

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

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARA UYGULANAN
ANIMSAMA TERAPİSİNİN YAŞLILARIN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Nilay ERCAN ŞAHİN

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

**ANKARA
2015**

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

**HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARA UYGULANAN
ANIMSAMA TERAPİSİNİN YAŞLILARIN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Nilay ERCAN ŞAHİN

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

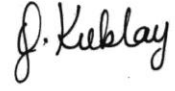
DOKTORA TEZİ


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


**ANKARA
2015**


Anabilim Dalı :Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
 Program :Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı
 Tez Başlığı :Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi
 Öğrenci Adı-Soyadı :Nilay ERCAN ŞAHİN
 Savunma Sınavı Tarihi :13.04.2015


Bu çalışma jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY
 (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi) 

Tez danışmanı: Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU
 (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi) 

Üye: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU
 (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi) 

Üye: Yard. Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK
 (Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü) 

Üye: Yard. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU
 (Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü) 

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararıyla kabul edilmiştir.


 Prof. Dr. Ersin FADILLOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU, tez danışmanım olarak konunun belirlenmesinden son aşamasına kadar takip ederek ve yönlendirerek, değerli deneyim ve bilgilerini manevi desteği ile birlikte sunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Gülümser KUBLAY, doktora eğitimim boyunca değerli deneyim ve bilgilerini sunarak mesleki ve kişisel gelişimime katkıda bulunmuştur.

Çalışmanın uygulanmasında, Keçiören Belediyesi Güçsüzler Yurdu Huzurevi müdürü, hemşiresi, psikologu ve huzurevi yaşlıları her türlü yardımı ve kolaylığı sağlamışlardır.

ÖZET

ERCAN ŞAHİN, N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara,2015.

Araştırma huzurevinde yaşayan yaşlılara bir hemşirelik girişimi olarak anımsama terapisi uygulanması sonrası yaşlıların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel türde yapılmıştır. Araştırma evrenini Ankara’da Keçiören Belediyesi’ne bağlı Huzurevinde yaşayan 84 yaşlı oluşturmuştur. Araştırma örneklemini, iletişim kurabilen, işitme sorunu olmayan, demansı ve psikiyatrik sorunu olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü 32 yaşlı birey oluşturmuştur. Yaşlılar gruplara ayrılmış ve 12 oturumluk anımsama grup terapisi uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini içeren bilgi formu ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Wilcoxon İşaret testlerinden yararlanılmıştır. Araştırmada anımsama terapisi uygulaması sonrası WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği alt alan ve genel skor puanlarının, ön test puanlarına göre düştüğü belirlenmiştir. Ön test ve son test arasındaki puan farkı “Özerklik” alanında olumsuz yönde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesini farklı sosyokültürel yapı gösteren huzurevlerinde daha büyük örneklem grupları ile ele alınan randomize kontrol gruplu araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anımsama Terapisi, Yaşlı, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Tarafından desteklenmiştir. Proje no: 014T03102001-556.

ABSTRACT

ERCAN ŞAHİN, N. The effect of applied reminiscence therapy on the quality of life of older adults in living nursing home. Hacettepe University, Health Science Institute, Ph.D. Thesis in Public Health Nursing, Ankara, 2015. This research was carried out as a quasi-experimental study to assess the quality of life of older adults after the reminiscence therapy implementation as a nursing intervention, older adults living in nursing home. The population of research was consisted of 84 older adults who live in nursing home of Keçiören Municipality. The sample of survey was consisted of 32 older people who capable of communicating, not have hearing impairment, dementia and psychiatric diagnosis and agree to participate in the study as a volunteer. The older adults were divided into groups and the 12 sessions reminiscence group therapies were applied. Data for the research was collected by questionnaire form developed to determine the socio-demographic characteristics of the older adults and the quality of life was evaluated by using World Health Organization Quality of Life Instrument Older Adults Module (WHOQOL-OLD). Data analysis were done Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Wilcoxon Sign Test. In the research was determined after the reminiscence therapy implementation WHOQOL-OLD quality of life scale six facets score and general score points are decreased according to the pre-test results. Point difference between the pre-test and post test was found statistical significant negatively at the “Autonomy” facets. According to this results is recommended, reminiscence therapy should carry out the different socio-cultural structure in nursing homes with a larger sample group and randomized control group research.

Key Words: Reminiscence therapy, Older adult, Quality of life, Nursing

This thesis is supported by Hacettepe University Scientific Research Projects Coordination Unit. Proje no: 014T03102001-556.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
ŞEKİLLER	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezi	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yaşlıların Yaşam Kalitesi	7
2.2. Anımsama Terapisi	9
2.3. Anımsama Terapisinin Uygulanması	11
2.4. Yaşlı Sağlığı ve Hemşirelik	12
3. BİREYLER VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Şekli	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.4.1. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	19
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	20
3.6. Araştırmanın Uygulaması	21
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26

4. BULGULAR	28
4.1. Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi	29
4.2. Anımsama terapisinin yaşam kalitesine etkisinin yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi	31
5. TARTIŞMA	52
5.1. Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi	52
5.2. Yaşlıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine göre Anımsama Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar	61
6.2. Öneriler	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	
Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı	
Ek 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı uygulama red yazısı	
Ek 3. Kurum İzin Yazısı (uygulama)	
Ek 4. Yaşlı Bireyi Tanımlayıcı Bilgi Formu	
Ek 5. WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Ek 6. Kurum İzin Yazısı (ön uygulama)	
Ek 7. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek 8. Anımsama Terapisi Hatırlatıcı Resimler	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA	Amerikan Hemşireler Derneği
KF-36	Kısa Form 36
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
NIC	Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırması
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Questionnaire Bref (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Sürümü)
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life Questionnaire Old (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü)

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
3.1.	Yaşlılara ait bazı sosyo-demografik özelliklerin dağılımı	17
4.1.	Yaşlıların anımsama terapisi uygulaması öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanlarının dağılımı	29
4.2.	Yaşlıların cinsiyetine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı	32
4.3.	Yaşlıların yaşlarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı	34
4.4.	Yaşlıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı	36
4.5.	Yaşlıların kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.	38
4.6.	Yaşlıların kurumda vakit geçirme aktivitelerine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı	40
4.7.	Yaşlıların çocuk sahibi olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı	42
4.8.	Yaşlıların çocukları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.	44
4.9.	Yaşlıların Ankara'da yaşayan yakın durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı	46
4.10.	Yaşlıların Ankara'da yaşayan yakınları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı	48
4.11.	Yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.	50

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
4.1.	Yaşlıların cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” puan puanlarındaki değişim.	33
4.2.	Yaşlıların kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği “Duyusal Yetiler” alan puanlarındaki değişimi.	39
4.3.	Yaşlıların kurumda vakit geçirme aktivitelerine göre yaşam kalitesi ölçeği “Ölüm ve Ölmek” puanlarındaki değişim.	41

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Dünya’da yaşlı nüfus hızlı bir şekilde artmaktadır. 2000-2050 yılları arasında yaşlı oranının %11’den %22’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu oran sayısal olarak yaşlı nüfusunun 605 milyon yaşlıdan 2 milyar yaşlıya ulaşacağını göstermektedir (1). Türkiye’de ise 2014 yılında 65 ve üzeri yaşta olan yaşlıların nüfusunun toplam nüfusa oranı %8’e yükselirken, 2023 projeksiyonlarına göre %10,2’ye yükseleceği öngörülmektedir(2).

Türkiye’de ki demografik dönüşüm ile birlikte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2013 yılı faaliyet raporuna göre 2002-2013 yılları arasında huzurevlerinde kalan yaşlı sayısının %132 oranında arttığı ortaya konmuştur (3). Bu durum Türkiye’de artan yaşlı nüfusuyla orantılı olarak huzurevinde yaşayan yaşlı sayısının da arttığını göstermektedir.

Huzurevi, yaşlının ilk kez karşılaştığı farklı kültürlerden gelmiş insanlarla yaşamak zorunda olduğu, görel olarak denetimini yitirdiği bir ortam olmakla beraber yaşlının yaşlanma sürecine uyum sağlamaya çalışırken yaşadığı ortamdan uzaklaşıp huzurevine yerleşmesi yaşlı açısından zor kabul edilebilir bir durumdur (4). Huzurevi bakımı yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal kapasitesini mümkün olabilecek en uzun sürede devamlılığının sağlanmasını (5) ve sadece klinik bakımını değil, yaşlıların sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasını kapsamaktadır (6). Yapılan çalışmalarda huzurevinde yaşayan yaşlıların evde yaşayan yaşlılara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ortaya konmuştur (7, 8, 9). Evinde yaşayan yaşlılar ile huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlığı geliştirme davranışlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise evinde yaşayan yaşlıların sağlığı geliştirme davranışlarının huzurevinde yaşayan yaşlılarına göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (10). Yaşlıların yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bir yere sahip olduğu belirtilmiştir (11,12). Yaşlılarda sağlığın geliştirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olma, iyi düzey bilişsel ve fiziksel fonksiyona sahip olma ve aktif olma ile ilişkilidir. Sağlığı geliştirme ve sürdürme davranışlarının amacı erken ölümlerle kaybedilen potansiyel yılları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (13).

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sağlığı geliştirme davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada sağlığı geliştirme davranışları ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (14).

Huzurevinde yaşayan yaşlıların duygusal iyiliğini, bilişsel durumunu, fiziksel durumunu geliştirecek veya problemleri azaltacak sağlığı geliştirme aktivitelerine ihtiyacı vardır. Bu sağlığı geliştirme aktiviteleri iş odaklı (el işleri, bahçe işleri, resim yapma, ahşap oyma, 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 olabilir (15). Bu aktiviteler ile yaşlının sağlık durumu geliştirilip korunabileceği gibi yaşlının huzurevine uyumu, huzurevinde eğlenceli ve anlamlı vakit geçirmesi sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması da sağlanabilecektir.

Huzurevinde yaşayan yaşlılara yönelik yapılan sağlığı geliştirme aktivitelerinden birisi anımsama terapisi. Anımsama terapisi yaşlıların ruh sağlığını korumak ve geliştirmek için kullanılan psikososyal yaklaşımlardan biridir (16). Anımsama terapisi yaşlının yaşlanma sürecine uyumunu sağlamak için çoğunlukla bir klinik girişim olarak uygulandığı belirtilmiştir (17).

Anımsama terapisi ilk kez Butler tarafından psikolojik bir müdahale olarak yaşlılar için geliştirilmiştir (18). Butler (1963), anımsamayı ölümün farkındalığının getirdiği normal yaşamı gözden geçirme sürecinin bir bölümü olarak tanımlamış ve geçmişin kullanılmasının bireyin ölüme hazırlanmasında korku ve endişeyi azaltmaya yardımcı bir mekanizma olarak görmüştür (19). Cappeliez ve diğerleri, anımsamayı “kişinin geçmiş deneyimleri hakkında düşünme ya da söyleme süreci” olarak tanımlamışlardır (20).

Anımsama terapisinin kuramsal temeli Erikson’un (21) psikososyal gelişim kuramına dayanmaktadır. Erikson’a göre, insan yaşamı boyunca sekiz gelişim döneminden geçmektedir. Kişi her gelişim döneminde farklı bir çatışma veya karmaşa ile karşılaşır. Bireyin herhangi bir gelişim dönemindeki hedeflerini

gerçekleştirebilmesi için, o dönemde karşılaşmış olduğu çatışmaların ya da karmaşaların üstesinden gelmesi gerekir. Sekizinci evre olan yaşlılık döneminde kişi gelişimsel döneme özgü olarak yaşadığı hayatı gözden geçirmekte ve bir değerlendirme yapmaktadır. Geçmişine yönelik olumlu bir değerlendirme yaparak benlik bütünlüğü sağlayan kişi, geçirdiği hayattan doyum sağlamakta ve memnuniyet duymaktadır. Olumsuz bir değerlendirme yaptığında ise ümitsizliğe düşmekte, tatminsizlik ve keder duymaktadır.

Başarılı yaşlanmada önemli bir rolü olan anımsama, profesyoneller ve araştırmacılar arasında da itibar kazanmıştır (22). Anımsama terapisi, hastanelerde, gündüz bakımevlerinde, huzurevlerinde ve diğer alanlarda kullanılan bir yöntem haline gelmiş ve yaşam öyküsü tartışma gruplarını kendi düzenli programlarına eklemişlerdir. Yaşlı, yaşlılığın getirdiği zorluklar ile karşı karşıya kalınca anımsama faaliyetlerinin kapsamı yaşlının zorluklarla baş edeceği yeteneklerinin önemli bir belirleyicisi olabilmektedir ve anımsama temelli aktiviteler yaşlıların yaşam kalitesini artırmada olumlu bir rol oynayabilmektedir (23).

Anımsama terapisi ruh sağlığını korumak ve yaşam kalitesini geliştirmek için anıların kullanıldığı bir yöntemdir. Anımsama sadece geçmiş olayların ve deneyimlerin hatırlanması değildir. Anımsama kişinin hayatına odaklanarak yeniden değerlendirme, geçmişten gelen çatışmaların çözümü, kişinin hayatının anlamını bulma ve kişinin geçmişte başa çıkma tepkilerini değerlendirmeyi kapsayan yapılandırılmış bir süreçtir (24).

Yapılan çalışmalarda anımsamanın yaşlılarda depresyonu (23, 25-35), yalnızlık duygusunu azalttığı (17, 33) ve yaşam doyumunu (11, 36), benlik saygısını (17, 23, 37), psikolojik iyilik halini (33, 38, 39), benlik bütünlüğünü (39), yaşam kalitesini (40), mutluluğu (31) ve moral düzeyini arttırdığı (27) ortaya konmuştur.

Bunun yanında yapılan bazı çalışmalarda anımsama terapisi ile depresyon (17, 37, 41), kendini gerçekleştirme (41), benlik saygısı (28, 31), yaşam doyumunu (31, 37) ve sağlık algısı (27, 28) arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırması'nda (NIC) anımsama terapisi bir hemşirelik girişimi olarak ele alınmaktadır. NIC'te terapötik bir girişim olarak anımsama, mevcut koşullardan zevk almak, yaşam kalitesini arttırmak ya da yaşlılığa

uyumu kolaylaştırmak için geçmiş olayların, düşüncelerin, duyguların kullanılması olarak tanımlanmıştır (42).

Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) Psikiyatri Ruh Sağlığı Hemşirelik Uygulama Standartları ve ANA Gerontolojik Hemşirelik Uygulama Kapsam ve Standartları anımsama terapisini standart bir hemşirelik uygulaması olarak belirtmiştir (43, 44). Bağımsız bir hemşirelik girişimi olan anımsama terapisi uzun süreli bakım, destekli yaşam ve bağımsız yaşamı kapsayan çeşitli ortamlarda kullanılmaktadır (23). Uzun süreli bakım veren kurumlarda sağlık personelinin anımsama grup terapisi için eğitilmesi ve yaşlı grup için böyle bir program sunma gerekliliği belirtilmektedir (30). Gerontoloji hemşireleri tarafından yapılan anımsama terapilerinin yaşlıların yaşam kalitesini arttırmak için büyük bir potansiyele sahip olduğu ortaya konmuştur (45).

Hemşireliğin amacı yaşamın her döneminde bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Yaşlı bireylere sunulan hizmetlerin hedefi, yaşam kalitelerini korumak ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamaktır. Yaşam kalitesi, hemşirelik hedefleriyle iç içe girmiştir ve hemşirelik girişimlerinin en önemli sonucudur (11). Yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun dolayısı ile yaşam kalitelerinin artması için ruh sağlığını koruyacak ve yaşam kalitesini geliştirecek sosyal destek kaynaklarının değerlendirilerek, bireylerin gereksinimlerinin ortaya konulması ve bu doğrultuda gerekli uygulamaların yerine getirilmesinde hemşire önemli bir rol oynamaktadır (46, 47). Yaşlı nüfusun sağlığını ve yaşam kalitesini geliştirmek için maliyet-etkin, terapötik, farmakolojik olmayan hemşirelik girişimlerine ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (23, 45).

Wu'nun (48), kurumda yaşayan yaşlı asker emeklilerine bir hemşirelik girişimi olarak 12 haftalık grup anımsama terapisi uygulanmasının benlik saygısı, yaşam doyumunu ve depresif bulgulara olan etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, benlik saygısı ve yaşam doyumunun arttığını ve depresif bulguların azaldığını ortaya koymuştur. Ayrıca olumlu öz-değer (self-value) duygusunun ve kuruma aitlik duygusunun ortaya çıktığı belirtilmiştir.

Chiang ve arkadaşları (33), huzurevinde yaşayan erkek yaşlılarda anımsama terapisinin psikolojik iyilik hali, depresyon ve yalnızlık üzerinde etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada sekiz hafta uygulanan anımsama terapisinin olumlu

etki gösterdiğini belirtmişlerdir. Anımsama terapisinin psikolojik iyilik halini arttırdığını, depresyon belirtilerini ve yalnızlık duygularını hafifletmede başarılı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Kwon ve arkadaşları (49), demanslı yaşlılarda bilişsel fonksiyon, depresyon, davranış problemleri ve yaşam kalitesi üzerinde anımsama terapisinin klinik etkilerini incelemek amacıyla meta analiz çalışması yapmışlardır. Bulgular doğrultusunda demanslı yaşlılarda anımsama terapisi girişiminin bilişsel fonksiyonları sürdürme ve geliştirmede, depresyonu azaltmada ve daha iyi bir yaşam kalitesinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Wang ve arkadaşları (35), grup psikoterapisi olarak anımsamanın yaşlılarda depresif semptomlar ve yaşam kalitesi üzerinde etkisini değerlendirmek amacıyla WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği ile yaptıkları çalışmada sekiz oturumluk grup psikoterapisi girişimi ile yaşlılarda depresif semptomların azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığını ortaya koymuşlardır. Ayrıca antidepresan ilaçları tolere edemeyen depresif yaşlılar için grup psikoterapisinin alternatif bir tedavi olabileceğini belirtmişlerdir.

Ülkemizde anımsama ile ilgili ilk çalışma 2005 yılında eğitim bilimleri alanında doktora tezi olarak yapılmıştır. Çalışma anımsama yönteminin kullanıldığı bir grupta psikolojik danışma programının 60 yaş ve üzerindeki bireylerin yaşam doyumlarına etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Sonuç olarak anımsama terapisinin yaşlılarda yaşam doyumunu üzerinde belirgin etkisi bulunamamıştır. Ancak, anımsama terapisinin yaşlıların duygusal açıdan daha olumlu hissetmelerine ve sosyalleşmelerine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (50). Bir diğer çalışma ise anımsama terapisinin Alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisini değerlendirmek amacıyla hemşirelik alanında bir çalışma yapılmış ve müdahale grubundaki bireylerin bilişsel durumundaki artışın ve depresyondaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Anımsama terapisinin bireylerin, hareket, bireysel hijyen, beslenme, uyku ve giyinme gibi günlük yaşam aktiviteleri üzerine bir etkisi olmadığı ancak iletişim, işbirliği, sosyalleşme ve huzursuzlukları üzerine olumlu bir etkisinin olduğu bulunmuştur (51).

Yaşlanan toplumla birlikte hemşirelerin hizmet alanında daha fazla yer alan yaşlılar için yaşlıların sağlığını ve yaşam kalitelerini geliştirecek ve devam ettirecek hemşirelik girişimlerinin gelişimine ihtiyaç vardır. Anımsama terapisinin, toplumda ya da huzurevinde yaşayan yaşlılar üzerinde etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar ile anımsama terapisinin rutin olarak uygulanan bir hemşirelik girişimi olması sağlanabilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma huzurevinde yaşayan yaşlılara bir hemşirelik girişimi olarak anımsama terapisi uygulanması sonrası yaşlıların yaşam kalitesindeki değişimi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Bu araştırmada aşağıda yer alan hipotez değerlendirilmiştir.

H0: Anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine olumlu etkisi yoktur.

H1: Anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine olumlu etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Son yıllarda yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilgili literatürde çarpıcı bir şekilde artış vardır (52). Yaşam kalitesi günlük dilde sıkça kullanılmaktadır ancak karmaşık ve çok yönlü bir kavram olması nedeniyle henüz ortak bir tanım yapılamamıştır. Mevcut kullanımda yaşam kalitesinin ortak bir tanımının olmaması yaşam kalitesinin multidisipliner bir kavram olmasına bağlanmaktadır (53).

Yaşam kalitesi ilk olarak eski Yunan döneminde tanımlanmıştır (54). Yaşam kalitesi II. Dünya Savaşı'ndan sonra önemli bir terim olmuştur. II. Dünya Savaşı'ndan sonra siyasette refah ve yararı gözetilen ideolojilerin etkisi artmıştır. Sosyal politikanın amaçları “mutluluk”, “refah” ve “yaşam kalitesi” gibi farklı terimlerle formüle edilmiştir. “Yaşam Kalitesi Araştırmaları”, etkin sosyal politikaların tasarımı için politika oluşturanlara veri sağlamıştır. Dolayısıyla yaşam kalitesinin sağlık alanında gelişmesinde sosyal politikalar önemli bir rol oynamıştır. (55). Günümüzde yaşam kalitesi sağlık bilimleri, psikoloji, sosyal ve kamu politika alanlarında önemli bir yer edinmiştir (56).

Yaşam kalitesi araştırmalarında en büyük zorluk kavramın tanımının yapılmasıdır. Tanımın eksikliği araştırmalarda tartışma kaynağı olmuştur (57). Literatürde yaşam kalitesi ile ilgili pek çok tanımla karşılaşılabilir. Yaşam kalitesi kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak tanımlanabilir (58). Cummins'in ve arkadaşlarının (59) yaptıkları derlemede yaşam kalitesi ile ilgili 27 tanımı incelenmiş ve dört ortak unsur olarak duygusal iyilik (%85), sağlık (%70), yakınlık (%70) ve çalışma ve üretim (%56) belirlenmiştir. DSÖ ise yaşam kalitesini, “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması” olarak tanımlamaktadır (60).

Yaşam kalitesi sağlık literatüründe ise sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olarak kullanılmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir (61). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin veya grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır (58). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde, birbirleriyle çok yakından ilgili üç temel boyut bulunmaktadır. Bunlar fiziksel, psikolojik ve

sosyal boyutlardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Psikolojik boyut, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir. Sosyal boyut ise kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır (62).

Yaşam kalitesi farklı bireylerde hayatlarının farklı dönemlerinde farklı şeyler ifade etmektedir. Yaşlanma ile yaşam kalitesinde öncelik tanınan boyutlar da değişmektedir (63). Yaşlılar ile yapılan yaşam kalitesi araştırmalarında, kültür (64) yaş (65-67), medeni durum (68), cinsiyet (66, 69-71), ekonomik durum (67-70, 72, 73), boş zaman faaliyetleri (67, 68, 74), eğitim durumu (66, 67, 70), kronik hastalıklar (65,73), fiziksel yetersizlikler (75), sosyal güvence (70), aile ilişkileri (76), huzurevinde kalma durumu (66-67) yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenler olarak belirtilmiştir. Yaşlıların yaşam kalitesinin ve sağlığının geliştirilmesi amaçlı uygulanacak olan girişimlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir.

İnsanların daha uzun yaşamasıyla birlikte özellikle bağımsızlık ve fonksiyonların devamlılığı ve yaşam kalitesinin geliştirilmesinde sağlığı geliştirme aktiviteleri önemli hale gelmiştir (13, 77, 78). Sağlığı geliştirme ve korumanın amacı, kronik ve akut hastalıklar nedeniyle erken ölümlerin azaltılması, fonksiyonel bağımsızlığın devam ettirilmesi, yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi olarak belirtilmiştir (79).

Malderen ve arkadaşları (80), uzun süreli bakım veren kurumlarda yaşlıların yaşam kalitesini arttırmak için yapılan girişimleri saptamak amacıyla yaptıkları sistematik derlemede, kurumda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çalışmaların sınırlı olduğunu ve genellikle psikolojik ve fiziksel girişimlerin yapıldığı sonucuna varmışlardır. Yaşam kalitesinde bir sistematik etkinin olmaması yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olmasına karşın, yapılan uygulamaların çok boyutlu olmamasına bağlanmıştır. Aktif yaşlanma belirleyicisi olarak psikolojik faktörlere dikkat çekmişlerdir.

Huzurevinde yaşayan yaşlılara yönelik yaşlıların sağlığını geliştirecek aktiviteler yapılmaz. Bu aktiviteler huzurevi yaşlılarının duygusal iyilik hallerini, bilişsel durumlarını, fiziksel fonksiyonlarını geliştirmeyi ya da problemleri azaltmayı kapsayan eğlenceli (zevкли) aktiviteler olarak tanımlanabilir. Huzurevlerinde yapılan aktivitelerden birisi grup olarak televizyon ya da film izlemedir ve genellikle yaşlılar izlerken uyuyakalırlar. Bu nedenle huzurevi yaşlılarının yaşam kalitesini arttıracak sağlığı geliştirme aktivitelerine ihtiyaç vardır (15). Huzurevinde yaşlıya bakım veren hemşirelerin yaşlıyı bütüncül yaklaşımla ele alarak yaşlının duygusal iyiliğine, bilişsel durumuna, fiziksel fonksiyonuna ve davranışlarına uygun faaliyetler planlamalıdır.

Backhouse ve arkadaşları (81), bakımevlerinde antipsikotik kullanım prevalansını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada demanslı yaşlıların psikolojik ve davranışsal semptomlarına yönelik yapılan farmakolojik olmayan girişimler arasında anımsama terapisinin (%75), müzik terapisinin (%73) ve hayvan destekli terapilerin (%64) yer aldığını ortaya koymuşlardır.

Nevbern (82), yaşlılıkta depresyon ve umutsuzluktan korunmak ve baş etme yeteneğinin geliştirilmesi için anımsamayı bir sağlığı geliştirme aracı olarak görmüştür. Nevbern'e göre anımsama, yaşlılara kendileri ile ilgili bir şeyler anlatmak, toplumda kendilerinin ve hayatlarının değerli olduğunu hissetmek için bir fırsat vermektedir.

2.2. Anımsama Terapisi

Anımsama, 1960'ların başında akademik çalışmaların odağı olmaya başlamıştır. Psikiyatrist ve gerontolojist olan Robert Butler (1963), anımsamanın özellikle yaşlılar için önemini tartışmıştır (83). Anımsama, gerontoloji, psikoloji, hemşirelik ve eğitim gibi birçok alanda yayılmış ve multidisipliner bir araştırma alanı haline gelmiştir (84).

Anımsama, bireylerde her yaşta görülen bireyin geçmiş deneyimlerinden anılarını hatırlamasını içeren çok boyutlu bir süreçtir (85). Butler'in özgün araştırmasına kadar özellikle yaşlıların anılarını tekrar tekrar anlatmalarından dolayı onların sıkıcı oldukları ve geçmişte yaşadıkları düşünülürdü. Butler yaptığı araştırmayla birlikte anımsamanın yaşlılar için en önemli psikolojik görev olduğunu

ortaya koymuştur (86). Butler “yaşamı gözden geçirme”yi yaşlılarda anımsamanın bir tür yorumu olarak tanımlamış ve böylece ilk deneysel ve pratik uygulamalar başlamıştır. Daha önce anımsama yaşlılar için bilişsel bir gerilemenin sonucu olarak görülürken Butler, “yaşamı gözden geçirme”nin geçmişten gelen çözülmemiş çatışmaların ve yaklaşan ölüm ve savunmasızlığa uyumu kolaylaştıran pozitif bir fonksiyona sahip olduğunu belirtmiştir (83). Butler “anımsama” ve “yaşamı gözden geçirme” yi terimlerinin ikisini de aynı anlamda kullanmıştır.

Anımsama terapisi, grup ya da bireysel olarak bir obje, resim, müzik ya da hatırlatıcı bir nesne ile anıların ve deneyimlerin paylaşılması olarak tanımlanmıştır (87). Anımsama terapisi için en kapsamlı tanım Bluck and Levin (88) tarafından yapılmıştır:

“Anımsama istemli ya da istemsiz olarak kişinin geçmişteki anılarını hatırlaması sürecidir. Unutulmuş ya da unutulmamış, özel ya da genel anılar ve geçmiş deneyimler hatırlandığında gerçeğe yakın duyguların yeniden yaşanmasıdır. Bu hatırlama birebir olabileceği gibi başkalarıyla birlikte de olabilir.”

Bu tanımda üç önemli noktaya dikkat çekilmiştir. Birincisi, anımsamanın günlük yaşantımızda her an olduğu; ikincisi, unutulmuş anıların tekrardan hatırlanıldığı, ki bu istemli hatırlama anımsama girişiminin temelidir; üçüncü olarak ise hatırlanan anılar ile o zamanki duyguların yeniden yaşandığı belirtilmiştir (89).

Bazı araştırmacılar uzun yıllar anımsamanın fonksiyonlarını sınıflandırmaya çalışmışlardır. Webster, Anımsama Fonksiyon Ölçeğini (Reminiscence Function Scale) geliştirmiş ve anımsamanın sekiz fonksiyonu olduğunu ortaya koymuştur. (90,91). Anımsamanın sekiz fonksiyonu kimlik, problem çözme, ölüme hazırlanma, öğretme-bilgi verme, sohbet, acıklı olayları hatırlama, sıkıntının azaltılması ve yakınlık olarak belirlenmiştir.

Kimlik, kişinin yaşam bütünlüğünü sağlamak ve yaşadığı yaşamı değerli ve anlamlı bulması için anılarının kullanılması anlamına gelir. *Problem çözme*, geçmiş problem çözme deneyimlerini hatırlayarak mevcut problemlerini çözmeyi ifade eder. *Ölüme hazırlanma*, anıları kullanarak kişinin sonluluğunu (ölümünü) kabullenmesidir. *Öğretmek /bilgi vermek*, başkalarına öğretmek ya da bilgilendirmek amacıyla anıların paylaşılması bir hayat dersi verilmesidir. *Sohbet*, kişisel anıların değerlendirme ya da öğretme niyeti olmadan interaktif bir şekilde iletişim

kurulmasıdır. *Acıklı olayları hatırlama*, zor hayat şartları anılarını yeniden ele almakla ilgilidir. *Sıkıntı azaltma*, uyarılma ya da ilgi çekmenin bir boşluğu doldurma amacıyla anıların kullanılmasıdır. *Yakınlık* ise ölümlle ilgili anılardan ayrılan en önemli anının canlı kalmasının sağlanmasıdır (92).

Bu sekiz fonksiyondan yola çıkarak ruh sağlığı ile ilgili anımsama terapisinin üç temel tipi olduğu belirtilmektedir. Bunlar sosyal fonksiyon, pozitif fonksiyon ve negatif fonksiyondur. Kişisel anıları kullanarak öğretme ve bilgi verme amacıyla sohbet edilmesi sosyal fonksiyon; anıları kullanarak ölüme hazırlanma, problem çözme ve kimlik oluşturma pozitif fonksiyon; can sıkıntısını azaltmak, acı olayları hatırlamak ya da ölmüş bir kişiyle yakınlık sağlamak için anıların kullanılması ise negatif fonksiyon olarak belirlenmiştir (89).

Araştırmacılar anımsama terapisinin etkisini, bilişsel, psikososyal, sosyal, davranışsal ve sağlık sonuçları gibi çeşitli alanlar üzerinde değerlendirebilirler. Bu alanlar depresyonu, benlik saygısını, kendini kabullenme, benlik bütünlüğünü, morali, anksiyeteyi, yaşam doyumunu, fiziksel aktiviteyi, iyilik halini, bilişsel düzeyi, sağlık durumunu ve yaşam kalitesini içermektedir (26).

2.3. Anımsama Terapisi Uygulaması

Anımsama terapisi sağlıklı yaşlılara, bilişsel bozukluğu olan yaşlılara ya da depresif yaşlılara uygulanabilmektedir (23). Anımsama terapisi doğum ile başlar ve önemli olaylara odaklanarak yaşam yıllarında ilerler (93). Anımsama terapisi oturum konuları olumlu hatıraların anımsanmasını sağlayacak konulardan oluşur (41, 94). Anımsama terapisinde doğup, büyünülen ev/yer; çocukluk ve okul anıları, çocukluk ve okul arkadaşları, gençlik yılları, gençlik arkadaşları, evlenme süreci, ilk çocuğun doğumu, çocuklarla ilgili mutlu anılar, başarılı anılar, eski bayramlar, unutulmayan kişiler veya olaylar, gidildiğinde mutlu olunan yerler, eskiden yapılan yemekler, eski eşyalar, eski şarkılar gibi pek çok konu üzerine sohbet edilmektedir (95).

Anımsamayı her şey tetikleyebilmektedir. Anımsama da daha çok görsel (fotoğraflar ve filmler) öğeler kullanılmaktadır. Ancak işitsel (müzik ve sesler), dokunma (kumaşlar ve örgüler) veya koku (yemek kokuları ve parfüm) gibi diğer duyualarda anımsama da etkili olabilmektedir (96).

Anımsama terapisi bireysel ya da grup olarak uygulanabilmektedir. Anımsama grup terapilerinde 6-10 kişilik grup uygulamaları en iyi sonuçları vermiştir. Bu sayıdaki gruplar, yaşlıların sosyal etkileşimini ve her bir yaşlının aktif katılabilmesi için yeterli zamanı sağlamaktadır (45). Oturum süresi 30-90 dakika arasında değişmekle birlikte anımsama terapsinin etkili olabilmesi için 6-12 oturum önerilmektedir. Gruplar yaş, medeni durum, fiziksel ve ruhsal kapasite ve yaşlıların birbirleriyle anlaşma durumu göz önüne alınarak oluşturulmalıdır (45, 97). Yaşlılar bu özelliklerine göre kendini güvende hissedebilecekleri ve rahat ifade edebilecekleri gruplara ayrılmalıdır.

Anımsama terapisi oturumlarının haftanın aynı gün, aynı saat, aynı yerde yapılması yaşlıların katılımının teşviki için önemlidir (94, 95).

Anımsama terapisi oturumlarının yapılacağı odanın büyüklüğü ve yeri ışıklandırması, sessizliği, ısısı, havalandırması ve sandalyelerin yaşlıya uygunluğu önemlidir (37,94,97,98). Yaşlılar kendilerini ortamda rahat hissetmeli ve çevre onları oturumlara katılmayı destekler şekilde olmalıdır (98). Yaşlılar birbirlerini görebilecek ve duyabilecek şekilde bir daire etrafında oturmalıdırlar (37).

Anımsama terapisinde grup liderinin rolü önemlidir. Grup lideri, oturumlarda yaşlıları desteklemeli, teşvik etmeli, onlarla empati yapmalı ve onların fiziksel problemleri ile ilgilenmelidir (98). Grup lideri, grup sürecini yönetmeli ve izlemeli, grubun sürekliliğini sağlamalı, zayıf bireyleri korumalı ve grup süreci becerilerini kullanmalıdır (94). Ayrıca grup lideri her yaşlıya söz hakkı vererek konuşmasını sağlayabilmeli ve eşit süre vermelidir. Her oturum sonunda yaşlılara geri bildirim vermeli, oturumun özetini yapmalı ve bir sonraki oturum konusunu söylemelidir. Gerekiyorsa yaşlılara oturum konusu ile ilgili kendilerine ait fotoğraf veya eşya getirmelerini belirtmelidir. Son oturumda ise yaşlılarla birlikte genel bir değerlendirme ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlanır ve katılımları için teşekkür edilerek sonlandırılır (98).

2.4. Yaşlı Sağlığı ve Hemşirelik

Yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması önemli bir hemşirelik hedefi haline gelmiştir. Yaşlı ile çalışan hemşireler; yaşlının fiziksel bakımını yapabilmesine, duygusal sorunları ile baş edebilmesine, kendi kendine yetebilmesine ve

yetersizlikleri ile yaşayabilmesine, kendini değerli görmesine yardım eder. Yaşam kalitesinin artırılması ya da sürdürülmesi yaşlılar ile çalışırken hemşirelik uygulamalarının önemli bir odak noktası durumundadır (99, 100). Hemşirelik bakımının hedefi, yaşam kalitesini desteklemektir. Bu nedenle, hemşire yaşlıların gereksinimlerini karşılarken, yaşlı için yaşam kalitesinin anlamına ve yaşam kalitesinin geliştirilebilmesi için uygun müdahaleye yönelik bilgiye sahip olmalıdır (75). Ayrıca, yaşlı ile çalışan hemşireler hem yaşlıların mevcut ilişkilerinin sürdürülmesine hem de yeni ilişkilerinin oluşumunu destekleyerek sosyal ilişkilerinin sürdürülmesine ve geliştirilmesine yardımcı olabilirler (99).

Profesyonel bakım vericiler olarak hemşirelerin, yaşlıların yaşam kalitesini arttırmak için eğitim ve program geliştirmede sorumlulukları vardır. Bu durum yaşlılara primer bakım verici olarak hemşirelerin yenilikçi kanıta dayalı girişimler sağlayabilmesi için zorunluluktur (94). Yaşlanan toplumun yaşam kalitesinin sürdürülmesi için hemşirelik girişimlerinin gelişmesine ihtiyaç vardır. Huzurevinde yaşlıya bakım veren hemşirelerin yaşlıyı bütüncül yaklaşımla ele alarak yaşlının duygusal iyiliğine, bilişsel durumuna, fiziksel fonksiyonuna ve davranışlarına uygun faaliyetler planlamalıdır. Anımsama terapisi NIC'e göre bir hemşirelik girişimidir (42). Hemşirelikte anımsama 1960'ların sonuna doğru kullanılmaya başlamış ve 1970'lerde hemşireler deneyimlerini yazmaya başlamışlardır. Anımsama üzerine ilk doktora tezi hemşire Hibbel tarafından 1971 yılında yapılmıştır (101). Anımsamanın birincil hedefi geçmiş deneyimlerin hatırlanmasını sağlayarak, kişisel ve kişiler arası işlevselliği ve iyilik halini geliştirmektir (102). Anımsama terapisinin yaşlıların moralinin, bilişsel fonksiyonlarının, yaşam doyumunun sürdürülmesinde ve yükseltilmesinde etkisi olduğu ortaya konmuştur (23).

Anımsama terapisinin yaşlıların üzerinde olumlu etkileri olduğu kadar yaşlılarla çalışan hemşireler üzerinde de etkileri vardır. Gudex ve arkadaşlarının (103), günlük hemşirelik bakımına entegre olarak uygulanan anımsama terapisinin huzurevi yaşlıları ve hemşireleri için sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, deney grubundaki huzurevi hemşirelerinin mesleki rolleri ile doyumunun arttığı, yaşlılara ve çalıştıkları ortamlara daha olumlu bakış açısı geliştirdikleri belirtilmiştir. Ayrıca anımsama aktivitelerinin hemşirelere yaşlıların geçmiş deneyimlerini öğrenerek yaşlıları daha bireysel algılamalarına yardımcı olabileceğini

ve böylece karşılıklı daha düzenli, katılımlı sosyal aktiviteler için fırsat sunacağını belirtmişlerdir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Huzurevinde yaşayan yaşlılara uygulanan anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma, tek grupta ön ve son test desenli yarı deneysel araştırma türünde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı bulunan huzurevlerinde (Seyranbağları ve Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi) araştırma uygulaması yapılmak üzere 24/9/2012'de başvurulmuştur. 16/10/2012 tarihinde bakanlık tarafından cevap yazılmış ve araştırma konusunu ve yaşam kalitesi ölçeğinin sorularını (ölümle ilgili sorular) yaşlılara uygun bulmadıklarını belirterek düzenlemeler yapıp tekrar başvurulduğunda, bir kez daha değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir. 05/11/2012 tarihinde istenilen düzenlemeye karşılık literatür destekli bir cevap yazılmış ve tekrar başvurulmuştur. 13/12/2012 tarihinde yazılan cevapta araştırma sorularının ve konusunun yaşlılık döneminin biyo-psiko-sosyal durumuna uygun bulmadıkları için araştırmanın uygulamasına izin verilmediğini belirtmişlerdir (EK 2).

Bu nedenle Keçiören Belediyesi'ne başvurulmuş ve Keçiören Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Huzurevi'nde 4 Mart-1 Kasım 2013 tarihleri arasında araştırma için izin alınmıştır (EK 3).

Keçiören Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Huzurevi 90 yataklı olup 84 yaşlı kalmaktadır. Kurumda iki hemşire, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir gıda mühendisi ve 16 yaşlı bakım elemanı çalışmaktadır. Kurumda çamaşırhane, ütü, terzi, berber hizmetleri verilmektedir. Yaşlılar odalarda tek, iki ya da üç kişi kalmaktadırlar.

Kurumda Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullarla eş zamanlı olarak çalışan el işi öğretmeni ile birlikte kadın yaşlılar sabah saat 09:30'dan öğle yemeğine kadar el işi odasında örgü örmektedirler. El işi öğretmeni sömestr ve yaz tatilinde gelmemektedir. İsteyen yaşlı kurumun bahçesinde bahçe işleri ile uğraşabilmektedir. Yaşlılar kurum dışında yemek davetlerine götürülmektedir. Ayrıca kurum Ankara'da dışarıdan ziyaretçi kabul eden tek kurumdur. Haftanın 2-3 günü farklı kurumlardan

(okul, dernek vb.) toplu şekilde ziyaretçiler gelmektedir. Bazen günde iki farklı grup ziyaretçi gelmektedir. Ziyaretçilerin geleceği zaman yaşlılara haber verilmekte, ziyaretçilerle görüşmek isteyen yaşlılar kurumun büyük salonunda ziyaretçileri beklemektedir. Ziyaretçiler yaşlı odalarına alınmamaktadır. Kuruma sadece Temmuz ve Ağustos aylarında ziyaretçi gelmemektedir.

Hemşirelik hizmetleri olarak kurum hemşiresi, ihtiyacı olan yaşlıların ilaçlarını dağıtmakta, pansuman ve enjeksiyon yapmaktadır. Ayrıca ilacı biten yaşlıların ilaçlarının teminini sağlamaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini Keçiören Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Huzurevi'nde yaşayan 84 yaşlı oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini iletişim kurabilen, işitme sorunu olmayan, demansı ve psikiyatrik tanısı olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan yaşlılar oluşturmuştur. İletişim kurabilme, işitme sorunu olmama, demansı ve psikiyatrik tanısı olmama kriterlerini sağlayamayan 29 yaşlı ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan 21 yaşlı araştırma kapsamı dışında kalmıştır. Araştırma örneklem seçim kriterlerine uygun 34 yaşlı ile yürütülmüştür. Ancak iki yaşlının vefat etmesinden dolayı uygulama sonunda örneklem 32 yaşlıdan oluşmuştur. Araştırma kapsamına alınan yaşlılara ait bazı tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.1. de verilmiştir.

Tablo 3.1. Yaşlılara ait bazı sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.

Özellik	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	14	43.8
Erkek	18	56.2
Yaş		
65-74	11	34.4
75-84	13	40.6
85-94	8	25.0
Medeni Durum		
Bekar	5	15.6
Evli	2	6.2
Boşanmış+dul	25	78.2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	11	34.4
Okur-yazar, ilkokul	13	40.6
Ortaokul, lise	8	25.0
Meslek		
Ev hanımı	12	37.5
Serbest meslek	12	37.5
Çiftçi	4	12.5
İşçi	4	12.5
Maaş Durumu		
Var	28	87.5
Yok	4	12.5
Tanısı konmuş hastalık durumu		
Yok	4	12.5
1-2 tane kronik hastalığı olan	16	50.0
3 ve üstü kronik hastalığı olan	12	37.5
TOPLAM	32	100.0

Tablo 3.1. (Devam) Yaşlılara ait bazı sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.

Özellik	Sayı	%
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	22	68.8
Yok	10	31.2
Çocuğuyla görüşme durumu		
Sık görüşüyor	9	28.1
Seyrek görüşüyor	7	21.9
Hiç görüşmüyor	6	18.8
Çocuğu yok	10	31.2
Ankara'da yaşayan yakını var mı?		
Var	25	78.1
Yok	7	21.9
Yakınlarıyla görüşme durumu		
Sık görüşüyor	6	18.8
Seyrek görüşüyor	14	43.7
Hiç görüşmüyor	5	15.6
Yakını yok	7	21.9
Huzurevinde kalma süresi		
1 yıldan az	8	25.0
1-6 yıl	13	40.6
7 yıldan fazla	11	34.4
Yaşlıların birbiriyle ilişki durumu		
İyi	27	84.4
Kötü	5	15.6
Huzurevinde vakit geçirme*		
En az 2 aktivite	3	9.4
3-4 aktivite	15	46.9
5-6 aktivite	14	43.7
TOPLAM	32	100.0

* El işi yapma, kitap\gazete okuma, yürüyüş, radyo dinleme\TV izleme, ibadet yapma, kurum içinde sohbet etme\oturma\dolaşma

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmada, yaşlıların özelliklerini tanımlamak amacıyla hazırlanan ‘‘Yaşlı Bireyi Tanımlayıcı Bilgi Formu’’ (EK 4) ile yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirmek için ‘‘WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği’’ (EK 5) veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yaşlılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Yaşlı Bireyi Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK 4)

Araştırmacı tarafından oluşturulan form, yaşlı bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, maaş durumu, tanısı konuş hastalık durumu, çocuk sahibi olma ve çocuklarıyla görüşme durumu, Ankara’da yaşayan yakını olma ve yakınlarıyla görüşme durumu, huzurevinde kalma süresi, yaşlıların birbirleriyle olan ilişki durumu ve huzurevinde vakit geçirme aktiviteleri gibi tanımlayıcı özelliklerini içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 5)

Genel amaçlı bir yaşam kalitesi ölçeği olan WHOQOL’un uzun ve kısa olmak üzere iki sürümü vardır bunlar; WHOQOL-100 ve 26 sorulu WHOQOL-BREF’dir. Bu ölçekler sadece yaşlı erişkinler değil, genel olarak erişkin nüfus için geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçekleridir. WHOQOL grubu tarafından yaşlıların yaşam kalitesini ölme gereksinimden yola çıkarak 22 ÷lkede eş zamanlı bir yaklaşım kullanarak yaşlılar için WHOQOL’un yaşlı mod÷lü olan WHOQOL-OLD mod÷lü geliştirilmiş ve geçerliği yapılmıştır (104). Altı boyut içeren bu ölçekte Chronbach Alfa değerleri; Duyusal işlevler 0.84, özerklik 0.72, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler 0.74, sosyal katılım 0.79, ölmek ve ölüm 0.84, yakınlık 0.88 olarak elde edilmiştir (105).

WHOQOL-OLD Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2010 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Chronbach Alfa değerleri, duyusal işlevler 0.88, özerklik 0.68, geçmiş, bugün ve geleceğe ait faaliyetler 0.73, sosyal katılım 0.76, ölmek ve ölüm 0.75, yakınlık 0.82 olarak elde edilmiştir. Genel ölçek yapısı için ise alfa değeri 0.85 olarak elde edilmiştir (106).

WHOQOL-OLD modülü, altı boyut içinde, cevapların beşli likert ölçeği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Bu altı boyut “duyusal işlevler”, “özerklik”, “geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler”, “sosyal katılım”, “ölmek ve ölüm”, “yakınlık” başlığıyla yer almaktadır. Duyusal işlevler; görme, işitme, koku, tat alma ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, Özerklik; yaşlılıkta bağımsızlığın, özgür biçimde yaşayabilme ve kendi kararlarını verebilmenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, Geçmiş, Bugün ve Geleceğe ait Aktiviteler; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarılardan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceler sorgulanmaktadır. Sosyal Katılım; zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu, Yakınlık; diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği, Ölüm ve Ölmek; ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı araştırılmaktadır (104).

Beşli likert ölçeği, 1: hiç, 2: çok az, 3: orta derecede, 4: çok fazla, 5: aşırı derecede şeklindedir. Her bir soru için olası en düşük puan 1, en yüksek puan 5'tir. Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla “toplam puan” da hesaplanabilir. Ölçekte alınabilecek en yüksek toplam puan 120, en düşük toplam puan ise 24'tür. Puan arttıkça yaşam kalitesinin de iyi olduğu kabul edilmektedir (104).

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

1 Şubat-28 Şubat 2013 tarihleri arasında Etimesgut Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü'ne bağlı Orhan Tan Huzurevi'nde ön uygulamanın yapılması için izin alınmıştır (EK 6). Orhan Tan Huzurevi 52 yataklı olup 37 yaşlı burada kalmaktadır. Kurumda iki hemşire, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı ve yedi yaşlı bakım elemanı çalışmaktadır. Kurumda çamaşırhane, ütü, terzi, berber hizmetleri verilmektedir.

İlk hafta örneklem kriterlerine uygun yaşlılarla görüşülmüş “Yaşlı Bireyi Tanımlayıcı Bilgi Formu” ve “WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulanmıştır. 7 yaşlıdan oluşan bir anımsama terapisi grubu oluşturulmuştur. İkinci ve üçüncü hafta, yaşlılarla haftada bir kez anımsama terapisi toplantıları yapılmıştır. Çocukluk çağı oyunları ve eski bayramlardan bahsedilmiştir.

Ön uygulama sonunda veri toplama formunun araştırmanın hipotezlerini değerlendirmek için yeterli olduğu yaşlıya yöneltilen soruların anlaşılır olduğu, anımsama terapisi toplantılarınının 35-40 dakika sürdüğü belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Anımsama terapisi, halk sağlığı hemşireliği alanında bilim uzmanlığı derecesine sahip huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde çalışma yapan hemşire tarafından uygulanmıştır. Anımsama terapileri grup toplantıları huzurevinin toplantı salonunda yapılmıştır. Toplantı salonu aydınlık, oda sıcaklığında ve sessizdir. U Őeklinde masa ve sandalyeler mevcuttur. Yaşlılar birbirini görecek ve duyacak Şekilde oturmuşlardır. Anımsama terapisi oturumları sırasında çay ve bisküvi ikramı yapılmıştır.

4 Mart-31 Mayıs 2013 tarihleri arasında yaşlılarla tanışılmış, yaşlılara uygulama hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem kriterlerine uygun yaşlılara yaşlı bireyi tanıma formu ve yaşam kalitesi ölçek formu uygulanmıştır. Yaşlılar yaş, cinsiyet, medeni durum ve birbirleriyle anlaşma durumuna göre gruplara ayrılmıştır. Grup kişi sayıları 2-5 arasında değişen 12 grup oluşturulmuştur.

Her grupla haftalık anımsama terapisi oturumları düzenlenmiştir. Bu oturumların konuları sırasıyla çocukluğun geçtiği yer (ev, semt), çocukluk oyunları, okul dönemine ait mutlu anılar (arkadaşlar ve öğretmenler), gençlik dönemine ait en mutlu anılar (arkadaşlıklar, yapıldığında mutlu olunan Şeyler), evlilik hayatı (eşle tanışma, nişanlanma, düğün heyecanı), ilk çocuğun doğumu çocuklarla ilgili mutlu anılar, iş hayatı, eski bayramlar, en sevilen yerler (gidildiğinde mutlu olunan yerler), unutulmayan olaylar ve insanlar, eski eşyalar ve genel görüşleri belirtme olarak yapılmıştır. Toplam 12 konuyu kapsayan oturum yapılmıştır.

İlk oturumda anımsama terapisi hakkında genel bir bilgi verilmiş (ne amaçla toplanıldığı, hangi konulardan bahsedileceği, ne kadar süreceği) ve ilk konu hakkında görüşülmeye başlanmıştır. Bundan sonraki her oturum için başlangıçta bir önceki hafta içerisinde neler yapıldığı ile ilgili sorular sorulmuş, bir önceki haftanın bir zeti yapılarak yeni konuya geçilmiştir. Yaşlılara konu ile ilgili gösterilecek materyaller (fotoğraf, eşya vb.) var ise gösterilerek yaşlının olumlu anılarını

anımsaması ve anlatması istenmiştir. Oturumlarda her yaşlının konuşması sağlanmış ve yaşlılara sırayla söz hakkı verilmiştir. Anımsamakta zorluk yaşayan yaşlılar için sorularla yardımcı olunmuştur. Olumsuz, mutsuz anılarını anlatmak isteyen yaşlılar uyarılarak mutlu anılarını düşünmesi ve paylaşması sağlanmıştır. Oturum sonunda nelerden bahsedildiği özetlenmiş, bir sonraki oturum konusu söylenmiştir. Oturumlar 45-60 dakika sürmüştür. Yaşlılara oturum konuları ile ilgili fotoğraf ya da eşyaları getirmeleri istenmiştir.

Son oturumda ise yaşlılara oturumlar hakkındaki düşünceleri sorulmuş ve paylaşımları sağlanmıştır. Terapi sonlandırılmıştır.

İlk beş konu haftalık görüşmelerle yapılmıştır. Daha sonra ramazan ayında yaşlıların oruç tutması, kurumda toplu Kuran okuma programı yapılması ve bazı ailelerin yaşlıları evlerine götürmesi gibi öngörülemeyen bazı nedenlerle gruplar bir araya getirilememiştir. Bu nedenle görüşmelere 4 hafta ara verilmiştir. Kalan 7 konu haftada iki kez görüşülerek tamamlanmıştır.

Araştırmanın uygulanması 3 adım olmak üzere 4 Mart - 13 Eylül 2013 tarihlerinde yapılmıştır.

1. Adım (4 Mart-31 Mayıs 2013), haftanın iki günü huzurevine gidilerek örneklem kriterlerine uygun yaşlılarla görüşülmüş, Yaşlı Bireyi Tanımlayıcı Bilgi Formu ile WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. İlk görüşmelerden sonra anımsama terapisi için gruplar oluşturulmuştur. Gruplar oluşturulurken yaş, cinsiyet, medeni durum ve birbirleriyle anlaşma durumları göz önüne alınmıştır. Üç tane dört kişilik, dört tane beş kişilik ve bir tane evli çift olmak üzere sekiz grup oluşturulmuştur.

2. Adım (3 Haziran – 6 Eylül 2013), haftada bir kez gruplarla anımsama terapisi toplantıları yapılmaya başlanmıştır. Birinci hafta ve ikinci hafta anımsama terapisi haftada iki gün gidilerek yapılmıştır. Ancak gidilen günlerde huzurevinde yapılan aktivitelerden (huzurevinde mevlüt verilmesi, yaşlıların kurum dışında yemeğe götürülmesi, haftada 2-3 gün öğleden sonraları başka kurumlardan ziyaretçiler gelmesi gibi) dolayı grupları toplamada sıkıntılar yaşanması nedeniyle birinci ve ikinci hafta konuları dört haftada tamamlanmıştır. Sonraki haftalarda huzurevine dört gün gidilmeye karar verilmiştir.

1. Hafta (3-14 Haziran 2013) gruplarla anımsama terapisinin birinci konusu olan çocukluk dönemine ait anılardan çocukluğun geçtiği yer (ev, semt) hakkında konuşulmuştur. Hatırlatıcı olarak bazı resimler kullanılmıştır.

2. Hafta (17-28 Haziran 2013) gruplarla anımsama terapisinin ikinci konusu olan çocukluk oyunları hakkında görüşülmüştür. Hatırlatıcı bazı resimler kullanılmıştır.

3. Hafta (1-5 Temmuz 2013) anımsama terapisinin üçüncü konusu olan okul dönemine ait mutlu anılar, arkadaşlar ve öğretmenler hakkında gruplarla toplantılar yapılmıştır.

4. Hafta (10-14 Temmuz 2013) gençlik dönemine ait en mutlu anılar, arkadaşlıklar, yapıldığında mutlu olunan şeyler hakkında konuşularak görüşmeler yapılmıştır.

Temmuz ayında ramazan orucunun başlamasıyla kurumda öğleden sonraları erkeklere ve kadınlara ayrı saatlerde Kuran okunmasından dolayı öğleden sonraları yaşlılarla görüşülememiştir. Ayrıca uygulamaya katılan on yaşlı oruç tutması nedeniyle grup toplantılarına katılmak istememişlerdir. Bu nedenlerle ramazan ayı boyunca uygulamaya ara verilmiştir. 12 Ağustos tarihinden itibaren yaşlılarla görüşmeler tekrar başlamıştır. Eylül ayının ikinci haftasından itibaren MEB okullarıyla eş zamanlı olarak el işi öğretmenin geleceğinin ve kuruma ziyaretlerin tekrar başlayacağını bilmesi nedeniyle bu tarihten itibaren kuruma haftanın beş günü gidilmiş anımsama terapisi görüşmeleri haftada iki kez yapılmıştır.

5. Hafta (12-16 Ağustos 2013) tarihleri arasında her grupta iki kez görüşülmüştür. Gruplarda yaşanan sıkıntılar nedeniyle bazı değişiklikler yapılmış ve grup sayısı 12'ye çıkarılmıştır. Anımsama terapisinin beşinci konusu olan evlilik hayatı, eşle tanışma, nişanlanma, düğün heyecanı ve altıncı konusu olan ilk çocuğun doğumu çocuklarla ilgili mutlu anılar hakkında konuşulmuştur.

6. Hafta (19-23 Ağustos 2013) tarihleri arasında yedinci ve sekizinci anımsama terapisi konuları iş hayatı, başarılar ve eski bayramlarla ilgili mutlu anılar hakkında konuşulmuştur.

7. Hafta (25-30 Ağustos 2013) dokuzuncu konu olan en sevilen yerler, gidildiğinde mutlu olunan yerler ve onuncu konu olan unutulmayan olaylar ve insanlar hakkında görüşülmüştür.

8. Hafta (2-6 Eylül 2013) eski eşyalar ve genel görüşleri belirtme görüşmeleri yapılmıştır.

3. Adım (9-20 Eylül 2013), anımsama terapisi görüşmeleri bittikten sonra yaşlıların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

Araştırmanın Akış Şeması

1. Adım (4 Mart-31 Mayıs 2013)

- Haftada iki gün kuruma gidildi.
- Yaşlı Bireyi Tanımlayıcı Bilgi Formu ile WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı.
- Üç tane dört kişilik, dört tane beş kişilik ve bir tane evli çift olmak üzere sekiz grup oluşturuldu.

2. Adım (3 Haziran – 6 Eylül 2013)

- Anımsama terapisi grup görüşmeleri 8grupla başlatıldı.
- 3-14 Haziran 2013 Çocukluğun geçtiği yer
- 17-28 Haziran 2013 Çocukluk oyunları
- 1-5 Temmuz 2013 Okul dönemi (arkadaş ve öğretmen ilişkileri)
- 10-14 Temmuz 2013 Gençlik dönemi (en mutlu anılar ve arkadaşlıklar)
- **15 Temmuz – 11 Ağustos 2013 ramazan ayı nedeniyle ara verildi. 12 Ağustos haftasından itibaren haftada beş gün gidilerek iki görüşme yapıldı. Grup sayılarında değişiklik yapıldı ve 12 grupta görüşmeler devam ettirildi.**
- 12–16 Ağustos 2013 Evlilik hayatı (eş ile tanışılan ilk gün, nişan, düğün heyecanı) ve İlk çocuğun doğumu, çocuklarla ilgili mutlu anılar
- 19 - 23 Ağustos 2013 İş hayatı (başarılar, mutlu anılar) ve Eski bayramlar
- 25–30 Ağustos 2013 En sevilen yerler ve Unutulmayan olaylar ya da insanlar
- 2-6 Eylül 2013 eski eşyalar ve genel görüşleri belirtme görüşmeleri yapılmıştır.

3. Adım (9-20 Eylül) 2013

- Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulandı

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için gerekli etik izin Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (EK 1) alınmış araştırmanın yapılacağı huzurevlerinin bağlı olduğu Keçiören Belediyesi'nden (EK 2) ve Etimesgut Belediyesi'nden (EK 6) resmi izin ve yaşlılardan yazılı onam ile (EK 7) izin alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaşam kalitesi ve anımsama terapisi arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuklarıyla görüşme durumu, aynı ilde yaşayan yakın olma durumu, yakınlarıyla görüşme durumu, huzurevinde kalma süresi, huzurevi çalışanları ve huzurevi sakinleri ile ilişki durumudur. Bağımlı değişken ise yaşlıların yaşam kalitesi puanlarıdır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20 istatistik paket programı kullanılmıştır. Yaşlıların anımsama terapisi uygulaması öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki "genel skor" normal dağılım gösterdiği için bağımlı gruplarda t testi ile, ölçek alt alanları normal dağılım göstermediği için Wilcoxon İşaret testi ile değerlendirilmiştir. Anımsama terapisinin yaşlıların cinsiyet, çocuk sahibi olma, Ankara'da yaşayan yakını olma durumuna göre yaşam kalitesine etkisi parametrik koşullar sağlanmadığı için bağımsız gruplarda Mann-Whitney U testi ile, yaş, medeni durum, eğitim durumu, vakit geçirme aktiviteleri, kurumda kalma süresi, çocukları ve yakınları ile görüşme durumu ve yaşlıların birbirleri ile olan ilişki durumu ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmada girişim olarak anımsama terapisi oturumlarının haftalık olarak yapılması planlanmış olup öngörülemeyen nedenlerle ara verilmek zorunda kalınmıştır. Ramazan ayında yaşlıların oruç tutması, kurumda toplu Kuran okuma programı yapılması ve bazı ailelerin yaşlıları evlerine götürmesi gibi öngörülemeyen nedenlerle gruplar bir araya getirilememiştir. Ramazan ayının ilk haftası araştırmacı

grupları toplamada başarılı olamayınca oturumlara bir ay ara verilmiştir. Bu durum araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Huzurevinde yaşayan yaşlılara, hemşirelik girişimi olarak, anımsama terapiyi uygulanmasının yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur:

1. Yaşlılara uygulanan anımsama terapiyinin yaşam kalitesine etkisi
2. Anımsama terapiyinin yaşam kalitesine etkisinin yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi

4.1. Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu bölümde hemşirelik girişimi olarak uygulanan anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini gösteren bulgular yer almaktadır. Tablo 4.1.'de yaşlıların anımsama terapisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanları gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Yaşlıların anımsama terapisi uygulaması öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanlarının dağılımı.

Whoqol-old temel alanları	Ön test	Son test	Son-ön test (fark)	p
Duyusal yetiler*				
Ortalama±SS	17.18±2.62	16.50±2.90	-0.68±2.95	
Ortanca	17.00	16.00	0.00	Z=-1,653
Minimum	10.00	8.00	-9.00	p=0,098
Maximum	20.00	20.00	9.00	
Özerklik*				
Ortalama±SS	14.25±2.63	13.12±2.69	-1.12±2.15	
Ortanca	14.00	13.50	-0.50	Z=-2.679
Minimum	8.00	7.00	-5.00	p= 0.007
Maximum	19.00	18.00	4.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*				
Ortalama±SS	13.12±2.83	13.28±2.28	0.15±2.15	
Ortanca	13.00	14.00	0.00	Z=-0.189
Minimum	4.00	6.00	-5.00	p=0.850
Maximum	18.00	16.00	6.00	
Sosyal katılım*				
Ortalama±SS	12.87±2.82	12.75±2.44	-0.12±2.12	
Ortanca	13.00	13.00	0.00	Z=-0.458
Minimum	4.00	7.00	-4.00	p=0.647
Maximum	18.00	17.00	5.00	
Ölüm ve ölmek*				
Ortalama±SS	17.53±1.84	17.53±2.40	0.00±1.88	
Ortanca	18.00	18.00	0.00	Z=-0.284
Minimum	13.00	10.00	-6.00	p=0.776
Maximum	20.00	20.00	4.00	
Yakınlık*				
Ortalama±SS	14.37±2.79	14.25±1.66	-0.12±2.69	
Ortanca	15.00	14.50	0.00	Z=-0.230
Minimum	6.00	10.00	-6.00	p=0.818
Maximum	20.00	16.00	6.00	
Genel skor**				
Ortalama±SS	89.34±9.95	87.43±9.94	-1.90±7.75	
Ortanca	89.50	89.50	0.00	t=-1.390
Minimum	61.00	59.00	-20.00	p=1.740
Maximum	106.00	101.00	21.00	

*Wilcoxon işaret testi p<0.05

**Bağımlı gruplarda t testi p<0.05

Tablo 4.1.'de yaşlıların anımsama terapisi uygulaması öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanlarının dağılımı yer almaktadır. “Genel Skor” puan farkının dağılımı normal ($p=0.219$, Shapiro-Wilk testi) olduğu için “Genel Skor” puan farkı bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. Diğer ölçek alt alanları normal dağılıma sahip olmadığı için Wilcoxon işaret testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizlere göre yaşam kalitesi ölçeği alt alan ve genel skor puanlarında anımsama terapisi sonrası yükselme olmayıp düşüş olduğu ortaya konmuştur. “Genel skor” puan farkındaki değişim $p=0.174$ olduğu için “ H_0 : Anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine olumlu etkisi yoktur.” hipotezi reddedilememiştir. “Özerklik” alanı son test ve ilk test arasındaki fark değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmuştur ($p=0.007$). İlk test sonuçlarının son test sonuçlarından daha yüksek olduğu ve sadece bir alt ölçek puan farkında anlamlı bir değişimin olması nedeniyle anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesinde olumlu yönde değişime neden olmadığı görülmektedir.

4.2. Anımsama terapisinin yaşam kalitesine etkisinin yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi

Araştırmada anımsama terapisinin uygulamasından önce ve sonra yaşam kalitesindeki puan farkı değişiminin yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ilişkisi değerlendirilmiştir.

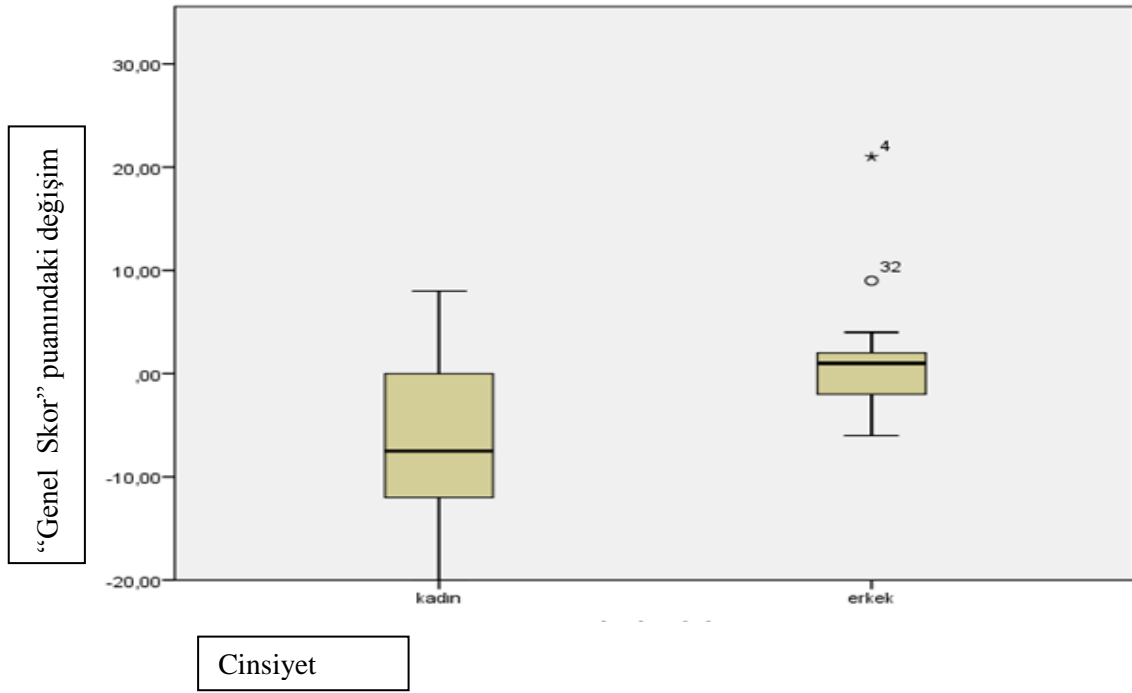
Tablo 4.2.'de cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.2. Cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimi dağılımı.

Whoqo-old temel alanları	Kadın (n=14)	Erkek (n=18)	p
Duyusal yetiler*			
Ortalama±SS	1.50±3.27	-0.05±2.60	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-1.166
Minimum	-9.00	-3.00	p=0.301
Maximum	3.00	9.00	
Özerklik*			
Ortalama±SS	-1.92±2.52	-0.50±1.61	
Ortanca	-3.00	0.00	Z=-1.979
Minimum	-5.00	-4.00	p=0.054
Maximum	4.00	3.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*			
Ortalama±SS	-0.64±2.06	0.77±2.07	
Ortanca	-0.50	0.00	Z=-1.900
Minimum	-5.00	-3.00	p= 0.065
Maximum	4.00	6.00	
Sosyal katılım*			
Ortalama±SS	-0.85±2.03	0.44±2.06	
Ortanca	-0.50	0.00	Z=-1.150
Minimum	-4.00	-3.00	p=0.145
Maximum	3.00	5.00	
Ölüm ve ölmek*			
Ortalama±SS	-0.28±2.19	0.22±1.62	
Ortanca	-0.50	0.00	Z=-0.490
Minimum	-4.00	-3.00	p=0.639
Maximum	3.00	4.00	
Yakınlık*			
Ortalama±SS	-0.78±3.04	0.38±2.35	
Ortanca	-0.50	0.00	Z=-1.626
Minimum	-6.00	-6.00	p=0.116
Maximum	6.00	6.00	
Genel skor*			
Ortalama±SS	-7.50±7.80	1.00±6.21	
Ortanca	-7.50	1.00	Z=-2.629
Minimum	-20.00	-6.00	p=0.008**
Maximum	8.00	21.00	

*Bağımsız gruplarda Mann-Whitney U testi

**p<0.05



Şekil 4.1. Cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” puanlarındaki değişim

Tablo 4.2.’de cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir. Cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişime bakıldığında ölçek alt alan puan farklarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmazken “Genel Skor” puanındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0.05$).

“Genel skor” puanındaki farklılığı belirlemek amacıyla kadın erkek kendi içerisinde Wilcoxon işaret testi ile değerlendirilmiş, erkeklerin kadınlara göre daha yüksek “Genel Skor” puanına sahip olmasına karşın, bu puandaki gelişim erkekler için istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Tablolaştırılmamış olup, “Genel skor” puanındaki farklılığın kadınların “Özerklik” ($p = 0.024$) puanındaki ve “Genel Skor” puanındaki ($p = 0.018$) düşüşten kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Buna göre anımsama terapisinin cinsiyete göre kadınların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemediği söylenebilmektedir (Tablo 4.2., Şekil 4.1.)

Tablo 4.3.’te yaşa göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Yaşa göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	65-74 yaş (n=11)	75-84 yaş (n=13)	85-94 yaş (n=8)	p
Duyusal yetiler*				
Ortalama±SS	-1.27±2.4	-0.61±3.92	0.00±1.69	
Ortanca	0.00	0.00	0.00	$\chi^2=1.476$
Minimum	-6.00	-9.00	-5.00	p=0.478
Maximum	3.00	9.00	3.00	
Özerklik*				
Ortalama±SS	-0.81±2.71	-1.84±2.03	-0.37±1.06	
Ortanca	-1.00	-2.00	0.00	$\chi^2=2.477$
Minimum	-4.00	-5.00	-2.00	p=0.290
Maximum	4.00	1.00	1.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*				
Ortalama±SS	0.81±2.67	-0.30±2.05	0.00±1.41	
Ortanca	1.00	0.00	0.50	$\chi^2=1.010$
Minimum	-3.00	-4.00	2.00	p=0.604
Maximum	6.00	3.00	6.00	
Sosyal katılım*				
Ortalama±SS	2.27±2.72	0.38±2.10	0.5±1.06	
Ortanca	-1.00	0.00	0.00	$\chi^2=2.044$
Minimum	3.00	-3.00	-1.00	p=0.360
Maximum	0.00	5.00	2.00	
Ölüm ve ölmek*				
Ortalama±SS	-0.09±2.541	0.23±1.87	-0.25±0.46	
Ortanca	1.00	0.00	0.00	$\chi^2=0.604$
Minimum	-6.00	-3.00	-1.00	p=0.739
Maximum	3.00	4.00	0.00	
Yakınlık*				
Ortalama±SS	-0.54±3.55	-0.30±2.62	0.75±1.03	
Ortanca	-1.00	0.00	0.00	$\chi^2= 2.144$
Minimum	-6.00	-6.00	0.00	p=0.342
Maximum	6.00	6.00	2.00	
Genel skor*				
Ortalama±SS	-4.09±8.96	-0.27±6.67	0.62±2.50	
Ortanca	-2.00	-4.00	1.50	$\chi^2=2.210$
Minimum	-20.00	-14.00	-5.00	p=0.331
Maximum	21.00	9.00	3.00	

*Kruskal Wallis testi

Tablo 4.3.'te yaşıya göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı verilmiştir. Yaşlıların yaşlarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt alan ve genel skor puan farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu doğrultuda anımsama terapisi uygulamasının yaşlıların yaşına göre yaşam kalitesinde bir değişim göstermediği ortaya konmuştur..

Tablo 4.4.'te yaşlıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.4. Yaşlıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	Eğitim durumu			p
	Okur-yazar değil (n=11)	Okur yazar+ İlkokul (n=13)	Ortaokul+ Lise (n=8)	
Duyusal yetiler*				
Ortalama±S	-0.27±3.90	-8.18±2.60	-2.12±3.22	
Ortanca	0.00	0.00	-1.50	$\chi^2=2.161$
Minimum	-6.00	-2.00	-9.00	p=0.339
Maximum	9.00	3.00	1.00	
Özerklik*				
Ortalama±S	-1.63±1.74	-0.15±1.40	-2.12±3.12	
Ortanca	-2.00	0.00	-1.00	$\chi^2 =0.921$
Minimum	-4.00	-2.00	-5.00	p=0.631
Maximum	1.00	1.00	4.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*				
Ortalama±SS	-0.18±2.60	-0.00±1.35	-0.87±2.64	
Ortanca	0.00	0.00	0.50	$\chi^2 =0.997$
Minimum	-5.00	-4.00	2.00	p=0.607
Maximum	4.00	3.00	6.00	
Sosyal katılım*				
Ortalama±SS	0.63±1.85	0.23±1.92	0.00±2.82	
Ortanca	-1.00	0.00	0.00	$\chi^2 =1.443$
Minimum	-4.00	-3.00	-4.00	p=0.486
Maximum	3.00	5.00	5.00	
Ölüm ve ölmek*				
Ortalama±SS	-0.36±2.50	0.30±1.60	-0.00±1.41	
Ortanca	.00	0.00	0.00	$\chi^2=0.162$
Minimum	-6.00	-6.00	-3.00	p=0.922
Maximum	3.00	4.00	6.00	
Yakınlık*				
Ortalama±SS	-1.00±2.60	-0.23±2.17	1.25±3.37	
Ortanca	.00	0.00	0.00	$\chi^2=1.261$
Minimum	-6.00	-2.00	-2.00	p=0.532
Maximum	2.00	2.00	2.00	
Genel skor*				
Ortalama±SS	-4.09±8.96	-0.76±4.18	0.75±10.49	
Ortanca	-4.00	1.00	-2.00	$\chi^2=1.620$
Minimum	-20.00	-11.00	-12.00	p=0.445
Maximum	9.00	4.00	21.00	

*Kruskal-Wallis Testi

Tablo 4.4.'te yaşlıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımı yer almaktadır. Yaşlıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi leği alt alan ve genel skor puan farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$). Anımsama terapisinin yaşlıların eğitim seviyelerine göre yaşam kalitesinde bir değişim yaratmadığı söylenebilmektedir.

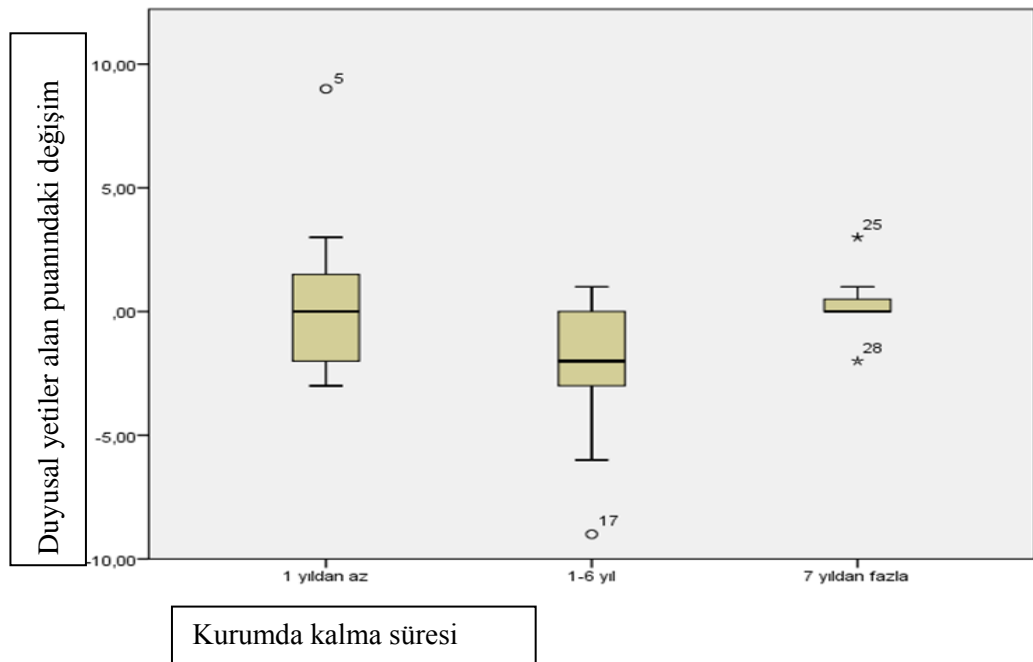
Tablo 4.5.'te yaşlıların kurumda kalma suresine göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Yaşlıların kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	Kurumda kalma süresi			p
	1 yıldan az (n=8)	1-6 yıl (n=13)	7 yıldan fazla (n=11)	
Duyusal yetiler*				
Ortalama±SS	0.62±3.88	-8.18±2.60	-2.12±3.22	
Ortanca	0.00	-2.00	0.00	$\chi^2=7,120$
Minimum	-3.00	-9.00	-2.00	p=0.028
Maximum	9.00	1.00	3.00	
Özerklik*				
Ortalama±SS	-2.87±2.69	-1.30±2.17	-1.09±1.86	
Ortanca	-1.00	-2.00	0.00	$\chi^2=0.154$
Minimum	-4.00	-5.00	-4.00	p=0.926
Maximum	4.00	3.00	1.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*				
Ortalama±SS	1.12±1.88	0.46±2.29	-0.90±1.86	
Ortanca	0.50	0.00	0.00	$\chi^2=3.574$
Minimum	-1.00	-2.00	-5.00	p=0.167
Maximum	4.00	6.00	1.00	
Sosyal katılım*				
Ortalama±SS	-0.25±1.85	0.15±2.67	0.36±1.15	
Ortanca	-0.50	0.00	0.00	$\chi^2=0.041$
Minimum	3.00	-4.00	-3.00	p=0.980
Maximum	-4.00	5.00	2.00	
Ölüm ve ölmek*				
Ortalama±SS	-0.37±1.84	-0.23±2.20	0.54±1.50	
Ortanca	-0.50	0.00	0.00	$\chi^2=1.241$
Minimum	-6.00	-6.00	-1.00	p=0.538
Maximum	3.00	2.00	4.00	
Yakınlık*				
Ortalama±SS	-0.87±2.85	0.46±2.93	-0.27±2.37	
Ortanca	-0.50	0.00	0.00	$\chi^2=0.778$
Minimum	-3.00	-5.00	-6.00	p=0.678
Maximum	3.00	6.00	2.00	
Genel skor*				
Ortalama±SS	-0.62±7.06	-2.76±9.78	-1.81±5.86	
Ortanca	-2.00	-2.00	0.00	$\chi^2=0.735$
Minimum	-9.00	-20.00	-14.00	p=0.692
Maximum	9.00	21.00	4.00	

*Kruskal wallis testi

Tablo 4.5.'de yaşlıların kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı yer almaktadır. Yaşlıların kurumda kalma süresine göre 1-6 yıldır kurumda kalanların yaşam kalitesi ölçeği “Duyusal Yetiler” alt alan puan farkındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.028$). Kurumda 1-6 yıldır kalan yaşlıların 1 yıldan az ve 7 yıldan fazla süredir kalan yaşlılara göre anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesinin olumlu yönde değişmediği ortaya konmuştur(Tablo 4.5. ve Şekil 4.2.).



Şekil 4.2. Yaşlıların kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği “duyusal yetiler” alan puanı farkları.

Tablo 4.6.'da yaşlıların kurumda vakit geçirme aktivitelerine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

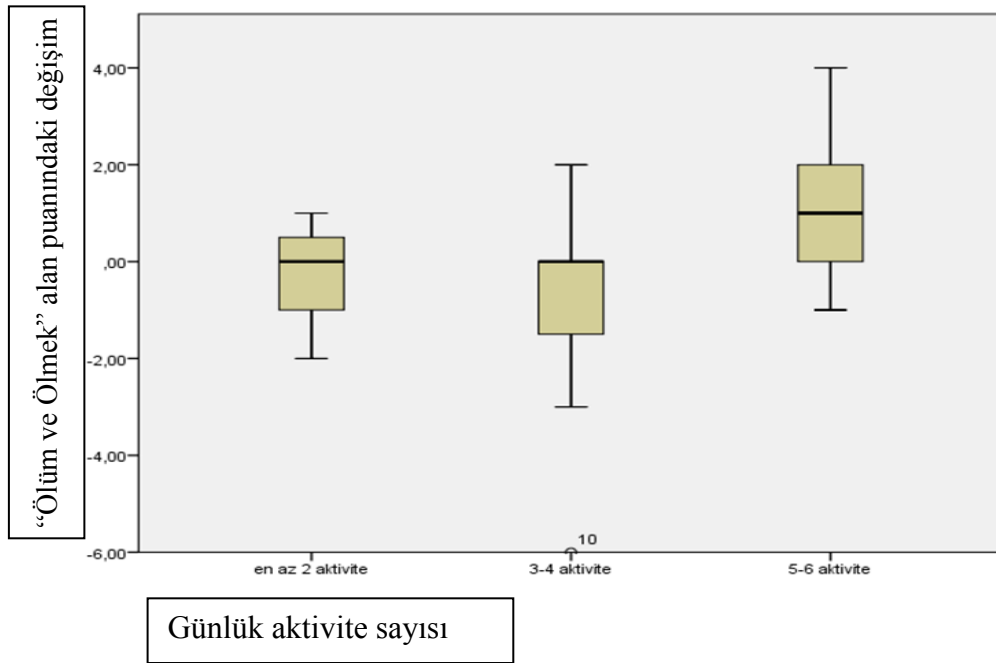
Tablo 4.6. Yaşlıların kurumda vakit geçirme aktivitelerine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	Aktiviteler*			p
	En az 2 Akt. (n=3)	3-4 aktivite (n=15)	5-6 aktivite (n=14)	
Duyusal yetiler*				
Ortalama±SS	-1.66±1.52	-1.00±4.00	-0.14±1.61	
Ortanca	-2.00	0.00	0.00	$\chi^2=2.964$
Minimum	-3.00	-9.00	-3.00	p=0.227
Maximum	0.00	9.00	3.00	
Özerklik*				
Ortalama±SS	1.66±2.08	-1.66±1.71	-1.14±2.24	
Ortanca	1.00	0.00	0.00	$\chi^2=5.117$
Minimum	0.00	-5.00	-4.00	p=0.077
Maximum	1.00	0.00	3.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*				
Ortalama±SS	0.66±0.57	0.33±2.35	-0.57±2.13	
Ortanca	1.00	0.00	-1.00	$\chi^2=2.911$
Minimum	0.00	-5.00	-2.00	p=0.233
Maximum	4.00	4.00	6.00	
Sosyal katılım*				
Ortalama±SS	0.66±1.52	0.40±1.54	0.28±2.72	
Ortanca	-1.00	0.00	0.00	$\chi^2=0.614$
Minimum	-2.00	-4.00	-4.00	p=0.736
Maximum	1.00	2.00	5.00	
Ölüm ve ölmek*				
Ortalama±SS	-0.33±1.52	-0.93±1.83	1.07±1.49	
Ortanca	0.00	0.00	1.00	$\chi^2=8.678$
Minimum	-2.00	-6.00	-1.00	p=0.013
Maximum	1.00	2.00	4.00	
Yakınlık*				
Ortalama±SS	1.33±1.52	0.66±2.49	0.64±3.07	
Ortanca	1.00	0.00	0.00	$\chi^2=2.220$
Minimum	0.00	-5.00	-6.00	p=0.329
Maximum	3.00	6.00	6.00	
Genel skor*				
Ortalama±SS	1.00±3.00	-4.26±7.62	0.00±8.19	
Ortanca	1.00	-2.00	1.00	$\chi^2=2.899$
Minimum	-2.00	-9.00	-11.00	p=0.235
Maximum	4.00	20.00	21.00	

* El işi yapma, kitap\gazete okuma, yürüyüş, radyo dinleme\TV izleme, ibadet yapma, kurum içinde sohbet etme\otururma\dolaşma

**Kruskal Wallis testi

Tablo 4.6.'da Yaşlıların kurumda vakit geçirme aktivitelerine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı yer almıştır. Yaşlıların kurumda vakit geçirme aktiviteleri ile yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişime bakıldığında günde 5-6 aktivite ile vakit geçiren yaşlıların “ölüm ve ölmek” alanı puanındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). Buna göre günlük 5-6 aktivite ile vakit geçiren yaşlıların, en az 2 ve 3-4 aktivite ile vakit geçiren yaşlılara göre anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesinin olumlu yönde değiştiği söylenebilmektedir (Tablo 4.5. ve Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Yaşlıların kurumda vakit geçirme aktivitelerine göre yaşam kalitesi ölçeği “ölüm ve ölmek” alanı puanlarındaki değişim.

Tablo 4.7.'de Yaşlıların çocuk sahibi olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Yaşlıların çocuk sahibi olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	Çocuk sahibi olma durumu		p
	Var (n=22)	Yok (n=10)	
Duyusal yetiler*			
Ortalama±SS	-0.36±2.98	-1.40±2.91	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-0.469
Minimum	-6.00	-9.00	p=0.207
Maximum	9.00	1.00	
Özerklik*			
Ortalama±SS	-0.86±2.21	-1.70±2.01	
Ortanca	-0.50	-2.00	Z=-0.976
Minimum	-4.00	-5.00	p= 0.329
Maximum	4.00	0.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*			
Ortalama±SS	0.40±2.17	-0.40±2.11	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-0.608
Minimum	-3.00	-5.00	p= 0.543
Maximum	6.00	3.00	
Sosyal katılım*			
Ortalama±SS	-0.04±2.47	0.30±1.35	
Ortanca	0.00	0.00	Z= 0.000
Minimum	-4.00	-3.00	p= 1.000
Maximum	5.00	1.00	
Ölüm ve ölmek*			
Ortalama±SS	0.22±1.44	-0.05±2.63	
Ortanca	0.00	4.00	Z=-0.923
Minimum	-3.00	-6.00	p= 0.356
Maximum	3.00	0.00	
Yakınlık*			
Ortalama±SS	-0.18±2.57	-1.40±2.91	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-0.207
Minimum	-6.00	-6.00	p= 0.836
Maximum	6.00	6.00	
Genel skor*			
Ortalama±SS	-0.81±8.18	-4.30±6.44	
Ortanca	0.50	-3.50	Z=-1.182
Minimum	-20.00	-14.00	p= 0.237
Maximum	21.00	4.00	

*Mann-Whitney U testi

Tablo 4.7.'de yaşlıların çocuk sahibi olma durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımlı sunulmuştur. Yaşlıların çocuk sahibi olma durumuna göre anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Anımsama terapisinin çocuk sahibi olma durumuna göre yaşlıların yaşam kalitesinde bir değişim yapmadığı söylenebilmektedir.

Tablo 4.8.'de yaşlıların çocukları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımlı gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Yaşlıların çocukları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

Çocukları ile görüşme durumu (n=22)				
WHOQOL-OLD temel alanları	Sık görüşüyor (n=9)	Seyrek görüşüyor (n=7)	Hiç görüşmüyor (n=6)	p
Duyusal yetiler*				
Ortalama±SS	0.88±3.78	-1.57±2.50	-0.83±1.32	
Ortanca	0.00	0.00	0.00	$\chi^2=1.942$
Minimum	-3.00	-6.00	-3.00	p=0.379
Maximum	9.00	1.00	0.00	
Özerklik*				
Ortalama±SS	-1.77±1.71	-1.00±2.82	0.66±1.36	
Ortanca	-2.00	-2.00	0.50	$\chi^2=4.681$
Minimum	-4.00	-4.00	-1.00	p=0.096
Maximum	1.00	4.00	3.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*				
Ortalama±SS	0.11±2.36	1.00±3.00	-0.57±2.13	
Ortanca	0.00	0.00	0.00	$\chi^2=1.090$
Minimum	-2.00	-1.00	-3.00	p=0.580
Maximum	4.00	1.00	6.00	
Sosyal katılım*				
Ortalama±SS	0.44±2.40	-1.70±2.05	1.16±2.31	
Ortanca	0.00	-2.00	1.00	$\chi^2=4.260$
Minimum	-3.00	-4.00	-1.00	p=0.117
Maximum	5.00	1.00	5.00	
Ölüm ve ölmek*				
Ortalama±SS	-0.11±1.90	0.14±1.34	0.05±0.83	
Ortanca	0.00	0.00	0.00	$\chi^2=0.450$
Minimum	-3.00	-2.00	0.00	p=0.799
Maximum	3.00	2.00	2.00	
Yakınlık*				
Ortalama±SS	-1.00±2.29	-0.07±2.67	1.66±2.33	
Ortanca	-1.00	0.00	1.00	$\chi^2=4.292$
Minimum	-6.00	-5.00	0.00	p=0.119
Maximum	2.00	3.00	6.00	
Genel skor*				
Ortalama±SS	-1.22±7.15	-4.57±8.10	4.16±8.42	
Ortanca	0.00	-4.00	1.50	$\chi^2= 2.462$
Minimum	-11.00	-20.00	-2.00	p=0.292
Maximum	9.00	4.00	21.00	

*Kruskal Wallis testi

Tablo 4.8’de yaşlıların çocukları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımlı yer almaktadır. Yaşlıların çocuklarıyla görüşme durumu ile yaşam kalitesi leği puan farklarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$). buna göre anımsama terapisinin yaşlıların çocukları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesinde bir değişim yapmadığı söylenebilmektedir.

Tablo 4.9.’da yaşlıların Ankara’da yaşayan yakın durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımlı sunulmuştur.

Tablo 4.9. Yaşlıların Ankara’da yaşayan yakın durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	Yakın durumu		p
	Var (n=26)	Yok (n=6)	
Duyusal yetiler*			
Ortalama±SS	-1.04±2.50	0.57±4.19	
Ortanca	0.00	-0.50	Z=-0.760
Minimum	-9.00	-2.00	p=0.447
Maximum	3.00	9.00	
Özerklik*			
Ortalama±SS	-1.08±2.30	-0.52±1.51	
Ortanca	-1.00	-0.50	Z=-0.814
Minimum	-5.00	-3.00	p=0.416
Maximum	4.00	1.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*			
Ortalama±SS	-0.04±1.96	0.85±2.79	
Ortanca	0.00	-0.50	Z=-0.125
Minimum	-5.00	-3.00	p=0.901
Maximum	6.00	4.00	
Sosyal katılım*			
Ortalama±SS	-0.98±1.98	1.14±2.26	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-0.867
Minimum	-6.00	-6.00	p=0.386
Maximum	6.00	2.00	
Ölüm ve ölmek*			
Ortalama±SS	-0.12±1.85	0.42±2.07	
Ortanca	0.00	1.00	Z=-0.723
Minimum	-6.00	-3.00	p=0.470
Maximum	4.00	3.00	
Yakınlık*			
Ortalama±SS	-0.04±2.77	-0.42±2.57	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-0.148
Minimum	-6.00	-6.00	p=0.883
Maximum	6.00	2.00	
Genel skor*			
Ortalama±SS	-3.00±8.09	2.00±5.06	
Ortanca	-1.00	1.00	Z=-1.404
Minimum	-20.00	-5.00	p=0.160
Maximum	21.00	9.00	

*Mann-Whitney U testi

Tablo 4.9.'da yaşlıların Ankara'da yaşayan yakın durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımlı gösterilmiştir. Yaşlıların Ankara'da yaşayan yakın durumu ile yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$). Anımsama terapisinin yaşlıların Ankara'da yaşayan yakın durumuna göre yaşam kalitesinde bir değişim yapmadığı söylenebilmektedir.

Tablo 4.10.'da yaşlıların Ankara'da yaşayan yakınları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımlı gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Yaşlıların Ankara’da yaşayan yakınları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	Yakınları ile görüşme durumu*			p
	Sık görüşüyor (n=9)	Seyrek görüşüyor (n=7)	Hiç görüşmüyor (n=6)	
Duyusal yetiler**				
Ortalama±SS	-0.83±1.72	-1.35±3.07	0.40±1.51	
Ortanca	0.00	0.00	0.00	$\chi^2=0.377$
Minimum	-3.00	-9.00	-3.00	p=0.828
Maximum	1.00	3.00	1.00	
Özerklik**				
Ortalama±SS	0.33±2.65	-1.42±2.27	-2.00±2.00	
Ortanca	0.00	-2.00	-2.00	$\chi^2=1.200$
Minimum	-4.00	-5.00	-4.00	p=0.549
Maximum	4.00	3.00	0.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri**				
Ortalama±SS	0.33±0.81	0.35±2.56	0.40±0.54	
Ortanca	-1.00	0.00	0.00	$\chi^2=3.727$
Minimum	1.00	-5.00	0.00	p=0.155
Maximum	0.50	6.00	1.00	
Sosyal katılım**				
Ortalama±SS	-0.80±1.72	-0.35±2.37	-0.40±1.14	
Ortanca	-4.00	0.00	0.00	$\chi^2=0.281$
Minimum	1.00	-4.00	-2.00	p=0.869
Maximum	-0.50	5.00	1.00	
Ölüm ve ölmek**				
Ortalama±SS	0.83±2.85	0.07±1.20	0.06±2.70	
Ortanca	0.00	0.00	0.00	$\chi^2=0.230$
Minimum	-6.00	-2.00	-1.00	p=0.891
Maximum	2.00	2.00	4.00	
Yakınlık**				
Ortalama±SS	0.66±2.06	0.07±2.97	-1.20±3.11	
Ortanca	1.00	.00	-1.00	$\chi^2=1.580$
Minimum	-3.00	-5.00	-6.00	p=0.454
Maximum	3.00	6.00	2.00	
Genel skor**				
Ortalama±SS	-1.83±6.91	-3.50±9.810	3.00±4.18	
Ortanca	1.00	-3.00	-5.00	$\chi^2=0.825$
Minimum	-12.00	-20.00	-7.00	p=0.292
Maximum	4.00	21.00	2.00	

*Yakını olan yaşlılar

**Kruskal Wallis testi

Tablo 4.10.'da yaşlıların Ankara'da yaşayan yakınları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımına yer verilmiştir. Yaşlıların Ankara'da yaşayan yakınları ile görüşme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$). Buna göre anımsama terapisinin yaşlıların Ankara'da yaşayan yakınları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesinde etkili olmadığı söylenebilmektedir.

Tablo 4.11.'de yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.11. Yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı.

WHOQOL-OLD temel alanları	Yaşlıların birbirleriyle ilişki durumu		p
	İyi (n=27)	İyi değil (n=5)	
Duyusal yetiler*			
Ortalama±SS	-0.36±2.98	-1.40±2.91	
Ortanca	0.00	-0.50	Z=0.490
Minimum	-9.00	-2.00	p=0.447
Maximum	3.00	9.00	
Özerklik*			
Ortalama±SS	-1.03±2.15	-1.60±2.30	
Ortanca	-1.00	-0.50	Z=-0.477
Minimum	-5.00	-3.00	p=0.416
Maximum	4.00	1.00	
Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri*			
Ortalama±SS	0.22±2.20	-0.20±2.04	
Ortanca	0.00	-0.50	Z=-0.642
Minimum	-5.00	-3.00	p=0.901
Maximum	6.00	4.00	
Sosyal katılım*			
Ortalama±SS	-1.11±2.20	-0.20±1.78	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-0.213
Minimum	-6.00	-6.00	p=0.386
Maximum	6.00	2.00	
Ölüm ve ölmek*			
Ortalama±SS	0.14±1.99	-0.80±0.83	
Ortanca	0.00	1.00	Z=-1.580
Minimum	-6.00	-3.00	p=0.470
Maximum	4.00	3.00	
Yakınlık*			
Ortalama±SS	-0.40±2.60	1.40±2.96	
Ortanca	0.00	0.00	Z=-1.216
Minimum	-6.00	-6.00	p=0.883
Maximum	6.00	2.00	
Genel skor*			
Ortalama±SS	-1.50±7.93	-3.60±7.23	
Ortanca	-1.00	1.00	Z=-0.234
Minimum	-20.00	-5.00	p=0.160
Maximum	21.00	9.00	

*Mann-Whitney U testi

Tablo 4.11’de yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir. Yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumu ile yaşam kalitesi leği puanlarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Anımsama terapisinin yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesinde bir değişim yapmadığı ortaya konmuştur.

5. TARTIŞMA

5.1. Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bir hemşirelik girişimi olarak yaşlılara uygulanan anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, anımsama terapisi sonrası yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği alt alan ve genel skor puanlarının düştüğü belirlenmiştir (Bknz. Tablo 4.1.). Bu sonuçlar ile “özerklik” alanı hariç istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya konmamıştır ve yaşlıların yaşam kalitesinin anımsama terapisinden olumlu etkilendiği söylenememektedir.

Literatürde anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendiren çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmalar kendi içerisinde değerlendirildiğinde bazıları anımsama terapisi ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki göstermişken bazıları olumsuz bir ilişki göstermiştir.

O’shea ve arkadaşlarının (107), demanslı yaşlılarda anımsama terapisinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Alzheimer hastalığına özel yaşam kalitesi ölçeği ile yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi başlangıçta, 18. ve 22. haftada ölçülmüştür. Anımsamanın kısa dönemde yaşlıların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Azcurra’nın (108), huzurevinde yaşayan demanslı yaşlılarda haftada iki kez 12 hafta uygulanan anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla “Self-Reported Quality of Life” ölçeği ile yaptığı çalışmada yaşama kalitesi başlangıçta, 12. Haftada ve 6 ay sonra ölçülmüştür. Deney grubunda 12. hafta ve 6. ayda yaşam kalitesi puanları artmış ve anımsama terapisinin demanslı yaşlılarda güvenilir ve etkili terapötik bir yaklaşım olduğunu ortaya koymuştur.

Hanaoka ve Okumura (109), randomizde kontrollü haftada bir kez 8 oturum uygulanan yaşamı gözden geçirme faaliyetinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini Yaşam Doyumu Endeksi ile başlangıçta, 8. hafta ve 3 ay sonra değerlendirmişlerdir. Yaptıkları çalışmada yaşam inceleme faaliyetinin yaşlılığın gelişim aşamasını yönlendirmede rolü olduğunu ve ruhsal sağlığı desteklediğini, yaşam kalitesinin sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde orta ve uzun zamanda önemli bir etkisinin olduğunu belirtmişlerdir.

Tacthell ve arkadaşlarının (40), üniversite öğrencileri tarafından uygulanan birebir ve beş görüşmeden oluşan anımsama terapisinin huzurevi yaşlılarına ve uygulayıcılara etkisini değerlendirmek amacıyla başlangıçta ve 5 hafta sonra KF-36 ile yaşam kalitesi değerlendirdikleri çalışmada, deney grubundaki yaşlıların yaşam kalitesi puanları, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, canlılık, genel ruh sağlığı alanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiştir.

Lin ve arkadaşları (110), anımsama terapisinin bir türü olan “Yaşamı Gözden Geçirme Programı”nın (Life Review Program), hafif ve orta düzeyde demanslı yedi yaşlıda yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla iki haftalık sürede 10 görüşme yapmışlardır. Yaşam kalitesi görüşmelerden bir gün önce ve görüşmelerden bir gün sonra KF-36 ile değerlendirilen çalışmada, yedi yaşlıdan altısının yaşam kalitesi puanlarının arttığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ortaya konmuştur. Sonuçlar doğrultusunda gelecek araştırmaların daha büyük örneklemler ve daha uzun bir dönemi kapsayacak şekilde yapılmasını önermişlerdir.

Gudex ve arkadaşları (103), günlük hemşirelik bakımına entegre olarak uygulanan anımsama terapisinin huzurevi yaşlıları ve çalışanları için sonuçlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada Alzheimer hastalığına özel yaşam kalitesi ölçeği ile başlangıçta, 3. ayda, 6. ayda ve 12. ayda yaşam kalitesi ölçülmüştür. Yaşam kalitesi ölçeğinin beş alanından sadece birinde 6. ayda anlamlı bir artış varken 12 ay sonra hiçbir alanda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya konmuştur.

Thorgrimsen ve arkadaşları (111), demanslı yaşlılarda anımsama terapisinin uygulanabilirliğini ve etkililiği belirlemek amacıyla Alzheimer hastalığına özel yaşam kalitesi ölçeği ile yapılan çalışmada müdahale grubundaki yaşlıların yaşam kalitesi puanının azaldığını, kontrol grubundaki yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının arttığını ortaya koymuşlardır. Demanslı yaşlıların bir gruba dahil olmalarının yaşam kalitelerini olumsuz etkilendiğine dair net bir kanıt olmadığını aynı şekilde kontrol grubuna hiçbir müdahale yapılmadığı halde yaşam kalitesi puanındaki artışın nedeninin belli olmadığını belirtmişler ve puandaki düşüşte zamanın etkili olabileceğini belirtmişlerdir.

Bu araştırmada yaşam kalitesi puanında düşüşe neden olabilecek araştırmacının kontrol edemediği birkaç durumun etkili olduğu düşünülmektedir. Ön

testin uygulanması sırasında yaşlılar araştırmacıyı tanımadıkları ve güvenmedikleri ayrıca huzurevi adına zarar gelmesinden kaygılandıkları için sorulan tüm ölçek sorularına olumlu yanıt verdikleri düşünülmektedir. Anımsama terapisi uygulaması bittikten sonra uygulanan son testte yaşlılar araştırmacıyı tanıyıp güvendikleri için ölçek sorunlarına daha gerçekçi yaklaşmıştır ve ilk teste göre olumsuz yanıtlar verdikleri düşünülmektedir. Bir diğer önemli neden ise anımsama terapisi görüşmeleri sırasında yaşlılara mutlu anılarını hatırlatmakta zorluk yaşanmış, yaşlılar sürekli mutsuz anılarından bahsetmek istemişlerdir. Bir başka deyişle yaşlıların mutlu anılardan çok mutsuz anılara sahip olduğu düşünülmektedir. Mutlu anılarını anlatan yaşlılar ise eğitim ve sosyo-kültürel düzeyi diğer yaşlılara göre daha yüksek olan yaşlılardır. Uygulamanın yapıldığı kurumun kabul şartları ve kalan yaşlıların sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi düşünüldüğünde yaşlıların mutlu anılarını hatırlatmakta yaşanan güçlük normal karşılanabilmektedir. Yaşlılar anımsama terapisi konu başlıklarına göre hayatlarını anlattıkça, yaşlıların çok zorlu yaşam koşullarından geldiği anlaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre anımsama terapisinin yaşam kalitesini olumlu etkilememesine rağmen yaşlılarla yapılan son görüşmede anımsama terapisi görüşmeleri ile ilgili düşünceleri sorulduğunda, yaşlılar haftada iki kez ziyaret edilerek görüşmeler yapılmasından, kendilerini anlatabilme fırsatı verilmesinden ve kendilerinin dinlenilmesinden dolayı memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Görüşmelerin bitmesini istememiş, devam etmesini istemişlerdir.

WHOQOL-OLD Yaşam kalitesi ölçeği alt alanlarından olan “Duyusal Yetiler” ile yaşlının görme, işitme, koku, tat alma ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. İlk test ve son test sonuçlarına göre yaşlıların “duyusal yetiler” alan puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da düştüğü görülmektedir (Bknz. Tablo 4.1.). Bu düşüşün anımsama terapisi ile ilişkisinin olduğunu söylemek çok zordur. Yaşlıların “duyusal yetiler” puanındaki düşüşün nedeninin gerçeğe daha yakın yanıt verme olabileceği düşünülmektedir.

WHOQOL-OLD Yaşam kalitesi ölçeği alt alanı “Özerklik” ile bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmektedir. Bu araştırmada

anımsama terapisinin, “Özerklik” alanını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (Bknz. Tablo 4.1.1). Melendez-Moral ve arkadaşları (113), kurumda yaşayan yaşlılarda yedi oturumluk anımsama terapisinin yararlılığını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada psikolojik iyilik halinde anımsamanın olumlu etkisi olduğunu ortaya koymuşlardır. Psikolojik iyilik halini, “kendini kabul etme”, “çevreye hakim olma”, “pozitif ilişkiler”, “özerklik”, “kişisel gelişim” ve “yaşam amacı” alt alanlarından oluşan Ryff Ölçeği ile değerlendirmişlerdir. “Özerklik” alanında anımsama terapisinin deney grubunda olumlu bir etkisi olduğu ortaya konmuştur. Afonso ve arkadaşlarının (39) depresif semptomlu yaşlılarda anımsama terapisinin yaşlıların psikolojik iyilik hali ve benlik bütünlüğü üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada psikolojik iyi hali ölçeği alanlarından olan “özerklik”in olumlu olarak etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu araştırmada ise yaşlılara yaşam kalitesi ölçeği ikinci kez uygulanırken yaşlılar huzurevi hakkında ki gerçek düşüncelerini ifade etmiş, huzurevi yaşlılarının birbirlerine karşı saygılı olmadıkları, özgürce ve bağımsız olarak bir şey yapamadıklarını belirtmişlerdir. Özellikle iki ya da üç kişilik odalarda kalan yaşlılar istediği zaman istediklerini yapamadıklarını, oda arkadaşlarının saygılı davranmadığını ya da oda arkadaşlarının yaptıklarından rahatsız olduklarını söylemişlerdir. Bu durumda özerklik alanındaki bu değişmeye huzurevi koşullarının neden olabileceği düşünülmüştür.

WHOQOL-OLD Yaşam kalitesi ölçeği “Geçmiş, Bugün ve Geleceğe ait Aktiviteler” alanı ile geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarılardan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceler sorgulanmaktadır. Anımsama terapisi ile yaşlının geçmişteki mutlu anılarını hatırlaması ve anlatması sağlanarak yaşlının bugünü ile olumlu bir ilişki kurması beklenmektedir. Ancak anımsama terapisi ile yaşlıların “Geçmiş, Bugün ve Geleceğe ait Aktiviteler” alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Bknz. Tablo 4.1.1). Bu durumda, yaşlılara mutlu anıları hatırlatılmaya çalışırken yaşlıların daha çok mutsuz anılarını hatırlamalarının etkisi olduğu düşünülmektedir.

WHOQOL-OLD Yaşam kalitesi ölçeği bir diğer alt alanı olan “Sosyal Katılım” ile yaşlının zamanı kullanma ile ilgili görüşleri ve önemli faaliyetlere katılma durumu değerlendirilmektedir. Anımsama terapisi ile “sosyal katılım”

arasında bir ilişki gösterilememiştir (Bknz. Tablo 4.1.). Gudex ve arkadaşlarının (103), günlük hemşirelik bakımına entegre olarak uygulanan anımsama terapisinin huzurevi yaşlıları ve çalışanları için sonuçlarını belirlemek amacıyla Alzheimer hastalığına özel yaşam kalitesi ölçeği ile yapılan çalışmada, ölçeğin alt alanlarından olan ve “Faaliyetlere Katılım” alan puanları düşmüş ve deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu araştırmada yaşlıların “sosyal katılım” alan puanında istatistiksel olarak bir değişim olmasa da yaşlıların bu tür aktivitelere katılmaktan memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

WHOQOL-OLD Yaşam kalitesi ölçeği alt alanı “Yakınlık” alanı ile yaşlıların diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal desteği değerlendirilmektedir. Bu araştırma da anımsama terapisi ile “Yakınlık” ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bknz. Tablo 4.1.). Afonso ve arkadaşlarının (39), depresif semptomlu yaşlılarda anımsama terapisinin yaşlıların psikolojik iyilik hali ve öz-bütünlük (self-integrity) üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada psikolojik iyilik hali ölçeği alanlarından olan “Pozitif İlişkiler” alanının olumlu olarak etkilendiğini belirtmişlerdir. Tacthell ve arkadaşlarının (40), üniversite öğrencileri tarafından uygulanan birebir ve beş görüşmeden oluşan anımsama terapisinin huzurevi yaşlılarına ve uygulayıcılara etkisini değerlendirmek amacıyla KF-36 ile yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada, deney grubundaki yaşlıların “Sosyal Fonksiyonellik” alan puanı istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiş ve anımsama terapisinin olumlu etkilediği belirtilmiştir. Ancak Gudex ve arkadaşlarının (103), günlük hemşirelik bakımına entegre olarak uygulanan anımsama terapisinin huzurevi yaşlıları ve çalışanları için sonuçlarını belirlemek amacıyla Alzheimer hastalığına özel yaşam kalitesi ölçeği ile yapılan çalışmada, ölçeğin alt alanlarından olan “Sosyal Etkileşim” alan puanları düşmüş ve deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği alt alanlarından olan “Ölüm ve Ölmek” ile ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı araştırılmaktadır. Anımsama terapisi sonrası “ölüm ve ölmek” ile ilgili alanda yaşam kalitesi puanında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır (Bknz. Tablo 4.1.). Yaşlıların gençlere göre anılarını daha çok anlatmak istemeleri onların kendilerini ölüme hazırlamaları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (113). Cappeliez ve

arkadaşlarının (20), yaşlılıkta yaşam doyumu ve psikiyatrik distres üzerine anımsama fonksiyonlarının etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada anımsamanın ölüme hazır oluşluğu sağlayarak yüksek yaşam doyumunda etkili olduğu ortaya konmuştur. Bu araştırmada “Ölüm ve ölmek” ile ilgili alanda yaşam kalitesi puanı değişmemiş ancak her iki ölçümde de ölüm ve ölmek alanının ortalaması ve ortancası yüksek bulunmuştur. Bu durum yaşlıların anımsama terapisi öncesi de ölümleri kabullendikleri ve hazır oldukları anlamına gelmektedir. Yaşlıların ölümleri kabullenmeleri ve hazır oluşuklarının, görüşülen yaşlıların hemen hepsinin dini inancının olmasının etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Yaşlıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine göre Anımsama Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Cinsiyete göre anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi “genel skor”unda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Bknz. Tablo 4.2.). Tabloyla gösterilmemiş olup, kadınlar ve erkekler kendi içlerinde değerlendirildiğinde “genel skor”daki değişimin kadınların “özerklik” ve “toplam skor” puanlarındaki düşüşten kaynaklandığı belirlenmiştir. Webster ve McCall’ın (114) anımsama terapisinin yaş ve cinsiyet ile ilişkisini belirlemek amacıyla Anımsama Fonksiyon Ölçeği (Reminiscence Function Scale) ile yaptıkları çalışmada, anımsama fonksiyon ölçeği kişilik ve acıklı olayları hatırlama faktörlerinin puanları kadınlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınların olumsuz olayları erkeklere göre daha çok hatırladığı belirtilmiştir. Bohlmeijer ve arkadaşları (25) farklı gruplar ve yaklaşım modelleri karşısında anımsamanın ve yaşamı incelemenin yaşlı depresyonunda etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları meta-analizde cinsiyete göre anlamlı bir fark bulamamışlardır. Pinquart ve Forstmeier’in (115) anımsama girişiminin psikososyal sonuçlara etkilerini meta-analizle değerlendirdikleri çalışmada cinsiyete göre anlamlı bir fark bulamamışlardır. Bu araştırmada da anımsama terapisi sırasında kadın yaşlıların olumsuz hatıraları daha çok anlattığı dikkat çekmiştir. Kadınların yaşam kalitesi puanındaki düşüş bu durumla açıklanabilmektedir.

Yaşa göre yaşam kalitesi puan değişiminde anımsama terapisinin etkisinin olmadığı görülmüştür (Bknz. Tablo 4.3). Webster ve McCall’ın (114) anımsama

terapisinin yaş ve cinsiyet ile ilişkisini belirlemek amacıyla Anımsama Fonksiyon Ölçeği (Reminiscence Function Scale) ile yaptıkları çalışmada, anımsama fonksiyon ölçeğinin “sohbet” ve “yakınlık” faktörleri hariç “sıkılmanın azalması”, “ölüme hazırlık”, “problem çözme”, “kişilik”, “acıklı olayları hatırlama” ve öğretme/bilgi verme faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulunmuştur. Bohlmeijer ve arkadaşlarının (25) farklı gruplar ve yaklaşım modelleri karşısında anımsamanın psikolojik iyilik haline etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları meta-analizde yaş gruplarına göre bir farklılık bulunmamıştır. Pinquart ve Forstmeier (115), anımsama girişiminin psikososyal sonuçlara etkilerini meta-analizle değerlendirdikleri çalışmada, yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulamamışlardır. Bu çalışmada anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi puan farklarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmasa da artış sadece 85-94 yaş arasındaki yaşlılarda olmuştur. Bu durum Webster ve McCall’inde (114) belirttiği gibi yaşlıların gençlere göre anılarını daha çok anlatması, anılarını başkalarına öğretici olması ve kendilerini ölüme hazırlamak amacıyla anlatmalarına bağlanabilir.

Yaşlıların eğitim durumlarına göre anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeği toplam skorundaki değişim farkı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da olumlu yönde artış sadece ortaokul ve lise mezunu olan grupta gözlemlenmiştir (Bknz. Tablo 4.4.). Azcurra’nın (108), huzurevinde yaşayan demanslı yaşlılarda anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Self-reported Quality of Life ölçeği ile yapılan çalışmada eğitim ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Yaşlıların kurumda kalma sürelerine göre anımsama terapisinin 1-6 yıldır huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği duyuşsal yetiler alanı puan farkındaki değişim olumsuz yönde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bknz. Tablo 4.5.). 1-6 yıldır huzurevinde kalan yaşlıların “duyuşsal yetiler” alan puanlarının son test ölçümünde düştüğü belirlenmiştir. Azcurra’nın (108), huzurevinde yaşayan demanslı yaşlılarda anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Self-reported Quality of Life ölçeği ile yapılan çalışmada kurumda kalma süresi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulamamışlardır. Bu çalışmada anımsama terapisi sonrası “duyuşsal yetiler” alanı puan farkındaki düşüşü

anımsama terapisi ile ilişkilendirerek açıklamanın doğru olmayacağı ve yaşlıların duygusal yetiler puanındaki düşüşte geçen sürenin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kurumda vakit geçirme aktivitelerine göre anımsama terapisi sonrası 5-6 aktivite ile vakit geçiren yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği “ölüm ve ölmek” alanı puan farkındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bknz. Tablo 4.6.). Bu farklılığın huzurevinde günde 5-6 aktivite ile vakit geçiren yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yaşlıların vakit geçirme aktivitelerinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (67, 116, 117). Diğer yaşlılara göre daha aktif olan yaşlıların anımsama terapisi sonrası “ölüm ve ölmek” alanı puanını farkındaki olumlu değişim ile bu yaşlıların ölümü kabullendikleri söylenebilmektedir.

Yaşlıların çocuk sahibi olma durumuna göre anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi puan farkında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Bknz. Tablo 4.7.). Çocuk sahibi olan yaşlıların çocuklarıyla görüşme durumuna göre anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi puan farkında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Bknz. Tablo 4.8.). Aile ile olumlu ilişkilerin ve görüşme sıklığının yaşam kalitesini olumlu etkilediği bilinmektedir (68, 116, 118, 119). Anımsama terapisi sonrası çocuklarıyla hiç görüşmeyen yaşlıların yaşam kalitesi genel skor puan farkında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bir artış görülmüştür.

Yaşlıların Ankara’da yaşayan yakını olma durumu ve yakınlarıyla görüşme durumları ile anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bknz. Tablo 4.9. ve Bknz. Tablo 4.10.). Burada yakınlarıyla hiç görüşmeyen yaşlıların anımsama terapisi sonrası yaşam kalitesi puanı farkında olumlu yönde bir artış olmuştur. Anımsama terapisi sonrası çocuklarıyla hiç görüşmeyen yaşlılar gibi yakınlarıyla da hiç görüşmeyen yaşlıların yaşam kalitesi genel skor puan farkında istatistiksel olarak anlamlı olmayan olumlu yönde bir artış bulunmuştur.

Yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumlarına göre anımsama terapisi sonra yaşam kalitesi puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Bknz. Tablo 4.11). Chiang ve arkadaşları (33), kurumda yaşayan yaşlılarda anımsama terapisinin psikolojik iyilik hali, depresyon ve yalnızlık üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla 8 haftalık uygulama sonrasında yaşlıların

sosyalleşmesini geliştirdiğini, izolasyon ve yalnızlığı azaltmaya yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Siviş'in (50), haftada iki kez üç hafta uygulanan anımsama terapisinin yaşlıların yaşam doyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin yaşam doyumlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bununla beraber grup yaşantısı katılımcılara, kişiler arası yakınlık, yardımlaşma duygusu ve daha olumlu bir benlik algısı yaşadıkları, kendilerini değerli hissettikleri, rahat bir sosyal ortam sunduğu ortaya konmuştur.

Bu çalışmada anımsama terapisi öncesi ve sonrası yaşlıların yaşam kalitesi puan farkında düşüş görülse de bu düşüş "Özerklik" alanı hariç istatistiksel olarak bir anlam ifade etmemiştir. Bu nedenle anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini söylemek doğru değildir. Ülkemizde hemşirelik alanında alzheimer tanılı yaşlılara 12 oturumluk anımsama terapisi uygulanmış ve yaşlıların bilişsel durumunda artış ve depresyonunda azalış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hafif ve orta düzeyde Alzheimer hastalarına anımsama terapisinin yapılmasını önermiştir (51). Ayrıca, Siviş'in (50), altı oturumluk anımsama terapisi sonrası yaşlıların yaşam doyumunu değerlendirdiği çalışmada da yaşlıların yaşam doyumunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişim ortaya koyamamış ve sonraki çalışmalar için daha fazla oturum sayılı, daha uzun bir programı kapsayan çalışmalar yapılmasını önermiştir. Bu çalışmadan da elde edilen sonuçlara göre çalışmanın daha büyük örneklem ile daha uzun sürede yapılması daha net sonuçlar elde edilebilmesi için gereklidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Huzurevinde yaşayan yaşlılara bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırma hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlara göre;

- Anımsama terapisi sonrası yaşlıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” puanının düştüğü ve puan farkındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı (Bkz Tablo 4.1.) ($p>0.005$),
- Anımsama terapisi sonrası yaşlıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği “Duyusal yetiler”, “Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri”, “Sosyal katılım”, “Ölüm ve ölmek”, “Yakınlık” alt alanları puan değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (Bkz Tablo 4.1.) ($p>0.05$),
- Anımsama terapisi sonrası yaşlıların WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği “Özerklik” alan puanının düştüğü ve puan farkındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu (Bkz Tablo 4.1.) ($p<0.05$),
- Anımsama terapisi sonrası yaşlıların cinsiyetine göre WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeği “Genel skor” puanının düştüğü (Bkz Tablo 4.2.) ($p<0.05$),
- Anımsama terapisi sonrası kurumda 1-6 yıl süredir kalan yaşlıların “Duyusal Yetiler” yaşam kalitesi alan puanının düştüğü (Bkz Tablo 4.5.) ($p<0.05$),
- Anımsama terapisi sonrası yaşlıların kurumda vakit geçirme aktiviteleri ile yaşam kalitesi ölçeği “Ölüm ve ölmek” alanı puanının düştüğü (Bkz Tablo 4.6.) ($p<0.05$),
- Anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesi ile yaş (Bkz Tablo 4.3.), eğitim durumu (Bkz Tablo 4.4.), kurumda kalma süresi (Bkz Tablo 4.5), kurumda vakit geçirme aktiviteleri (Bkz Tablo 4.6.), çocuk sahibi olma durumu (Bkz Tablo 4.7.), çocuklarıyla görüşme durumu (Bkz Tablo 4.8.), Ankara’da yaşayan yakın durumu (Bkz Tablo 4.9.), yakınlarıyla görüşme durumu (Bkz Tablo 4.10.), yaşlıların birbiriyle olan ilişki durumuyla (Bkz Tablo 4.11.) ilişkili olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

6.2 Öneriler

Huzurevinde yaşayan yaşlılara bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

- Anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrol gruplu deneysel çalışmaların yapılması,
- Anımsama terapisinin yaşlıların yaşam kalitesine etkisini değerlendiren farklı sosyokültürel yapı gösteren huzurevlerinde daha büyük örneklem gruplarını ele alan araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Ageing and life course. 2014. Erişim: 15.01.2015, <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>
- 2- TÜİK. 2014. İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim: 1.05.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>.
- 3- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 2013 yılı Faaliyet Raporu. Erişim: 15.01.2015, http://www.aile.gov.tr/data/53fe1465369dc3053ccd5500/aile_ve_sosyal_politikalar_bakanligi_2013_yili_idare_faaliyet_raporu.pdf.
- 4- Türkiye Devlet Planlama Teşkilatı. (2007). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlı Ulusal Eylem Planı. Erişim 17.01. 2015, <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylemla.pdf>.
- 5- Wagner, C., Groenewegen, PP., Bakker, DH.(2001). The effectiveness of quality systems in nursing homes: A Review. *Quality in Health Care*, 10, 211–217.
- 6- Glass, A. (1991). Nursing home quality: A framework for analysis. *J. Appl. Gerontol*, 10(1),5–18.
- 7- Borowiak, E., Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 212-220.
- 8- Drageset, J., Natving, GK., Eide, GE., Clipp, EC., Bondevik, M., Nortvedt, MW., Nygaard, HA. (2008). Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 1227–1236.
- 9- Karakaya, ME., Çuvalcı Bilgin, S., Ekici, G., Köse, N., Otman AS. (2009). Functional mobility, depressive symptoms, level of independence, and quality of life of the elderly living at home and in the nursing home. *Journal of The American Medical Director Association*, 10(9), 662-666

- 10- Kim, S-Y., Jeon, E-Y., Sok, SR., Kim, K-B. (2006). Comparison of health-promoting behaviors of noninstitutionalized and institutionalized older adults in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 31-35.
- 11- Lee, WT., Ko, S., Lee, KJ. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*,43, 293–300.
- 12- Beliran, SP., Legaspi, MS. (2014).Health-promoting behaviors and quality of life of filipino older persons. *Asia Pacific Journal of Education, Arts and Sciences*, 1(5),11-20
- 13- Bloom, H. (2001). Preventive Medicine: When to screen for disease in older patients. *Geriatrics*, 56(4),41–45.
- 14- Şenol, V., Ünalın, D., Soyuer, F., Argün, M. (2014). The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Geriatrics*, 2014, 1-8.
- 15- Morley, EJ., Philpot, CD., Gill, D., Berg-Weger, M. (2014). Meaningful activities in the nursing home. *The Journal of Post-Acute and Long Term Care*, 15, 79-81.
- 16- Coleman, PG. (2005). Uses of reminiscence: Functions and benefits, *Aging & Mental Health*, 9(4),291-294.
- 17- Liu, SJ., Lin, CJ., Chen, YM., Huang XY., (2007). The effects of reminiscence therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mi- Taiwan Journal of Medicine*, 12, 133–142.
- 18- Chin, A. (2007). Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A meta-analysis of controlled trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 10–22.
- 19- Butler, R. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65–76. Aktaran Cully, JA., LaVoie, D., Gfeller,

- JD.(2001). Reminiscence, Personality, and Psychological Functioning in Older Adults. *The Gerontologist*; 41(1), 89-95.
- 20- Cappeliez, P., O’rourke, N., Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health*, 9(4), 295–301
- 21- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. NY: W. W. Norton.
- Aktaran, Siviş R., (2007). Anımsama Terapisi ve İleri Yaştaki Yetişkinlerle Grupla Psikolojik Danışmadaki Yeri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28),129-138.
- 22- Wong, P., Watt, L.(1991). What types of reminiscence are associated with successful aging. *Psychology and Aging*, 6(2), 272-279.
- 23- Lin, Y., Dai, Y., Hwang, S. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review. *Public Health Nursing*, 20, 297–306.
- 24- Chen, Tj., Li Hj ve Li J.(2012).The effects of reminiscence therapy on depressive symptoms of Chinese elderly: Studyprotocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 189.
- 25- Bohlmeijer, E., Smit, F., Cuijpers, P. 2003. Effects of reminiscence and life review on late life depression: A Meta-Analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088–1094.
- 26- Hsieh, HF., Wang, JJ. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 335–345.
- 27- Wang, JJ. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 57–62.
- 28- Wang, JJ., Hsu, YC., Cheng, FS. (2005). The effects of reminiscence in promoting mental health of Taiwanese elderly. *International Journal of Nursing Studies*,42, 31-36.

- 29- Pinguart, M., Duberstein, PR., Lyness, JM. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11, 645–657.
- 30- Wang, JJ. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235–1240.
- 31- Chin, A. (2007). Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A Meta-analysis of control trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17(1),10–2.
- 32- Hsieh, CJ., Chang, C., SU, SF., Hsiao, YL., Shih, YW., Han, WH., Lin, CC. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Journal of Experimental Clinical Medicine*; 2(2):72–78.
- 33- Chiang, K., Chu, H., Chang, H-J., Chung, M-H., Chen, CH., Chiou, H-Y., Chou K-R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,25;380-388.
- 34- Chueh KH., Chang TY. (2014). Effectiveness of group reminiscence therapy for depressive symptoms in male veterans: 6-month follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 377-383.
- 35- Wang, C-C., Tzeng, D-S., Chung, W-C. (2014). The effect of early group psychotherapy on depressive symptoms and quality of life among residents of an apartment building. *The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 2014, 1-7.
- 36- Cook, EA. 2010. Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Women International*, 19(2), 109-118.
- 37- Chao, SY., Liu, HY., Wu, CY., Jin, SF., Chu, TL., Huang, TS., Clark, MJ., ve ark. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self

- esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Research*,14,36–45.
- 38- McKee, KJ., Wilson, F., Chung, MC., Hinchliff, S., Goudie, F., Elford, H., Mitchell, C., ve ark. (2005). Reminiscence, regrets and activity in older people in residential care: associations with psychological health. *Br Journal of Clinical Psychology*,44,543–61.
- 39- Afonso, RM., Bueno, B., Loureiro, MJ., Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37,1063–1080.
- 40- Tatchell, T., Jordan, TR., Waite, Pj., Tatchell RH. (2004). Transmissive reminiscence therapy with college students. *Journal of Intergenerational Relationship*, 1(49), 35-52.
- 41- Stinson, CK, Kirk E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 208–218.
- 42- McCloskey, J., Bulechek, G. (2000) Nursing Interventions Classification (NIC), 3rd edn. Mosby, St Louis, MO. Aktaran. Wu, L-F. (2011).Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2195–2203.
- 43- American Nurses Association (1994) Standards of Psychiatric – Mental Health Clinical Practice. American Nurses Publishing, Washington, DC. Aktaran. Stinson CK, Kirk E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 208–218.
- 44- American Nurses Association (1995) Scope and Standards of Gerontological Nursing Practice. American Nurses Publishing,Washington, DC. Aktaran Stinson CK, Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 208–218.

- 45- Jones, ED. (2003). Reminiscence therapy for older women with depression: Effects of nursing intervention classification. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(7):26-33.
- 46- Low, G., Molzahn, AE. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, 30, 141–150.
- 47- Demir, F. (2002). Yaşlılık ve Geriatri Hemşireliği: *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(1),48-51.
- 48- Wu, LF. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2195–2203.
- 49- Kwon, M., Cho, B., Lee, J. (2013). Reminiscence therapy for dementia – Meta Analysis. *Healthcare and Nursing*, 40;10-15.
- 50- Siviş, R. (2005). *The effect of a reminiscence group counseling program on the life satisfaction of older adults*. ODTÜ Eğitim Bilimleri Bölümü Doktora Tezi. www.yok.gov.tr. Erişim tarihi: 14.03.2014.
- 51- Duru-Aşiret, G. 2014. *Anımsama Terapisinin Alzheimer Hastalarının Bilişsel Durumu, Depresyon ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisi*. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Doktora Tezi. www.yok.gov.tr. [ÖZET]. Erişim tarihi, 30.12.2014.
- 52- Allison, PJ., Locker, D. ve Feine JS.(1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Science & Medicine*, 45(2),221-230.
- 53- Farquar, M.(1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41, 1439-1446.
- 54- Ryan, RM., Deci, EL. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*,52, 141–166.
- 55- Musschenga, AW. (1997). The relation between concepts of quality of life, health and happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 11-28.

- 56- Bowling, A., Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27, 827–848.
- 57- Hickey, A., Barker, M., Mc Gee H., O'Boyle C. (2005). Measuring health-related quality of life in older patient populations. *Pharmacoeconomics*, 23 (10), 971-993.
- 58- Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temeli ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 5,1-5.
- 59- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., & Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological Measures*, 54, 372–382. Aktaran. Wrosch, C., Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59–72.
- 60- World Health Organization Quality of Life Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF Quality Of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28 (3), 551–558.
- 61- Eser, E. (2004). Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
- 62- World Health Organization. (2007). Older people and Primary Health Care. Erişim: 10.09.2014. [http:// www. who.int /ageing/primary_health_care /en /index.html](http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html).
- 63- Mandzuk, LL., McMillan, DE. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, 12–18.
- 64- Saxena, S., O' Connel, K., Underwood, L. (2002). A Commentary: cross-cultural quality-of-life assessment at the end of life. *The Gerontological Society of America*, 42(III), 81–85.
- 65- Akal, Ç. (2005). *Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.Sivas.

- 66- Sucaklı, MH., Bakan, B., Çelik, M. (2013). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*,17(3),96-100.
- 67- Ercan Şahin, N., Emiroğlu, ON. (2014). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(1),57-66.
- 68- Alexandre, TS., Cordeiro, RC., Ramos, LR. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 613-21.
- 69- Ceremnych, J. (2003). Focus group discussions with older adults and carers for development of pilot WHOQOL-OLD measure. *Acta Medica Lutianica*, 10 (3),152-158.
- 70- Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H., Cantürk, A. (2006). Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(1), 30-33.
- 71- Kirchengast, S., Haslinger, B. (2008). Gender differences in health related quality of life among healthy aged and old aged Austrians: Cross Sectional Analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278.
- 72- Breeze, E., Jones, DA., Wilkinson, P., Bulpitt CJ., Grundy, C., Latif, AM, Flether, AE. (2005). Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain. *International Journal of Epidemiology*,34,276–283.
- 73- Molzahn, AE, Gail, L. (2007). Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, 30, 141–150.
- 74- Browne, JP., Boyle, CA., McGee, HM., Joyce, CRB., McDonald, NJ., O'Malley, K., Hiltbrunner, B. (1994) Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3:235–244.
- 75- Borling, G., Edberg A K., Hallberg, I R. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19, 201–220.

- 76- Telatar, T G., Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3), 162–165.
- 77- Sims, J., Kerse, NM., Naccarella, L., Long, H. (2000). Health promotion and older people: the role of the general practitioner in Australia in promoting healthy ageing. *Australian and NewZealand Journal of Public Health*, 24(4),356-359.
- 78- Resnick, B. (2001). Promoting health in older adults: A four-year analysis. *Journal of The American Academy of Nurse Practationers*, 13(1), 23-33,
- 79- Resnick, B. (2003). Health promotion practices of older adults: testing an individualized approach. *Journal of Clinical Nursing* , 12, 46–55.
- 80- Malderen, LV., Mets, T. Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*,12,141– 150.
- 81- Backhose, T., Killett, A., Penhale, B., Burns, D., Gray, R. (2014). Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the east of England: a postal survey. *Ageing&Mental Health*, 18(2),187-93.
- 82- Newbern, V. (1992). Sharing the memories. The value of reminiscence as a research tool. *Journal of Gerontological Nursing*,11(7),13-18 (Abstract).
- 83- Butler, R. N. 1963. The life-review : an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 1, 65–76. Aktaran. Westerhof, GJ. Bohlmeihjer, E., Webster, JF. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, 697–721.
- 84- Haight, BK.(1991). *Reminiscing : the state of the art as a basis for practice*. *Int Journal of Aging Human Development*, 33(1), 1-32.
- 85- Cully, JA., LaVoie, D., Gfeller, JD. (2001). Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist*, 41(1), 89-95.

- 86- Ebersole, P., Hess, P., Thouhy, T., Jett, K., Luggen, AS. (2008). Reminiscence and life review. *Toward Healty Aging*, 624-625.
- 87- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,1,1-36.
- 88- Bluck, S., Levine, LJ. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing & Society*, 18(2), 185–208.
- 89- Westerhof, GJ. Bohlmeihjer, E., Webster, JF. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, 697–721.
- 90- Webster, JD. (1993). Construction and validation of the reminiscence functions scale. *Journals of Gerontology*, 48, 256–262.
- 91- Webster, JD. (1997). The reminiscence functions scale: A replication. *International Journal of Aging & Human Development*, 44, 137–148.
- 92- Cappeliez, P., Guindon, M., Robaitalle, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, 22, 266–272.
- 93- Cook, EA. (1998). Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Women International*, 19, 109–118.
- 94- Stinson, KC. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-28.
- 95- Schweitzer, P., Bruce, E. (2008). Remembering yesterday, caring today reminiscence in dementia care: a guide to good practice. London: Jessica Kingsley Publishers;.s.127.
- 96- Swann, J. (2008). Preserving memories using reminiscence techniques. *Nursing & Residential Care*, 10(12), 611-613.

- 97- Jones, E., & Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural dwelling older adults. *Issues in Mental Health Nursing, 23*, 279-290.
- 98- Harrand, A., Bollstetter, J. (2000). Developing a community-based reminiscence group for the elderly. *Clinical Nurse Specialist, 14*(1), 17-22.
- 99- Robinson, J.G., Molzahn, AE. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(3), 19-27.
- 100- Molzahn, A.E. (2007). Spirituality in later life: Effect on quality of life. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(1): 32-39
- 101- Burnside, I. (1990). Reminiscence an independent nursing intervention for the elderly. *Mental Health Nursing, 11*33-48.
- 102- Godley, KJ., Gatz, M. (2000). Psychological interventions for individuals with dementia: An integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review, 20*(6), 755–782.
- 103- Gudex, C., Charlotte, H., Jensen, AM,, Kjer, M., Sørensen, J. (2010). Consequences from use of reminiscence – a randomised intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics; 10*, 2-15.
- 104- The WHOQOL-OLD Module-Manual. (2005). World Health Organization. Euorpan Office.
- 105- Power, M., Quinn, K., Schmidt S. ve WHOQOL-OLD group, (2005). Development of the WHOQOL-old module, *Quality of Life Research, 14*, 2197–2214.
- 106- Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., Fidaner, C. 2010. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü Whoqol-old: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi, 21*(1), 37-48.
- 107- O'shea, E., Davene D., Cooney, A., Casey, D., Jourdan, F., Hunter A. ve ark. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with

- dementia in long-stay care. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1062-1070.
- 108- Azcurra, DJLS. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 422-43.
- 109- Hanaoka, H., Okamura, H. (2004). Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 302–311.
- 110- Lin, LJ., Li, KY, Taoburne, CES. 2011. Impact of the life review program on elders with dementia: A preliminary study at a day care center in Southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 19(3),199-209.
- 111- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., Orell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 93–97.
- 112- Meléndez-Moral, JC., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., Sales-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323.
- 113- Cappeliez, P., Rivard, V., Guindon S. (2007). Functions of reminiscence in later life proposition of a model and applications. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 57, 151–156.
- 114- Webster, J.D., McCall, M.E. (1999). Reminiscence functions across adulthood: A replication and extension. *Journal of Adult Development*, 6, 73–85.
- 115- Pinguart, M., Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis, *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- 116- Tseng, ZS., Wang, RH. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 18(5), 304-311.

- 117- Luleci, E., Hey, W., Subaşı, F. (2008). Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, 57–66.
- 118- Hjaltadottir, I., Gustafsdottir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: Perception of physically frail elderly residents. *Scand J Caring Science*, 21, 48–55.
- 119- Yazgan, Ç., Kora, K., Topçuoğlu, V., Kuşçu, K.(2006). Huzurevinde Kalan Demansı Olmayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3), 143-149.



Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00 /209

28 Subat 2013

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13.02.2013 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2013/03
Proje No : LUT 12/94 (Değerlendirme Tarihi 26.07.2012)
Karar No : LUT 12/94 - 14

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi, öğretim üyelerinden Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu'nun sorumlu araştırmacı olduğu Nilay Ercan Şahin'in tezi olan LUT 12/94 kayıt numaralı ve "*Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | | |
|-----------------------------------|----------|--------------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu | (Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken | (Üye) | 10. Doç. Dr. R. Köksal Özgül | (Üye) |
| İZİNLİ | | 11. Prof. Dr. Cansın Saçkesen | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Örer | (Üye) | 12. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Seyda F. Müftüoğlu | (Üye) | İZİNLİ | |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer | (Üye) | 13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan | (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay | (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl | (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu | (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu | (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal | (Üye) | | |

19.12.2012/59

Ek 2.



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

Sayı : B.17.4.ASM.0.06.00.63.622 28217
Konu : Anket İzni

13 Aralık 2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
06100 Sıhhiye/ANKARA

İlgi: a)05.11.2012 tarih ve 797 sayılı yazınız.

b) 04.12.2012 tarih ve 784-13020 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığının yazısı.

İlgi yazınızla doktora öğrencisi Nilay ERCAN'ın " Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez araştırmasını Müdürlüğümüze bağlı Ümitköy HYBRM ile Seyranbağları HYBRM'inde yapma talebi bildirilmiştir.

Ancak ilgi (b) yazı ile huzurevinde kalan yaşlıların büyük oranda, psiko-sosyal yönden hassas bir dönemde olan kişiler olduğu bu sebeple araştırma sorularının yaşlılık döneminin biyo-psiko-sosyal özellikleri dikkate alınarak hazırlanmasının önem arz ettiği, yapılan inceleme ve değerlendirmede söz konusu araştırma için hazırlanan soruların, huzurevinde kalan yaşlıları psikolojik açıdan olumsuz etkileyeceğinin mütalaa edildiği ve söz konusu araştırmanın Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğümüze bağlı huzurevlerinde yapılmasının uygun görülmediği ancak soru formatının yukarıda izah edilen hususlar çerçevesinde yeniden hazırlanarak talep edilmesi durumunda konunun yeniden değerlendirilebileceği belirtilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Selma AKARSU
Araştırmacı

Ek 3.



T.C.
KEÇİÖREN BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü

SAYI : M.06.3.KEÇ.0-35-74

11 01 2013

KONU : Tez Uygulaması

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi

ANKARA

İLGİ: 10.01.2013 tarih ve 51986023/56 sayılı yazınız;

Anabilim Dalınız doktora öğrenciniz Nilay Ercan Şahin'in "Huzurevinde Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tezinin ön uygulamasını 04 Mart – 1 Kasım 2013 tarihleri arasında Keçiören Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Huzurevi'nde yapmaları uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Celal SEMİZ
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

ADRES:
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü
Fatih Caddesi Çağla Sokak No:2
06310 Keçiören /ANKARA

TELEFON
0 312 314 35 08 -0 312 314 33 77

e-mail: sosyalyardim@kecioren.bel.tr

FAX
0 312 358 29 68

YAŞLI BİREYİ TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Bu anket Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora öğrencisi Nilay ERCAN ŞAHİN tarafından “Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesin Etkisi” adlı tez çalışmasının uygulaması amacıyla yapılmaktadır.

- 1- Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 2- Doğum yılınız:
- 3- Medeni Durumunuz: Bekar () Evli () Boşanmış () Dul ()
- 4- Eğitim durumunuz: Okur yazar değil () Okur yazar () ilkokul () Orta ()
Lise () Üniversite ()
- 5- Mesleğiniz:
- 6- Aylık düzenli gelir durumunuz nedir?
Gelirim var. () Gelirim yok. ()
- 7- Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?
() Evet () Hayır
- 8- Evet ise, nedir?.....
- 9- Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?
() Evet () Hayır
- 10- Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()
- 11- Çocuğunuz var ise görüşme sıklığınız nedir?
() Sık görüşüyorum
() Seyrek görüşüyorum
() Görüşmüyorum
- 12- Ankara'da yaşayan herhangi bir yakınınız var mı?
() Evet ise, yakınlık derecesi.....
() Hayır
- 13- Cevabınız evet ise yakınlarınızla görüşme sıklığınız nedir?
() Sık görüşüyorum
() Seyrek görüşüyorum
() Görüşmüyorum
- 14- Kurumda kalma süreniz nedir?

1 yıldan az () 1-3 yıl () 4-6 yıl () 7-9 yıl () 10 yıldan fazla ()

15- Bulduğunuz kurumda vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz?

() El İşi () Kitap/Gazete okuma () Yürüyüş () Radyo/Tv dinleme/izleme
() İbadet () Kurum içinde sohbet ederek, oturup ,dolaşarak

16- Huzurevinde size yönelik aktiviteler düzenleniyor mu?

() Evet ,..Evet ise neler ..
() Hayır

17- Huzurevi çalışanları ile ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

() İyi () Orta () Kötü

18- Huzurevi sakinleri ile ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

() İyi () Orta () Kötü

WHOQOL-OLD .TR
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü

Yönerge

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

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

SORULAR

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

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

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

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

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

3. Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

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

4. Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

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

5. Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?

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

6. Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

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

7. Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

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

8. Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

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

9. Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

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

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

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

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

11. Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

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

12. Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

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

13. Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

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

14. Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

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

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

15. Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

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

16. Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?

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

17. Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

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

18. Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

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

19. Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

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

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

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

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

21. Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

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

22. Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

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

23. İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

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

24. İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

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

T.C.
ETİMESGUT BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Müdürlüğü

SAYI : M.06.3.ETİ.023/2013 / 81
KONU : Tez uygulaması izni Hk.

22 .01/2013

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
Hemşirelik Fakültesi

İLGİ: 10.01.2013 tarih ve 51986023 sayılı yazınız.

Üniversiteniz, Hemşirelik Fakültesi Doktora Öğrencisi olan Nilay Ercan ŞAHİN'in yürütmekte olduğu "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu doktora çalışmasını 01 Şubat-28 şubat 2013 tarihleri arasında, Etimesgut Belediyemiz Sağlık İşleri Müdürlüğüne bağlı Orhan Tan Huzurevinde çalışma yapmasına Makamlarımızca izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.



Cemal SATILMIŞ

Başkan a.
Belediye Başkan Yardımcısı

Ek-7

“HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARA UYGULANAN ANIMSAMA TERAPİSİNİN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ” KONULU ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı

Huzurevinde yaşayan yaşlılarla ilgili araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi “Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi” dir. Sizde bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak hemen söylemeliyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, sizinle birlikte anımsama terapisi grup toplantıları yaparak, anımsama terapisinin yaşam kaliteniz üzerinde ki etkisini inceleyerek olumlu etkisinin bulunması durumunda yaşlı bakımevlerinde anımsama terapisinin günlük yaşlı bakım hizmetlerine eklenerek yaşlı sağlığının geliştirilmesinde ve yaşlı yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabilmesini sağlamaktır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi Nilay Ercan Şahin tarafından gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırmacı çalışma süresince 65 yaş üzeri bireyi tanımlayıcı bilgi formu ve yaşam kalitesi ölçeği anketini uygulayacak ve haftada bir kez anımsama terapisi grup toplantıları yapılacaktır. Çalışma sonunda elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılacaktır ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde huzurevi koşullarınızda hiç bir değişiklik olmayacak aynı hizmeti almaya devam edeceksiniz. Şimdiden vereceğiniz bilgiler, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

“Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı bu çalışma Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Doktora tez çalışması olarak yapılmaktadır.

Nilay Ercan Şahin tarafından yürütülen bu çalışmanın; yaşlılara uygulanan grup anımsama terapisinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin bulunması durumunda; yaşlı bakımevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin artırılmasında anımsama terapisinin günlük yaşlı bakım hizmetlerine eklenerek yaşlı sağlığının geliştirilmesinde ve yaşlı yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabilmesi açıklanmıştır. Vereceğim yanıtların çalışmanın gerçeği yansıtmasında ne denli önemli olduğu ve bu çalışmanın vereceğim katkılarla gerçekleşebileceği vurgulanmıştır. Araştırmaya katılma durumunda kişisel bilgilerimin ve verdiğim tüm bilgilerin gizli kalacağı güveni oluşturulmuştur.

Bu bilgilerin açıklanması sonrasında araştırmaya katılma davet edildim. Araştırmaya katılmada özgür olduğum ve yapılan tüm açıklamaları kavramış olarak kendi özgür irademle çalışmaya katılıp katılmama kararı verebileceğim bildirilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Bu görüşme sonunda çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılımdan son derece memnun olduğumu bildiririm.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Araştırmacı

Adı,soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Ek 8. Anımsama Terapisi Hatırlatıcı Resimler











Eski lambali Philips radyo





