366. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*. 2004;3(6):343-53.
367. Fuller-Iglesias HR. Social ties and psychological well-being in late life: the mediating role of relationship satisfaction. *Aging & Mental Health*. 2015;19(12):1103-12.
368. Fiori KL, Antonucci TC, Cortina KS. Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2006;61(1):26-32.
369. Golden J, Conroy RM, Lawlor BA. Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health & Medicine*. 2009;14(3):280-90.
370. Romero-Ortuno R, Casey A, Cunningham C, Squires S, Prendergast D, Kenny R, et al. Psychosocial and functional correlates of nutrition among community-dwelling older adults in Ireland. *J Nutr Health Aging*. 2011;15:527-31.
371. Jang Y, Park NS, Dominguez DD, Molinari V. Social engagement in older residents of assisted living facilities. *Aging Ment Health*. 2014;18(5):642-7.
372. Park NS. The relationship of social engagement to psychological wellbeing of older adults in assisted living facilities. *J Appl Gerontol*. 2009;28(4):461-81.
373. Mendes de Leon CF, Glass T, Berkman L. Social engagement and disability in a community population of older adults. *American Journal of Epidemiology*. 2003;157:633-42.
374. Prairie BA, Scheier MF, Matthews KA, Chang CH, Hess R. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause*. 2011;18(8):839-44.
375. Nural N, Yaşar ÇY, Güner SG. Hope and life engagement of cancer patients at the advanced stage. *Asian Pac J Cancer Care*. 2019;4(2):19-25.
376. Zainab N, Naz H. Daily living functioning, social engagement and wellness of older adults. *Psychology, Community & Health*. 2017;6(1):93-102.

377. Ibrahim SAS, Dahlan A. Engagement in occupational activities and purpose in life amongst older people in the community and institutions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;202:263-72.
378. Aguirres L, Furtado H, Venturini GRO, Porto F, Maio-Alves JMV, Silva NSL. Effects of Rio de Janeiro Ar Livre program on the autonomy of octogenarian elderly women. *Motricidade*. 2018;14(4):57-65.
379. Martinho KO, Dantas EH, Longo GZ, Ribeiro AQ, Pereira ET, Franco FS, ve ark. Comparison of functional autonomy with associated sociodemographic factors, lifestyle, chronic diseases (CD) and neuropsychiatric factors in elderly patients with or without the metabolic syndrome (MS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013;57(2):151-5.
380. Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Uebelbacher A, Staehelin HB. Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*. 2006;11(4):470-82.



8. EKLER

Ek-1. Sosyal Otonomi Ölçeği

Değerlendirici Adı:

Adı ve Soyadı:

Değerlendirme Tarihi:

Doğum Tarihi:

Yaşadığı Yer / Çevresi

1-Boş vakitlerindeki uğraşları

DİSABİLİTE(özürlülük)

0)Yardım almadan aktiviteleri belirler, seçer ve katılır.

-1)Sosyal veya boş zaman aktivitelerini seçmek veya katılmak için cesaretlendirilmeye veya teşviğe ihtiyaç duyar.

-2)Aktivitelyi belirleme ve katılmakta yardıma ihtiyaç duyar.

-3)Aktiviteleri belirleyemez veya katılmaz ya da aktivitede yer almaz.

HANDİKAP(engel)

Kullanıcı şu anda bu özürlülüğün üstesinden gelmek için gerekli olan insan kaynaklarına (yardım veya gözetim) sahip mi?

Evet_____

Hayır_____

Kaynaklar

Yorumlar

Kaynaklar:

0-kişinin kendisi 1-ailesi 2-komşu 3-çalışan 4-yardımcı 5-hemşire

6-gönüllü 7-diğer 8-bakıcı

Stabilite:

Takip eden 3-4 hafta içinde, bu kaynaklarda öngörülen: azalma-

artma+

sabit kalma ya da geçerli

olmama

2-Ailesi, arkadaşları ve destek çalışanları ile kayda değer duygusal bağları

oluşturur veya devam ettirir

DİSABİLİTE(özürlülük)

0)başkalarıyla kayda değer bir iletişim kurar

-1) kayda değer ilişkileri oluşturmak veya devam ettirmek için cesaretlendirme ya da teşviğe ihtiyaç duyar.

-2)Artık kendi başına ilişki kuramıyor

-3)Artık başkalarıyla kayda değer bir ilişkisi yok

HANDİKAP(engel)

Kullanıcı şu anda bu engelliliğin üstesinden gelmek için gerekli olan insan kaynaklarına (yardım veya gözetim) sahip mi?

Evet_____

Hayır_____

Kaynaklar

Yorumlar

Kaynaklar:

**0-kişinin kendisi 1-ailesi 2-komşu 3-çalışan 4-yardımcı 5-hemşire
6-gönüllü 7-diğer 8-bakıcı**

Stabilite:

Takip eden 3-4 hafta içinde, bu kaynaklarda öngörülen: azalma-

artma+

sabit kalma ya da geçerli

olmama

3-Çevresindeki kaynakları kullanma

DİSABİLİTE(özürlülük)

0)İletişim kaynaklarını uygun bir şekilde kullanır.

-1)İletişim kaynaklarını kullanmak için yönlendirmeye veya teşviğe ihtiyaç duyar.

-2)İletişim kaynaklarını kullanmak için yardıma ihtiyaç duyar.

-3)Adım atamaz.

HANDİKAP(engel)

Kullanıcı şu anda bu engelliliğin üstesinden gelmek için gerekli olan insan kaynaklarına (yardım veya gözetim) sahip mi?

Evet_____

Hayır_____

Kaynaklar

Yorumlar

Kaynaklar:

**0-kişinin kendisi 1-ailesi 2-komşu 3-çalışan 4-yardımcı 5-hemşire
6-gönüllü 7-diğer 8-bakıcı**

Stabilite:

Takip eden 3-4 hafta içinde, bu kaynaklarda öngörülen: azalma-

artma+

sabit kalma ya da geçerli

olmama .

4-Başkalarıyla ilişkilerde uygun davranır (saygı, uyum, nezaket)

DİSABİLİTE(özürlülük)

0) Başkaları ile uygun şekilde hareket eder.

-1)genellikle saygısızlık, kabalık, uyum sıkıntısı gösterebilir, hatırlatmaya ihtiyaç duyar.

-2)sıklıkla başkaları ile ilişki kurarken anlaşmazlık ya da saygısızlık gösterirler.

-3)başkaları ile ilişki kurarken her zaman uygunsuz davranır veya başkalarıyla etkileşime giremez.

HANDİKAP(engel)

Kullanıcı şu anda bu engelliliğin üstesinden gelmek için gerekli olan insan kaynaklarına (yardım veya gözetim) sahip mi?

Evet_____

Hayır_____

Kaynaklar

Yorumlar

Kaynaklar:

**0-kişinin kendisi 1-ailesi 2-komşu 3-çalışan 4-yardımcı 5-hemşire
6-gönüllü 7-diğer 8-bakıcı**

Stabilite:

Takip eden 3-4 hafta içinde, bu kaynaklarda öngörülen: azalma-

artma+

sabit kalma ya da geçerli

olmama

5-Kişinin kendi durumuna göre önemli sosyal rolleri yerine getirmesi

DİSABİLİTE(özürlülük)

0) kendi sosyal rollerine uygun davranır

-1)her zamanki sosyal rollerinden birine uygun davranmaz.

-2)her zamanki sosyal rollerinden bir çoğuna uygun davranamaz.

-3)artık hiçbir sosyal rolüne uygun davranamaz veya sosyal görev üstlenmez.

HANDİKAP(engel)

Kullanıcı şu anda bu engelliliğin üstesinden gelmek için gerekli olan insan kaynaklarına (yardım veya gözetim) sahip mi?

Evet_____

Hayır_____

Kaynaklar

Yorumlar

Kaynaklar:

**0-kişinin kendisi 1-ailesi 2-komşu 3-çalışan 4-yardımcı 5-hemşire
6-gönüllü 7-diğer 8-bakıcı**

Stabilite:

Takip eden 3-4 hafta içinde, bu kaynaklarda öngörülen: azalma-

artma+

sabit kalma ya da geçerli

olmama

6-İsteklerini, fikirlerini, görüşlerini ve sınırlarını ifade etme

DİSABİLİTE(özürlülük)

0) isteklerini, fikirleri, görüşleri ve sınırlarını kolayca ifade eder.

-1) kendisini ifade etmek için yönlendirmeye veya teşviğe ihtiyaç duyar.

-2)kendisini ifade etmede yardıma ihtiyaç duyar.

-3)artık isteklerini, fikirleri, görüşleri ve sınırlarını ifade edemez.

HANDİKAP(engel)

Kullanıcı şu anda bu engelliliğin üstesinden gelmek için gerekli olan insan kaynaklarına (yardım veya gözetim) sahip mi?

Evet_____

Hayır_____

Kaynaklar

Yorumlar

Kaynaklar:

0-kişinin kendisi 1-ailesi 2-komşu 3-çalışan 4-yardımcı 5-hemşire

6-gönüllü 7-diğer 8-bakıcı

Stabilite:

Takip eden 3-4 hafta içinde, bu kaynaklarda öngörülen: azalma-

artma+

sabit kalma ya da geçerli

olmama

Ek-1. Social-Functional Autonomy Measurement System

1- Occupies his/ her spare time

DISABILITY (disability)

0) Identifies and chooses activities and participates without help

-1) Needs encouragement or stimulation to choose or to take part in social or leisure activities

-2) Needs help to identify or take part in activities

-3) Can no longer identify and take part in activities OR does no activities

HANDICAP (obstacle)

Does the user now have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability?

Yes.

No.

References

Comments

References

0-person himself/herself 1-family 2-neighbor 3-employee 4-assistant 5-nurse
6-volunteer 7-other 8-carer

Stability:

In the following 3-4 weeks, the predicted reduction in these sources:
Increase + Remain or not valid.

2. Maintains or creates significant emotional ties with family, friends and support workers

DISABILITY (disability)

0) Has significant contact with others

-1) Needs encouragement or stimulation to create or maintain significant relationships

-2) No longer enters into a relationship on his or her own

-3) No longer has significant relationships with others

HANDICAP (obstacle)

Does the user now have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability?

Yes.

No.

References

Comments

References

0-person himself/herself 1-family 2-neighbor 3-employee 4-assistant 5-nurse
6-volunteer 7-other 8-carer

Stability:

In the following 3-4 weeks, the predicted reduction in these sources:
Increase + Remain or not valid.

3- Using resources in his/her environment

DISABILITY (disability)

0) Uses network resources appropriately

- 1) Needs stimulation or direction to use network resources
- 2) Needs help to use network resources
- 3) Takes no steps

HANDICAP (obstacle)

Does the user now have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability?

Yes.

No.

References

Comments

References

0-person himself/herself 1-family 2-neighbor 3-employee 4-assistant 5-nurse

6-volunteer 7-other 8-carer

Stability:

In the following 3-4 weeks, the predicted reduction in these sources:
Increase + Remain or not valid.

4- Acts appropriately (respect, harmony, politeness) in relationships with others

DISABILITY (disability)

0) Acts appropriately with others

-1) Occasionally exhibits a lack of respect, politeness or harmony, needing a reminder

-2) Frequently exhibits an attitude of conflict or disrespect when relating to others

-3) Always acts inappropriately when relating with others OR no longer able to interact with others

HANDICAP

Does the user now have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability?

Yes.

No.

References

Comments

References

0-person himself/herself 1-family 2-neighbor 3-employee 4-assistant 5-nurse

6-volunteer 7-other 8-carer

Stability:

In the following 3-4 weeks, the predicted reduction in these sources:
increase + Remain or not valid.

5- Carrying out significant social roles according to one's own situation

DISABILITY (disability)

0) Carries out own social roles

-1) Does not carry out one of his or her usual social roles

-2) Does not fulfill many of his or her usual social roles

-3) No longer fulfils any of his or her social roles OR never had any social roles

HANDICAP (obstacle)

Does the user now have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability?

Yes.

No.

References

Comments

References

0-person himself/herself 1-family 2-neighbor 3-employee 4-assistant 5-nurse

6-volunteer 7-other 8-carer

Stability:

In the following 3-4 weeks, the predicted reduction in these sources: Increase +
Remain or not valid.

6- Expressing desires, ideas, opinions and limitations**DISABILITY (disability)**

0) Easily expresses desires, ideas, opinions and limitations

-1) Needs stimulation or encouragement to express himself or herself

-2) Needs help to express himself or herself

-3) No longer expresses desires, ideas, opinions or limitations

HANDICAP (obstacle)

Does the user now have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability?

Yes.

No.

References

Comments

References

0-person himself/herself 1-family 2-neighbor 3-employee 4-assistant 5-nurse

6-volunteer 7-other 8-carer ??

Stability:

In the following 3-4 weeks, the predicted reduction in these sources: increase +
Remain or not valid.

Ek-2. Ölçeği Geliştiren Yazar İzni (Sosyal Otonomi Ölçeği)


https://outlook.live.com/mail/0/deeplink?version=2020051702.05&popoutv2=1&leanbootstrap=1


Yanıtla | Sil | Gereksiz | Engelle | ...

documents

21.04.2017 Cum 13:43 tarihinde yanıtladınız

JL Julie Lamontagne <jlamontagne.cess@ssss.gouv.qc.ca>
20.04.2017 Per 16:59
Kime: Siz

 Guide d'utilisation _Québec_v...
285 KB

 grille SMAF-Social version 2.1...
49 KB

2 ek (334 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

(See attached file: Guide d'utilisation _Québec_version 2 5db_Juin 2011_Anglais révisé Oct. 2013.pdf)(See attached file: grille SMAF-Social version 2.1_english revised.pdf)

Attach the SMAF-Social and it user guide.

Best regard

Julie

Julie Lamontagne
Coordonnatrice à la formation
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
500, rue Murray, bureau 4222
Sherbrooke, QC, J1G 2K6
Tél: 819-780-2220 #47248

Ek-3. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-307

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13 ŞUBAT 2018 SALI
Toplantı No : 2018/03
Proje No : GO 18/07 (Değerlendirme Tarihi: 02.01.2018)
Karar No : GO 18/07-08

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu ve Ayten KÜÇÜK'ün doktora tezi olan, GO 18/07 kayıt numarah, "Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Otomotiv ve Yaşama Bağlılığına Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak ıncelenmiş olup, etik açıdan uygundur bulunmuştur.

- | | | |
|---|--------|---|
| 1. Prof. Dr. Nürten AKARSU (Başkan) | İZİNLİ | 10. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | İZİNLİ | 11. Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Y. SARA (Üye) | İZİNLİ | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGIN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | İZİNLİ | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | İZİNLİ | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | İZİNLİ | 15. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | İZİNLİ | 16. Yrd. Doç. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | İZİNLİ | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mihtaze Kerem GÜNEL (Üye) | İZİNLİ | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Ek-4. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Uygulama İzin Yazısı



T.C.
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

DAĞITIMLI
16/08/2017

Sayı : 75204303-605.01-E.7553
Konu : Ayten KÜÇÜK.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 20.07.2017 tarih ve 502 sayılı yazınız.

Ankara Hacettepe Üniversitesi-Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi **Ayten KÜÇÜK**'ün "**Sosyal Aktivite Programının Huzurevi Sakinlerinin Otonomisi ve yaşama Bağlılığına Etkisi**" başlıklı tez çalışması uygulamasını Kasım 2017-Eylül 2018 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Afyonkarahisar Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi, Bolvadin Huzurevi ve Emirdağ Huzurevinde yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığının 10.08.2017 tarih ve 85187 sayılı yazısı ile ekinde bulunan 08.08.2017 tarih ve 83884 sayılı Müsteşarlık Onayı yazınız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu Müsteşarlık Onayı doğrultusunda gereğini arz ve rica ederim.

Yasin EVCİN
İl Müdür V.

EK :
1- Bakanlık Yazısı ve Onay.

DAĞITIM :

Gereği:
Hacettepe Üniversitesi(Hemşirelik Fakültesi 06100 Sıhhiye/ANKARA) Afyonkarahisar Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü
Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevi Müdürlüğü
Bolvadin Huzurevi Müdürlüğü
Emirdağ Huzurevi Müdürlüğü

16/08/2017 Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni : Ziya ŞEPİK
16/08/2017 İl Müdür Yardımcısı : Sevgi AYTULUN

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (o21ds7-sNoSi0-y1+DMF-0LCB8x-Xyxb2cmI) kodunu yazınız.

Ek-5. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ben,, katılamam istenen çalışmanın kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-

Soyadı:.....

İmza:.....

..

Adres:.....

..

Telefon:.....

..

Tarih(gün/ay/yıl):.....

.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-

Soyadı:.....

İmza:.....

..

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Sayın Huzurevi Sakinleri,

Bu araştırmanın amacı, sosyal aktivite programlarının yaşlının kendisi ile ilgili karar alabilmesi ve yaşlılığa uyum durumuna etkisini değerlendirmektir. Bu nedenle önce huzurevi sakinlerimizin eğitim ve aktivitelere yönelik isteklerini belirlemek amacı ile bu anket hazırlanmıştır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya istemediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Telefon:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

Ek-6. Huzurevinde Kalan Bireyleri Tanımlayıcı Bilgi formu

**HUZUREVİ SAKINLERİNİN OTONOMİSİ VE UYUM GÜCÜNE,
UYGULANAN DÜZENLİ SOSYAL AKTİVİTE ETKİNLİK PROGRAMININ
ETKİSİ**

1. Yaş : a.)60-69 yaş b.)70-79 yaş c.)80-89 yaş d.)90yaş ve üzeri
2. Cinsiyet : a.)Kadın b.)Erkek
3. Medeni Durum: a.)Dul b.)Evli c.)Boşanmış
4. Eğitim Durumu: a.)Okuryazar değil b.)Okuryazar değil c.)İlköğretim
d.)Lise e.)Üniversite f.)Üniversite üstü
5. Kurumda Kaldığı Süre: a.)1-5 yıl b.) 6-10 yıl c.)10-14 yıl
d.)15-19 yıl e.)20 yıl ve üzeri
6. Kuruma Geliş Durumu: a.)Kendi isteği ile b.)Çocuklarının isteği ile
c.)Kimsesi olmaması nedeni ile
7. Kurumda Kalış Biçimi: a.) Ücretli b.)Ücretsiz
8. Kurumda Kaldığı Oda: a.)Tek kişilik b.)Çift kişilik
9. Kronik Hastalıkları.....
10. Kullandığı ilaçlar:.....
11. Kendi başına yapamadığı Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Yaşam Aktiviteleri:.....
.....
12. Tek başına yapabildiği Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Yaşam Aktiviteler:.....
.....
13. Aile üyeleri ile görüşme durumu: a.)Hiç b.)Ara sıra c.)Sürekli
14. Aile üyeleri ile görüşme şekli: a.)Ziyaretime geliyorlar b.)Ben gidiyorum
c.)Sadece telefonla görüşüyoruz
15. Aile üyeleri ile görüşmüyorsanız bunun sebebi nedir?
a.)Ben istemiyorum b.)Onlar gelmiyorlar d.)Ailemden kimse yok
16. Kurumda kalan diğer sakinlerle iletişim durumunuz ne sıklıktadır?
a.)Çok az b.)Az c.)Orta d.)İyi e.)Çok iyi
17. Kurumda çalışan personellerle iletişim durumunuz ne sıklıktadır?
a.)Çok az b.)Az c.)Orta d.)İyi e.)Çok iyi
18. Kurumda Aşağıdaki Sosyal Aktivite Programlarından Hangileri Uygulanmaktadır?
Fiziksel aktiviteler a.)Evet b.) Hayır
El işi aktiviteleri a.)Evet b.) Hayır
Dini aktiviteler a.)Evet b.) Hayır

Müzik aktiviteleri a.)Evet b.) Hayır
Eğitim aktivitelere a.)Evet b.) Hayır
Diğer.....

19. Kurumda fiziksel aktivitelere ne sıklıkta uygulanmaktadır?
a.)Ara sıra b.) Hiç yapılmamakta c.)Düzenli yapılmakta
20. Kurumda dini aktiviteler ne sıklıkta uygulanmaktadır?
a.)Ara sıra b.) Hiç yapılmamakta c.)Düzenli yapılmakta
21. Kurumda müzik aktiviteleri ne sıklıkta uygulanmaktadır?
a.)Ara sıra b.) Hiç yapılmamakta c.)Düzenli yapılmakta
22. Kurumda el işleri aktiviteleri ne sıklıkta uygulanmaktadır?
a.)Ara sıra b.) Hiç yapılmamakta c.)Düzenli yapılmakta
23. Kurumda eğitim aktiviteleri ne sıklıkta uygulanmaktadır?
a.)Ara sıra b.) Hiç yapılmamakta c.)Düzenli (sürekli) yapılmakta
24. Kurumunuzda düzenli aktivite programlarının olmasını istiyor musunuz?
a.)Evet b.)Hayır
25. Kurumda fiziksel aktivitelerin ne sıklıkta uygulanmasını istersiniz?
a.)Hafta bir gün b.)Haftada 2 gün c.)Haftada 3 gün d.)Haftada her gün
26. Kurumdadini aktivitelerin ne sıklıkta uygulanmasını istersiniz?
a.)Hafta bir gün b.)Haftada 2 gün c.)Haftada 3 gün d.)Haftada her gün
27. Kurumda eğitim aktivitelerinin ne sıklıkta uygulanmasını istersiniz?
a.)Hafta bir gün b.)Haftada 2 gün c.)Haftada 3 gün d.)Haftada her gün
28. Kurumda müzik aktivitelerinin ne sıklıkta uygulanmasını istersiniz?
a.)Hafta bir gün b.)Haftada 2 gün c.)Haftada 3 gün d.)Haftada her gün
29. Kurumda el işi aktivitelerin ne sıklıkta uygulanmasını istersiniz?
a.)Hafta bir gün b.)Haftada 2 gün c.)Haftada 3 gün d.)Haftada her gün
30. Kurumunuzda ne tür aktivite programlarının olmasını istersiniz?
 Fiziksel aktiviteler
 El işi aktiviteleri
 Dini aktiviteler
 Müzik aktiviteleri
 Eğitim aktiviteler
 Diğer
31. Eğitim aktivitesi olarak size hangi konularda eğitim verilmesini istersiniz?
.....
.....
.....
.....
.....
33. Dini aktivitelerde hangi konularda bilgi sahibi olmak istersiniz?
.....
.....

.....
.....
32. Kendinizle ilgili kararları kim verir?

- a.) Yalnızca ben b.)Ailem c.) Ailemle birlikte
d.)Kurum personeli e.)Kurum personeli ile birlikte

33. Bu kararları kimin vermesini istersiniz?

- a.)Yalnızca ben b.)Ailem c.) Ailemle birlikte
d.)Kurum personeli e.)Kurum personeli ile birlikte

TEŞEKKÜRLER.



Ek-7. Yaşam Bağlılığı Ölçeği

Suggested citation: Ugur, E., & Akin, A., (2015). Yaşam Bağlılığı Ölçeği Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 424-432.

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| Aşağıda bireylerin yaşama bağlanmalarına ilişkin bazı ifadeler yer almaktadır. Her ifadenin karşısında bulunan; (1) Hiç Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum ve (5) Tamamen Katılıyorum anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. Sizi tanımlayan en uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim. | | | | | | |
| 1 | Yaşamımda çok fazla amacım yok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Bana göre yaptıklarımın tamamı değerlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Yaptıklarımın çoğu bana değersiz ve önemsiz görünür. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Yaptıklarımın çok değer veririm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Yaptığım şeylere çok fazla önem vermem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Yaşamak için bir çok nedenim vardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ters= 1, 3, 5

Ek-7. The Life Engagement Test

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| “Please answer the following questions about yourself by indicating the extent of your agreement using the following scale: 1 = strongly disagree; 2 = disagree; 3 = neutral; 4 = agree; 5 = strongly agree. | | | | | | |
| 1 | There is not enough purpose in my life | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | To me, the things I do are all worthwhile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Most of what I do seems trivial and unimportant to me | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | I value my activities a lot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | I don't care very much about the things I do. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | I have lots of reasons for living | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

The LET is scored in two steps. First, Items 1, 3, and 5 are reverse coded (5 = 1, 4 = 2, 3 = 3, 2 = 4, and 1 = 5). Second, the six items are summed.

Ek-8. Ölçeği Geliştiren Yazar İzni (Yaşam Bağlılığı Ölçeği)

https://outlook.live.com/mail/0/deeplink?version=2020051702.05&popoutv2=1&leanbootstrap=1

Yanıtla | Sil | Gereksiz Engelle ...

Re:

4.04.2017 Sal 11:16 tarihinde yanıtladınız



Michael F. Scheier <scheier@cmu.edu>

1.04.2017 Cmt 04:47

Kime: Siz



I apologize for this automated reply. Thank you for your interest in our work. You have my permission to use any of the scales that I have helped to develop for your research and/or teaching purposes. I do not charge for the use of these scales. I only ask that you reference for the scales you use appropriately in all publications. Note that I only send permission approval electronically, so I will not be sending a follow-up letter authorizing the use of a scale through regular mail.

If you wish to use a measure for a purpose other than teaching or research, you should also contact the copyright holder, the publisher of the journal in which the measure was published.

Information concerning the measure you are asking about can be found at the website below. Questions about reliability, validity, norms, and other aspects of psychometric properties can be answered there. The website also contains information about administration and scoring procedures for the scales.

I do not track attempts to translate the scales into different languages, so I have no information to offer about that. You are free to develop your own translation if you would like to do that. Again, just be sure to cite the original scale appropriately in publications.

Please do not ask for a manual. There is no manual. Read the articles on the website for the information that you need.

If questions remain, do not hesitate to contact me. Good luck in your work.

<http://www.cmu.edu/dietrich/psychology/people/core-training-faculty/scheier-michael.html>

--

Michael F. Scheier, Ph.D.
Professor of Psychology

Ek-9. Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Fonksiyonel Otonomi Değerlendirme Ölçeği

Adı :.....

Dosya No :.....

Tarih :.....

Değerlendirme :.....

YETERSİZLİK ALANI

A. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA)

1. YEMEK YEME

(0) Yardım almadan beslenir.

(- 0.5) Güçlkle beslenir.

(-1) Kendi başına beslenir; fakat uyarıya ya da gözetime ihtiyacı var.

Ya da yemek önceden hazırlanmalı.

Ya da dilimlenmeli ya da püre haline getirilmeli.

(-2) Bazı yemekleri (çorba vs.) yemek için yardıma ihtiyacı var.

Ya da yemekler sırayla verilmeli.

(-3) Tamamen başkası tarafından beslenmeli.

Ya da nazogastrik tüpü

Ya da gastrostomisi / jejunostomi var.

nazogastrik tüp gastrostomi jejunostomi

2. YIKANMA

(0) Yardım almadan yıkanır (küvete ya da duşa girme ya da çıkma dâhil).

(- 0.5) Yıkanmada güçlük yaşar.

(-1) Kendi başına yıkanır; fakat yönlendirilmeye

Ya da gözetime

Ya da hazırlığa

Ya da sadece bütün haftalık tam vücut banyosu (ayaklarını, saçını ve tüm bedeni yıkamak dâhil) için yardıma ihtiyacı var.

(-2) Günlük yıkanma (yüz, koltuk altı, perianal bölgeyi yıkamayı içerir) için yardıma ihtiyacı var; fakat kendisi de aktif olarak katılır.

(-3) Başkası tarafından yıkanmalı.

3. GİYİNME (tüm mevsimler)

(0) Yardım almadan giyinir.

(-0.5) Güçlkle giyinir.

(-1) Kendisi giyinir; fakat yönlendirilmeye

Ya da gözetime

Ya da giysinin hazırlanmasına ve verilmesine

Ya da giyinme eyleminin sonlandırılması (düğmeleri ilikleme, bağcıkları bağlama, fermuarı kapatma vs.) için yardıma ihtiyacı var.

(-2) Giyinmek için yardıma ihtiyacı var.

(-3) Başkası tarafından giydirilmeli.

elastik çorap

4. KİŞİSEL BAKIM

(diş fırçalama, saç tarama, tıraş olma, tırnak kesme, makyaj yapma)

(0) Yardım almadan kişisel bakımını yapar.

(- 0.5) Kişisel bakımını yapmada güçlük yaşar.

(-1) Kendi kişisel bakımını yapar; fakat yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var.

(-2) Kişisel bakımı için yardıma ihtiyacı var.

(-3) Kişisel bakımı başkası tarafından yapılmalı.

YETERSİZLİK ALANI

5. ÜRİNER FONKSİYON

(0) İdrarını normal yapar.

(-1) Ara sıra idrar kaçırma

Ya da damlatma

Ya da idrarını kaçırmaması için sık sık yönlendirilmeye ihtiyacı var.

(-2) Sık sık idrar kaçırma (günde 1 ya da 2 kez)

(- 3) İdrarını tutamama

Ya da hasta bezi kullanıyor

Ya da kalıcı sondası ya da üriner kondomu var.

bez kalıcı sonda üriner kondom gündüz idrar kaçırma gece idrar kaçırma

6. BAĞIRSAK FONKSİYONU

(0) Bağırsak fonksiyonu normal

(-1) Ara sıra gaita kaçırma ya da ara sıra boşaltıcı lavmana ihtiyacı var.

(-2) Sık sık gaita kaçırma (son 1 ay boyunca haftada 4 kez) ya da düzenli olarak boşaltıcı lavmana ihtiyacı var.

(- 3) Sürekli gaita kaçırma ya da hasta bezi kullanıyor ya da stoması var.

bez stoma gündüz gaita kaçırma gece gaita kaçırma Y

7. TUVALETİ KULLANMA

(tuvalete oturma / kalkma, kendini temizleme ve elbiselerini düzeltme dâhil)

(0) Kendi başına tuvaleti kullanır.

(- 0.5) Tuvaleti kullanmada güçlük yaşar.

(-1) Tuvaleti kullanmada gözetime ihtiyacı var y

Ya da oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanır.

(-2) Tuvaleti kullanmada ya da oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanmada yardıma ihtiyacı var.

(-3) Tuvalet, oturaklı iskemle, sürgü ya da ördek kullanamaz.

oturaklı iskemle sürgü ördek

8. NAKİL

(yataktan sandalyeye ya da tekerlekli sandalyeye geçme; yataktan ayağa kalkma; sandalyeden ya da tekerlekli sandalyeden yatağa geçme; ayaktan yatağa ya da ayaktan sandalyeye ya da tekerlekli sandalyeye geçme)

(0) Kendi başına yatağa yatar ve yataktan kalkar ya da sandalyeye oturur ve sandalyeden kalkar.

(- 0.5) Yataktan sandalyeye geçme, ayağa kalkma ya da tersi durumlarda güçlük yaşar.

(-1) Kendi başına yatağa yatar ve yataktan kalkar ya da sandalyeye oturur ve sandalyeden kalkar; fakat yönlendirilmeye, gözetime ya da talimatlara ihtiyacı var.

Belirtiniz:.....

(-2) Yatağa yatmada ve yataktan kalkmada ya da sandalyeye oturmada ve sandalyeden kalkmada yardıma ihtiyacı var.

Belirtiniz:.....

(- 3) Yatağa bağımlı (yatağa yatırılmalı ve yataktan kaldırılmalı)

nakil sırasında özel pozisyon:.....

hasta taşıma lifti sedye

YETERSİZLİK ALANI

9. BİNA İÇİNDE YÜRÜME (asansöre kadar yürüme dâhil)*

(0) Kendi başına yürür (baston, protez, ortez ya da yürüteç kullanarak ya da kullanmayarak).

(-0.5) Bina içinde yürümede güçlük yaşar.

(-1) Kendi başına yürür; fakat bazı durumlarda yönlendirilmeye, gözetime ya da talimatlara ihtiyacı var ya da dengesiz yürür.

(-2) Yürümek için başkasının yardımına ihtiyacı var.

(- 3) Yürüyemez.

baston üç ayaklı destek bastonu

dört ayaklı destek bastonu yürüteç

*En az 10 metrelik mesafe

10. MERDİVEN İNİP ÇIKMA

(0) Merdiveni kendi başına inip çıkar.

(-0.5) Merdiveni güçlkle inip çıkar.

(-1) Merdiveni inip çıkmak için yönlendirilmesi, izlenmesi ya da talimat verilmesi gerekir.

YA DA merdiveni güvenli bir şekilde inip çıkamaz.

(-2) Merdiveni inip çıkmada yardıma ihtiyacı var.

(- 3) Merdiveni inip çıkamaz.

11. BİNA DIŞINDA DOLAŞMA

(0) Kendi başına yürür (baston, protez, ortez ya da yürüteç kullanarak ya da kullanmayarak).

(-0.5) Bina dışında güçlkle dolaşır.

(-1) Tekerlekli sandalyeyi kendi başına kullanır.

- (-1.5) Güçlkle T.S. kullanır ya da kendi başına yürür; fakat bazı durumlarda yönlendirilmeye, gözetime ya da talimatlara ihtiyacı var ya da dengesiz yürür.
 (-2) Yürümek için ya da T.S. kullanmak için başkasının yardımına ihtiyacı var.
 (- 3) Dışarıda dolaşamaz (sedye ile taşınmalı). En az 20 metrelik mesafe

12. EV İŞLERİ

- (0) Ev işlerini kendi başına yapar (günlük ev işleri ve ara sıra yapılan büyük işler dâhil).
 (-0.5) Ev işlerini güçlkle yapar.
 (-1) Ev işlerini yapar; fakat temizlikten emin olmak için yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var (bulaşıkları yıkamak dâhil) ya da büyük işler (pencereleri temizleme, boya yapma, çimleri kesme, karları temizleme vb.) için yardıma ihtiyacı var.
 (- 2) Günlük ev işleri (bulaşık yıkama, toz alma, yerleri süpürme ya da yıkama vs.) için yardıma ihtiyacı var.
 (- 3) Ev işlerini yapamaz.

13. YEMEK HAZIRLAMA

- (0) Kendi yemeğini yardımsız hazırlar.
 (-0.5) Kendi yemeğini güçlkle hazırlar.
 (-1) Yemekleri hazırlar; fakat yeterli beslenme için yönlendirilmeye ihtiyacı var.
 (-2) Sadece kolay yemekleri hazırlar ya da önceden hazırlanmış yemekleri ısıtır.
 (- 3) Yemek hazırlayamaz.

14. ALIŞVERİŞ

- (0) Kendi başına alışverişini planlar ve yapar (yiyecek, giysi).
 (-0.5) Alışverişini güçlkle yapar.
 (-1) Kendi başına alışverişini planlar ve yapar; fakat aldıklarının taşınması için yardıma ihtiyacı var.
 (-2) Alışverişini planlamak ya da yapmak için yardıma ihtiyacı var.
 (- 3) Alışveriş yapamaz.

YETERSİZLİK ALANI

15. ÇAMAŞIR YIKAMA

- (0) Tüm çamaşırlarını kendi başına yıkar.
 (-0.5) Çamaşırlarını güçlkle yıkar.
 (-1) Çamaşırlarını yıkar; fakat yeterince temizlenmesi için yönlendirilmeye ya da gözetime ihtiyacı var.
 (-2) Çamaşır yıkamak için yardıma ihtiyacı var.
 (- 3) Çamaşır yıkayamaz.

16. TELEFON KULLANMA

- (0) Kendi başına telefonu kullanır (telefon rehberini kullanma dâhil).
 (-0.5) Telefonu güçlkle kullanır.
 (-1) Telefona cevap verir; fakat sadece ezberlediği birkaç numarayı ya da acil numaraları arar.
 (-2) Telefonla konuşur; fakat numaraları çeviremez ya da ahizeyi yerinden kaldıramaz.
 (- 3) Telefonu hiç kullanamaz.

17. ULAŞIM

- (0) Kendi başına ulaşım araçlarını kullanabilir/sürebilir (araba, engelli aracı, taksi, otobüs vb.).
 (-0.5) Ulaşım araçlarını güçlkle kullanır.
 (-1) Ulaşım araçlarını kullanmak için eşlik edilmesi gerekir (bağımsız olarak araca binebilir; inebilir).
 (-2) Eşlik edildiği ve araçtan inmek ve araca binmek için yardım aldığı sürece ulaşım aracını kullanabilir. (bağımsız olarak araca binip inemez).
 (- 3) Ulaşım aracı kullanamaz (sedye ile taşınmalı).

18. İLAÇ KULLANIMI

- (0) İlaç kullanmaz ya da reçetede belirtildiği gibi ilaçlarını alır.
 (-0.5) İlaçlarını güçlkle alır.
 (-1) Reçeteye uygun şekilde ilacını kullandığından emin olmak için haftalık denetime (telefonla denetim dâhil) ihtiyacı var ya da başkası tarafından hazırlanan saatleri ve ilaç dozunu gösteren ilaç kutusu kullanır.
 (-2) Günlük olarak hazırlanmış ilaçlarını alır.
 (- 3) İlaçlarının her bir dozunun reçetede belirtildiği gibi verilmesi gerekir.
 saatleri ve ilaç dozunu gösteren ilaç kutusu

19. BÜTÇE YÖNETME

- (0) Bütçesini kendi başına yönetir (bankacılık işlemleri dâhil).

(-0.5) Bütçesini güçlkle yönetir.

(-1) Bazı büyük bankacılık işlemlerinde (emeklilik maaşı, senetler vs.) yardıma ihtiyacı var.

(-2) Bazı düzenli bankacılık işlemleri için yardıma ihtiyacı var (faturaları ödeme); fakat cebindeki parayı uygun kullanır.

(-3) Bütçesini yönetemez.

B. İLETİŞİM

1. GÖRME

(0) Gözlükle/lensle ya da gözlüksüz/lenssiz yeteri kadar görür.

(-1) Görme sorunu var; fakat GYA'ni yapacak kadar görür.

(-2) Sadece nesnelere dış hatlarını görür ve GYA için talimatlara ihtiyacı var.

(-3) Görme fonksiyonu yok.

lens büyüteç gözlük

2. İŞİTME

(0) İşitme cihazıyla ya da cihazsız yeteri kadar duyar.

(-1) Yüksek sesle konuşulursa duyar.

Ya da başkası tarafından takılan işitme cihazına ihtiyacı var.

(-2) Çok yüksek sesle konuşulanları ya da belli kelimeleri duyar.

Ya da dudakları okur.

Ya da mimikleri anlar.

(-3) İşitme fonksiyonu yok ve kendisine söylenenleri anlayamaz.

işitme cihazı (GYA)

3. KONUŞMA

(0) Normal konuşur.

(-1) Konuşma/dil (lisan) sorunu var; fakat kendisini ifade edebilir.

(-2) Ciddi bir konuşma/dil (lisan) sorunu var; fakat temel gereksinimlerini ifade edebilir.

Ya da sorulara basit cevaplar verebilir (evet, hayır).

Ya da işaret dili kullanır.

(-3) İletişim kuramaz.

Teknik yardım:

bilgisayar iletişim tahtası

C. ZİHİNSEL FONKSİYONLAR

1. HAFIZA

(0) Hafızası normal

(-1) Küçük anlık unutkanlığı var (isimler, randevular v.b); fakat önemli olayları hatırlar.

(-2) Ciddi unutkanlığı var (ısıtıcıyı kapatmayı, ilaçlarını almayı, eşyalarını kaldırmayı, yemek yemeyi, ziyaretçileri unutma).

(-3) Tam ya da tama yakın hafıza kaybı var.

2. ANLAMA

(0) Talimatları ve istekleri anlar.

(-1) Talimatları ve istekleri yavaş anlar

(-2) Tekrarlanan talimatların belli bir kısmını anlar

Ya da talimatları öğrenemez.

(-3) Etrafında olup bitenleri anlamaz.

3. KARAR VERME

(0) Durumları değerlendirir ve yerinde kararlar verir.

(-1) Durumları değerlendirir; fakat yerinde kararlar vermek için yardıma ihtiyacı var.

(-2) Durumları değerlendirmede yetersiz ve sadece kesin önerilerle yerinde kararlar verir.

(-3) Durumları değerlendiremez ve karar vermede başkalarına bağımlıdır.

Ek-10. Ölçeği Geliştiren Yazar İzni (Fonksiyonel Otonomi Ölçeği)

<https://outlook.live.com/mail/0/deeplink?version=2020051702.05&popoutv2=1&leanbootstrap=1>

Yanıtla | Sil | Gereksiz | Engelle | ...

RE :

13.04.2017 Per 09:58 tarihinde yanıtladınız



Hébert Réjean <rejean.hebert@umontreal.ca>

12.04.2017 Çar 11:29

Kime: Siz

Hello,

You have my permission to use the SMAF for your thesis. All the best

Dr Réjean Hébert, MD MPhil

Professeur titulaire,

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé,

École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal (IRSPUM)

7101, Avenue du Parc, bureau 3086

Montréal, H3N 1X9

Tel: 514-343-6031 <tel:514-343-6031>

Rejean.Hebert@UMontreal.ca <mailto:Rejean.Hebert@UMontreal.ca>

----- Message d'origine -----

De : ayten saraç <ayt-7@hotmail.com>

Date : 17-04-12 16:17 (GMT+09:00)

À : Hébert Réjean <rejean.hebert@umontreal.ca>

Objet :

Ek-11: Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: A K

Ödev başlığı: AKDT

Gönderi Başlığı: tezdr

Dosya adı: Ayten_K_K_Doktora_Tezi_Turniten...

Dosya boyutu: 1.3M

Sayfa sayısı: 121

Kelime sayısı: 31,065

Karakter sayısı: 208,462

Gönderim Tarihi: 23-Haz-2020 09:18PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1348669763

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL AKTİVİTE PROGRAMININ HUZUREVİ
SAKINLERİNİN OTONOMİSİ VE YAŞAMA BAĞLIĞINA
ETKİSİ

Dr. Ayten KÜÇÜK

Halk Sağlığı Hımye ve Biyoloji Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA
2020

Ek-12: Tez Orjinallik Ekran Görüntüsü

SOSYAL AKTİVİTE PROGRAMININ HUZUREVİ SAKİNLERİNİN
OTONOMİSİ VE YAŞAMA BAĞLILIĞINA ETKİSİ

Ayten KÜÇÜK

121 s.

ORIJINALLIK RAPORU

%**5**

BENZERLİK ENDEKSİ

%

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**5**

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

ALTUNTAŞ, Onur and BAFRALI, Cemre.
"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan
Çocuklarda Grup Aktivitesinin Benlik Algısına
Etkisi", Hacettepe Üniversitesi Hastahleri
Basımevi, 2017.

Yayın

<%**1**

2

DOĞAN, Tayfun. "Sosyal görünüş kaygısı
ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe uyarlaması: Geçerlik
ve güvenilirlik çalışması", Hacettepe Üniversitesi,
2010.

Yayın

<%**1**

3

UĞUR, Erol and AKIN, Ahmet. "Yaşam Bağlılığı
Ölçeği Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik
Çalışması", Karabük Üniversitesi, 2015.

Yayın

<%**1**

4

KARADAĞ, Mevlüde, YILDIRIM, Nuriye and
İŞERİ, Özge Pekin. "ARAŞTIRMA/RESEARCH
El Hijyeni İnanç Ölçeği ve El Hijyeni
Uygulamaları Envanterinin geçerlilik ve
güvenirliliği", Çukurova Üniversitesi, 2016.

<%**1**

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ayten KÜÇÜK

Doğum Tarihi: 17.06.1978

Öğrenim Durumu:

| Derece | Bölüm/Program | Yıl |
|-----------|--|-------------|
| Lise | Trabzon Sağlık Meslek Lisesi | 1996 |
| Lisans | KTÜ Sağlık Yüksek Okulu | 2005 |
| Y. Lisans | KTÜ Halk Sağlığı Anabilimdalı | 2009 |
| Doktora | Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilimdalı | 2013- |

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışmanı: Trabzon İl Merkezinde Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları, Hasta Güvenliği ve Kendi Hakları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları

Prof. Dr. Murat TOPBAŞ

Görevler:

| Görev Unvanı | Görev Yeri | Yıl |
|-------------------|--|------------|
| Hemşire | Akçakale Sağlık Ocağı | 1997 |
| Hemşire | Akçaabat Devlet Hastanesi | 2001-2008 |
| Hemşire | Prof. Dr. İlhan ÖZDEMİR Devlet Hastanesi | 2008-2012 |
| Öğretim Görevlisi | AKU Atatürk Sağlık Hizmetleri MYO | 2012-..... |

İdari Görevler: 2014-2015 AKU Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Müdür Yardımcılığı

ESERLER

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler:

B.1. Bal Ahmet, Akgün Cavit, İbas Işıl, Küçük Ayten, Kabadayı A. İhsan, Altın Yakup, Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesinin 2009 Yılı Şikayet, Memnuniyet ve Öneri Kutuları Vasıtası ile Gelen Şikayet, Memnuniyet ve

Önerilerin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası Hasta Hakları Kongresi, Antalya, 03-06 Kasım 2010(Poster Bildiri)

B.2. Bal Ahmet, Akgün Cavit, İbas Işıl, Küçük Ayten, Kabadayı A. İhsan, Gül Esmâ, Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Hasta Hakları Birimine 2004-2008 Yılları Arasında Yapılan Hasta Şikayetleri ve Yerinde Çözülen Sorunların Dağılımları. 3. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi, İstanbul,11-13 Haziran 2009 (Poster Bildiri)

B.3.Bal Ahmet, Yılmaz Kenan, Tosun Fatma, Göksu Özkan, Küçük Ayten, Ünlü Canan, Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Çalışanlarının Hasta Hakları Konusundaki Tutum ve Algılarının Değerlendirilmesi.3. Uluslararası Hasta Hakları Kongresi, Antalya, 07-10 Aralık 2011 (Sözel Bildiri)

E. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

E.1. Küçük Ayten, Topbaş Murat, Trabzon İl Merkezinde 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumları. 1. Ulusal Hasta Hakları Kongresi, Trabzon, 21- 24 Eylül 2010(Sözel Bildiri)

E.2. Bal Ahmet, İbas Işıl, Küçük Ayten, Kabadayı A. İhsan, Altın Yakup, Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesinin Kalite Hizmet Standartlarına Göre Hasta Hakları Uygulamaları. 1. Ulusal Hasta Hakları Kongresi, Trabzon, 21- 24 Eylül 2010 (Sözel Bildiri)

E.3. Bal Ahmet, İbas Işıl, Küçük Ayten, Kabadayı A. İhsan, Altın Yakup Giresun Prof.Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesinin 2009 Yılında Şikayet, Memnuniyet Ve Öneri Kutularına Gelen Şikayet Ve Öneriler Doğrultusunda Başlatılan Faaliyetler; 1. Ulusal Hasta Hakları Kongresi, Trabzon, 21- 24 Eylül 2010 (Poster Bildiri)

E.4. Bal Ahmet, İbas Işıl, Küçük Ayten, Kabadayı A. İhsan, Altın Yakup Giresun Prof.Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi Hasta Hakları Birimine 2004- 2009 Yılları Arasında Yapılan Hasta Şikayetleri Ve Yerinde Çözülen Sorunların Dağılımları; 1. Ulusal Hasta Hakları Kongresi, Trabzon, 21- 24 Eylül 2010 (Poster Bildiri)