

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YALNIZLIK YAŞAYAN YAŞLI KADINLARA
İNTEGRATİF HEMŞİRELİK İLKELERİ VE OMAHA
SİSTEMİ DOĞRULTUSUNDA YAPILAN
GİRİŞİMLERİN FİZİKSEL, RUHSAL, SOSYAL VE
SPİRİTÜEL SAĞLIKLARINA ETKİSİ

Ayşegül ILGAZ

DOKTORA TEZİ

2019-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YALNIZLIK YAŞAYAN YAŞLI KADINLARA
İNTEGRATİF HEMŞİRELİK İLKELERİ VE OMAHA
SİSTEMİ DOĞRULTUSUNDA YAPILAN
GİRİŞİMLERİN FİZİKSEL, RUHSAL, SOSYAL VE
SİRİTÜEL SAĞLIKLARINA ETKİSİ

Ayşegül ILGAZ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 27/06/2019

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
Ege Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAş
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Selda SEGİNLI
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayla TUZCU
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri üyeleri tarafından uygun gör¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN
Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Ayşegül ILGAZ



Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimden bu yana her zaman desteğini, sevgisini, içtenliğini, bilgi ve tecrübelerini, özgün fikirlerini ve yardımlarını hiç esirgemeyen, akademik hayatımda bakış açımı geliştiren, her zaman varlığı ile yanımda olan değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM'e,

Tez izleme komitesinde yer alan değerli katkı ve desteklerini sağlayan, tez çalışmama yol gösteren sayın Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimimden bu yana her konuda bilgisi ve desteği ile akademik gelişimime katkı sağlayan, tez izleme komitesinde yer alarak tez sürecimi yönlendiren sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayla TUZCU'ya,

Lisansüstü eğitimim boyunca gösterdikleri desteklerden dolayı Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tez sürecinde sevgisi ve desteği ile her zaman yanımda olan 17 nolu ASM'de çalışan tüm personele,

Girişimleri uygulama aşamasında sağladığı yardımlardan dolayı Kepez Belediyesi personeline ve Başkan Yardımcısı Mustafa ÖZSOY'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden anneanne ve babaannem olan yaşlı teyzelerime,

Her koşulda beni destekleyen, varlığını her an hissettiğim sevgili eşime ve kızım Elif'e, veri toplama ve girişimleri uygulama sürecini anne karnında yaşayan doktora tez sürecinde ailemize katılan oğlum Ömer Efe'ye; sevgi ve desteği ile beni yalnız bırakmayan sevgili aileme en içten sevgi ve saygı ile teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: İki aşamadan oluşan araştırmanın birinci bölümünün amacı, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı yaşlı kadınların yalnızlık prevalansı ve etkileyen faktörleri belirlemektir. İkinci bölümün amacı, yalnızlık düzeyi yüksek olan yaşlı kadınlara İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda yapılan girişimlerin yaşlıların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarına etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Birinci aşama tanımlayıcı (296 yaşlı kadın), ikinci aşama randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. İkinci aşama girişim grubunda 27, kontrol grubunda 28 yaşlı kadın ile çalışma tamamlanmıştır. Birinci aşamada yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği ile belirlenmiştir. İkinci aşamada fiziksel aktivite seviyesi, sağlık durumu, sosyal destek, sosyal dahil olma, iyilik durumu algıları ve spiritualite seviyesi başlangıçta ve 12 hafta sonra ölçülmüştür. İkinci aşamada, yalnızlık düzeyi yüksek olan kadınlar randomizasyonla girişim ve kontrol grubuna atandıktan sonra yaşlı kadınlara 12 hafta boyunca İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda bireysel ve grup girişimlerini içeren INOSEL programı uygulanmıştır.

Bulgular: Birinci aşamada, yaşlı kadınların %25'inin "çok yalnızlık hissediyor" ve %8.8'inin çok yoğun yalnızlık hissediyor" düzeyinde olduğu bulunmuştur. İkinci aşamada, INOSEL programı sonunda girişim grubunda yalnızlık düzeyinin azaldığı, fiziksel aktivite seviyesinin, sağlık durumu, sosyal destek, sosyal dahil olma ve iyilik durumu algısının, spiritualite seviyesinin arttığı belirlenmiştir. Omaha Sistemi'ne göre en sık görülen sağlık problemleri; sosyal etkileşim, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, dolaşım ve bağırsak fonksiyonudur. Yaşlı kadınlara %50 sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, %27.2 sürveyans, %19.4 vaka yönetimi ve %3.5 tedavi ve işlem kategorilerinde girişim uygulanmıştır.

Sonuç: İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda planlanan girişimler yaşlı kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarını olumlu yönde etkilemiştir.

Anahtar Kelimeler: yalnızlık, yaşlı kadın, İntegratif Hemşirelik, Omaha Sistemi

ABSTRACT

Objective: The aim of the first part of the study, which consists of two phases, is to determine the prevalence and the factors affecting the loneliness of elderly women registered to a Family Health Center. The aim of the second part is to evaluate the effects of the interventions carried out according to the Integrative Nursing Principles and Omaha System on the physical, spiritual, social and spiritual health of the elderly.

Method: The first stage is a descriptive (296 elderly women), second-stage randomized controlled experimental study. The study was completed with 27 women intervention and 28 in the control group in the second stage. In the first stage, the loneliness of elderly women was determined by the Loneliness Scale for Elderly. In the second stage, the level of physical activity, perception of health status, social support, social inclusion, well-being and level of spirituality were measured at baseline and after 12 weeks. In the second stage, women with high levels of loneliness were assigned to the intervention and control group by randomization. INOSEL program including individual and group interventions according to the Integrative Nursing Principles and Omaha System was applied for 12 weeks.

Results: In the first stage, it was found that 25% of elderly women felt very lonely and 8.8% felt very intense loneliness. At the end of the INOSEL program, it was determined that loneliness level decreased, the level of physical activity, perception of health status, social support, social inclusion, well-being and level of spirituality increased in the intervention group. The most common health problems according to the Omaha System; social interaction, interpersonal relations, physical activity, circulation and intestinal function. Interventions categories were 50% health education, guidance and counseling, 27.2% surveillance, 19.4% case management, 3.5% treatment and procedures categories.

Conclusion: The interventions planned in line with the Integrative Nursing Principles and Omaha System have positively affected the physical, spiritual, social and spiritual health of elderly women.

Key words: loneliness, elderly woman, Integrative Nursing, Omaha System

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık	3
2.2. Yaşlılarda Yalnızlık	3
2.2.1. Yaşlılarda Yalnızlık Prevelansı	4
2.2.2. Yaşlılarda Yalnızlığı Etkileyen Faktörler	5
2.2.3. Literatürde Yaşlıların Yalnızlığını Azaltmak için Yapılan Çalışmalar	6
2.3. Yaşlılarda Holistik Bakımın Önemi	7
2.4. Yaşlılarda İntegratif Hemşirelik	8
2.5. Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi’nin Kullanımı	14
2.6. Yaşlıların Fiziksel, Ruhsal, Sosyal ve Spiritüel Sağlığının Geliştirilmesi	16
2.7. Yaşlıların Yalnızlığının Azaltılması, Fiziksel, Ruhsal, Sosyal ve Spiritüel Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırma Soruları ve Hipotezler	21
3.2. Araştırmanın Türü	22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.5. Dahil Edilme Kriterleri	29
3.6. Dışlama Kriterleri	30
3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriteri	30
3.8. Çalışmanın Uygulama Basamakları	30
3.8.1. Körleme	31
3.8.2. INOSEL (Integrative Nursing and Omaha System in Elderly women feeling Loneliness) programı	31
3.9. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	40
3.9.1. Birinci Bölüm	40
3.9.2. İkinci Bölüm	41
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	48
3.11. Verilerin Analizi	48
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	50
3.13. Araştırmanın Etik İlkeleri	50
3.14. Araştırmanın Finansal Giderleri	50
3.15. Araştırmacının Deneyimleri	50
4. BULGULAR	51
4.1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Kadınlara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler	51
4.2. Yaşlı Kadınların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyebilecek Değişkenler	53
4.3. Lojistik Regresyon Analizine Göre Yaşlı Kadınların Yalnızlık Durumlarını Etkileyen Faktörler	54
4.4. Omaha Sistemi'ne İlişkin Bulgular	55
4.4.1. Problemler	55
4.4.2. Girişimler	57
4.4.3. Bilgi Davranış ve Durum Boyutlarında Değişim	58
4.5. Yaşlı kadınlara İntegratif Hemşirelik ve Omaha Sistemi Doğrultusunda 12 Hafta Boyunca Uygulanan Girişimlerin Fiziksel, Ruhsal Sosyal ve Spiritüel Sağlık Üzerine Etkisi	59

5. TARTIŞMA	69
5.1. Birinci Aşamaya İlişkin Araştırma Soruları	69
5.1.1. Yaşlı Kadınların Yalnızlık Düzeyi	69
5.1.2. Yaşlı Kadınların Yalnızlık Düzeyini Etkileyen Değişkenler	70
5.2. İkinci Aşamaya İlişkin Hipotezler	72
5.2.1. Yaşlı Kadınların Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne Göre Sağlık Problemleri	72
5.2.2. Yaşlı Kadınlara Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şeması ile Planlanan ve Uygulanan Girişimler	73
5.2.3. Yaşlı Kadınlara Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Uygulanan Girişimlerin Etkisi	73
5.2.4. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Yalnızlık Düzeyine Etkisi	74
5.2.5. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Fiziksel Aktivite Düzeyine Etkisi	75
5.2.6. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Sağlık Durumunu Algılama Düzeyine Etkisi	76
5.2.7. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Sosyal Destek Algı Düzeylerine Etkisi	77
5.2.8. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Sosyal Dahil Olma Düzeylerine Etkisi	78
5.2.9. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin İyilik Durumu Algı Düzeylerine Etkisi	78
5.2.10. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Spiritualite Algı Düzeylerine Etkisi	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR	83
EKLER	
EK-1 Yaşlıların Yalnızlık Düzeyine Göre Randomizasyonu	

- EK-2** Çalışmaya Katılan Yaşlı Kadınların INOSEL Programına Katılım Çizelgesi
- EK-3** Yaşlı Kadınlara Anı Terapisi Oluşturmak Amacıyla Verilen Fotoğraflar
- EK-4** Dünya Kadınlar Gününde Düden Park ve Macera Ormanına Yapılan Piknik ve Gezi Basın Bildirileri
- EK-5** Dünya Sağlık Haftası'nda Manavgat Şelalesi Piknik ve Gezi Basın Bildirileri
- EK-6** Anneler Gününde Kent Ormanına Yapılan Piknik ve Gezi Basın Bildirileri
- EK-7** Araştırmacının Omaha Sistemi Eğitim Belgesi
- EK-8** Veri Toplama Formu
- EK-9** Ölçek İzinleri
- EK-10** Etik Kurul İzni
- EK-11** Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni
- EK-12** Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı Omaha Sistemi Bütçesi
- EK-13** Sinema Etkinliğinde İzletilen Filmlerin Satın Alma Faturası

ÖZGEÇMİŞ

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	İntegratif Hemşirelik İlkeleri ile Omaha Sistemi'nin ilişkisi	16
Tablo 3.1.	Girişim ve kontrol grubundaki tüm yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test)	26
Tablo 3.2.	Yalnızlık düzeyine göre "çok yalnızlık hissedenden" girişim ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test)	27
Tablo 3.3.	Yalnızlık düzeyine göre "çok yoğun yalnızlık hissedenden" girişim ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test)	27
Tablo 3.4.	CONSORT akış şemasına göre ayırma bölümünde girişim alan deney ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test)	28
Tablo 3.5.	CONSORT akış şemasına göre analiz bölümünde deney ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test)	29
Tablo 3.6.	INOSEL programının hedefleri	34
Tablo 3.7.	12 hafta boyunca uygulanan grup temelli ve bireysel girişimlerin şeması (INOSEL programı)	35
Tablo 3.8.	Girişimler, hedefler ve İntegratif Hemşirelik İlkeleri ile ilişkisi	36
Tablo 3.9.	İkinci aşamada kullanılan ölçüm araçları	42
Tablo 3.10.	UFAA'ya göre aktiviteler için standart MET değerleri	44

Tablo 3.11.	Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel analizler	49
Tablo 4.1.	Araştırmaya katılan yaşlı kadınların sosyo-demografik özellikleri	51
Tablo 4.2.	YYÖ, GYA ve EGYA ölçekleri puan ortalamaları ve minimum-maximum değerler	52
Tablo 4.3.	Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeyinin dağılımı	52
Tablo 4.4.	Yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre yalnızlık durumlarının dağılımı	53
Tablo 4.5.	Yaşlı kadınların lojistik regresyon analizine göre yalnızlık algıları	55
Tablo 4.6.	Yaşlı kadınlarda görülen en sık sağlık problemlerinin toplam problem içindeki oranı	56
Tablo 4.7.	Girişim grubundaki yaşlı kadınlarda belirlenen tüm problemlerin girişim öncesi ve sonrası bilgi, davranış ve durum boyutlarındaki değişimin dağılımı	58
Tablo 4.8.	Yaşlı kadınların girişim öncesi ve sonrası yalnızlık düzeylerinin dağılımı	60
Tablo 4.9.	Yaşlı kadınların girişim öncesi ve sonrası fiziksel aktivite, sağlık durumu ve sosyal destek algısı, sosyal dahil olma durumu, iyilik durumu algısı ve spiritualite seviyelerinin dağılımı	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	İntegratif Hemşirelik İlkeleri	9
Şekil 3.1.	ASM'nin hizmet verdiği mahalleler	22
Şekil 3.2.	Birinci aşamada araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeyleri ile ikinci aşamaya dahil edilenlerin dağılımı	24
Şekil 3.3.	İkinci aşamanın sonunda yalnızlık düzeyindeki değişimin grup içi (girişim grubu ön test ve son test) posthoc gücünün hesaplanması	25
Şekil 3.4.	İkinci aşamanın sonunda yalnızlık düzeyindeki değişimin gruplararası (girişim ve kontrol grubu son test) posthoc gücünün hesaplanması	25
Şekil 3.5.	İntegratif Hemşirelik İlkeleri ile Omaha Sistemi'ne göre yapılan girişimlerin görseli	37
Şekil 3.6.	İntegratif Hemşirelik İlkelerinin kavramsal, teorik ve deneysel yapısı (CTE yapısı)	38
Şekil 3.7.	Yaşlı kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarını geliştirmek için yapılacak olan girişimlerin kavramsal şeması	39
Şekil 3.8.	Araştırma süreci	47
Şekil 3.9.	CONSORT Akış Şeması	48
Şekil 4.1.	Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi	53
Şekil 4.2.	İkinci aşamada girişim grubundaki yaşlı kadınların	55

	Omaha Sistemi'ne göre en sık görülen sağlık problemleri	
Şekil 4.3.	Yaşlı kadınlara yapılan girişimlerin Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şeması girişim kategorilerine göre dağılımı	57
Şekil 4.4.	İkinci aşamada girişim grubundaki yaşlı kadınların Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ndeki problem alanlarına göre girişim kategorilerinin dağılımı	58
Şekil 4.5.	Girişim öncesi ve sonrası Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarının dağılımı	59
Şekil 4.6.	Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası yalnızlık düzeylerinin dağılımı	60
Şekil 4.7.	Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası fiziksel aktivite seviyesinin dağılımı	62
Şekil 4.8.	Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası sağlık durumunu algılama seviyesinin dağılımı	63
Şekil 4.9.	Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	64
Şekil 4.10.	Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	65
Şekil 4.11.	Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	66
Şekil 4.12.	Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası DSÖ-5 İDİ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	67

Şekil 4.13. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası SYBDÖ manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 68

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ-5 İDİ	: Dünya Sağlık Örgütü-İyilik Durumu İndeksi
EGYA	: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
SAÖ	: Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği
SDÖ	: Sosyal Dahil Olma Ölçeği
SYBDÖ-II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II
UFAA	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfus oranı giderek artarken; eş ve arkadaş kaybı, aile yapısındaki değişiklikler gibi nedenlerle yaşlılar yalnızlık yaşamaktadır. Yalnızlık duygusu, yaşam kalitesini düşürmekte, yaşlıların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınların erkeklere göre daha uzun yaşaması ile yaşlı kadınlar yalnızlık duygusunu daha çok deneyimlemektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda, ilerleyen yaşla birlikte yalnızlığın arttığı ve kadınların yalnızlık duygusunu daha çok yaşadıkları belirtilmiştir (Meltzer ve ark., 2013; Steptoe ve ark., 2013; Phaswana-Mafuya ve Peltzer, 2017). Yaşlılarda yalnızlık; hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, romatoid artrit, anksiyete, depresyon ve alzheimer gibi birçok sağlık problemine neden olmaktadır (Stephens ve ark., 2011; La Grow ve ark., 2012). Yaşlılarda yalnızlık prevalansı %5-70 arasında değişmektedir. Yaşlıların kişisel özellikleri, medeni durumu, depresyon, kronik hastalık ya da fiziksel engeller, bir yere taşınma gibi yaşamdaki büyük değişiklikler gibi durumlar yalnızlığı etkileyen faktörlerdir (Doman ve le Roux, 2010; Dahlberg ve McKee, 2014).

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlıklı yaşlanmayı sağlamak için yaşlıyı çevresi ile birlikte değerlendiren holistik bir bakıma ihtiyacı vardır. Holistik sağlık bakımında; yaşlı bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel bir varlık olduğu, insanın her boyutunun kendine özgü olduğu, her bireyin kendisine özel nitelikler taşıdığı dikkate alınmalıdır (Biol, 2004). Holistik sağlık bakımı beden, akıl ve ruhun iyileşmesini içerirken sağlığın her boyutunda gelişme olmaktadır (Ernst, 2007). Holistik felsefenin uygulama alanını oluşturan integratif hemşirelik birey, aile ve toplumların sağlığını geliştirmede bir rehber olarak kullanılabilir.

İlk kez 2014 yılında açıklanan ve altı temel ilkesi olan İntegratif Hemşirelik; birey, aile ve toplumu çevresi ve ilişkileri ile birlikte bir bütün olarak ele alan, sağlık bakımında tüm iyileşme yöntemlerini kullanmayı ilke edinen bir sağlık yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre, yaşlının bakımında çevresini ele alan, var olan iyileşme süreçlerini destekleyen, doğanın iyileştirme etkisinden yararlanan, birey merkezli bakımı önceleyen, ilişkileri

güçlendiren ve kanıt temelli tüm iyileştirme yöntemlerini kullanan girişimlerin dahil edilmesi gerekir (Halcon ve ark., 2014; Koithan, 2014). İntegratif Hemşirelik İlkeleri doğrultusunda yapılan değerlendirme ve girişimler Omaha Sistemi'ne entegre edilmiştir. Omaha Sistemi'nin tanılama ve girişimleri İntegratif Hemşireliğin İlkeleriyle uyumludur (Delaney ve ark., 2014). Yaşlı kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel olarak iyileşmesini sağlamak, yalnızlığı azaltmak amacıyla İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda bireysel ve grup girişimleri yapılmalıdır. Bireysel girişimler ile yaşlı kadınların kendine özgü nitelikleri ve sağlık problemleri doğrultusunda bakım verilebilir. Bu bakımda yaşlıya odaklanma, yaşlıyı çevresi ile birlikte değerlendirme, sosyal ilişkilerini güçlendirmesini sağlama, kanıt temelli girişimler sunma mümkündür. Grup aktiviteleri ile yaşlı kadınların yalnızlığının azaltılması, sosyal ağlarının genişletilmesi böylece psikososyal sağlığın iyi olması sağlanabilir.

Önceki çalışmalarda yaşlılarda yalnızlığı azaltmada fiziksel aktivitenin (Brady ve ark., 2018), grup aktivitelerinin (Routasalo ve ark., 2009; Stojanovic ve ark., 2017), sosyal destek sağlanmasının (Wan Mohd Azam ve ark., 2013) ve birey temelli bakımın (Kogan ve ark., 2016) etkisi olduğu belirlenmiştir. Yaşlılara planlanan bu girişimler ile fiziksel aktivitenin, sosyal desteğin, sosyal dahil olma durumlarının, yaşam kalitesi ve iyilik durumlarının arttığı, sosyal izolasyon, yalnızlık ve depresyonun azaldığı bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmaların sıklıkla sağlığın tek alanına odaklandığı ve bütüncül olmadığı görülmüş olup sağlığın her boyutunu ele alan ve geliştirmeyi hedefleyen, İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda yapılan girişimsel bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

İki aşamalı olarak planlanan araştırmanın birinci bölümünün amacı, toplumdaki yaşlı kadınların yalnızlık sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. İkinci bölümün amacı ise yalnızlık düzeyi yüksek olan yaşlı kadınlara İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda yapılan girişimlerin yaşlıların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarına etkisinin değerlendirilmesidir. Araştırma soruları ve hipotezler yöntem bölümünde sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık

Doğumda beklenen yaşam süresi artmakta olup dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Dünya Bankası verilerine göre 2016 yılında doğumda beklenen yaşam süresi dünya genelinde 72; Türkiye’de 76; Avustralya, İsviçre, Norveç, Singapur, İtalya ve Hong Kong’ta 83 ve Japonya’da 84 yıldır (World Bank, 2016a). Dünya nüfusu, 2016 yılı verilerine göre 7.4 milyar olup 65 yaş ve üzeri bireyler toplam nüfusun %8.5’ini oluşturmaktadır (<https://www.nia.nih.gov/newsroom/2016/03/worlds-older-population-grows-dramatically>, <http://www.prb.org/pdf16/prb-wpds2016-web-2016.pdf>, Erişim tarihi: 12.08.2018). Toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı en yüksek ülkeler Finlandiya, Almanya, ve Portekiz (%21); İtalya (%23) ve Japonya’dır (%27) (World Bank, 2016b). Türkiye İstatistik Kurumu 2017 yılı verilerine göre, toplam nüfusun %8.5’ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluştururken yaşlı nüfus oranı son beş yılda %17 oranında artmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). Türkiye nüfusundaki yaşlı oranı dünya ortalaması ile benzer olmakla birlikte 2050 yılında yaşlı nüfus oranı en fazla yükselmesi beklenen ülkelerden biridir (<https://ourworldindata.org/future-world-population-growth/#note-1>, Erişim tarihi: 10.09.2018).

2.2. Yaşlılarda Yalnızlık

Dünya genelinde yaşlı nüfus oranı artarken aile yapısındaki değişimler, yaşlılığa karşı olumsuz tutumlar, kuşaklar arası iletişim bozuklukları gibi durumlar yaşlılarda sosyal destek ağlarının azalmasına ve kendilerini daha yalnız hissetmelerine neden olmaktadır (Pettigrew ve Roberts, 2008; Altay ve Aydın Avcı, 2009). Yaşlı bireylerin çoğu ilerleyen yaşla birlikte tek başına yaşama ya da aile bağlarının, arkadaşları ve kendi kültürü ile olan bağların azalması gibi nedenlerle yalnızlık duygusu yaşamaktadır (Singh ve Misra, 2009). Yaşlılarda eşinden ayrılma ya da eşin ölmesi, temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe ve finansal problemler gibi durumların olması yalnızlığı artırırken; yaşadığı yerdeki aile üyesinin varlığı yalnızlık duygusunu azaltmaktadır (Anil ve ark., 2016).

Yalnızlık yaşlıların sağlık ve iyilik durumunu etkileyen önemli bir faktördür. Bu duygu fiziksel, ruhsal sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlı bireylerde yalnızlık ile yüksek kan basıncı, kardiyovasküler hastalık riski, stress, anksiyete ve depresyonun artması arasında pozitif yönde bir ilişki vardır (Stephens ve ark., 2011; La Grow ve ark., 2012; Steptoe ve ark., 2013). Yalnızlık yaşayan yaşlı bireylerde fiziksel yetilerin kaybolması, kronik hastalıklarda artma ve ruh sağlığında bozulma riski daha fazladır. Yaşlı bireylerin yalnız hissetmesi yaşam kalitesini düşürmekte, sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve mortalite oranı artmaktadır (Routasalo ve ark., 2009).

2.2.1. Yaşlılarda Yalnızlık Prevelansı

Yaşlılarda yalnızlık prevelansı incelendiğinde, %9'u çok ciddi yalnızlık hissederken, %30'u bazen yalnızlık hissetmekte, %61'i ise hiç yalnızlık hissetmemektedir (Victor ve Bowling, 2012). Kanada'da yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerden her beş kişiden biri bazen ya da sıklıkla yalnız hissetmektedir (Gilmour, 2012). Yapılan iki çalışmada, ilerleyen yaşla birlikte yalnızlığın arttığı ve kadınların yalnızlık duygusunu daha çok yaşadıkları belirtilmiştir (Meltzer ve ark., 2013; Steptoe ve ark., 2013). Toplum tabanlı yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya göre, 60 yaş ve üzeri bireylerde yalnızlık prevelansı %26.7 iken ileri yaşta, kadın cinsiyette ve yalnız yaşayanlarda yalnızlık prevelansı artmaktadır (Simon ve ark., 2014). Anil ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmaya göre, geriatric popülasyonda yalnızlık prevelansı erkek ve kadınlarda sırasıyla %29.6 ve %42.7 olarak belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, yaşlıların %13.8'i yalnızlık duygusu yaşarken bu oran kadınlarda daha fazla bulunmuştur (Tabue Teguo ve ark., 2016). Çin'de yapılan bir çalışmada, yaşlı kadınlarda yalnızlık prevelansı erkeklere göre yüksek bulunmuştur (sırasıyla %28.3 ve %23.3) (Dong ve Chen, 2017). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, toplumda yaşayan yaşlıların %40'ının bazen ve %28.3'ünün her zaman yalnızlık hissettiği saptanmıştır (Kaçan Softa ve ark., 2015). Araştırmacılar tarafından yapılan ve yayınlanma sürecinde olan bir çalışmada, yaşlı bireylerin %18'i çok yalnız ve çok yoğun yalnızlık hissettiğini (kadınlarda %20, erkeklerde %15) belirtmiştir (İlgaz ve ark., 2019). Yaşlı kadınlarda yalnızlık epidemiyolojisinin incelendiği bir çalışmada, orta derecede yalnızlık yaşayanların oranı %50.4 iken, yoğun derecede yalnızlık yaşayanların oranı ise %39.4'tür (Khosravan ve ark., 2014).

Literatürdeki çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere yaşlı kadınlar kendilerini daha çok yalnız hissetmektedir.

Yaşlı kadınlar erkeklere göre daha çok yalnızlığı deneyimlemektedir. Bu durumun nedeni olarak kadınların daha uzun yaşaması ve eşlerin kaybı ile dul kalması olarak açıklanabilir (Jylh ve ark., 2010; Dahlberg ve McKee, 2014). Geleneksel toplumlarda yaşlıların kendilerini toplumdan geri çekmelerinin beklenmesi, toplumsal cinsiyet açısından ise kadınlara itaatkar, pasif ve ev içinde olma rollerinin uygun görülmesi yaşlı kadınlarda sosyal izolasyon ile yalnızlığın artmasına ve psikososyal sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Buz ve Beydili, 2015).

2.2.2. Yaşlılarda Yalnızlığı Etkileyen Faktörler

Yalnızlığın belirleyicilerini tespit etmek için yapılan bir derlemede; kişisel özellikler (anksiyetesi olan, izole, şüpheli, utangaç vb.), depresyon, umutsuzluk, saldırganlık, stres, öfke gibi durumlar, kişilerarası ilişkilerin az ya da hiç olmaması, evlilik durumu, eşten ya da evden ayrılma, bir yere taşınma gibi yaşamdaki büyük değişiklikler, hastalık durumu ya da fiziksel engeller ve boş zaman aktivitelerinin az olması yalnızlığın belirleyicileridir (Doman ve le Roux, 2010). Yaşlı kadınların yaşlılığı nasıl değerlendirdiklerini tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların sosyal bağlarının az olması ya da hiç olmaması ile psikososyal sağlığın olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel sağlığın, maddi güvencenin, aile, akrabalık ve komşuluk ilişkilerinin, sosyallik ve yaşının psikolojik özelliklerinin başarılı yaşlanmayı oluşturan faktörler olduğu belirtilmiştir (İçli, 2010). Yaşlıların örnek alındığı bir çalışmada, aile ve sosyal ilişkilerin yalnızlığın üstesinden gelmede önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (Lou ve Ng, 2012).

Ankara'da dört huzurevinde yürütülen bir çalışmada, yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma ve ziyaretçi gelme durumunun yalnızlık ile ilişkisi olduğu saptanmıştır (Bilgili ve ark., 2012). İngiltere'de yapılan bir çalışmada; ileri yaşta, düşük eğitim düzeyinde, ekonomik durumu kötü ve medeni durumu bekar, dul olan yaşlı kadınlarda yalnızlık daha çok görülmektedir. Koroner kalp hastalığı, inme ve depresyon da dahil olmak üzere yaşlılarda yalnızlık birçok sağlık sorununa ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (Steptoe ve ark., 2013). Diğer bir çalışmada, yaşlı kadınlarda yalnızlığın artmasının dul

olma, depresyon, hareket kısıtlılığı ve bir yerden başka bir yere gitmede yaşanan problemler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Dahlberg ve McKee, 2014). Aydın'da yalnızlık ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kronik hastalık varlığı, fiziksel engel, düzenli ilaç kullanımı, hobi ve boş zaman aktivitelerinin az olması yalnızlığı artırmıştır (Arslantaş ve ark., 2015).

2.2.3. Literatürde Yaşlıların Yalnızlığını Azaltmak için Yapılan Çalışmalar

Finlandiya'da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, yalnız hisseden yaşlı bireylerin akran ilişkilerini ve sosyal ilişkileri güçlendirmek amaçlanmış; girişim grubuna kahvaltılık öğle yemeği, kahve molaları ve grup aktiviteleri ile psikososyal grup rehabilitasyonu uygulanmıştır. Girişim grubundaki bireylerin çalışma boyunca yeni arkadaşlar edindiği ancak her iki grupta yalnızlıkta fark olmadığı bulunmuştur (Routasalo ve ark., 2009). Yaşlı kadınların yalnızlığını azaltma ve iyilik durumunu geliştirmek için yapılan bir çalışmada, arkadaşlık programları ile yalnızlığın azaldığı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Owen ve ark., 2016).

Yaşlı bireyler arasında yalnızlığı ve sosyal izolasyonu azaltmak için yapılan girişimlerin değerlendirildiği sistematik derlemede, bireysel girişimlerin, grup aktivitelerinin ve toplum tabanlı girişimlerin uygulandığı belirlenmiştir. Son zamanlarda teknolojik girişimlere olan ilginin de arttığı belirtilmiştir. Bu derlemede, çalışmaların metodolojik kalitesinin tatmin edici olmadığı ve sonuçların yetersiz olduğu, kesin sonuçlar elde edebilmek için iyi tasarlanmış girişimsel çalışmalara ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (Stojanovic ve ark., 2017).

İşitme engelli yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada, yalnızlığın azaltılması, fiziksel fonksiyonun artırılması için 10 hafta boyunca grup egzersizi ve sosyalleşme/sağlık eğitimi girişimleri uygulanmıştır. Bu çalışmada, egzersiz ve sosyalleşme/sağlık eğitiminin yalnızlığı azalttığı bulunmuştur (Jones ve ark., 2019). Diğer bir çalışmada da fiziksel aktivitenin sosyal izolasyonu ve yalnızlığı azaltmada önemli bir girişim olduğu saptanmıştır (Veazie ve ark., 2019). Yalnızlığı azaltmada yürüyüş gibi grup aktiviteleri ile sosyalliğin artırılması maliyet etkili olup yaşlı bireylerin sağlık ve iyilik durumunu artırmaktadır.

2.3. Yaşlılarda Holistik Bakımın Önemi

Yaşlı kadınların yaşamını sürdürebilmesi ve sağlıklı yaşlanması için holistik bakıma ihtiyacı vardır. Holistik sağlık bakım anlayışı; bireyin fiziksel, mental, ruhsal ve sosyo-kültürel bir varlık olduğunu, her bireyin kendisine özel nitelikler taşıdığını gösterir (Biol, 2004; Practical Nursing, 2017). Holistik sağlık bakımı, beden, akıl ve ruhun iyileşmesini içerir. Bu durum beden, akıl, duygular, spiritüalite, din ve bireysel özelliklerin hastalık üzerindeki etkilerini düşünmeyi ve yardım etmeyi gerektirir. Ayrıca holistik bakımda, sosyal ve kültürel farklılıklar ile bireyin tercihlerine dikkat etmek gerekir (Practical Nursing, 2017). Holistik bakım veren hemşireler gerçekten bakım yapan kişilerdir. Holistik sağlık bakımında hastalığa ya da bireyin vücudunun bir bölümüne odaklanmak yerine bir bütün olarak görmek, bireyi çevresi ile birlikte tedavi etmek gerekir. Ayrıca birey iyilik durumunu geliştirirken kendi sağlığından sorumlu olduğunun farkındadır. Holistik bakımda, her şeyin mümkün olan en iyi şekilde çalıştığı maksimum iyilik durumunu elde etmek hedeflenir (American Holistic Nurses Association, 2017; Practical Nursing, 2017).

Holistik bakım terimi Rogers, Parse, Neuman gibi teorisyenler ile hemşirelik literatürüne 1980 yılında geçmiştir. Tarih boyunca hemşireler bireylere holistik bir yaklaşım içinde bakım vermişlerdir (Cox, 2003; Koithan, 2014). Hemşirelere holistik felsefenin ilkelerine odaklanmayı, bireyi çevresi ve ilişkileri ile bir bütün olarak değerlendirmeyi, iyilik durumunu geliştirmeyi öğreten Florence Nightingale, holistik hemşireliğin kurucusu olarak görülmektedir (American Holistic Nurses Association, 2017). Florence Nightingale kuramında, hastanın iyileşmesinde fizik çevrenin yanısıra psikolojik ve sosyal çevreye önem vermiş; uygun çevre koşullarında bakımın sağlanması gerektiğini ve doğanın tedavi edici gücü olduğunu belirtmiştir (Biol, 2004). Florence Nightingale'in savunuculuğu, yüksek standartta bakım ve insanı bir bütün olarak görme yaklaşımı, holistik hemşirelerin misyonuna ilham vermeye devam etmektedir (American Holistic Nurses Association, 2017).

Hemşirelik kuramcılarında olan Watson'a göre ise, bakımda bireyin fiziksel, mental, sosyokültürel ve spiritüel çevresinin korunması ve desteklenmesi gerekmektedir. Neuman'ın kuramında bütüncül insan yaklaşımı ve holizm kavramı ön plana

çıkılmaktadır. İnsanın çevresi ile bir bütün ve uyumlu bir sistem olduğunu, fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve herhangi bir andaki gelişimsel etkilerin bireyi etkilediğini savunur (Akça Ay F ve ark., 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında da sağlığı tanımlamada holistik bir çerçeve çizilmekte, sağlık yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak açıklanmaktadır (<http://www.who.int/about/mission/en/>, Erişim tarihi: 20.05.2018). Holistik felsefenin uygulama alanını oluşturan integratif hemşirelik birey, aile ve toplumların sağlığını geliştirmede bir rehber olarak kullanılabilir.

2.4. Yaşlılarda İntegratif Hemşirelik

Çağdaş sağlık bakımında integratif hemşireliğe ihtiyaç vardır. Çünkü sağlık bakımı hastalık merkezli modelden hastalık gelişmeden önleme ve iyilik durumunu geliştirme modeline doğru yer değiştirmiştir. Bu modelde bireylerin ilişkileri, çevresi ve benlik duygusu önemlidir (Koithan, 2019). İntegratif hemşirelik, 21. yüzyılda integratif tıbbi uygulamalarda hemşirenin neler sunabileceğini gösteren vaka çalışmaları ve makalelerin kusursuz bir şekilde özetlenmiş halidir (Mittelman, 2014). Diğer bir tanıma göre, birey aile ve toplumların sağlık ve iyilik durumunu geliştirmek için ne yapacağını bilme-yapma durumudur. İntegratif hemşireler insanın bir bütün olarak iyileşmesini destekleyen geleneksel ve yeni girişimler için kanıt temelli uygulamaları tercih eder.

İntegratif hemşirelik; hemşirenin rol ve sorumluluklarını yazan, hastayı en iyi duruma getirmek için çevrenin iyileştirici etkisinden yararlanmak gerektiğini belirten Florence Nightingale ile başlayan, bireye bir bütün (body, mind, and spirit)/bir sistem olarak bakım verilmesi demektir. Hemşireliğin özünde de bakım verirken bireye bir bütün/sistem olarak odaklanılır (Koithan, 2019). İntegratif hemşirelik, birey merkezli, ilişki temelli ve hizmet verdiği bireylerin yanısıra bakım verenlerin sağlık ve iyilik durumunu geliştirmeye odaklanan bireyin çevresi ile bir bütün olarak ele alındığı bakıma bir çerçeve oluşturur (Kreitzer, 2015).

Holistik felsefenin uygulama alanını oluşturan İntegratif Hemşirelik ilkeleri birey, aile ve toplumların sağlığını geliştirmede rehber olarak alınabilir. İlk kez 2014 yılında açıklanan İntegratif Hemşirelik; birey, aile ve toplumu çevresi ve ilişkileriyle bir bütün olarak değerlendiren ve sağlık bakımında tüm iyileştirme yöntemlerini kullanmayı

savunan bir sağlık yaklaşımıdır. Burada, bozulan sağlığı tedavi etmenin ötesinde iyileşme hedeflenmektedir. İntegratif Hemşirelik yaklaşımı altı ilkedен oluşmaktadır (Koithan, 2014). Bunlar;

1. İnsan bir sistemler bütünüdür, çevresinden ayrılamaz.
2. İnsan doğuştan gelen sağlık ve iyilik kapasitesine sahiptir.
3. Doğa, sağlık ve iyilik durumuna katkıda bulunan iyileştirici ve onarıcı/canlandırıcı özelliğe sahiptir.
4. İntegratif hemşirelik birey merkezli ve ilişki temellidir.
5. İntegratif hemşirelik uygulamaları kanıt temellidir. Bakım girişiminde tüm süreçleri desteklemek/artırmak için yapılacak olan uygulamalarda en az invaziv olandan invaziv olana doğru bütün terapötik yöntemler kullanılır.
6. İntegratif hemşirelik hizmet verdiği bireylerin yanısıra bakım verenlerin iyilik ve sağlık durumuna da odaklanır.



şekil 2.1. İntegratif Hemşirelik İlkeleri

1. İnsan bir sistemler bütünüdür, çevresinden ayrılamaz.

İntegratif hemşirelik ilkelerinin birinci ilkesi olan çevre insan sağlığının bir parçasıdır. Bu ilkeye göre, insan çevresi ile birlikte düşünülmelidir. Çevre; insanların yaşadığı fiziksel ve sosyal özellikler olarak tanımlanmaktadır (Stone ve ark., 2008). İnsan sürekli değişen durumlara karşı dinamik, bireysel ve karmaşık sistemlerdir. İntegratif hemşirelik bireysel, ailesel ve toplumsal/ulusal düzeydeki iyileşme süreçlerine odaklanır.

Yaşlıya bakım verirken fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel çevreyi değerlendirmek, günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmak, fiziksel aktivite yapmak için uygun koşulları sağlamak ve yaşlının yaşadığı ortamdaki çevre ile ilişkilerini güçlendirmek gerekir. Yaşlının fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel çevresini değerlendirmede Omaha Sistemi'nin problem tanılaması ve girişimleri kullanılabilir. Birinci ilkeye göre yaşlılara yapılacak bireysel ve grup girişimleri şunlar olabilir: Ev ziyaretleri sırasında yaşlının çevresinin bir bütün olarak değerlendirilmesi, çevre ile ilişkilerin güçlendirilmesi (grup temelli yürüyüş, piknik, gezi, tiyatro vb.), günlük yaşam aktivitelerinde kolaylık sağlamak için evde ya da bakım merkezinde gerekli düzenlemelerin yapılması, ev çevresinin düzenlenmesi, yaşlının isteğine göre sosyal ve spiritüel çevresinin düzenlenmesi (dini etkinlikler, sanat vb.) (Kreitzer, 2015; Ilgaz ve Gözüm, 2019).

2. İnsan doğuştan gelen sağlık ve iyilik kapasitesine sahiptir.

İntegratif hemşireliğin ikinci ilkesinde, insanın doğuştan gelen sağlık ve iyilik kapasitesine sahip olduğu belirtilmektedir. Bu durumda sağlık bir bütün olarak gelişen bir özelliğe sahip olup insan beden, akıl ve ruhun tüm boyutlarında sağlık ve iyilik için doğuştan gelen bir kapasiteye sahiptir. İntegratif hemşire ortaya çıkan süreçleri destekler, sağlık ve iyiliğin geliştirilmesi için beden, akıl ve ruhun tüm boyutlarında doğru ilişki ve dengeyi kolaylaştırır (Koithan, 2014). İyileşme fiziksel, sosyal, duygusal ve spiritüel boyutların tümünde gerçekleşmektedir (Koithan, 2019). Bir kesi olduğunda deri bütünlüğü bozulunca vücut otomatik olarak enflamasyon, hücre proliferasyonu ve son olarak hücre onarımı sürecine girer. Yaşlıların zihni, fikri, düşünceleri, deneyimleri iyileşmeye yardım eder. İnsanlar yaşadığı travmalardan sonra iyileşme kapasitesine sahiptir. Başkaları tarafından gösterilen iyilik, merhamet, bakım ve sevgi iyileşmeyi destekleyen süreçlerdir (Kreitzer, 2015).

Florence Nightingale'e göre, doğanın harekete geçebilmesi ve iyileşmenin gerçekleşmesi için hemşireler hastayı mümkün olan iyi konuma getirmelidir. Yaşlılara bakım veren sağlık profesyonelleri; yaşlıların problemlerine odaklanmalı, umutlarını yükseltmek için gerekli girişimlerde bulunmalı, onların inancına önem vermeli, kişilerarası ilişkileri güçlendirmeli, iyileştirici bir dokunuş sağlayabilmeli, yaşlıların duygularını paylaşması için ortam hazırlamalı, bakım sırasında yaşlıların iyileştirme kapasitelerini ortaya çıkarmak/güçlendirmek için bakıma katılımını sağlamalıdır. İkinci ilkeye göre yaşlılara yapılacak girişimler şunlar olabilir: Ev ziyaretlerinde yaşlıların problemlerini bir bütün olarak ele alma, bakım sırasında umut ve güveni destekleme, kişilerarası ilişkileri güçlendirme, terapötik dokunma, akranlar ile birlikte deneyimlerin paylaşıldığı sohbet ortamları sağlama, yaşamın anlamı hakkında yaşlı ile bireysel konuşma yapma olabilir (Kreitzer, 2015; Ilgaz ve Gözüm, 2019).

3. Doğa, sağlık ve iyilik durumuna katkıda bulunan iyileştirici ve onarıcı/canlandırıcı özelliğe sahiptir.

Üçüncü ilke, Florence Nightingale'in belirttiği gibi, doğanın harekete geçmesini ve iyileşmenin gerçekleşmesini sağlamak için hemşirenin rolü, hastayı mümkün olan en iyi duruma getirmektir (Principles of Integrative Nursing, 2017). Üçüncü ilkeye göre doğa insanlara iyi gelmektedir. Stresli bir durumda doğa kan basıncını, kalp atımını ve solunumu düzenler. Beyin aktivitelerini, bakımı olumlu yönde etkiler (Koithan, 2014). Florence Nightingale hemşireliği; doğanın insan yaşamındaki etkisine yardım etme süreci olarak nitelemiş, doğanın tedavi edici gücünü desteklediğini ileri sürmüştür (Koithan, 2019).

Doğa; aile bağlarını ve komşuluk ilişkilerini güçlendirir, suç oranlarını ve aile içi şiddeti azaltır, çocuklar arasında sosyal iletişimi sağlar ve sağlık için maliyet etkilidir (Mitten, 2009). Amerika'da, Avustralya'da ve Singapur'daki bazı sağlık kurumlarında hastaların daha hızlı iyileşmesini sağlamak için doğa ile iç içe geçmiş yapıları kullanan biyofilik tasarımlar kullanılmaktadır (Price ve Skolits, 2018; Totaforti, 2019). Kapalı ortamlardaki hastaların kendilerini doğal ortamda hissetmesi sağlık ve iyilik durumuna katkıda bulunmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda doğada zaman geçirmenin depresyonu, obezite oranlarını azalttığı belirtilmiştir (Christensen ve ark., 2013;

Triguero-Mas ve ark., 2015; White ve ark., 2016). Üçüncü ilkeye göre yaşlılara yapılacak girişimler şunlar olabilir: Doğada vakit geçirme (yoga), fiziksel egzersiz, parka, göle ve denize yürüyüş, trekking, bahçe etkinlikleri (mangal, arkadaşlar ile parti, sohbet vb.), açık hava tiyatrosu, açık hava konserleri, piknik, balıkçılık ve yaşlıların evinde biyofilik tasarımlar oluşturulabilir (Kreitzer, 2015; Ilgaz ve Gözüm, 2019).

4. İntegratif hemşirelik birey merkezli ve ilişki temellidir.

Dördüncü ilkeye göre, integratif hemşirelik birey merkezli ve ilişki temellidir. Birey merkezli bakım; birey, aile ya da toplumun çevresi tek/özel/bireysel olduğu zaman mümkündür. Bakım ve iyileşme süreçlerinde; empati, sevgi, ilgi, güven, dürüstlük, şefkat ve saygı olması gerekir. Birey merkezli bakım, bireye bir bütün olarak odaklanır (beden, akıl ve ruhun bütün olması). Literatürde, birey merkezli bakım biyomedikal modelden uzaklaşma olarak tanımlanmıştır. Yani, birey teşhis ve tedavi gerektiren bir hastalık olarak görülmekten vazgeçilmiş hastalık odaklı çalışmanın yerine hasta odaklı çalışmaya geçilmiştir. Birey merkezli bakım, zaman içinde yaşlı bireyi bir bütün olarak değerlendirmeyi ve yaşlıların sağlık deneyimlerini bilmeyi gerektirmektedir (Starfield, 2011; Olsson ve ark., 2013). Bireye özel bu bakımı sağlarken yaşlıların inançları, değerleri, istek ve arzuları, kültürü dikkate alınmalıdır. Birey merkezli bakım sürecinde yaşlının değerleri ve inançlarının bilinmesi, kararların paylaşılması, sempati yapılması ve holistik bakımın verilmesi gerekir. Her bir yaşlının bakımı gereksinim ve beklentilere göre verilmelidir. Birey merkezli bakım ile yaşlının bakıma katılması, kültüre özgü bakımın verilmesi, iyilik duygusunun artırılması mümkün olur (Mccormack ve Mcmillan, 2019).

İlişki temelli hemşirelikte diğer sağlık profesyonelleri ile ilişki içinde bakımın verilmesi söz konusudur (Koithan, 2014). Birey merkezli ve ilişki temelli bakımı verirken onların değerleri, inançları, görüşleri ve beklentilerine önem verirken diğer üyeler ile işbirliği içinde olunmalıdır. Birey ve hemşire arasındaki terapötik ilişki bakımın devamı için gereklidir (Field, 2015). Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Evde Bakım Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Huzurevleri gibi toplumda çalışan hemşireler yaşlılar ile uzun süreli ve samimi bir ilişki içerisinde olup bu ilkeyi kolaylıkla uygulayabilirler. Dördüncü ilkeye göre yaşlılara yapılacak girişimler şunlar olabilir: Yaşlıların ihtiyaçlarını ve

tercihlerini öğrenmek için bireysel görüşmeler yapmak, yaşlılarda bakımın sürekliliğini sağlamak için aynı hemşirenin bakım vermesi, ev ziyaretlerinde yaşlının derinlemesine dinlenmesi ve seçenekler sunması, sosyal çevrenin harekete geçirilmesi için etkinlikler düzenleme (grup temelli aktiviteler), sosyal destek ve gönüllü kuruluşlar ile iletişime geçmesini sağlamaktır (Kreitzer, 2015; Ilgaz ve Gözüm, 2019).

5. İntegratif hemşirelik uygulamaları kanıt temellidir. Bakım girişiminde tüm süreçleri desteklemek/artırmak için yapılacak olan uygulamalarda en az invaziv olandan invaziv olana doğru bütün terapötik yöntemler kullanılır.

Beşinci ilkeye göre, integratif hemşire bireyin bakımını planlarken batı tıbbının desteklediği ilaçlar ve cerrahi tedavilerin yanısıra tüm integratif terapileri (masaj, aromaterapi, akupunktur vb.) kullanır. İntegratif hemşireler iyileşmede birçok yol olduğunu bilirler. Bireyin iyileşmesine karar verirken deneysel çalışmalardan bireysel deneyime kadar farklı kanıt türlerini değerlendirip tartışarak en uygun olanı seçerler (Koithan, 2014). Kanıt temelli terapilerin büyük çoğunluğu hemşirelerin uygulama alanı içindedir. Hemşireler integratif terapileri seçerken yaşlının beden, akıl ve ruh üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indiren, en az invaziv olan girişimi tercih etmelidir. Bu terapilerin temelinde, iyileştirici bir ortam yaratmak, farkındalığı arttırmak, özbakım yeterliliğini artırmak ve kendi iyileştirme kapasitesini ortaya koymak vardır. Akupunktur, bitkisel terapiler, yoga, aromaterapi gibi terapilerin yaşlıların sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu literatürdeki çalışmalarda belirtilmiştir (Yagli ve Ulger, 2015; Turten Kaymaz ve Ozdemir, 2017; Ciğerci ve ark., 2019; Moura ve ark., 2019; Watson ve ark., 2019). Aynı zamanda yaşlılarda yapılabilecek diğer bir girişim fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite fizyolojik ve psikolojik sağlığı geliştiren terapötik bir yaklaşımdır. Sosyal izolasyonu azaltmak için fiziksel aktivite girişimin yapıldığı bir çalışmada, bu girişimin yaşlıların sağlığını geliştirmede oldukça umut verici olduğu belirtilmiştir (Veazie ve ark., 2019). Hemşire yaşlıların kanıta dayalı integratif terapilere erişebilmelerini sağlamalıdır. Beşinci ilkeye göre yaşlılara yapılacak girişimler şunlar olabilir: pet terapisi, yoga, tai chi, müzik terapisi, aromaterapi, homeopati, refleksoloji, fiziksel aktivitedir (Kreitzer, 2015; Ilgaz ve Gözüm, 2019).

6. İntegratif hemşirelik hizmet verdiği bireylerin yanısıra bakım verenlerin iyilik ve sağlık durumuna da odaklanır.

İntegratif hemşireliğin altıncı ilkesinde, hemşire bakım verdiği bireylerin yanında bakım verenlerinde sağlığını düşünür ve destekler. Sağlık çalışanları kendi sağlık ve iyilik durumunu geliştirmek için beden, akıl ve ruhu geliştirici aktivitelere katılmalıdır (Koithan, 2019). Formal ve informal bakım verenlerin tutum, karar verme ve problem çözme yaklaşımlarıyla ilgili bilişsel değişiklikler yapması, değerlerini, algılarını ve beklentilerini netleştirmesi gerekir. Stres yönetimi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi tükenmişliği azaltabilir. Bunun için bakım verenler kendisine zaman ayırmalı, duygularını paylaşabileceği arkadaşlıklar oluşturmalı, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Altıncı ilkeye göre yaşlılara bakım verenlere yapılacak girişimler şunlar olabilir: sağlıklı beslenme, egzersiz, uyku ve stres yönetimi gibi sağlıklı yaşam tarzı davranışları kazandırmak, meditasyon yoga, enerji terapisi ve hayal gücü, meditasyon, yaşlılara bakımveren ve sağlık profesyonelleri için günlük yazma gibi etkinlikler bunlardan birkaçıdır.

İntegratif Hemşirelik İlkeleri, yaşlıların bütüncül olarak değerlendirilmesinde ve sağlığının geliştirilmesinde bir rehber olarak kullanılabilir. Yaşlıyı yaşadığı çevre ile birlikte ele alan, onların var olan iyileşme süreçlerini destekleyen, doğanın iyileştirme etkisinden yararlanan, ilişkileri güçlendiren ve kanıt temelli tüm iyileştirme yöntemlerini kullanan girişimlerin yaşlı bireylerin bakımına dahil edilmesi gerekir (Halcon ve ark., 2014; Koithan, 2014). İntegratif Hemşirelik ilkeleri doğrultusunda yapılan değerlendirme ve girişimler, hemşirelik sınıflandırma modellerinden biri olan Omaha Sistemi'ne entegre edilmiştir. Yaşlıların bakımında hemşirelik bilişim sistemlerinden birisi olan Omaha Sistemi'nin kullanılması, sağlık profesyonellerine integratif hemşirelik ilkeleri doğrultusunda herhangi bir zamanda ya da herhangi bir yerde verilen bakımı sunmayı kolaylaştırır ve yaşlıların iyilik durumunu artırmayı sağlayabilir (Austin, 2019).

2.5. Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanımı

Omaha Sistemi, bütüncül bakıma odaklanmış bir hemşirelik sınıflama sistemidir (Delaney ve ark., 2014). Omaha Sistemi; birey, aile ve toplumun sağlık bakımına

yönelik ayrıntılı uygulama, dökümantasyon ve bilginin yönetimini sağlayan standardize edilmiş bir sağlık bakım sınıflandırma sistemidir (Erdoğan ve ark., 2016). Omaha Sistemi'nin tanılama ve girişimleri holistik felsefe ve İntegratif Hemşirelik ilkeleriyle uyumludur (Delaney ve ark., 2014).

Yaşlıların problemlerini tanılama, hemşirelik girişimlerini belirleme ve sonuçları değerlendirme aşamalarında kapsamlı ve güvenilir bir kayıt sistemi olan Omaha Sistemi kullanılabilir (Erdoğan ve ark., 2016). Yaşlıların gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirelik sürecinin uygulanması aşamasında kullanılan Omaha Sistemi, Amerikan Hemşireler Birliği tarafından kabul edilmiş ve yaygın olarak bilinen sekiz sınıflandırma sisteminden biridir (Canham ve ark., 2008; American Holistic Nurses Association, 2017). Omaha Sistemi; yaşlı bireylerin sağlık sorunlarını tanılama, hemşirelik girişimlerini belirleme ve sonuçları değerlendirme aşamalarında birçok çalışmada kullanılmıştır (Tanrıverdi ve ark., 2009; Kulakçı ve Emiroğlu, 2011; Kulakçı ve Emiroğlu, 2012; Erdoğan ve ark., 2013).

Omaha Sistemi ile İntegratif Hemşirelik kavramları; bakımın güçlenmesi, yaşlı ve sağlık profesyonelleri arasında bağlantı kurulması ve holistik birey merkezli bakım sunumu yönleriyle oldukça benzerdir. Bu iki kavramı temel alarak planlanan girişimler ile birey merkezli bakımdan birey, aile ve topluma ulaşılabilir duruma gelinebilir. Omaha Sisteminin dökümantasyonu ile sağlık ekibindeki tüm üyelerin kapsamlı ve bütüncül bir bakım vermesi kolaylaşır (Austin, 2019). İntegratif Hemşirelik ilkeleri doğrultusunda yapılan değerlendirme ve girişimler Omaha Sistemi'ne entegre edilmiştir. Omaha Sistemi'nin kapsamlı tanılama ve girişimleri holistik felsefe ve İntegratif Hemşirelik İlkeleriyle uyumludur. İntegratif hemşirelik ilkeleri ile Omaha Sistemi'ndeki problemlerin eşleştirilmesi Tablo 2.1'de yer almaktadır.

Tablo 2.1. İntegratif Hemşirelik İlkeleri ile Omaha Sistemi'nin ilişkisi

İntegratif Hemşirelik İlkeleri	Omaha Problem Listesi Tanı	Sistemi Sınıflama Alanı	Problemler
1. İnsan bir sistemler bütünüdür, çevresinden ayrılamaz.	Çevresel, Psikososyal, Fizyolojik ve Sağlık Davranışları Alanı		Tüm problemler
2. İnsan doğuştan gelen sağlık ve iyilik kapasitesine sahiptir.	Psikososyal ve Fizyolojik Alan		Bu alanlardaki tüm problemler
3. Doğa, sağlık ve iyilik durumuna katkıda bulunan iyileştirici ve onarıcı/canlandırıcı özelliğe sahiptir.	Çevresel Alan		Yaşanılan mahalle/İş yeri güvenliği
4. İntegratif hemşirelik birey merkezli ve ilişki temellidir.	Çevresel, Psikososyal, Fizyolojik ve Sağlık Davranışları Alanı		Tüm problemler
5. İntegratif hemşirelik uygulamaları kanıt temellidir. Bakım girişiminde tüm süreçleri desteklemek/artırmak için yapılacak olan uygulamalarda en az invaziv olandan invaziv olana doğru bütün terapötik yöntemler kullanılır.	Psikososyal ve Fizyolojik Alan		Bu alanlardaki tüm problemler
6. İntegratif hemşirelik hizmet verdiği bireylerin yanısıra bakım verenlerin iyilik ve sağlık durumuna da odaklanır.	Sağlık Davranışları Alanı		Uyku ve dinlenme düzeni, fiziksel aktivite, kişisel bakım, sağlık bakım denetimi

2.6. Yaşlıların Fiziksel, Ruhsal, Sosyal ve Spiritüel Sağlığının Geliştirilmesi

Yaşlı bireylerin sağlık problemlerini gidermenin yanısıra fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlığının geliştirilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlı sağlığı için belirlenen öncelikler arasında bedensel etkinliğin artırılması, sosyal izolasyonun önlenmesi gerektiği belirtilmiştir (Türk Geriatri Derneği, 2008). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı'na (2015-2020) göre, bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite birinci öncelikli müdahale alanı olarak belirlenmiştir (TC Sağlık Bakanlığı, 2015-2020). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, fiziksel aktivite ile düşmelerin azaltılması, fonksiyonel sağlığın ve bilişsel sağlığın geliştirilmesi mümkündür (<http://www.who.int/about/mission/en/>, Erişim tarihi: 20.05.2018). Yaşlı bireylerin fiziksel sağlığını geliştirmek, ruhsal ve sosyal sağlığını da olumlu yönde

etkiler. Kang ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmaya göre, sosyal destek ile fiziksel aktivite arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu; fiziksel aktivitenin yaşlı bireylerin yaşamdan memnuniyetini, yaşam kalitesini artırırken yalnızlığı azalttığı bulunmuştur (Kang ve ark., 2016). Fiziksel aktivite fiziksel sağlığı geliştirirken psikososyal sağlığa olumlu katkıları olan terapötik bir yaklaşımdır.

Yaşlı bireyler için kolay ulaşılabilir, yaygın, ücretsiz fiziksel aktivite alanlarının ve sosyal tesislerin artırılması gerekmektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2014). Düzenli ve doğru yapılan egzersiz ve fiziksel aktivite, pek çok hastalığın ve sakatlığın önlenmesi ve geciktirilmesinde etkilidir (<http://www.who.int/about/mission/en/>, Erişim tarihi: 20.05.2018). Düzenli yapılan fiziksel aktivitelerle artan fiziksel kapasite, boş zamanları değerlendirme, daha aktif bir günlük yaşam, yaşama katılım oranının artışı, ruh sağlığının gelişimi ile yaşlıya daha kaliteli bir yaşam biçimi sunar (Türk Geriatri Derneği, 2008; National Institute of Health, 2015).

Fiziksel egzersiz yapmak için uygun fizik ortam veya uygun kıyafet olmayışı kişileri egzersizden alıkoyabilir. Bunun için günlük rahat giysiler ve rahat bir ayakkabı giymek suretiyle çevredeki park veya bahçelerde, hatta trafiğin yoğun olmadığı ve kalabalık olmayan sokaklarda yürümek de fiziksel egzersiz bakımından yararlıdır (McPhee ve ark., 2016). Fizik egzersiz için önerilen süre ise günde 30 dakikadır (Türk Geriatri Derneği, 2008).

Yaşlı bireylerin egzersiz yapması ile fiziksel sağlığının yanısıra ruhsal ve sosyal sağlığı da güçlenmektedir. Ruhsal ve sosyal sağlığı geliştirmek için toplumda yaşlılara yönelik farkındalığın artırılması ve sosyal destek sistemlerinin oluşturulması gerekir (Routasalo ve ark., 2009). Yaşlıların sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesi ile psikososyal sağlık olumlu etkilenir. Yaşlının yakın çevresindeki eş, aile, arkadaş ve komşularından oluşan sosyal ağ, bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar ve izolasyonu önler. Bu durum yaşlının fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını olumlu yönde etkiler (Hellman ve Stewart, 1994; Veazie ve ark., 2019).

Yirmibirinci yüzyıl sağlık hedeflerinde, yaşlılara yönelik sosyal hizmetler sunan merkezlerin yaygınlaştırılması önerilmiştir (TC Sağlık Bakanlığı, 2007). Sosyal destek gruplarının, sağlığı koruma ve geliştirme davranışları için koruyucu bir mekanizma olduğu belirtilmektedir (Adams MH ve ark., 2017). Yaşlının sosyal desteğinin olması stresle baş etme yeteneklerinin gelişmesine, yaşam memnuniyetinin artmasına ve sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunabilir (Neville ve Alpass, 2002). Kırsal alandaki yaşlıların örnek alındığı bir çalışmada, yaşlıların psikolojik sağlığı üzerinde sosyal destek varlığı ve spiritüalitenin pozitif yönde etkili olduğu belirlenmiştir (Yoon ve Lee, 2007). Yapılan bir sistematik derlemede, yaşlı bireylerin sosyalleşmesi için sosyal destek kaynakları ve komşuluk ilişkilerinin önemli olduğu ve bireyi çevresi ile birlikte ele alan girişimlerin yaşlı bireylerin sosyalleşmesinde büyük bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (M. Levasseur ve ark., 2015).

Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanmasına katkıda bulunmak ve iyilik durumunu artırmak için spiritüel sağlığın da geliştirilmesi gerekir (Cowlshaw ve ark., 2012). Yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerini düzenleyen unsurlar arasında yer alan spiritüalite, yaşam beklentisinin ve uzun yaşama isteğinin artması ile önem kazanmıştır (Chaves ve Gil, 2015). Spiritüalite, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Spiritüel gereksinimler; manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir (Ergül ve Bayık, 2004). Yaşlı bireylerin manevi olarak desteklenmesi bireyin baş etme durumunu ve yaşam kalitesini artırır. Kronik hastalıklar, ileri yaşlarda ölüm korkusu ve çaresizlik duygularının yaşanması; güvenlik, yaşamın anlamı, sevgi, ait olma, kabul görme gibi spiritüel gereksinimleri ön plana çıkarır (Doğan, 2013). Yapılan bir derlemede, demanslı bireylerin iyilik durumunu yükseltmek için spiritüel aktivitelere ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Nyman ve Szymczynska, 2016). Chaves ve Gil'in (2015) yaptığı çalışmada, içerik analizi sonucunda yaşam kalitesinin artması ile spiritüalite arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada yaşlıların spiritüalite ile iyi olma durumu arasındaki ilişki araştırılmış olup klise üyelerinin daha fazla sağlıklı davranışlar sergilediği ve sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşlı bireylerde spiritüalitenin psikolojik iyi olma, sağlıklı

davranışlar ile olumlu yönde; fiziksel semptomlar ve depresyon ile ters yönde bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (Lawler-Row ve Elliott, 2009).

2.7. Yaşlıların Yalnızlığının Azaltılması, Fiziksel, Ruhsal, Sosyal ve Spiritüel Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Yaşlıların yalnızlığını gidermek, sağlığını geliştirmek ve topluma entegrasyonunu sağlamak için yakın çevresinde yaşayan bireylerin ve sağlık profesyonellerinin farkındalığını arttırmak, desteğini sağlamak önemlidir (Glass, 2016). Yaşlıların yalnızlık sorunları ile baş etmesinde bu kişilere liderlik edecek sağlık profesyonellerinin önemli bir rolü vardır. Yaşlının hayatında rol oynayan bu kişilerin yaşlı bireyin yalnızlığının farkında olması ve yaşlıyı desteklemesi bireyin sağlıklı yaşlanmasına katkıda bulunabilir ve ortaya çıkabilecek sorunları önleyebilir.

Her geçen gün yaşlı nüfusun arttığı dünyada, hemşirenin yaşlı bireylerin sağlığını geliştirmede kanıt dayalı sağlık bakımını bütüncül olarak sunması gerekir. Bütüncül sağlık bakımının sunumunda bireyi bir bütün/sistem olarak değerlendiren, kanıt temelli girişimleri sunan bir yapıya ihtiyaç vardır. Bu noktada hemşire, İntegratif Hemşirelik İlkelerini kullanabilir ve bu ilkelere göre iyi tasarlanmış girişimler planlayabilir. Problemlerin belirlenmesi, girişimlerin bireylere özgü yapılması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamalarında standardize bir kayıt sistemi olan hemşirelik sınıflandırma sistemlerinden biri olan Omaha Sistemi'ni kullanabilir. Böylece yaşlıların yalnızlığını azaltmada ve sağlığını geliştirmede standart bir yapıda, bütüncül olarak, kanıt temelli terapileri uygulayan ve elektronik ortamda kaydedilen, sonuçları ölçülebilen bir bakım sağlanmış olur. Yaşlıların yalnızlığını azaltmada, sağlığını geliştirmede hemşirenin rolleri şunlardır:

- Yalnızlık açısından riskli gruplar öncelikli olarak taranmalı,
- Yalnızlığı etkileyen faktörler yaşlı bireylere özgü belirlenmeli ve bu faktörlerin etkisi azaltılmalı,
- Yalnızlık açısından riskli olan grupların sosyal ilişkileri güçlendirilmeli,
- Yaşlıyı çevresi ile birlikte değerlendirmeli,

- Yaşlının yaşama umudunu, inancını yükseltmeli, kişilerarası ilişkileri güçlendirmeli, yaşlıya iyileştirici bir dokunuş sağlayabilmeli, yaşlının bakıma katılmasını sağlamalı,
- Yaşlıya bakım verirken doğanın iyileştirici gücünden faydalanmalı, grup aktiviteleri ve bireysel girişimlerin doğada yapılması sağlanmalı,
- Akranları, ailesi, akrabaları ve sağlık profesyonelleri ile olan ilişkilerini güçlendirecek girişimlerde bulunmalı,
- Yaşlılara kanıt temelli en az invaziv olan girişimleri uygulamalı,
- Bakımın yönetiminin standardize bir şekilde sunulması, girişimlerin bireye özgü sağlık problemlerine özel seçilmesi ve sonuçlarındaki değişimi değerlendirmek için Omaha Sistemi'ni kullanması önerilmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları ve Hipotezler

1. Aşamaya yönelik araştırma soruları

- ❖ Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri düzeyi nedir?
- ❖ Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyini etkileyen değişkenler nelerdir?

2. Aşamaya yönelik araştırma hipotezleri

- **H₁:** Girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların yalnızlık algısını azaltır.
- **H₁:** Girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların fiziksel aktivite düzeyini artırır.
- **H₁:** Girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların sağlık durumunu algılama düzeyini artırır.
- **H₁:** Girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların sosyal destek algılarını artırır.
- **H₁:** Girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların sosyal dahil olma düzeylerini artırır.
- **H₁:** Girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların iyilik durumu algılarını artırır.
- **H₁:** Girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların spiritualite algılarını artırır.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu araştırma iki aşamalı olarak yapılmıştır.

1. Aşama: Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde bir çalışma yapılmıştır.
2. Aşama: Bu aşamada yalnızlık düzeyi yüksek olan (çok yalnızlık hisseden ve çok yoğun yalnızlık hisseden) yaşlı kadınlara İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda yapılan girişimlerin etkisini değerlendirmek amacıyla

randomize kontrollü bir çalışma (RKÇ) yapılmıştır. Yapılan bu çalışma clinicaltrials.gov.tr'ye kaydedilmiştir (Trial number: NCT03695133, Turkey).

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya merkezde Kepez sınırları içerisinde yer alan 17 nolu Dt. Selahattin Topçu ASM'de yürütülmüştür. Bu bölgenin seçilmesinin nedeni, araştırmacı ulaşımının kolay olması ve göç alan bir bölgede yaşlıların yalnızlığı daha çok deneyimlediği düşüncesidir (De Jong Gierveld ve ark. 2015). ASM'ye kayıtlı bireylerin büyük çoğunluğu Ahatlı, Yeşilyurt, Gülveren, Şafak, Avni Tolunay ve Kültür mahallelerinde yaşamaktadır (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. ASM'nin hizmet verdiği mahalleler

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

- 1. Aşama Evren ve Örneklem:** Araştırmanın evrenini 17 nolu Dt. Selahattin Topçu ASM'ye kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri 668 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü, evrendeki kişi sayısının bilindiği durumlardaki formül kullanılarak, Dahlberg ve McKee'nin (2014) yaptığı çalışmadaki yalnızlık prevalansı (%46) dikkate alınarak hesaplanmış ve 243 kişi bulunmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2006; Dahlberg ve McKee, 2014).

Hedef kitledeki birey sayısı biliniyorsa;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} = \frac{668 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,46) \cdot (0,54)}{(0,05)^2 \cdot (668-1) + (1,96)^2 \cdot (0,46) \cdot (0,54)} = 243$$

Formülde;

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

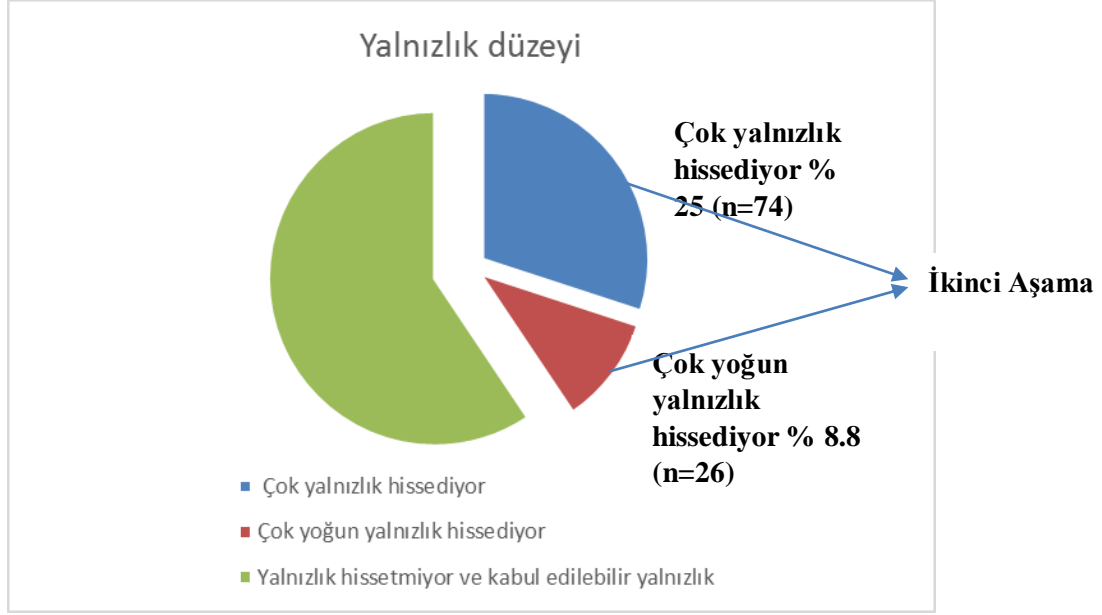
q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır.

Birinci aşama için minimum örneklem büyüklüğü 243 kişi hesaplanmış olup, Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında ASM'ye gelen 296 kişi ile çalışmanın birinci kısmı tamamlanmıştır. Yaşlı kadınlara yüzyüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından anketler doldurulmuştur. Araştırmanın istatistiksel gücü için posthoc olarak yalnızlık düzeyini etkileyen değişkenlerin (yaşlıların kiminle yaşadığı ve yakınında akraba varlığı) etkisi G* Power programı ile değerlendirilmiştir. Bunun için yapılan kikare güç analizinde, yaşlıların tek başına ya da bir başkası ile yaşamasında çalışmanın gücü %95 güven aralığında (d=0.24, α=0.05, Df=5) 0.91, yakınında akraba varlığında (d=0.38, α=0.05, Df=5) 0.99 bulunmuştur.

Birinci aşamada yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi belirlendikten sonra araştırmanın ikinci kısmına geçilmiştir. Araştırmanın ikinci aşaması için bu örneklemde yalnızlık düzeyi yüksek olan bireyler (çok yalnızlık hisseden ve çok yoğun yalnızlık hisseden, n=100) seçilmiştir (Şekil 3.2).

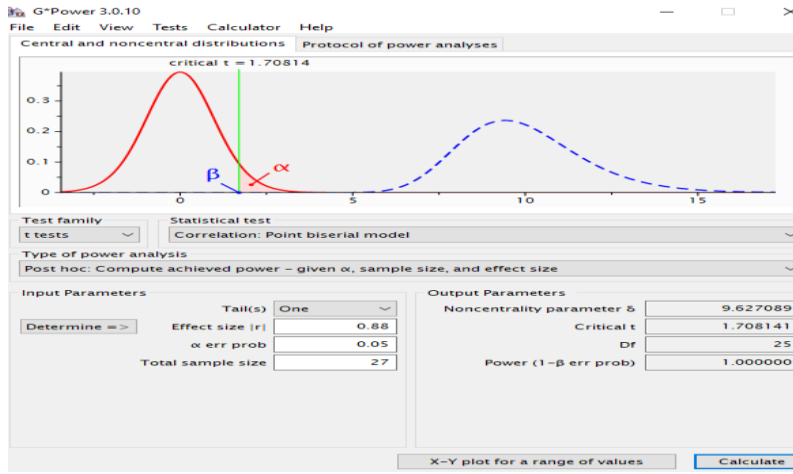


Şekil 3.2. Birinci aşamada araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeyleri (n=296) ile ikinci aşamaya (n=100) dahil edilenlerin dağılımı

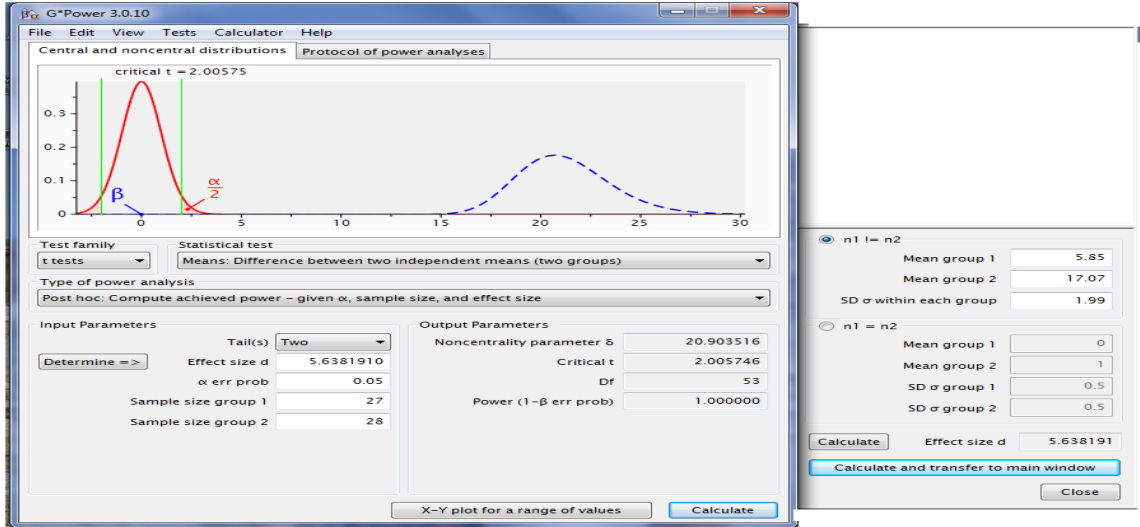
2. Aşama Evren ve Örneklem: Araştırmanın ikinci kısmında randomize kontrollü çalışma için örneklem belirlenirken; yaşlılar “Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği”ne göre çok yalnızlık ve çok yoğun yalnızlık (Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği’ne göre 15 puan ve üzeri alanlar, n=100) yaşama durumuna göre bilgisayar ortamında basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak (www.random.org) ayrı ayrı randomize edilmiştir (Ek-1). Katılımcılara ulaşıldıktan sonra yalnızlık düzeyine göre iki liste oluşturulmuştur (çok yalnızlık yaşayan ve çok yoğun yalnızlık yaşayan). Oluşturulan listede yaşlı kadınlara numara verilmiştir. Daha sonra online olarak www.random.org sitesinde “random sequence generator” kullanılarak ikişer grup oluşturulmuştur. Oluşan dört grup şu şekildedir: çok yalnızlık yaşayanlar için girişim ve kontrol grubu, çok yoğun yalnızlık yaşayanlar için girişim ve kontrol grubu. İlk gruplara atanan yaşlı kadınlar girişim grubuna, ikinci gruplara atanan yaşlı kadınlar kontrol grubuna yerleştirilmiştir (Ek-1).

İkinci aşamada örnek büyüklüğünü belirlemede ve çalışmanın istatistiksel gücünü hesaplamada G*Power programı kullanılmıştır. Etki büyüklüğünün ≥ 0.2 olması küçük düzeyde etkiyi, ≥ 0.5 orta düzeyde etkiyi ve ≥ 0.8 olması büyük düzeyde etkiyi göstermektedir. Genel olarak klinik çalışmalarda etki büyüklüğü değerinin ≥ 0.5 olması önerilmektedir (Cohen, 1998). Çalışmanın ikinci aşaması için girişim

öncesinde %80 güçte, %95 güven aralığında ve orta düzeyde etki büyüklüğünde her bir grupta 34 kişi olması gerektiği belirlenmiştir. İkinci aşamanın sonunda çalışmanın istatistiksel gücü için yaşlı kadınların yalnızlık düzeylerindeki değişimin etkisi grup içi ve gruplararası posthoc olarak hesaplanmıştır. Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyindeki değişimin grup içi (girişim grubu ön test ve son test) posthoc gücü %95 güven aralığında 0.99 bulunmuştur (Şekil 3.3, Tablo 4.7). Gruplararası (girişim ve kontrol grubu son test), çalışmanın posthoc gücü %95 güven aralığında 0.99 bulunmuştur (Şekil 3.4, Tablo 4.7).



Şekil 3.3. İkinci aşamanın sonunda yalnızlık düzeyindeki değişimin grup içi (girişim grubu ön test ve son test) posthoc gücünün hesaplanması



Şekil 3.4. İkinci aşamanın sonunda yalnızlık düzeyindeki değişimin gruplararası (girişim ve kontrol grubu son test) posthoc gücünün hesaplanması

Araştırmaya alınan yaşlı kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, CONSORT akış şemasındaki süreçlerde (çalışmanın başlangıç aşamasından sonuna kadar) girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık olmadığı ($p>0.05$), grupların benzer olduğu görülmüştür (Tablo 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5). Böylece çalışma boyunca randomizasyonun devamının sağlandığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.1. Girişim ve kontrol grubundaki tüm yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test) (n=100)

		Girişim (n=50)	Kontrol (n=50)	İstatistiksel analiz	
		n(%)	n(%)	X²	P değeri
Yalnızlık düzeyi	Çok yalnızlık hissediyor	37 (50.0)	37 (50.0)	0.000	1.000*
	Çok yoğun yalnızlık hissediyor	13 (50.0)	13 (50.0)		
Yaş	65-74	35 (48.6)	37 (51.4)	0.050	0.824*
	75 ve üzeri	15 (53.6)	13 (46.4)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	46 (47.9)	50 (52.1)	-	-
	Ortaokul ve üzeri	4 (100.0)	0 (0.0)		
Medeni durum	Evli	21 (45.7)	25 (54.3)	0.362	0.547*
	Bekar	29 (53.7)	25 (46.3)		
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	34 (50.7)	33 (49.3)	0.000	1.000*
	Geliri giderine denk ve çok	16 (48.5)	17 (51.5)		
Çalışma durumu	Emekli	5 (83.3)	1 (16.7)	-	0.204**
	Ev hanımı	45 (47.9)	49 (52.1)		
Kiminle yaşadığı	Tek başına	15 (60.0)	10 (40.0)	0.853	0.356*
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	35 (46.7)	40 (53.3)		
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	16 (47.1)	18 (52.9)	0.045	0.833*
	Hayır	34 (51.5)	32 (48.5)		

* Yates düzeltilmeli Kikare Testi

** Fisher'in Kesin Kikare Testi

Tablo 3.2. Yalnızlık düzeyine göre “çok yalnızlık hissedeni” girişim ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test) (n=74)

		Girişim (n=37)	Kontrol (n=37)	İstatistiksel analiz	
		n(%)	n(%)	X²	P değeri
Yaş	65-74	26 (48.1)	28 (51.9)	0.069	0.794*
	75 ve üzeri	11 (55.0)	9 (45.0)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	34 (47.9)	37 (52.1)	-	0.240**
	Ortaokul ve üzeri	3 (100.0)	0 (0.0)		
Medeni durum	Evli	17 (48.6)	18 (51.4)	0.000	1.000*
	Bekar	20 (51.3)	19 (48.7)		
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	25 (50.0)	25 (50.0)	0.000	1.000*
	Geliri giderine denk ve geliri giderinden çok	12 (50.0)	12 (50.0)		
Çalışma durumu	Emekli	5 (83.3)	1 (16.7)	-	0.199**
	Ev hanımı	32 (47.1)	36 (52.9)		
Kiminle yaşadığı	Tek başına	12 (60.0)	8 (40.0)	0.617	0.432*
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	25 (46.3)	29 (53.7)		
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	14 (51.9)	13 (48.1)	0.000	1.000*
	Hayır	23 (48.9)	24 (51.1)		

* Yates düzeltilmeli Kikare Testi

** Fisher’in Kesin Kikare Testi

Tablo 3.3. Yalnızlık düzeyine göre “çok yoğun yalnızlık hissedeni” girişim ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test) (n=26)

		Girişim (n=13)	Kontrol (n=13)	İstatistiksel analiz	
		n(%)	n(%)	X²	P değeri
Yaş	65-74	9 (50.0)	9 (50.0)	-	1.000*
	75 ve üzeri	4 (50.0)	4 (50.0)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	12 (48.0)	13 (52.0)	-	1.000*
	Ortaokul ve üzeri	1 (100.0)	0 (0.0)		
Medeni durum	Evli	4 (36.4)	7 (63.6)	0.63	0.428**
	Bekar	9 (60.0)	6 (40.0)		
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	9 (52.9)	8 (47.1)	-	1.000*
	Geliri giderine denk ve çok	4 (44.4)	5 (55.6)		
Çalışma durumu	Ev hanımı	13 (50.0)	13 (50.0)	-	-
Kiminle yaşadığı	Tek başına	5 (62.5)	3 (37.5)	-	0.673*
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	8 (44.4)	10 (55.6)		
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	2 (28.6)	5 (71.4)	-	0.378*
	Hayır	11 (57.9)	8 (42.1)		

*Fisher’in Kesin Kikare Testi

**Yates düzeltilmeli Kikare Testi

Tablo 3.4. CONSORT akış şemasına göre ayırma bölümünde girişim alan deney ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test) (n=69)

		Girişim (n=36)	Kontrol (n=33)	İstatistiksel analiz	
		n(%)	n(%)	X²	P değeri
Yalnızlık düzeyi	Çok yalnızlık hissediyor	26 (50.0)	26 (50.0)	0.124	0.724*
	Çok yoğun yalnızlık hissediyor	10 (58.8)	7 (41.2)		
Yaş	65-74	26 (52.0)	24 (48.0)	0.000	1.000*
	75 ve üzeri	10 (52.6)	9 (47.4)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	34 (50.7)	33 (49.3)	-	-
	Ortaokul ve üzeri	2 (100.0)	0 (0.0)		
Medeni durum	Evli	14 (43.8)	18 (56.2)	1.126	0.289*
	Bekar	22 (59.5)	15 (40.5)		
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	28 (53.8)	24 (46.2)	0.043	0.836*
	Geliri giderine denk ve çok	8 (47.1)	9 (52.9)		
Çalışma durumu	Emekli	2 (66.7)	1 (33.3)	-	1.000**
	Ev hanımı	34 (51.5)	32 (48.5)		
Kiminle yaşadığı	Tek başına	10 (71.4)	4 (28.6)	1.731	0.188*
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	26 (47.3)	29 (52.7)		
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	14 (53.8)	12 (46.2)	0.000	1.000*
	Hayır	22 (51.2)	21 (48.8)		

* Yates düzeltilmeli Kikare Testi

** Fisher'in Kesin Kikare Testi

Tablo 3.5. CONSORT akış şemasına göre analiz bölümünde deney ve kontrol grubundaki yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (ön test) (n=55)

		Girişim	Kontrol	İstatistiksel analiz	
		(n=27)	(n=28)	X^2	P değeri
		n(%)	n(%)		
Yalnızlık düzeyi	Çok yalnızlık hissediyor	19 (46.3)	22 (53.7)	0.151	0.698*
	Çok yoğun yalnızlık hissediyor	8 (57.1)	6 (42.9)		
Yaş	65-74	18 (46.2)	21 (53.8)	0.147	0.701*
	75 ve üzeri	9 (56.2)	7 (43.8)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	25 (47.2)	28 (52.8)	-	-
	Ortaokul ve üzeri	2 (100.0)	0 (0.0)		
Medeni durum	Evli	11 (44.0)	14 (56.0)	0.175	0.676*
	Bekar	16 (53.3)	14 (46.7)		
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	20 (48.8)	21 (51.2)	0.000	1.000*
	Geliri giderine denk ve çok	7 (50.0)	7 (50.0)		
Çalışma durumu	Emekli	2 (66.7)	1 (33.3)	-	0.611**
	Ev hanımı	25 (48.1)	27 (51.9)		
Kiminle yaşadığı	Tek başına	8 (72.7)	3 (27.3)	2.005	0.157*
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	19 (43.2)	25 (56.8)		
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	8 (44.4)	10 (55.6)	0.037	0.847*
	Hayır	19 (51.4)	18 (48.6)		

* Yates düzeltilmeli Kikare Testi

** Fisher'in Kesin Kikare Testi

3.5. Dahil Edilme Kriterleri

1. Aşama için dahil edilme kriterleri

- Bilişsel durumu iyi (yer, zaman ve kişi oryantasyonu olan),
- Tek başına ya da ailesi ile birlikte yaşayan,
- Kendi ifadesi doğrultusunda psikiyatrik bozukluğu olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 65 yaş ve üzeri yaşlı kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır.

2. Aşama için dahil edilme kriterleri

- Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'ne göre "çok yalnızlık ve çok yoğun yalnızlık hisseden" 65 yaş ve üzeri kadınlar,
- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'ne göre bağımsız olan,
- ASM'deki aile hekimlerinin önerisi (tanı almış kalp hastalığı, hipotansiyon vb. hastalığı olmayan) ile fiziksel aktivite yapmasında engel olmayan,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır.
- Yaşlı bireylerin okuryazar olup olmaması dikkate alınmamıştır.

3.6. Dışlama Kriterleri

- Herhangi bir bakım evi ya da huzurevinde yaşayan,
- Araştırmacının girişim uygulama sürecinde şehir dışına çıkma planı olan,
- KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'ne göre yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlı kadınlar çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriteri

Araştırmanın ikinci aşaması olan RKÇ bölümünde yaşlılardan oniki haftalık girişimlerin üçte ikisine katılmama çıkarılma kriteri olarak alınmıştır. Araştırmaya katılanlar ve devamsız olanların tablosu Ek-2'de verilmiştir.

3.8. Çalışmanın Uygulama Basamakları

Uygulama iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada; yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi belirlenmiştir. Bunun için 17 nolu Dt. Selahattin Topçu ASM'ye herhangi bir nedenle müracaat eden yaşlı kadınlara Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği doldurulmuştur. Yaşlı kadınların bağımlılık düzeyi Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

İkinci aşamada; Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'ne göre yalnızlık düzeyi yüksek olan yaşlı kadınlar (15 ve üzeri puan alan kadınlar; 15-18 puan=çok yalnızlık hissediyor, 19-22 puan=çok yoğun yalnızlık hissediyor) yalnızlık düzeyine göre www.random.org sitesinden girişim ve kontrol grubuna randomizasyonla atanmıştır (Ek-1). Randomizasyonla girişim ve kontrol grubuna atanan yaşlı kadınlara ev ziyaretlerinde ön testler doldurulmuştur. Ayrıca girişim grubundaki yaşlı kadınların ev ortamı değerlendirilmiştir. Girişim grubundaki yaşlıların sağlık problemlerinin tanınması, problemlere yönelik girişim planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarında Omaha Sistemi kullanılmıştır. Girişim grubundaki yaşlı kadınlara ev ziyareti sırasında ve on iki haftalık girişimler uygulanırken her bir yaşlı kadınlara dört kez görüşülmüş ve girişimler uygulanmıştır. Girişim grubunda; grup temelli girişimlerin üçte

ikisine katılmayan kadınlara iki kez Omaha Sistemi girişimleri uygulanabilmiştir. Kontrol grubundaki yaşlı kadınlara herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

Araştırmada ön testler için girişim ve kontrol grubundaki yaşlı kadınlara Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA), Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği (SAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Sosyal Dahil Olma Ölçeği (SDÖ), Dünya Sağlık Örgütü-İyilik Durumu İndeksi (DSÖ-5 İDİ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) (manevi boyut) doldurulmuştur. Ön testler doldurulduktan sonra girişim grubundaki yaşlı kadınlara araştırmacı tarafından 12 hafta boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı geliştirmeye yönelik girişimler (INOSEL programı) uygulanmıştır (Tablo 3.6). Tablo 3.6'da belirtilen grup temelli girişimler girişim grubundaki tüm yaşlı kadınlara uygulanmış olup birey merkezli bakım vermek amacıyla her bir yaşlı kadının sağlık problemine özel Omaha Sistemi'nde yer alan girişimler yapılmıştır. Araştırmanın son testleri araştırmacı tarafından eğitilen anketörler tarafından toplanmıştır. Anketörlere araştırmacı tarafından ASM'de veri toplama araçlarını tanıtan bir saatlik eğitim verilmiştir.

Son testlerden sonra girişim grubundaki yaşlı kadınlara anı oluşturmak amacıyla etkinliklerde çekilen fotoğraflar verilmiştir (Ek-3). Kontrol grubundaki yaşlı kadınlara etik açıdan piknik ve gezi etkinliği düzenlenmiştir. Oniki hafta boyunca yapılan girişimler Tablo 3.6'da özetlenmiştir.

3.8.1. Körleme

Araştırmada yaşlı kadınlar girişim ve kontrol grubuna www.random.org aracılığıyla randomize edilmiştir. Araştırmacı ve yaşlı kadınlar körülenememiştir. Yan tutmayı önlemek için son testler anketörler tarafından toplanmıştır. Akın ve Koçoğlu'na (2017) göre, çıktı ölçümlerini yapanların körülenmesinin uygulanabilir bir körleme yöntemi ve tercih edilmesi gereken bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Akın ve Koçoğlu, 2017).

3.8.2. INOSEL (Integrative Nursing and Omaha System in Elderly women feeling Loneliness) programı

Yaşlı kadınların yalnızlığını azaltmak ve fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlığını geliştirmek için İntegratif Hemşirelik İlkelerine temellenen 12 haftalık grup temelli

girişimler ve bireysel girişimleri içeren aktiviteler uygulanmıştır (Tablo 3.6). Yapılan girişimlerin İntegratif Hemşirelik İlkeleri ile ilişkisi Tablo 3.7’de gösterilmiştir.

Grup temelli girişimler

Grup temelli girişimlerin amacı; fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlığın geliştirilmesi ve yaşlı kadınların sosyal ağlarını geliştirmektir. Bu bölümde 12 hafta boyunca yaşlı kadınlara yürüyüş, piknik, gezi, sinema, tiyatro ve grup eğitimleri (sağlıklı beslenme, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler konusunda) yapılmıştır. Grup temelli girişimler Omaha Sistemi’ne girişim olarak kaydedilmiştir.

- Fiziksel sağlığı geliştirmek için haftanın üç günü (Pazartesi, Salı ve Cuma) hafif şiddette günlük 30 dakika yürüyüş yapılmıştır. Motivasyonu artırmak amacıyla yürüyüş öncesinde on iki hafta boyunca her hafta bir gün (Pazartesi) yaşlı kadınlara kan basıncı ve kan şekeri ölçümü yapılmış, yürüyüşlerde su ve elma dağıtılmıştır. Ayrıca Türkiye Eğitim Gönülleri Vakfı’nda (TEGEV) gönüllü olarak çalışan diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme konusunda eğitim yapılmıştır (5. hafta).
- Psikososyal sağlığı geliştirmek için piknik ve gezi (2., 8. ve 11. hafta), sinema (4. ve 10. hafta), tiyatro (6. hafta) gibi etkinlikler yapılmıştır (Tablo 3.6). TEGEV’de gönüllü olarak çalışan kişisel gelişim uzmanı tarafından stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler konusunda eğitim yapılmıştır (7. hafta).
- Dünya Kadınlar Günü’nde Düden Park-II’ye gezi ve Macera ormanında piknik yapılmıştır (Ek-4). Dünya Sağlık Haftası’nda Manavgat Şelalesi’nde gezi ve piknik düzenlenmiştir (Ek-5). Ayrıca anneler gününde yaşlı kadınların Kent ormanında piknik ve gezi yapmaları sağlanmıştır (Ek-6).
- Sinema etkinlikleri için TEGEV’de komedi türünde iki film gösterimi yapılmıştır.
- Kepez Belediyesi Erdem Beyazıt Kültür Merkezi’nde bir tiyatro oyunu izlenmiştir.
- Spiritüel sağlığı geliştirmek için özel günlerde (kandiller-iki kez, Cuma günleri-üç kez) yürüyüş sırasında yürüme parkurundaki bireylere yiyecekler dağıtılmıştır.

Bireysel girişimler

Girişim grubundaki yaşlı kadınların sağlık problemleri Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre belirlenmiştir. Belirlenen problemlere yönelik Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şemasında yer alan girişimler uygulanmıştır. Ev ziyareti sırasında ve grup temelli girişimler boyunca yaşlı kadınların sağlık problemleri belirlenmiş ve Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şemasında yer alan girişimler her bir yaşlı kadına özel uygulanmıştır. Omaha Sistemi girişimleri uygulanmadan önce araştırmacı Omaha Sistemi ve online kullanımını (Nightingale Notları) içeren eğitim almıştır (Ek-7).

Omaha Sistemi'ne göre problemlerin belirlenmesi, girişim ve değerlendirme aşamaları Tablo 3.6'da gösterildiği gibi dört kez yapılmıştır. Yaşlı kadınlara Omaha Sistemi'ne göre girişimlerin uygulanması, sonuçların değerlendirilmesi evde, yürüyüş yapılan parkta, piknik ve gezide gerçekleştirilmiştir.

INOSEL programının hedefleri

INOSEL programının hedeflerini belirlemek için etki büyüklüğü kullanıldı. Etki büyüklüğü, klinik olarak anlamlı farklılığı ortaya koymak için elde edilen sonuç değişkenine göre iki ortalama ya da iki oran arasındaki beklenen farklılıktır (Cohen, 1998; Dawson ve Trapp, 2001). Bu çalışmada, elde edilen ön test ve son test ortalamalarının etki büyüklüğünün hesaplanmasında, parametrik veriler için tek bir standart sapma olması durumunda $d = |\bar{A}_1 - \bar{A}_2|/\sigma$ formülü kullanılmıştır.

d: etki büyüklüğü, \bar{A}_1 : ön testten elde edilen puan ortalaması, \bar{A}_2 : son testten elde edilen puan ortalaması, σ : standart sapma

Parametrik verilerde ≥ 0.2 etki büyüklüğü düşük, ≥ 0.5 orta ve ≥ 0.8 yüksek düzeyde etkiyi göstermektedir. Nonparametrik testlerde (Mann Whitney U testi, Wilcoxon işaretli sıralar testi) etki büyüklüğünün ≥ 0.1 olması düşük, ≥ 0.3 orta ve ≥ 0.5 olması yüksek düzeyde etkiyi gösterir. Kikare testinde etki büyüklüğü olarak Odd Ratio alınmıştır. Odds Ratio 1.44 olması düşük, 2.47 olması orta ve 4.25 olması yüksek düzeyde etki olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak klinik çalışmalarda orta düzeyde etki büyüklüğü olması önerilmektedir (Cohen, 1998). Bu nedenle son testlerde hedeflenen (beklenen) ortalamayı belirlemek için orta düzeyde etki büyüklüğü seçilmiştir.

Çalışma sonunda elde edilen etki büyüklüğünün hesaplanmasında, nonparametrik verilerde tek grupta hedeflenen etki büyüklüğü, $\left| \frac{Z}{\sqrt{n}} \right|$ formülü ile hesaplanmıştır.

Etki büyüklüğü= $\left| \frac{Z}{\sqrt{n}} \right|$ Z: Wilcoxon işaretli sıralar testi Z değeri, n: örneklem sayısı

Tablo 3.6. INOSEL programının hedefleri

Değişkenler	Ön testte gözlenen ortalama	Standart sapma	Son testte beklenen ortalama	Elde edilen etki büyüklüğü	Z değeri	
Yalnızlık algısı						
Girişim grubu	17.88	1.84	17.32*	0.876	-4.552	
Sosyal destek algısı						
Girişim grubu	42.44	6.69	44.45*	0.874	-4.546	
Sosyal dahil olma düzeyleri						
Girişim grubu	33.37	2.25	34.05*	0.876	-4.553	
İyilik durumu algısı						
Girişim grubu	19.25	10.58	22.42*	0.878	-4.561	
Spiritualite algısı						
Girişim grubu	20.51	1.47	20.95*	0.879	-4.565	
Ön test sonuçları						
Yalnızlık algısı	Çok yalnız	Çok yoğun yalnız	OR	Yalnızlık hissetmiyor**	Yalnızlık hissediyor**	OR
Girişim grubu	19	8	1.54	27	26	-
Kontrol grubu	22	6		0	2	
Fiziksel aktivite düzeyi**						
Girişim grubu	Aktif	Aktif değil	OR	Aktif	Aktif değil	OR
Girişim grubu	3	24	1.62	27	0	-
Kontrol grubu	2	26		3	25	
Sağlık durumu algısı***						
Girişim grubu	İyi	Kötü	OR	İyi	Kötü	OR
Girişim grubu	20	7	2.48	26	1	22.53
Kontrol grubu	15	13		15	13	

*Etki büyüklüğü 0.3 alındı.

**Yalnızlık hissetmiyor ve kabul edilebilir yalnızlığı olanlar yalnızlık hissetmiyor, çok yalnızlık ve çok yoğun yalnızlık hissedenler yalnızlık hissediyor olarak sınıflandırılmıştır.

***Minimal aktif, aktif ve inaktif aktif değil olarak değerlendirilmiştir.

***Sağlık algısı iyi ve çok iyi olanlar iyi, kötü ve çok kötü olanlar kötü olarak değerlendirilmiştir.


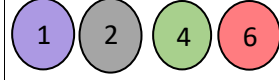
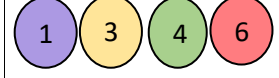
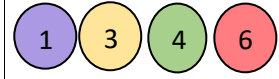





Tablo 3.7. 12 hafta boyunca uygulanan grup temelli ve bireysel girişimlerin şeması (INOSEL programı)*

		Girişimler			İntegratif Hemşirelik İlkeleri
Hafta		Fiziksel	Psikososyal **	Spiritüel	
1. hafta	Bireysel	❖ Ev ziyareti (Omaha Sistemi tanılama formlarının kullanılması)			1,2,4
	Grup temelli	❖ Yürüyüş (3 gün)			1,3,4,5,6
	Bireysel	Yaşlı kadınların sağlık problemlerine yönelik Omaha Sistemi eğitim rehberlik danışmanlık, vaka yönetimi ve tedavi işlem girişimleri uygulamak			1,2,3,4,5
2. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)	Piknik ve gezi		1,3,4,5,6
3. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)		Özel günde (Cuma günü) yiyecek dağıtılması	1,2,3,4,5,6
4. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)	Sinema		1,3,4,5,6
	Bireysel	Yaşlı kadınların sağlık problemlerine yönelik Omaha Sistemi eğitim rehberlik danışmanlık, vaka yönetimi ve sürveyans girişimleri uygulamak			1,2,3,4,5
5. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)			1,3,4,5,6
		Sağlıklı beslenme eğitimi			1,4,6
6. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)	Tiyatro	Özel günde (Cuma günü) yiyecek dağıtılması	1,2,3,4,5,6
7. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)	Stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler eğitimi	Özel günde (kandil) yiyecek dağıtılması (kandil simidi, çikolata, kek vb.)	1,2,3,4,5,6
8. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)	Piknik ve gezi		1,3,4,5,6
	Bireysel	Yaşlı kadınların sağlık problemlerine yönelik Omaha Sistemi eğitim rehberlik danışmanlık, sürveyans ve tedavi işlem girişimleri uygulamak			1,2,3,4,5
9. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)		Özel günde (Cuma günü) yiyecek dağıtılması	1,2,3,4,5,6
10. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)	Sinema	Özel günde yiyecek dağıtılması (kandil simidi, çikolata, kek vb.)	1,3,4,5,6
11. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)	Piknik ve gezi		1,3,4,5,6
12. hafta	Grup temelli	Yürüyüş (3 gün)			1,3,4,5,6
	Bireysel	Yaşlı kadınların sağlık problemlerine yönelik Omaha Sistemi eğitim rehberlik danışmanlık ve sürveyans girişimleri uygulamak			1,2,3,4,5

*Girişimlerin integratif hemşirelik ilkeleri ile ilişkisi Tablo 3.8'de gösterilmiştir.

**Ruhsal ve sosyal sağlık için yapılan girişimler psikososyal sağlık başlığı altında toplanmıştır.


Tablo 3.8. Girişimler, hedefler ve İntegratif Hemşirelik İlkeleri ile ilişkisi*

	Girişimler	Hedefler	İntegratif hemşirelik ilkeleri*
Grup temelli girişimler	Yürüyüş	Yaşlının doğada akranları ve sağlık profesyoneli ile fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının geliştirilmesi	
	Sağlıklı beslenme, stress yönetimi ve kişilerarası ilişkiler eğitimi	Yaşlı kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlığının geliştirilmesi	
	Akranlar ile birlikte piknik	Akranlar ile birlikte doğada vakit geçirmenin, sosyalleşmenin sağlanması	
	Akranlar ile birlikte gezi	Akranlar ile birlikte doğada vakit geçirmenin, sosyalleşmenin sağlanması	
	Akranlar ile birlikte tiyatro	Akranlar ile birlikte vakit geçirmenin, sosyalleşmenin sağlanması	
	Akranlar ile birlikte sinema	Akranlar ile birlikte vakit geçirmenin, sosyalleşmenin sağlanması	
	Akranlar ile birlikte özel günlerde yiyecek dağıtılması	Akranlar ile birlikte vakit geçirmenin, spiritüel rahatlığın sağlanması	
	İyi anılar oluşturma (yaşlıların akranlar ile birlikte geçirdiği zamanlarda fotoğraf çekilmesi ve bu fotoğrafların yaşlı kadınlara verilmesi)	Yaşlıların sosyal çevresinin varlığını hatırlaması, sağlık profesyonelleri ve akranları ile olan ilişkilerin güçlendirilmesi	
Bireysel girişimler	Omaha Sisteminde yer alan bireylerin sağlık problemlerine özel yapılan tüm girişimler	Yaşlı kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlığının geliştirilmesi	

*1.İnsan bir sistemler bütünüdür, çevresinden ayrılamaz. 2.İnsan doğuştan gelen sağlık ve iyilik kapasitesine sahiptir. 3. Doğa, sağlık ve iyilik durumuna katkıda bulunan iyileştirici ve onarıcı/canlandırıcı özelliğe sahiptir. 4.İntegratif hemşirelik birey merkezli ve ilişki temellidir. 5.İntegratif hemşirelik uygulamaları kanıt temellidir. Bakım girişiminde tüm süreçleri desteklemek/artırmak için yapılacak olan uygulamalarda en az invaziv olandan invaziv olana doğru bütün terapötik yöntemler kullanılır. 6.İntegratif hemşirelik hizmet verdiği bireylerin yanısıra bakım verenlerin iyilik ve sağlık durumuna da odaklanır.

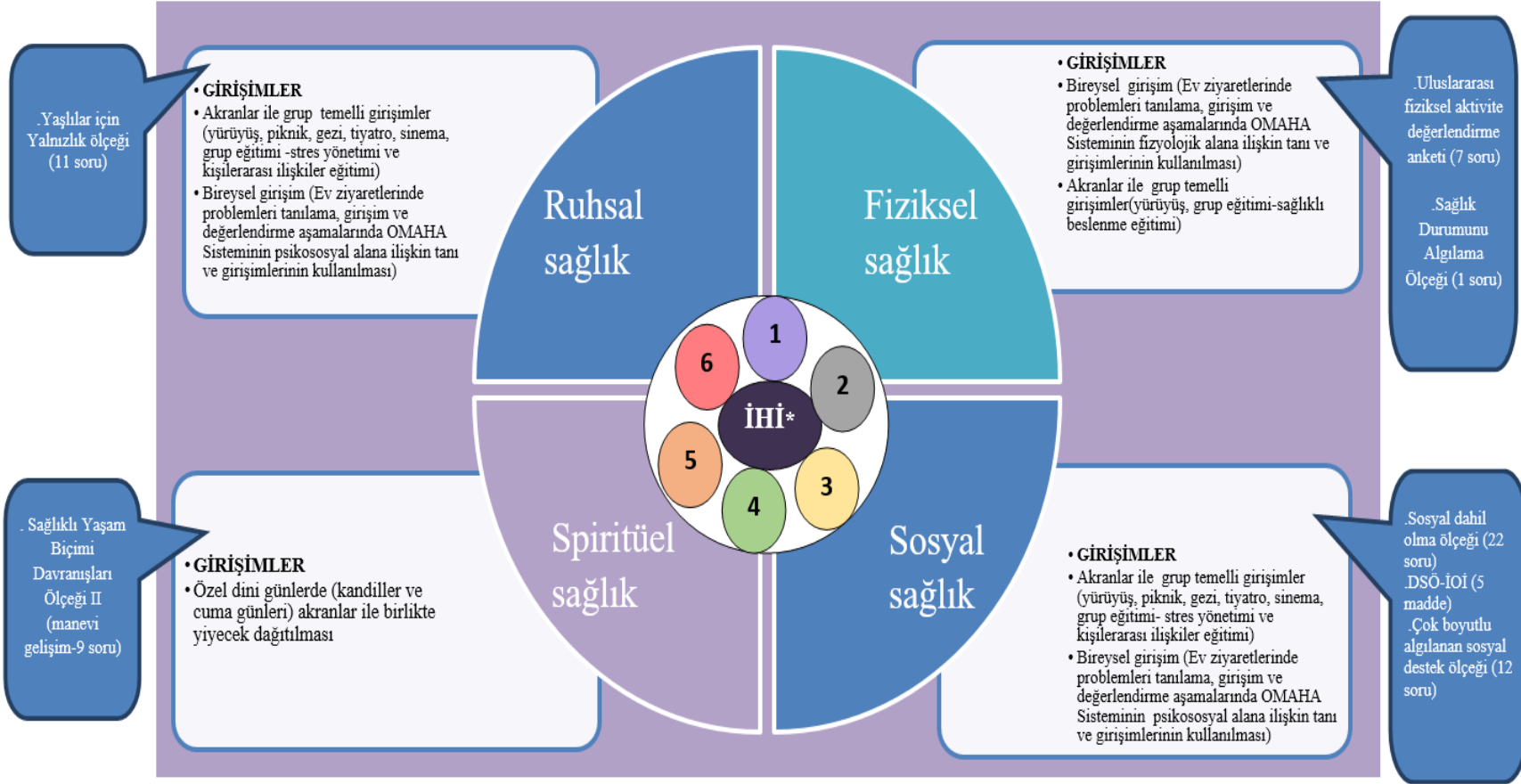


Şekil 3.5. İntegratif Hemşirelik İlkeleri ile Omaha Sistemi'ne göre yapılan girişimlerin görseli

İntegratif Hemşirelik İlkeleri						
Conceptual (Kavramsal yapıdaki kavramlar) 	1. İnsan bir sistemler bütünüdür, çevresinden ayrılmaz.	2. İnsan doğuştan gelen sağlık ve iyilik kapasitesine sahiptir.	3. Doğa, sağlık ve iyilik durumuna katkıda bulunan iyileştirici ve onarıcı/canlandırıcı özelliğe sahiptir.	4.İntegratif hemşirelik birey merkezli ve ilişki temellidir.	5. İntegratif hemşirelik uygulamaları kanıt temellidir. Bakım girişiminde tüm süreçleri desteklemek/artırmak için yapılacak olan uygulamalarda en az invaziv olandan invaziv olana doğru bütün terapötik yöntemler kullanılır.	6. İntegratif hemşirelik hizmet verdiği bireylerin yanısıra bakım verenlerin iyilik ve sağlık durumuna da odaklanır.
Theoretical (Çalışmanın değişkenleri) 	Yaşlının çevre özellikleri <ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel • Ruhsal • Sosyal • Spiritüel 	Yaşlının iyilik ve sağlık durumu algısı	Yaşlının doğada zaman geçirmesi, doğada yapılan etkinlikler	Sosyal çevrenin harekete geçirilmesi, sağlık profesyoneli ve akrabaların sosyal desteği, yaşlıların kişilerarası ilişkilerinin güçlendirilmesi	Yaşlılarda inaktivitenin önlenmesi ve yalnızlığın azaltılması, bakımda kanıt temelli iyileşme yöntemlerinin sunulması ve kullanılması	Sağlık profesyonellerinin sağlık ve iyilik durumunun geliştirilmesi
Empirical (Deneysel göstergeler) Randomize kontrollü çalışma 	<ul style="list-style-type: none"> • Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği • Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi • DSÖ-5 İyilik Durumu İndeksi • Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği • Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği • Spiritualite Ölçeği • Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği sonuçları 	<ul style="list-style-type: none"> • Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği • DSÖ-5 İyilik Durumu İndeksi • Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği 	<ul style="list-style-type: none"> • Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği • Sosyal Dahil Olma Ölçeği • Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği • DSÖ-5 İyilik Durumu İndeksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği • Sosyal Dahil Olma Ölçeği • Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 	<ul style="list-style-type: none"> • Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği • Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi 	

Şekil 3.6. İntegratif Hemşirelik İlkelerinin kavramsal, teorik ve deneysel yapısı (CTE yapısı)

Bakım Felsefesi: Holistik Felsefe-Fiziksel, Ruhsal, Sosyal ve Spiritüel Sağlık-Girişimler-Sonuç Ölçümleri



Şekil 3.7. Yaşlı kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarını geliştirmek için yapılacak olan girişimlerin kavramsal şeması

*1. İnsan bir sistemler bütünüdür, çevresinden ayrılamaz. 2. İnsan doğuştan gelen sağlık ve iyilik kapasitesine sahiptir. 3. Doğa, sağlık ve iyilik durumuna katkıda bulunan iyileştirici ve onarıcı/canlandırıcı özelliğe sahiptir. 4. İntegratif hemşirelik birey merkezli ve ilişki temellidir. 5. İntegratif hemşirelik uygulamaları kanıt temellidir. Bakım girişiminde tüm süreçleri desteklemek/artırmak için yapılacak olan uygulamalarda en az invaziv olandan invaziv olana doğru bütün terapötik yöntemler kullanılır. 6. İntegratif hemşirelik hizmet verdiği bireylerin yanısıra bakım verenlerin iyilik ve sağlık durumuna da odaklanır.

3.9. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın birinci bölümünde yaşlı kadınların tanımlayıcı özellikleri ve yalnızlık düzeyi yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. İkinci bölümde yaşlı kadınlara yapılacak olan girişim öncesi ön testler ve girişim sonrası son testler yüzyüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bunlar; UFAA, SAÖ, ÇBASDÖ, SDÖ, DSÖ-5 İDİ, SYBDÖ-II manevi boyuttur. Veri toplama formu Ek-8'de ve ölçek izinleri Ek-9'da yer almaktadır. Girişim grubundaki bireylere ön testler doldurulurken ev ziyaretinde ve on iki haftalık etkinlikler sırasında Omaha Sistemi'ndeki girişimler uygulanmıştır. İkinci bölümde girişimler tamamlandıktan sonra son testler doldurulmuştur.

3.9.1. Birinci Bölüm

Tanımlayıcı Özellikler Formu:

Bu bölümde yaşlı bireylerin yaş, medeni durum, eğitim, gelir durumu, kiminle yaşadığı, yakınında ikamet eden akraba varlığı ve bağımlılık durumu sorgulanmıştır. Yaşlı kadınların bağımlılık durumu KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile değerlendirilmiştir. **KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği:** Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek beslenme, giyinme, banyo yapma, mobilite, kontinans ve tuvalete gitme gibi öz bakım aktivitelerindeki bağımlılık derecesini ölçmektedir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilir. GYA ölçeğine göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Katz ve ark., 1963). Yaşlıların enstrümental günlük yaşam aktiviteleri **Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)** ile değerlendirilmiştir. Lawton ve Brody tarafından 1969 yılında geliştirilen EGYA Türkçe tercümesi Yardımcı (1995) tarafından yapılmıştır (Yardımcı, 1995). Ölçek; telefon kullanma, ulaşım araçlarına binebilme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ilaçları tanıma ve kullanabilme ve para idaresi gibi aktiviteleri içerir. Birey aktivitelerde bağımsızsa 3 puan, kısmen bağımlıysa 2 puan, bağımlıysa 1 puan verilir. EGYA ölçeğinde 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilir (Lawton ve Brody, 1969).

Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği (YYÖ):

Yalnızlık duygusunu ölçmek amacıyla Gierveld ve Kamphuis (1985) tarafından geliştirilmiş olan ölçek 1999 yılında Tilburg ve Gierveld tarafından revize edilmiştir (de Jong Gierveld ve Van Tilburg, 1999). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akgül ve Yeşilyaprak tarafından 2015 yılında yapılmıştır (Akgül ve Yeşilyaprak, 2015). Toplamda 11 maddesi olan üçlü likert tipi ölçek, iki alt boyuttan oluşmaktadır: Duygusal yalnızlık (6 madde- 2, 3, 5, 6, 9, 10) ve sosyal yalnızlık (5 madde-1, 4, 7, 8, 11) olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin 6'sı düz, 5'i ters yönde kodlanmıştır. Olumlu yöndeki ifadeleri içeren sosyal yalnızlığı ölçen maddeler (1, 4, 7, 8, 11) 0=evet, 1=olabilir, 2=hayır; olumsuz yöndeki ifadeleri içeren duygusal yalnızlığı ölçen maddeler (2, 3, 5, 6, 9, 10) bunun tersi olarak 2=evet, 1=olabilir, 0=hayır şeklinde puanlanmaktadır. Yalnızlık puana göre dört seviyeye ayrılabilir. "0-4 puan" arasında olanlar yalnızlık hissetmiyor, "5-14 puan arasında" olanlar kabul edilebilir yalnızlık, "15-18 puan" arasındakiler çok yalnızlık hissediyor ve "19-22 puan" çok yoğun yalnızlık hissediyor olarak derecelendirilmektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 22'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır. de Jong Gierveld ve Van Tilburg'un (1999) çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları duygusal yalnızlık alt boyutunda 0.81, sosyal yalnızlık alt boyutunda 0.79; Akgül ve Yeşilyaprak'ın (2015) çalışmasında ise sırasıyla 0.79 ve 0.81 olarak bulunmuştur (Akgül ve Yeşilyaprak, 2015). Yapılan çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri duygusal yalnızlık için 0.77 ve sosyal yalnızlık için 0.83 saptanmıştır (n=296).

3.9.2. İkinci Bölüm

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin sağlık problemlerini tanımlamak için Omaha Sistemi formları kullanılmıştır. Bunlara ek olarak yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyi, fiziksel aktivite düzeyi, sağlık algı durumu, algılanan sosyal destek algıları ve sosyal dahil olma durumları, iyilik durumu algısı ve spiritüalite düzeyi sorgulanmıştır.

Tablo 3.9. İkinci aşamada kullanılan ölçüm araçları

	Madde sayısı	Cronbach α değeri
YYÖ	11	0.85
UFAA	7	-
SAÖ	1	-
ÇBASDÖ	12	0.87
SDÖ	18	0.89
DSÖ-5 İDİ	5	-
SYBDÖ-II (manevi gelişim)	9	0.79

Omaha Sistemi:

Erdoğan tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ve halk sağlığı hemşireliği eğitiminde ve Türk toplumunda kullanılabilir olduğu belirtilen Omaha Sistemi'nin, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 2006 yılında Erdoğan ve Esin tarafından yapılmıştır (Erdoğan ve Esin, 2006). Hemşirelik tanılarının ve girişimlerinin belirlenmesinde, sonuçların değerlendirilmesinde Omaha Sistemi kullanılmıştır. Bu sistem Problem Sınıflama Listesi (Ek-8), Hemşirelik Girişim Şeması ve Problem Değerlendirme Ölçeği olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Problem Sınıflama Listesi; hemşirelik tanısını (problem / birey–hasta gereksinimi) belirleyen 4 problem alanı, 42 problem ve her probleme ilişkin sağlığı geliştirme / potansiyel risk / aktüel belirti bulgu tanımlamaları içermektedir. Problemler **çevresel alan** (birey / ailenin yakın ve uzak çevresi ile ilgili fiziksel özellikleri tanımlar), **psikososyal alan** (davranış, duygu, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri tanımlar), **fizyolojik alan** (yaşamı sürdüren fonksiyonları tanımlar) ve **sağlık davranışları alanı** (sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktiviteleri tanımlar) kapsamında ele alınmaktadır.

Hemşirelik Girişim Şeması; hemşirelik girişimleri listesidir. Hemşirenin PSL'de tanımladığı bireye özgü problemlere göre düzenlenir. Bakım planları bu şemanın girişim kategorileri doğrultusunda düzenlenir. Girişim kategorileri sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi (bireylerin sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlar ile iletişim kurması, sağlık bakımı alma haklarını savunması ve bireyin uygun toplumsal kaynakları kullanması için rehberlik etmeye yönelik girişimleri içerir) ve sürveyans olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır.

Sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık: Bireylerin bilgilenmesini, özbakım ve başa çıkma konusunda sorumluluk almasını sağlayan girişimleri içerir.

Tedavi ve işlem: Risk faktörlerini ve belirti/bulguları erken dönemde tanınması, önlenmesi, azaltılması ve hafifletilmesi için uygulanan teknik girişimleri içerir.

Vaka yönetimi: Bireylerin sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlar ile iletişim kurması, sağlık bakımı alma haklarını savunması ve bireyin uygun toplumsal kaynakları kullanması için rehberlik etmeye yönelik girişimleri içerir.

Sürveyans: Mevcut problem ile ilişkili olarak periyodik gözlem yapma, veri toplama, analiz ve değerlendirme yapma, kontrol altında tutma ve izlem yapmaya yönelik girişimleri içerir.

Problem Değerlendirme Ölçeği; problemin düzeyini ve bakımın sonuçlarını değerlendiren üç boyutlu bir ölçme aracıdır. Hemşirelik sürecinin değerlendirme aşamasında kullanılan bu araç beş maddeli likert tipi bir ölçektir. Bu ölçek ile her problem bilgi, davranış ve durum boyutları ile 1'den 5'e kadar bir puan ile değerlendirilir. Problem değerlendirme ölçeği problemin tanımlanma aşaması ve girişimler uygulandıktan sonra olmak üzere en az iki kez kullanılır (Erdoğan ve ark., 2016).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form):

Hallal ve Victora (2004) tarafından geliştirilen Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Öztürk, 2005). Anket yedi sorudan oluşmaktadır. Kısa form (7 soru); yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ve otururken harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır.

Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanır. Elde edilen skor fiziksel aktivite yapmayan ($MET \leq 600$ enerji düzeyi), yetersiz fiziksel aktivite düzeyi ($MET= 600-3000$ arası enerji düzeyi) ve yeterli fiziksel aktivite düzeyi ($MET \geq 3000$ enerji düzeyi) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur (Tablo 3.9).

Tablo 3.10. UFAA'ya göre aktiviteler için standart MET değerleri

Yürüme	3.3 MET
Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 X yürüme dakikası X yürüme gün sayısı	
Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite	4.0 MET
Orta şiddetli MET-dk/hafta = 4.0 X orta şiddetli aktivite dakikası X orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı	
Şiddetli Fiziksel Aktivite	8.0 MET
Şiddetli MET-dk/hafta = 8.0 X şiddetli aktivite dakikası X şiddetli aktivite yapılan gün sayısı	
Oturma	1.5 MET
Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli + oturma) MET-dk/hafta	

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanır. Örneğin; 3 gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru: $3.3 \times 3 \times 30 = 297$ MET-dk/hafta olarak hesaplanmaktadır.

Bu sürekli skorlamannın yanı sıra elde edilen sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre 3 aktivite seviyesi vardır:

1-İnaktif (Kategori 1) : En alt fiziksel aktivite seviyesidir. Kategori iki ve üç içine dâhil edilemeyen durumlar inaktif olarak düşünülür.

2- Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir.

- 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak
- 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması
- Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi

3- Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir.

- Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya
- Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu

Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği (SAÖ):

Sağlık durumu algısını belirlemek amacıyla 1978 yılında Davis, Avery ve Donald tarafından geliştirilen ve Esin tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçekte bireyin şu anda sağlığını nasıl değerlendirdiği sorgulanmaktadır. Çok iyi (1), iyi (2), kötü (3) ve çok kötü (4) seçeneklerinin olduğu ölçekte, en düşük puan 4, en yüksek puan 1 dir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin aile (3,4,8,11), arkadaş (6,7,9,12) ve özel kişi (1,2,5,10) desteğini belirlemek üzere dörder maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Likert tarzı ölçekte kesinlikle katılıyorum (7), katılıyorum (6), çok az katılıyorum (5), kararsızım (4), biraz katılmıyorum (3), katılmıyorum (2), kesinlikle katılmıyorum (1) seçenekleri olup 12 maddeden oluşmaktadır. Elde edilen puanların toplamı her bir alt grup için ayrı ayrı toplanmakta ve bu grupların toplamı da ölçeğin toplam puanını vermektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri aile, arkadaş ve özel kişi alt boyutları için 0.83, 0.90 ve 0.89 bulunmuştur (Eker ve Arkar, 1995).

Sosyal Dahil Olma Ölçeği (SDÖ):

Secker ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen Sosyal Dahil Olma Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ilgaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ilgaz ve ark., 2019). Orjinal ölçek sosyal izolasyon, sosyal ilişkiler ve sosyal kabul olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır (Secker ve ark., 2009). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında faktör 1 (1,2,3,5,6,10,12,13,15. madde), faktör 2 (4,7,8,9,14,17,18. madde) ve faktör 3 (11 ve 16. madde) alt boyutları yer almaktadır. Likert tipi ölçekte hiç (1), pek değil (2), biraz (3), evet kesinlikle (4) cevap seçenekleri olup 18 madde yer almaktadır. Ölçekteki dört madde (1,10,11,16) ters kodlanmaktadır. Ölçeğin maddeleri son bir aydan daha uzun süreyi sorgulamaktadır. Ölçekten en düşük 18 puan en yüksek 72 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça sosyalleşmenin de arttığı anlamına

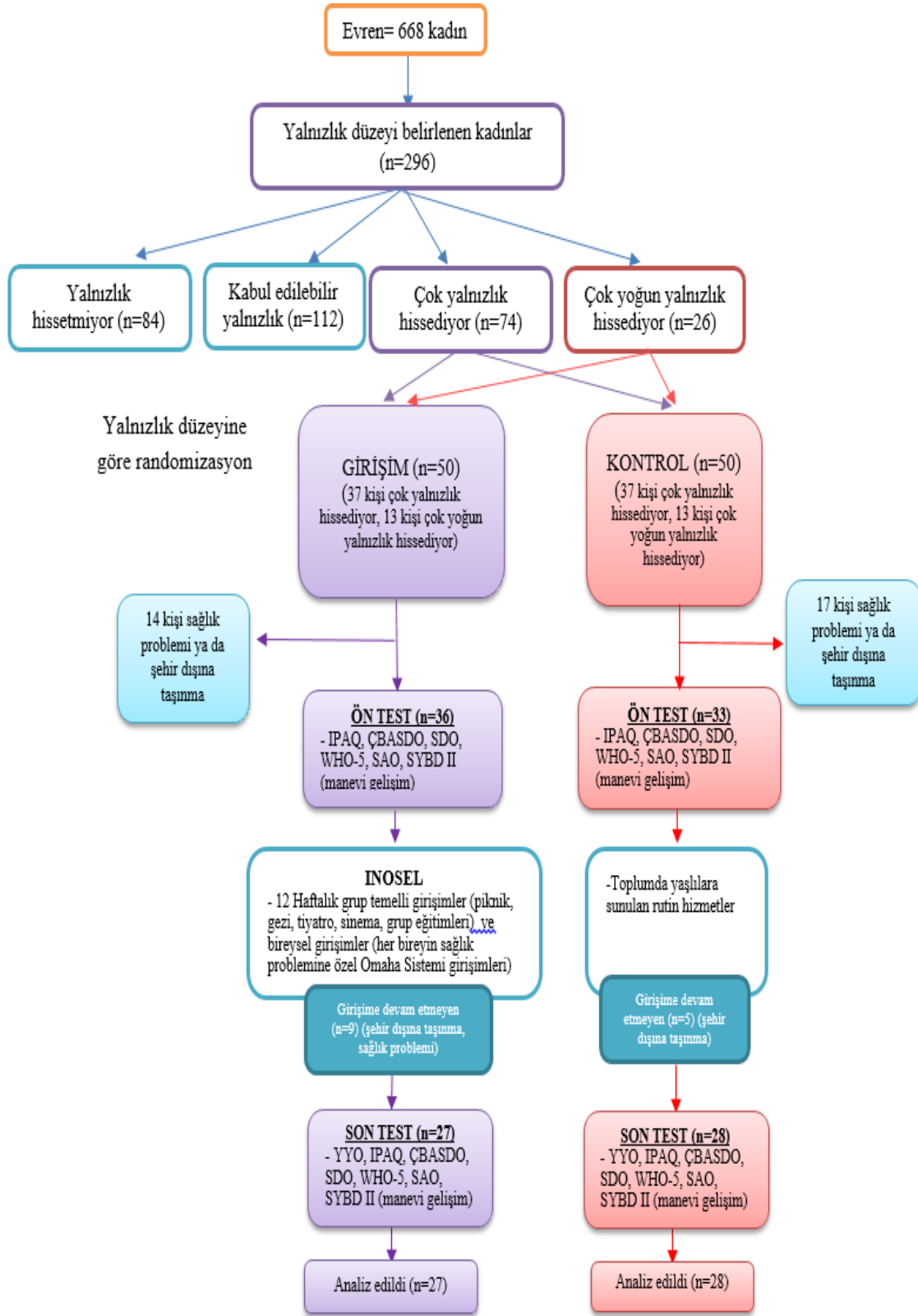
gelmektedir. Secker ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada sosyal izolasyon, sosyal kabul, sosyal ilişkiler alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.76, 0.76 ve 0.70 bulunmuştur (Secker ve ark., 2009). Ilgaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada faktör 1, 2 ve 3 alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.87, 0.82 ve 0.47'dir (Ilgaz ve ark., 2019).

DSÖ-5 İyilik Durumu İndeksi (WHO-5 Well-being Index) (DSÖ-5 İDİ):

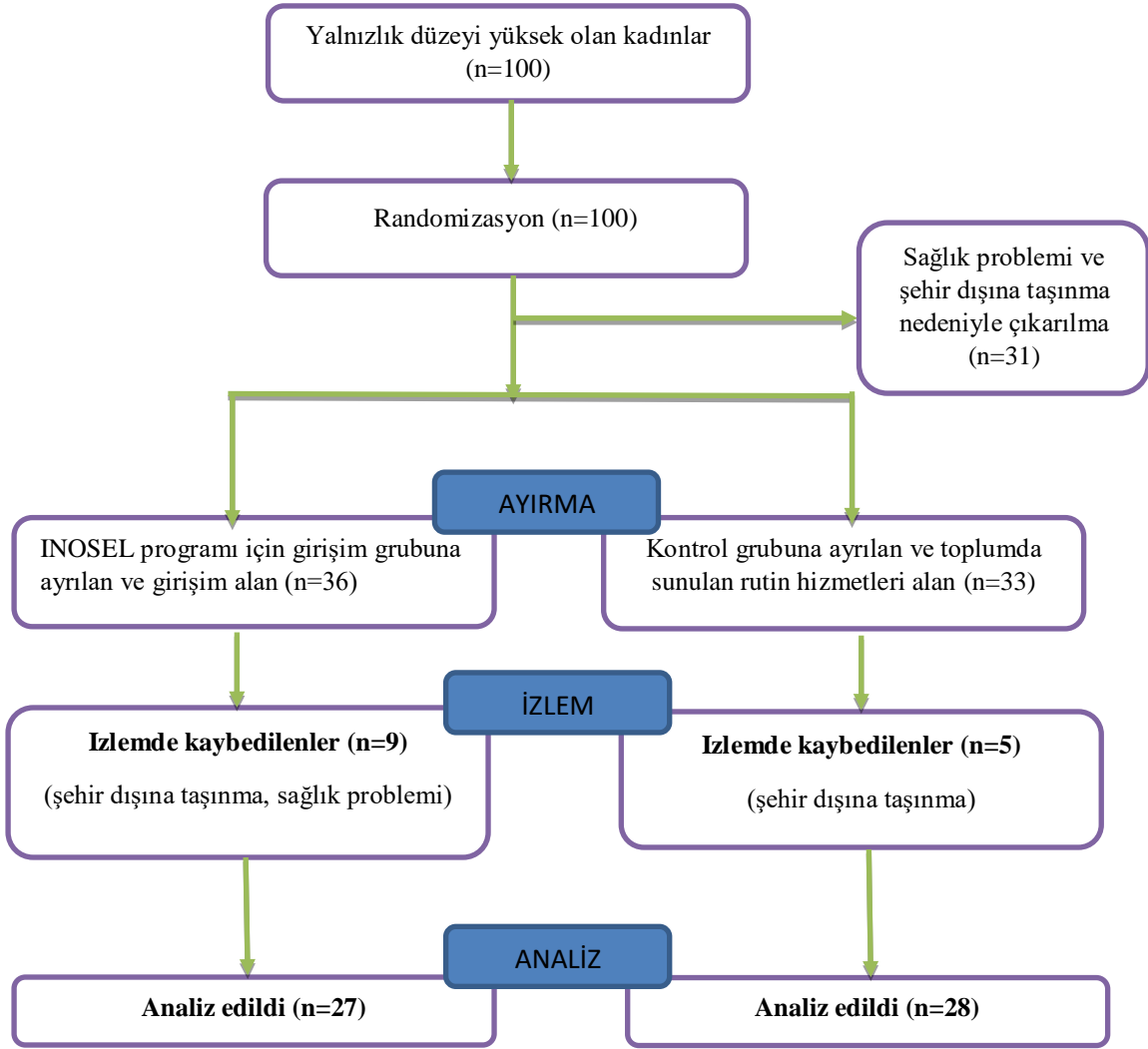
Dünya Sağlık Örgütü İyilik Durumu İndeksi'nin 2001 yılında Bonsignore ve arkadaşları tarafından geçerliği yapılmıştır (Heun ve ark., 2001). Eser tarafından 1999 yılında Türkçe geçerliği yapılmıştır (Eser, 1999). Bu indeks genel emosyonel durumu değerlendirmektedir. Altılı likert tipi indekste kısa cümlelerden oluşan beş madde yer almaktadır. Bireylere son iki hafta içinde sıklıkla nasıl hissettiğini sorgulayan sorular 0'dan (hiçbir zaman) 5'e (her zaman) kadar puanlanmaktadır. Bu indekste toplam puanlar toplanıp dört ile çarpılarak 0-100 puana dönüştürülür. İndeksten alınan puan arttıkça emosyonel durumun iyi olduğu anlamına gelir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Manevi Gelişim Alt Boyutu:

Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ölçek 1996 yılında yeniden revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır (Walker ve Hill-Polerecky, 1996). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (Bahar ve ark., 2008). Ölçek 52 maddeden ve altı faktörden (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi) oluşmaktadır. Dörtlü likert tipindeki ölçekte "Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)" seçenekleri vardır. Araştırmada yaşlıların spiritüel sağlığını değerlendirmek için ölçeğin manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. sorular) alt boyutu kullanılmıştır. Manevi gelişim alt boyutundan alınabilecek en düşük dokuz puan en yüksek 36 puandır (Bahar ve ark., 2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve manevi gelişim alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.92 ve 0.79'dur (Bahar ve ark., 2008).



Şekil 3.8. Araştırma süreci



Şekil 3.9. CONSORT Akış Şeması

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmada yaşlıların yalnızlık durumu, fiziksel aktivite düzeyi, sağlık algı durumu, algılanan sosyal destek algıları ve sosyal dahil olma durumları, iyilik durumu algısı ve spiritüalite düzeyi **bağımlı değişkeni**; INOSEL programı **bağımsız değişkenleri** oluşturmaktadır.

3.11. Verilerin Analizi

Veri analizi lisanslı SPSS (22.0) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında kullanılan testler Tablo 3.10'da gösterilmiştir. Yapılan analizlerde anlamlı bulunan değişkenler için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık sınırı için alfa düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılan testler Tablo 3.10’da gösterilmiştir. Ye ve arkadaşlarına (2014) göre, etki büyüklüğü %25 ve üzerinde ise per protocol analizi, %25’in altında ise Intention to Treat (ITT) analizi uygulanması gerektiği belirtilmiştir (Ye ve ark., 2014). Yapılan çalışmada etki büyüklüğü %25’in üzerinde olduğu için çalışma sonunda per protocol ile yaşlı kadınların sonuçları verilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 3.11. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel analizler

Değişkenler		Uygulanan istatistiksel analizler
Birinci aşama		
Tanımlayıcı değişkenler	Sosyodemografik özellikler, yalnızlık düzeyi	Nitel değişkenler için sayı ve yüzde,
	Ölçeklerden elde edilen puanlar	Nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma
Kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların analizi	Sosyodemografik özelliklerin yalnızlık durumuna etkisi	Ki-kare testi, Fisher Kesin Ki-kare testi, Yates Düzeltmeli Ki-kare testi
Ki-kare testlerinde istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenlerin etki derecesi		Lojistik regresyon analizi
İkinci aşama		
Bağımsız grupların farklılıkların analizi	Girişim ve kontrol grubu arasındaki farklılıklar (kategorik değişkenlerin yüzde oranları ve sürekli değişkenlerde ölçeklerden elde edilen puanlar)	Nitel değişkenler için Ki-kare testi, Nicel değişkenler için Mann Whitney U testi
Bağımlı grupların farklılıklarının analizi	Girişim grubunun ön test ve son test karşılaştırılmasında, Kontrol grubunun ön test ve son test karşılaştırılmasında Girişim grubunda Omaha Sistemi PDÖ bilgi boyutundan elde edilen puanlar Girişim grubunda Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği davranış ve durum boyutlarından elde edilen puanlar	Nicel değişkenler için Wilcoxon İşaretli Sıralar testi Nicel değişkenler için Wilcoxon İşaretli Sıralar testi Bağımlı gruplarda t-testi Wilcoxon İşaretli Sıralar testi

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında 17 nolu Dt. Selahattin Topçu ASM'ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlı kadınlar ile sınırlıdır. Çalışmanın doğası gereği araştırmacı ve girişimi alan grup körlenememiştir. Ancak gruplara dağılım ve sonuç ölçümlerinde biası önleyici girişimler yapılmıştır. Ayrıca Omaha Sistemi veri tabanının da ücretli olarak kullanıma sunulması diğer bir sınırlılıktır.

3.13. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, çalışmanın etik ilkelere uygun olarak yürütülebilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (sayı:70904504/206, tarih: 05.06.201c7) (Ek-10). Araştırmanın birinci aşamasının 17 nolu Dt. Selahattin Topçu ASM'de yapılabilmesi için Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Ek-11). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma ile ilgili sözel açıklama yapılmış, aydınlatılmış onam formu ile yazılı onamları alınmıştır.

3.14. Araştırmanın Finansal Giderleri

Araştırmada grup temelli girişimleri uygularken ulaşım giderleri Kepez Belediyesi tarafından karşılanmıştır (Ek-3,4,5). Ayrıca Omaha Sistemi'nin interaktif ortamda bir yıllık üyelik gideri Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı doktora bütçesinden sağlanmıştır (Ek-12). Girişimler sırasındaki ikramlar ve diğer giderler araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Sinema etkinliğinde izletilen filmler araştırmacılar tarafından satın alınmış ve yaşlı kadınlara bir kez izletilmesi için sözel izin alınmıştır (Ek-13).

3.15. Araştırmacının Deneyimleri

Grup aktivitelerinde yaşlı kadınların bir araya getirilmesi, etkinliklerde kadınların yönlendirilmesi (yemek, tuvalet vb. gereksinimler için), yaşlılarda unutkanlık nedeniyle her hafta sonu bir gün sonrası için etkinliklerin tekrar hatırlatılması araştırmacının yaşadığı zorluklardır. Tiyatro ve sinema etkinliklerinde yaşlıların uzun süre oturması yaşanan diğer bir problemdir.

4. BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları iki bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular yer almaktadır. İkinci bölümde ise; yalnızlık düzeyi yüksek olan yaşlı kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarına yönelik 12 haftalık uygulanan girişimlerin etkisine ilişkin bulgular hipotezler doğrultusunda sunulmuştur.

1. Aşama (Tanımlayıcı)

4.1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Kadınlara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Yaşlı kadınların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1, 4.2 ve 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan yaşlı kadınların sosyo-demografik özellikleri (n=296)

		n(%)
Yaş ($\bar{x} \pm ss$) (71.37±5.59)	65-74	217 (73.3)
	75-84	72 (24.3)
	85≥	7 (2.4)
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	283 (95.6)
	Ortaokul ve üzeri	13 (4.4)
Medeni durum	Evli	159 (53.7)
	Bekar	137 (46.3)
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	183 (61.8)
	Geliri giderine denk	112 (37.8)
	Geliri giderinden çok	1 (0.3)
Çalışma durumu	Emekli	21 (7.1)
	Ev hanımı	274 (92.6)
	Çalışıyor	1 (0.3)
Kiminle yaşadığı	Tek başına	62 (20.9)
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	234 (79.1)
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	136 (45.9)
	Hayır	160 (54.1)
GYA*	Bağımlı	1 (0.3)
	Yarı bağımlı	7 (2.4)
	Bağımsız	288 (97.3)
EGYA**	Bağımlı	2 (0.7)
	Yarı bağımlı	43 (14.5)
	Bağımsız	251 (84.8)

*Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri

**Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, yaklaşık dörtte üçünün 65-74 yaş grubunda, %95.6'sının ilköğretim ve altı eğitim seviyesinde, %53.7'sinin evli, %61.8'inin algılanan gelir durumunun az, %92.6'sının ev hanımı olduğu görülmektedir. Yaşlı kadınların %20.9'u evde tek başına yaşarken, %54.1'inin yakınında oturan bir akrabası bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan yaşlı kadınların bağımlılık düzeyine bakıldığında, GYA ve EGYA Ölçekleri'ne göre sırasıyla %97.3'ünün ve %84.8'inin bağımsız olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. YYÖ, GYA ve EGYA ölçekleri puan ortalamaları ve minimum-maximum değerler (n=296)

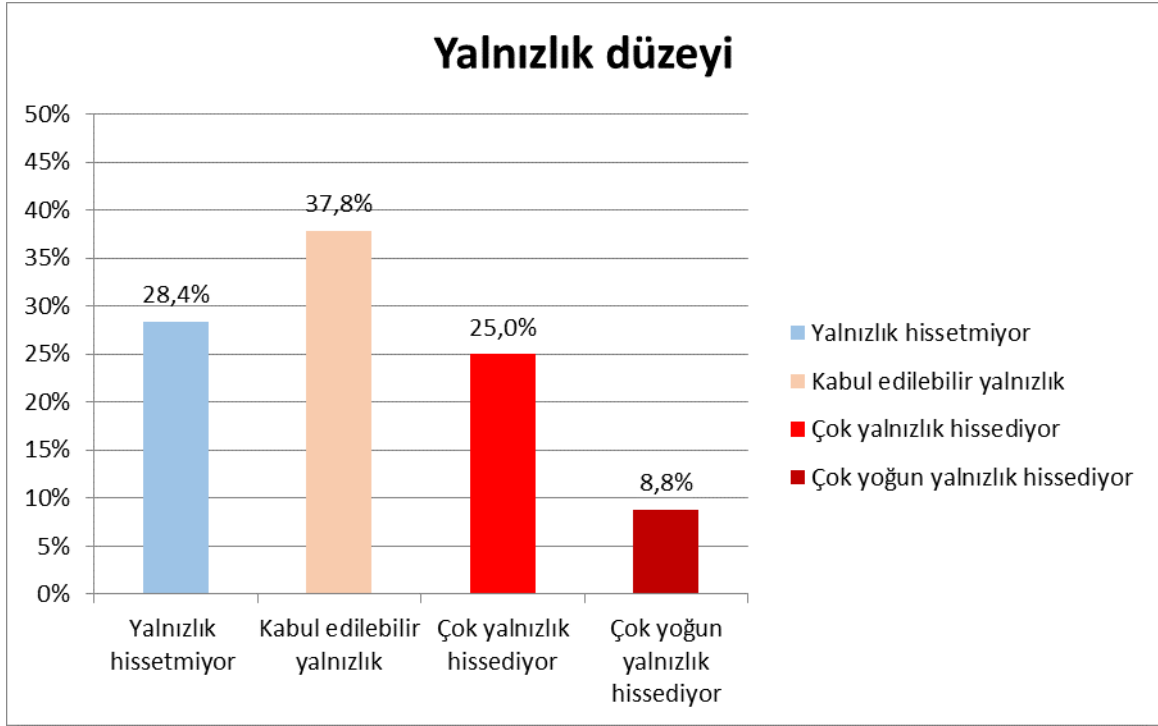
	$\bar{x} \pm ss$	Ölçekten alınan minimum- maximum değerler	Ölçekten alınabilecek minimum- maximum değerler
YYÖ	9.97±6.51	0-22	0-22
GYA	17.24±1.54	6-18	0-18
EGYA	20.82±3.74	8-24	0-24

Araştırmada, yaşlılar için yalnızlık ölçeği puan ortalaması 9.97±6.51, Katz GYA ölçeği puan ortalaması 17.24±1.54 ve EGYA ölçeği puan ortalaması 20.82±3.74 bulunmuştur.

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeyinin dağılımı (n=296)

	n (%)
Yalnızlık düzeyi	
Yalnızlık hissetmiyor	84 (28.4)
Kabul edilebilir yalnızlık	112 (37.8)
Çok yalnızlık hissediyor	74 (25.0)
Çok yoğun yalnızlık hissediyor	26 (8.8)

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeyleri incelendiğinde, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'ne göre %25'inin "çok yalnızlık hissediyor" ve %8.8'inin çok yoğun yalnızlık hissediyor" düzeyinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3, Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi (n=296)

4.2. Yaşlı Kadınların Yalnızlık Düzeylerini Etkileyebilecek Değişkenler

Araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerinin yalnızlık durumuna etkisi Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Yaşlı kadınların yalnızlık algısını yaşlıların birlikte yaşadığı birinin olması ve yakınında oturan bir akrabanın varlığı etkilemiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.4. Yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre yalnızlık durumlarının dağılımı (n=296)

		Yalnızlık durumu*		X^2	İstatistiksel analiz P değeri
		Yalnızlık var n (%)	Yalnızlık yok n (%)		
Yaş	65-74	72 (33.2)	145(66.8)	0.133	0.716
	75 ve üzeri	28 (35.4)	51 (64.6)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	96 (33.9)	187 (66.1)	-	1.000**
	Ortaokul ve üzeri	4 (30.8)	9 (69.2)		
Medeni durum	Evli	46 (28.9)	113 (71.1)	3.617	0.057
	Bekar	54 (39.4)	83 (60.6)		
Algılanan gelir durumu	Geliri giderinden az	67 (36.6)	116 (63.4)		0.190
	Geliri giderine denk ve çok	33 (29.2)	80 (70.8)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor (emekli ya da ev hanımı)	100 (33.9)	195 (66.1)	-	-
	Çalışıyor	0 (0.0)	1 (100.0)		

Kiminle yaşadığı	Tek başına	28 (45.2)	34 (54.8)	3.918	0.048***
	Bir başkası ile (eşi, oğlu, kızı, torunu)	72 (30.8)	162 (69.2)		
Yakınında oturan akraba varlığı	Evet	34 (25.0)	102 (75.0)	8.678	0.003
	Hayır	66 (41.2)	94 (58.8)		
GYA	Bağımlı ya da Yarı Bağımlı	1 (12.5)	7 (87.5)	-	0.274**
	Bağımsız	99 (34.4)	189 (65.6)		
EGYA	Bağımlı ya da Yarı Bağımlı	12 (26.7)	33 (73.3)	0.856	0.355***
	Bağımsız	88 (35.1)	163 (64.9)		

*Yalnızlık hissetmiyor ve kabul edilebilir yalnızlık “yalnızlık yok”, çok yalnızlık hissediyor ve çok yoğun yalnızlık hissediyor “yalnızlık var” olarak değerlendirilmiştir.

**Fisher’in Kesin Kikare Testi

***Yates düzeltilmeli Kikare Testi

4.3. Lojistik Regresyon Analizine Göre Yaşlı Kadınların Yalnızlık Durumlarını Etkileyen Faktörler

Lojistik regresyon analizinde modele dahil edilecek değişkenleri belirlemede, tek değişkenli analizlerde istatistiksel anlamlı bulunmadığı halde p değeri tip-1 hata sınır düzeyi olan 0.05’ye yakın olan değişkenlerde $p=0.25$ ’ten küçük bulunan karşılaştırmalara ait değişkenlerin modele dahil edilmesi gerekmektedir (Hayran ve Hayran, 2011). Yalnızlık duygusunu etkileyen değişkenleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizine p değeri 0.25’ten küçük bulunan değişkenler (Tablo 4.5) dahil edilmiştir. Bu değişkenler medeni durum, algılanan gelir durumu, yaşlıların kiminle yaşadığı ve yakınında akraba varlığıdır. Yapılan analiz sonucunda, yaşlıların tek başına yaşaması yalnızlık algısını 2 kat, yakınında akraba olmaması 2.3 kat artırmaktadır.

Tablo 4.5. Yaşlı kadınların lojistik regresyon analizine göre yalnızlık algıları (n=296)*

	B	Wald	P	OR	GA
Medeni durum (Evli=0, bekar=1)	0.30	1.26	0.262	1.35	0.79-2.29
Algılanan gelir durumu (Geliri giderinden az olan=1, geliri giderine denk ve çok=0)	0.37	1.89	0.169	1.44	0.85-2.43
Yaşlıların kiminle yaşadığı (tek başına=1, bir başkası ile=0)	0.67	4.30	0.038	1.96	1.03-3.68
Yakınında oturan akraba varlığı (yakınında akrabası olan=0, olmayan=1)	0.82	9.76	0.002	2.27	1.35-3.81
Constant	-1.672	29.88	0.000	-	
Hosmer and Lemeshow Test** $X^2=1.937$ $p=0.983$					

*Yalnızlık hissetmiyor ve kabul edilebilir yalnızlık “yalnızlık yok”, çok yalnızlık hissediyor ve çok yoğun yalnızlık hissediyor “yalnızlık var” olarak değerlendirilmiştir.

** Hosmer ve Lemeshow testine göre anlamlılık düzeyinin 0.05'in üzerinde bulunması testin uyumlu olduğunu gösterir.

2. Aşama (RKÇ)

Bu bölümde, yaşlı kadınlara 12 hafta boyunca uygulanan INOSEL programına göre bireysel girişimler kapsamındaki Omaha Sistemi verileri ile girişim ve kontrol grubundaki kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlık sonuçları yer almaktadır.

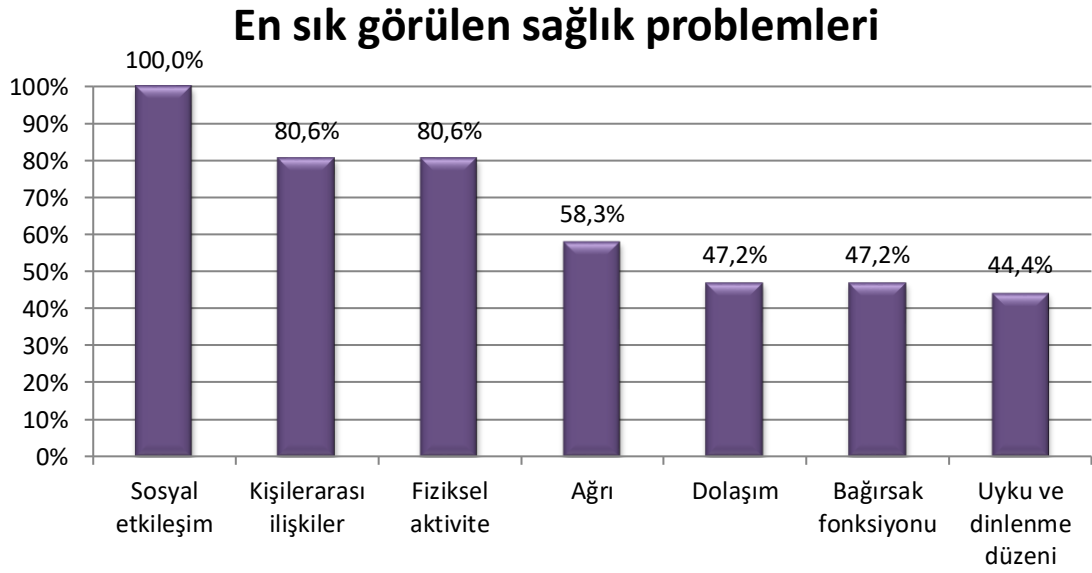
4.4. Omaha Sistemi'ne İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, Omaha Sistemi yaşlı kadınların bireysel sağlık problemlerini belirlemek ve bu problemlere özgü girişimler uygulayıp sonuçlarını değerlendirmek için kullanılmıştır. Omaha Sistemi verileri çalışmanın girişim grubuna atanan ve ön testleri doldurulan yaşlı kadınların sonuçlarını kapsamaktadır (n=36).

4.4.1. Problemler

Yaşlı kadınlarda Omaha Sistemi problem listesinde yer alan 42 problemde 21 problem belirlenmiştir. Toplamda 243 problem analiz edilmiştir. Yaşlı kadınlarda Omaha Sistemi'ne göre belirlenen sağlık problemleri; sosyal etkileşim, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, ağrı, dolaşım ve bağırsak fonksiyonu, uyku ve dinlenme düzeni,

beslenme, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, ruh sağlığı, ağız sağlığı, görme, işitme, deri, ilaç rejimi, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, solunum, sağlık bakım denetimi, madde kullanımı ve bulaşıcı/infeksiyon durumudur. En sık yaşanan sağlık problemleri Şekil 4.2’de verilmiştir. Yaşlı kadınların %52.2’sinin psikososyal, %50.8’inin fizyolojik ve %46.4’ünün sağlık davranışları alanlarında en az bir sağlık problemi olduğu saptanmıştır. En sık görülen 10 problem tüm problemlerin %81.8’ini oluşturmaktadır (Tablo 4.6).



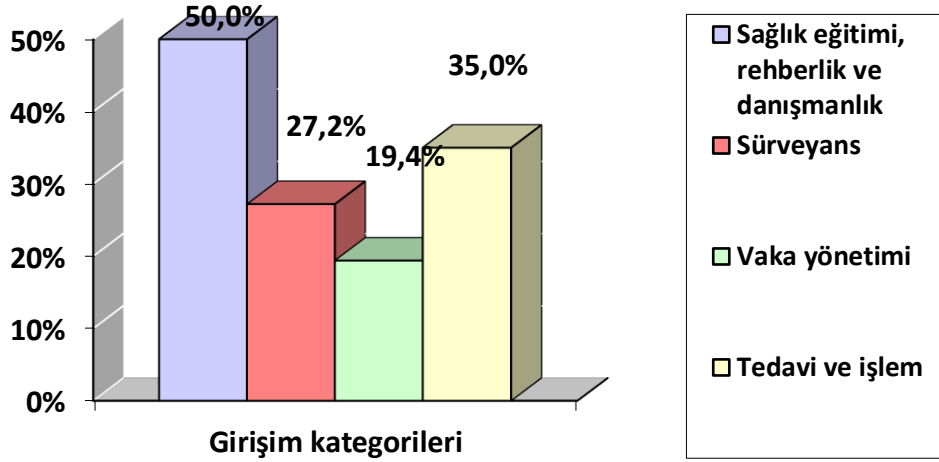
Şekil 4.2. İkinci aşamada girişim grubundaki yaşlı kadınların Omaha Sistemi’ne göre en sık görülen sağlık problemleri

Tablo 4.6. Yaşlı kadınlarda görülen en sık sağlık problemlerinin toplam problem içindeki oranı (n=36)

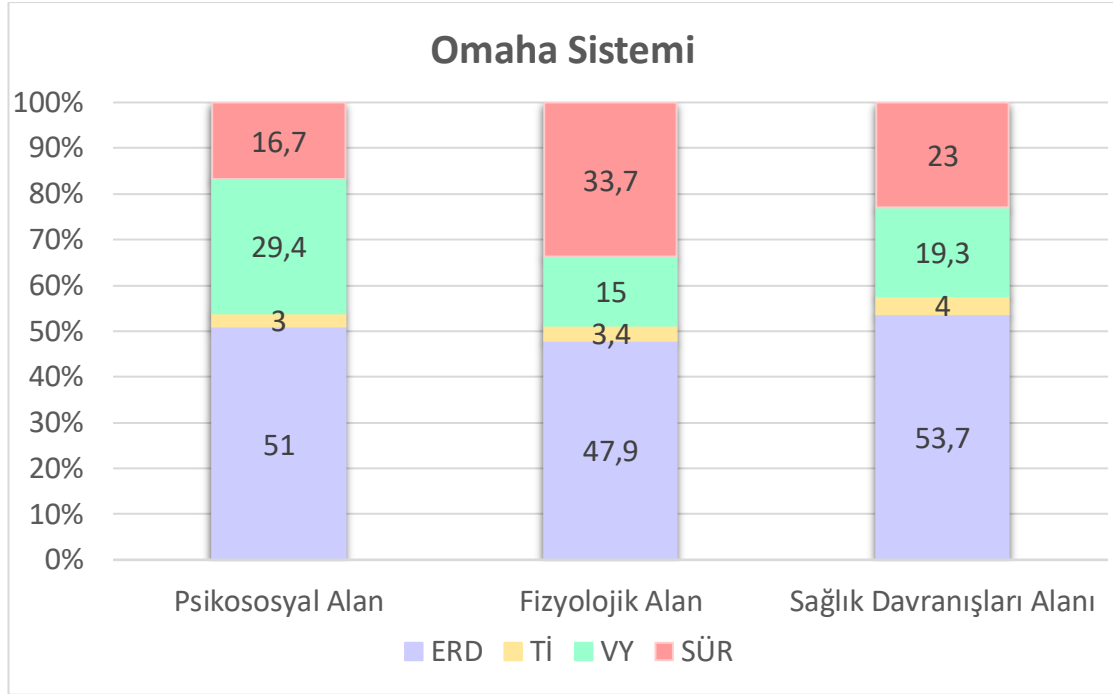
	N	Toplam problem (243 problem) içindeki %
Sosyal etkileşim	36	% 14.8
Kişilerarası ilişkiler	29	% 11.9
Fiziksel aktivite	29	% 11.9
Ağrı	21	% 8.6
Dolaşım	17	% 7.0
Bağırsak fonksiyonu	17	% 7.0
Uyku ve dinlenme düzeni	16	% 6.6
Beslenme	12	% 4.9
Sindirim-hidrasyon	10	% 4.1
Üriner fonksiyon	10	% 4.1

4.4.2. Girişimler

Yaşlı kadınlara yapılan girişimler kategorilere göre incelendiğinde, %50 sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, %27.2 sürveyans, %19.4 vaka yönetimi ve %3.5 tedavi ve işlem kategorilerinde toplam 5008 girişim uygulanmıştır (Şekil 4.3). En sık uygulanan hedefler tıbbi tedavi/dış tedavisi (%15.3), belirti/bulgular fiziksel (%15.1), egzersiz (%9.6), destek grubu (%7.7), ilaç etkisi/yan etkisidir (%6.5). Girişim grubundaki yaşlı kadınların Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ndeki problem alanlarına göre girişim kategorileri incelendiğinde, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarında yapılan girişimlerin yaklaşık yarısı sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık kategorisindedir. Yapılan girişimlerin en azı tedavi ve işlem kategorisinde yer almaktadır (Şekil 4.4).



Şekil 4.3. Yaşlı kadınlara yapılan girişimlerin Omaha sistemi Hemşirelik Girişim Şeması girişim kategorilerine göre dağılımı



Şekil 4.4. İkinci aşamada girişim grubundaki yaşlı kadınların Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ndeki problem alanlarına göre girişim kategorilerinin dağılımı

4.4.3. Bilgi Davranış ve Durum Boyutlarında Değişim

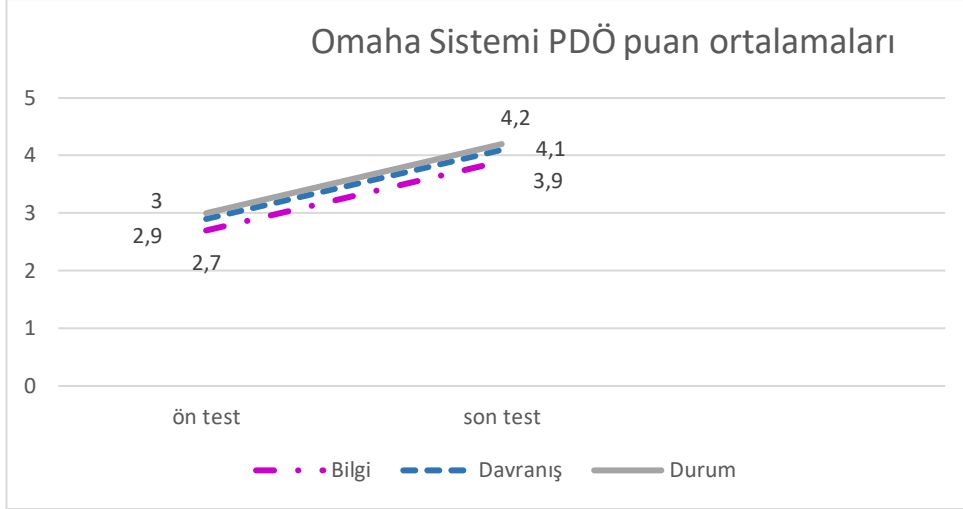
Hemşirelik girişimleri uygulandıktan sonra tüm problemler için bilgi, davranış ve durum boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artış görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 4.7, Şekil 4.5).

Tablo 4.7. Girişim grubundaki yaşlı kadınlarda belirlenen tüm problemlerin girişim öncesi ve sonrası bilgi, davranış ve durum boyutlarındaki değişimin dağılımı

	Girişim öncesi	Girişim sonrası	Ortalama fark	P değeri
Bilgi	2.76	3.95	1.43	0.000*
Davranış	2.95	4.15	1.20	0.000**
Durum	3.02	4.28	1.26	0.000**

*Bağımlı gruplar T-testi

** Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi



Şekil 4.5. Girişim öncesi ve sonrası Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarının dağılımı

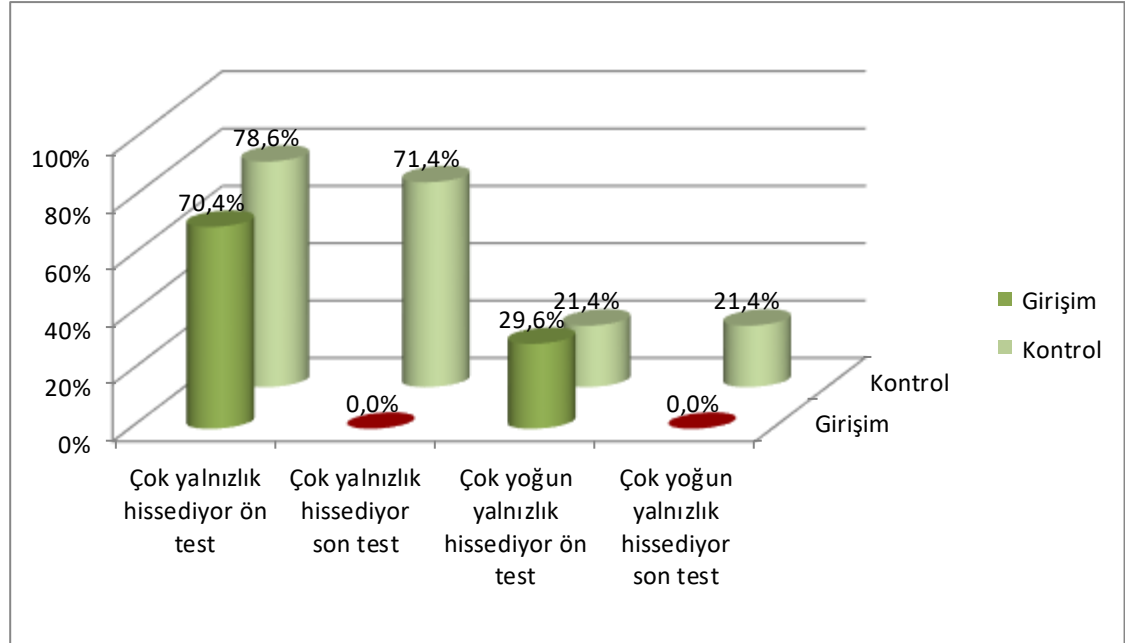
4.5. Yaşlı kadınlara İntegratif Hemşirelik ve Omaha Sistemi Doğrultusunda 12 Hafta Boyunca Uygulanan Girişimlerin Fiziksel, Ruhsal Sosyal ve Spiritüel Sağlık Üzerine Etkisi

Bu bölümde, İntegratif Hemşirelik ve Omaha Sistemi doğrultusunda 12 hafta boyunca yapılan girişimlerin sonucunda yaşlı kadınların yalnızlık düzeyindeki, fiziksel aktivite seviyesindeki, sağlık durumu ve sosyal destek algısındaki, sosyal dahil olma durumundaki, iyi durumu algısındaki ve spiritualite seviyesindeki değişim kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

Tablo 4.8. Yaşlı kadınların girişim öncesi ve sonrası yalnızlık düzeylerinin dağılımı

		Per protocol (n=55)			
		Girişim (n=27)	Kontrol (n=28)	X^2	p değeri
YYÖ	Ön test	n(%)	n(%)		
	Çok yalnızlık hissediyor	19 (70.4)	22 (78.6)	0.151	0.698*
	Çok yoğun yalnızlık hissediyor	8 (29.6)	6 (21.4)		
Son test	Yalnızlık hissetmiyor	7 (25.9)	0 (0.0)	47.725	0.000
	Kabul edilebilir yalnızlık	20 (74.1)	2 (7.1)		
	Çok yalnızlık hissediyor	0 (0.0)	20 (71.4)		
	Çok yoğun yalnızlık hissediyor	0 (0.0)	6 (21.4)		

*Yates Düzeltmeli Kikare Testi



Şekil 4.6. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası yalnızlık düzeylerinin dağılımı

Yaşlı kadınların girişim öncesi ve sonrası yalnızlık düzeyindeki değişimlere ilişkin bulgular Tablo 4.8’de yer almaktadır. Bu tabloda, girişim grubunda yer alan “çok

yalnızlık hissedenden ve çok yoğun yalnızlık hissedenden” yaşlı kadınların yalnızlık düzeylerinin “kabul edilebilir yalnızlık ve yalnızlık hissetmiyor” düzeyine düştüğü görülmüştür. Yalnızlık düzeyi gruplararası karşılaştırıldığında (girişim ve kontrol grubu), ön testte bir anlamlılığın olmadığı (p=0.698), son testte gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<.001) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Yaşlı kadınların girişim öncesi ve sonrası fiziksel aktivite, sağlık durumu ve sosyal destek algısı, sosyal dahil olma durumu, iyilik durumu algısı ve spiritualite seviyelerinin dağılımı

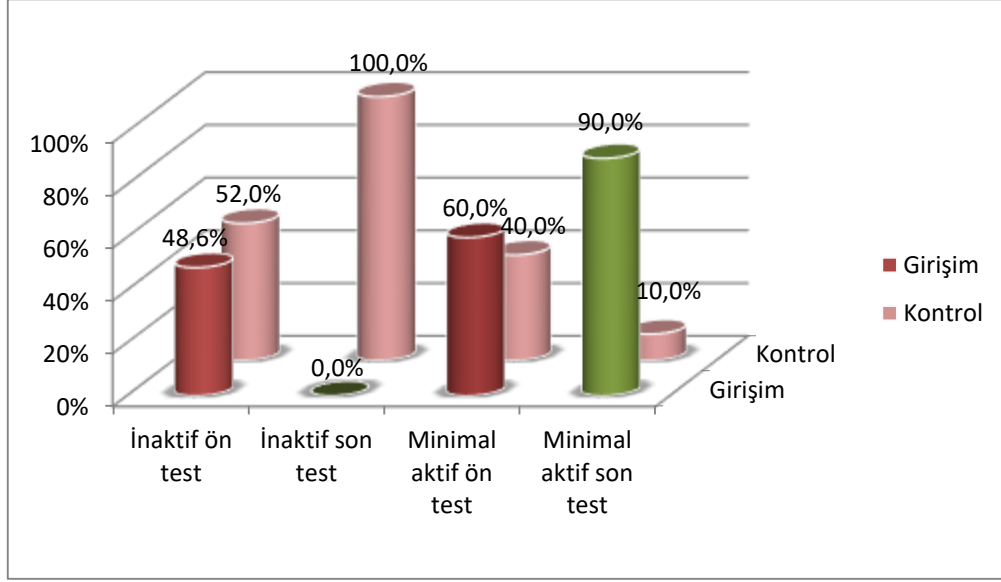
				Per protocol (n=55)		p değeri
				Girişim (n=27)	Kontrol (n=28)	
				n(%)	n(%)	
Fiziksel sağlık	UFAA	Ön test	Inaktif	24 (48.0)	26 (52.0)	0.669*
			Minimal aktif	3 (60.0)	2 (40.0)	
	SAÖ	Ön test	Inaktif	0 (0.0)	25 (100.0)	0.000**
			Minimal aktif	27 (90.0)	3 (10.0)	
	SAÖ	Son test	Çok iyi, iyi	20 (57.1)	15 (42.9)	0.194**
			Kötü, çok kötü	7 (35.0)	13 (65.0)	
SAÖ	Son test	Çok iyi, iyi	26 (63.4)	15 (36.6)	0.000**	
		Kötü, çok kötü	1 (7.1)	13 (92.9)		
				\bar{x} (±ss)	\bar{x} (±ss)	P değeri**
Ruhsal sağlık	YYÖ	Ön test	17.88 (1.84)	17.39 (1.85)	0.263	
		Son test	5.85 (2.07)	17.07 (1.99)	0.000	
		p değeri****	0.000	0.116		
Sosyal sağlık	ÇBASD Ö	Ön test	42.44 (6.69)	41.32 (6.32)	0.697	
		Son test	56.44 (5.04)	40.32 (5.14)	0.000	
	SDÖ	Ön test	33.37 (2.25)	33.07 (3.93)	0.487	
		Son test	47.07 (2.07)	32.60 (2.98)	0.000	
	DSÖ-5 İDİ	Ön test	19.25 (10.58)	19.42 (12.49)	0.553	
		Son test	53.18 (5.74)	18.42 (9.06)	0.000	
Spiritüel sağlık	SYBDÖ-II (manevi gelişim)	Ön test	20.51 (1.47)	19.92 (1.96)	0.307	
		Son test	27.37 (1.14)	20.17 (2.07)	0.000	
		p değeri****	0.000	0.586		

*Fisher Kesin Kikare Testi

**Yates Düzeltmeli Kikare Testi

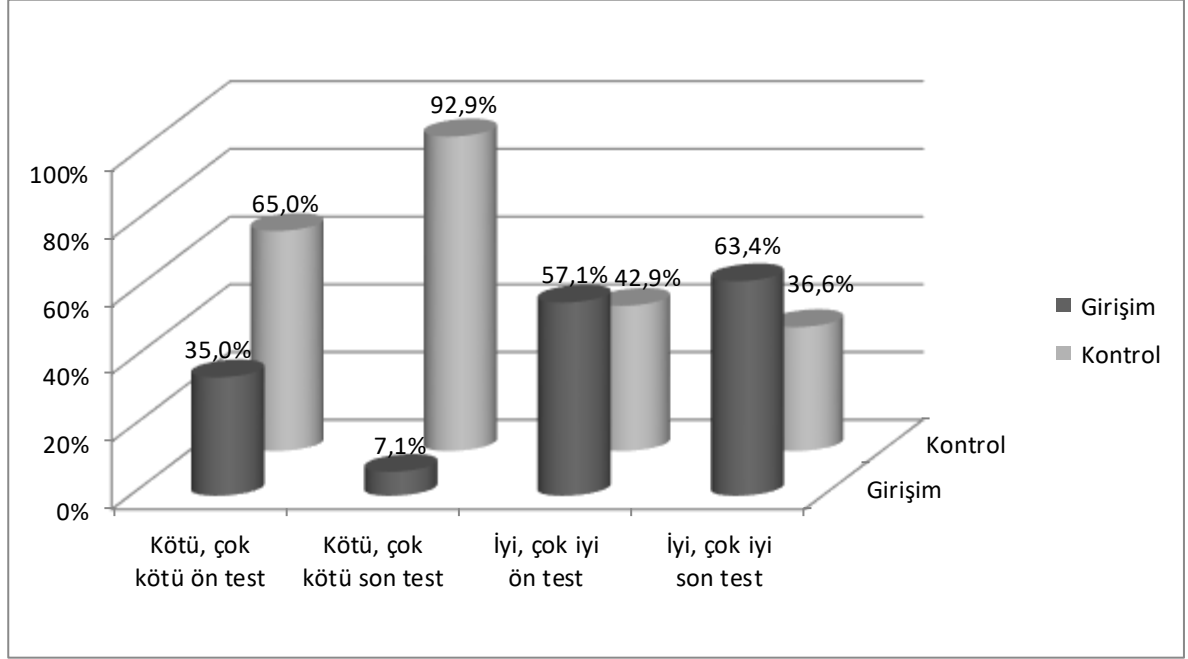
***Mann Whitney U Testi

****Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi



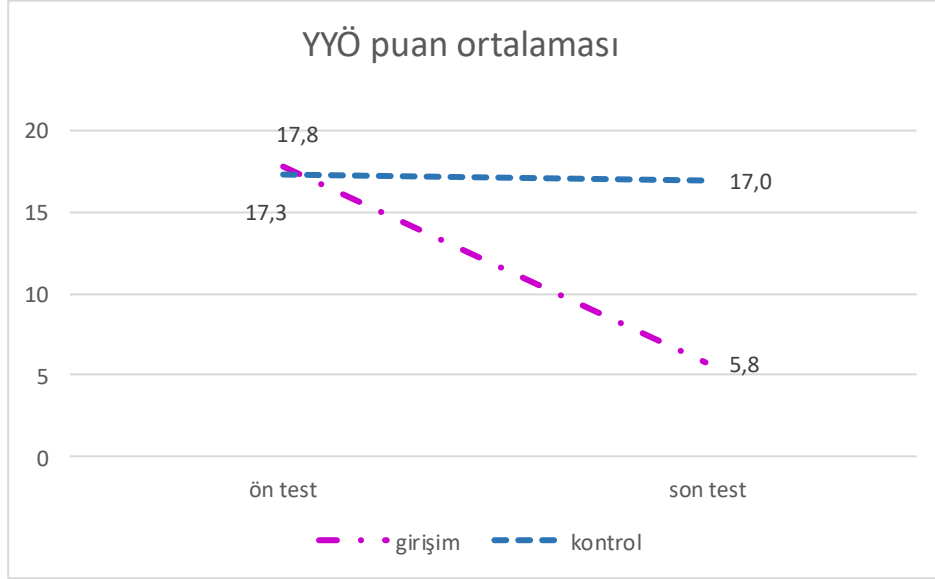
Şekil 4.7. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası fiziksel aktivite seviyesinin dağılımı

Fiziksel aktivite seviyesindeki grup içi değişim incelendiğinde (ön test-son test), girişim grubunda girişim öncesinde yaşlı kadınların %48'i inaktif iken, yapılan girişimlerin sonunda tüm yaşlı kadınlar minimal aktif seviyeye geçiş yapmıştır. Kontrol grubunda girişim öncesi ve sonrası anlamlı bir değişim gözlenmemiştir (Şekil 4.7). Fiziksel aktivite seviyesi gruplararası karşılaştırıldığında (girişim ve kontrol grubu), ön testte bir anlamlılığın bulunmadığı ($p=0.669$), son testte gruplararası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9, Şekil 4.7).



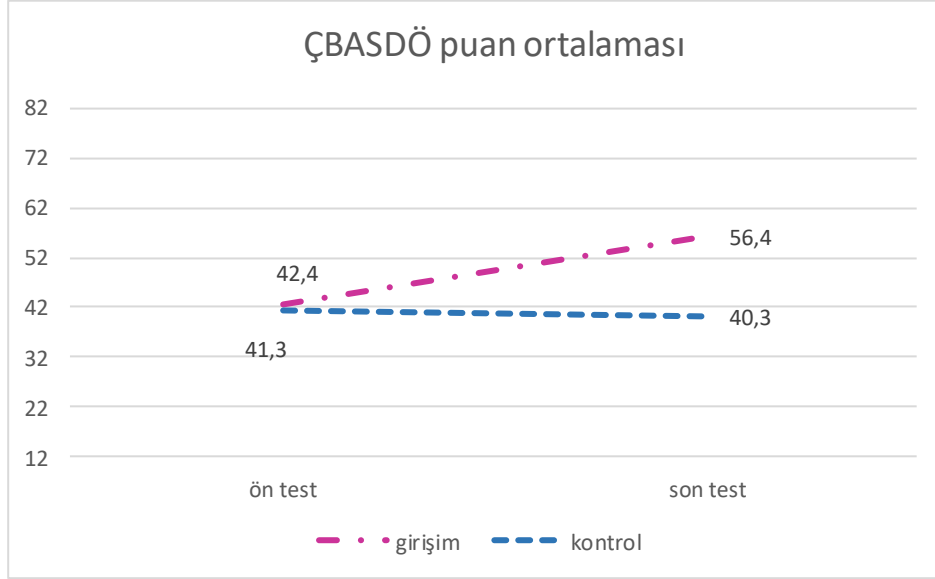
Şekil 4.8. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası sağlık durumunu algılama seviyesinin dağılımı

Sağlık durumunu algılama seviyesindeki grup içi değişim incelendiğinde (ön test-son test), girişim grubundaki yaşlı kadınların sağlık durumunu algılama seviyesi artarken, kontrol grubunda bir değişim olmamıştır (Şekil 4.8). Sağlık durumunu algılama seviyesi gruplararası karşılaştırıldığında (girişim ve kontrol grubu), ön testte bir anlamlılığın olmadığı ($p=0.194$), son testte gruplararası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır (Tablo 4.9, Şekil 4.8).



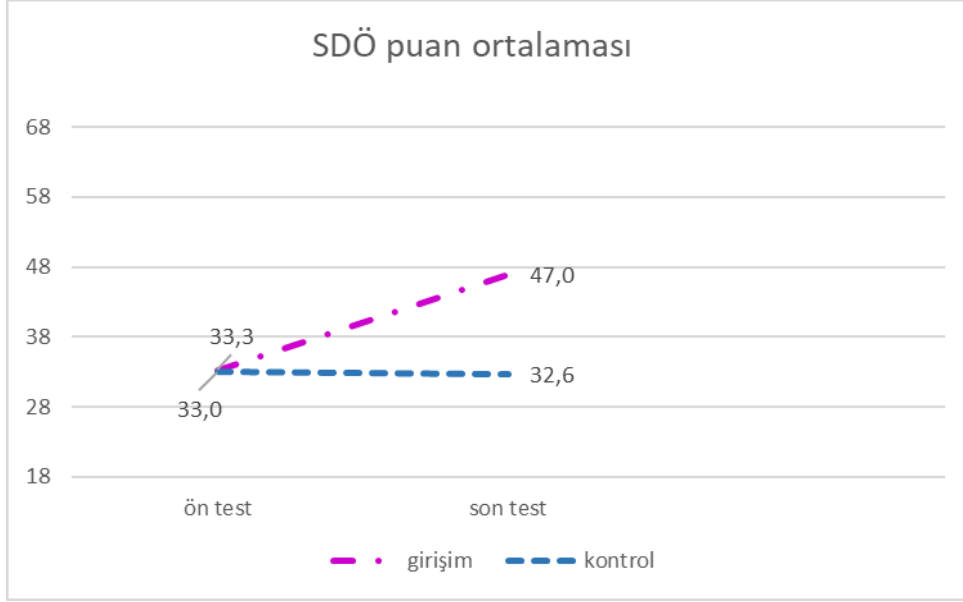
Şekil 4.9. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'nden alınan puanlardaki grup içi değişim incelendiğinde (ön test-son test), girişim grubunda yalnızlık puan ortalamasının istatistiksel yönden anlamlı bir şekilde düştüğü ($p < 0.001$), kontrol grubunda herhangi bir düşüş yaşanmadığı gözlenmiştir. Yalnızlık puan ortalamaları gruplararası karşılaştırıldığında (girişim ve kontrol grubu), ön testte bir fark olmadığı ($p = 0.263$), son testte gruplar arasındaki farkın 3 kat olduğu, istatistiksel yönden anlamlı olduğu ($p < 0.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.9, Şekil 4.9).



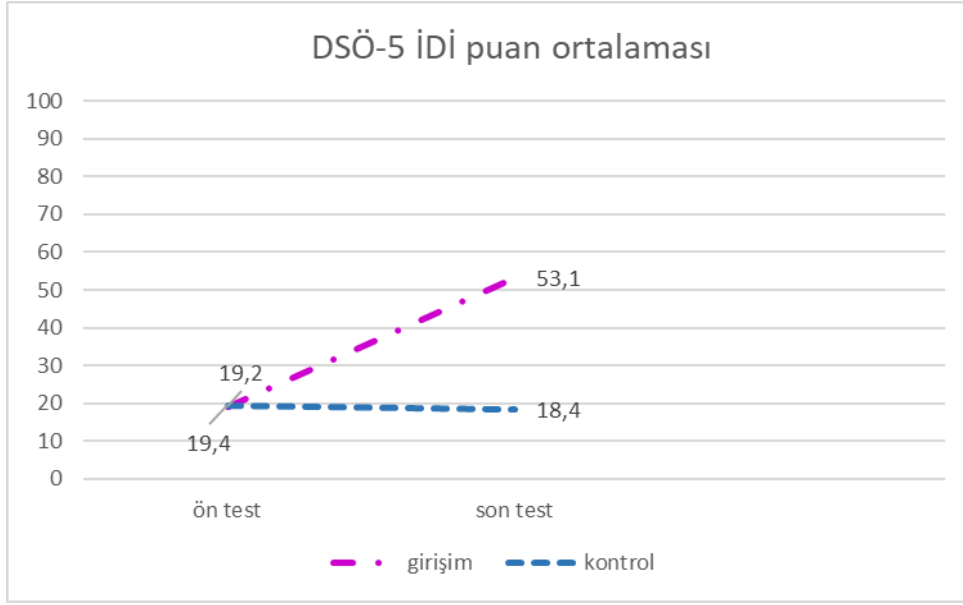
Şekil 4.10. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden alınan puanlardaki grup içi değişim incelendiğinde, girişim grubunda algılanan sosyal destek puan ortalamasında bir artış olduğu ($p < 0.001$), kontrol grubunda minimal bir düşüş olduğu görülmüştür ($p = 0.072$). Algılanan sosyal destek puan ortalamaları gruplararası karşılaştırıldığında, ön testte bir farkın olmadığı ($p = 0.697$), son testte gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.001$) bulunmuştur (Tablo 4.9, Şekil 4.10).



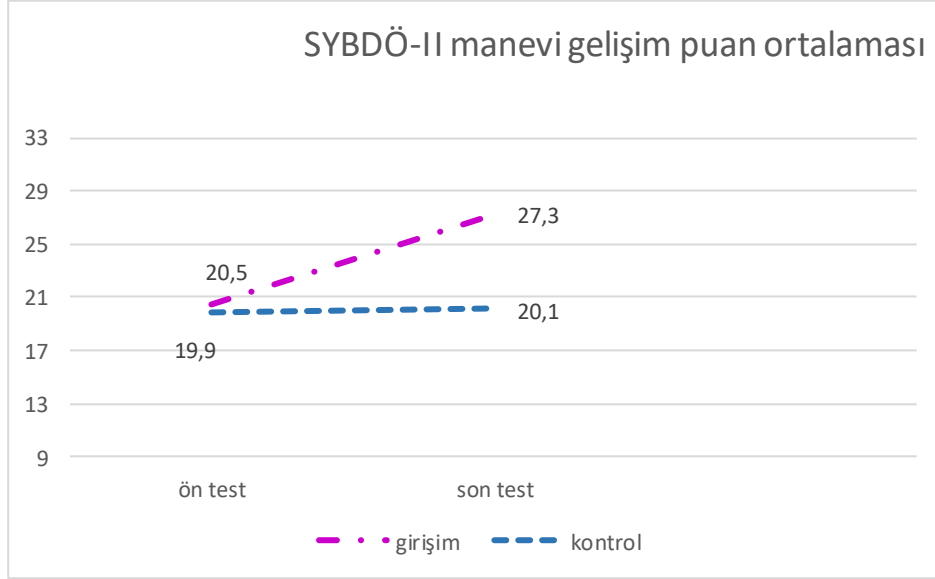
Şekil 4.11. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası SDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Sosyal Dahil Olma Ölçeği'nden alınan puanlardaki grup içi değişim incelendiğinde, girişim grubunda sosyal dahil olma ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel yönden anlamlı bir şekilde arttığı ($p < 0.001$), kontrol grubunda herhangi bir değişim olmadığı ($p = 0.351$) saptanmıştır. Sosyal dahil olma puan ortalamaları gruplararası karşılaştırıldığında, ön testte bir farkın olmadığı ($p = 0.487$), son testte gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.9, Şekil 4.11).



Şekil 4.12. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası DSÖ-5 İDİ’den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Dünya Sağlık Örgütü İyilik Durumu İndeksi’nden alınan puanlardaki değişim grup içi karşılaştırıldığında, girişim grubunda iyilik durumu indeksi puan ortalamalarındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < .001$), kontrol grubunda ise minimal bir düşüş olduğu ($p = 0.735$) bulunmuştur. İyilik durumu indeksi puan ortalamaları gruplararası karşılaştırıldığında, ön testte bir farkın olmadığı ($p = 0.553$), son testte gruplararası istatistiksel yönden önemli bir farkın bulunduğu ($p < 0.001$) görülmüştür (Tablo 4.9, Şekil 4.12).



Şekil 4.13. Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası SYBDÖ manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II manevi gelişim alt boyutundan alınan puanlardaki değişim grupları incelendiğinde, girişim grubunda manevi gelişim boyutundan alınan puan ortalamasındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.001$), kontrol grubundaki minimal artışın ise anlamlı olmadığı ($p = 0.586$) belirlenmiştir. Manevi gelişim alt boyutundan alınan puan gruplararası karşılaştırıldığında, ön testte bir farkın olmadığı ($p = 0.307$), son testte gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farkın olduğu ($p < 0.001$) saptanmıştır (Tablo 4.9, Şekil 4.13).

5. TARTIŞMA

Çalışmada, yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi belirlenerek, yalnızlık düzeyi yüksek olan kadınlara İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda yapılan girişimlerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarına etkisi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular araştırma soruları ve hipotezler doğrultusunda 1. ve 2. aşama olarak aşağıdaki sırayla tartışılmıştır:

1. AŞAMA

- ❖ Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyi
- ❖ Yaşlı kadınların yalnızlık düzeyini etkileyen değişkenler

2. AŞAMA

- Yaşlı kadınların Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre sağlık problemleri
- Yaşlı kadınlara Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şeması ile planlanan ve uygulanan girişimler
- Yaşlı kadınlara Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ne göre uygulanan girişimlerin etkisi
 - Yaşlı kadınlara yapılacak girişimlerin yalnızlık düzeyine etkisi
 - Yaşlı kadınlara yapılacak girişimlerin fiziksel aktivite düzeyine etkisi
 - Yaşlı kadınlara yapılacak girişimlerin sağlık durumunu algılama düzeyine etkisi
 - Yaşlı kadınlara yapılacak girişimlerin sosyal destek algı düzeylerine etkisi
 - Yaşlı kadınlara yapılacak girişimlerin sosyal dahil olma düzeylerine etkisi
 - Yaşlı kadınlara yapılacak girişimlerin iyilik durumu algı düzeylerine etkisi
 - Yaşlı kadınlara yapılacak girişimlerin spiritualite algı düzeylerine etkisi

5.1. Birinci Aşamaya İlişkin Araştırma Soruları

1. Aşamadaki araştırma soruları aşağıda tartışılmıştır:

5.1.1. Yaşlı Kadınların Yalnızlık Düzeyi

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeyleri incelendiğinde, YYÖ'ye göre %25'inin "çok yalnızlık hissediyor" ve %8.8'inin çok yoğun yalnızlık hissediyor" düzeyinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Kastamonu'da ASM'ye başvuran

kadınlarda yalnızlık düzeyini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada, yaşlıların %40'ının bazen, %28.3'ünün her zaman yalnızlık hissettiği belirlenmiştir (Kaçan Softa ve ark., 2015). İstanbul'da yapılan bir çalışmada, evde yalnız yaşayan yaşlıların %42.5'i, aile ile birlikte yaşayan yaşlıların %25.5'i yalnızlık hissetmektedir (Ağırman E ve Gençler, 2017). Aydın'da ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti veren bir Fizik Tedavi Merkezi'nde yürütülen çalışmada, UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne göre yaşlı bireylerin %31.9'unun yalnızlık hissettiği belirlenmiştir (Ozvurmaz, 2018).

Amerikan Emekli Kurumlar Birliği tarafından yürütülen bir çalışmada, 70 yaş ve üzerindeki yaşlıların %70'inin yalnızlık hissettiği belirtilmiştir (Wilson ve Moulton, 2010). Amerika'da yapılan bir diğer çalışmada, yaşlıların %43'ünün yalnızlık hissettiği bildirilmiştir (Perissinotto ve ark., 2012). Yirmibeş Avrupa ülkesinin alındığı bir çalışmada, yaşlılarda yalnızlık prevalansları %5 ile %35 arasında olup, yalnızlığın en yüksek olduğu ülkeler Ukrayna (%34), Rusya (%24.4), Macaristan (%21.1), Polonya (%20.1) ve Slovakya'dır (%19.6) (Yang ve Victor, 2011). Eski Sovyetler Birliği'ndeki 9 ülkede yaşlılarda yalnızlık seviyesi %9-35 arasında değişmektedir (Stickley ve ark., 2013). Norveç'te yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerin %30.2'si yalnızlık hissetmektedir (Nicolaisen ve Thorsen, 2014).

Asya'da yalnızlık prevalansı incelendiğinde; Çin'de yaşlıların %29.6'sının sıklıkla yalnızlık hissettiği belirtilmektedir (Yang ve Victor, 2008). Malezya'da huzurevinde yaşayan yaşlılar ile yapılan bir çalışmada, tüm yaşlıların yalnızlık hissettiği (%25'inin orta düzeyde, %75'inin çok yüksek düzeyde) belirlenmiştir (Aung ve ark., 2018).

Türkiye ve dünyada yapılan çalışmalarda yaşlılarda yalnızlık prevalansı %5-70 arasında değişmekte olup, yapılan çalışma ile literatürdeki çalışmaların birçoğunda yaşlıların üçte birinin yalnız olduğu görülmektedir. Bu oranın yüksek olması yalnızlığın yaşlılar için ciddi bir tehdit olabileceğini göstermektedir.

5.1.2. Yaşlı Kadınların Yalnızlık Düzeyini Etkileyen Değişkenler

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yalnızlık düzeylerini yaşlıların kiminle yaşadığı ve yakınında oturan bir akrabasının varlığı etkilemiştir (Tablo 4.4). Yapılan lojistik regresyon analizi ile yaşlıların tek başına yaşamasının yalnızlık algısını iki kat arttırdığı

belirlenmiştir (Tablo 4.5). Toplumda yaşayan yaşlıların örnekleme oluşturduğu bir çalışmada, yaşlıların tek başına yaşaması yalnızlık algısını artırmıştır (Ağırman E ve Gençler, 2017). Yapılan bir diğer çalışmada, aile, arkadaş ve özel bir kişi desteğinin olmamasının yaşlıların kendilerini yalnız hissetmesini artırdığı saptanmıştır (Ozvurmaz, 2018). Literatürde yaşlıların yaşadığı kişilerin yalnızlık algısında etkisi olmadığını belirten çalışmalar da yer almaktadır. Kastamonu’da bir ASM’ye kayıtlı yaşlılar ile yapılan çalışmada, yaşlıların birlikte yaşadığı kişilerin yalnızlık düzeyi üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı belirlenmiştir. Toplumda yaşayan yaşlıların ele alındığı iki çalışmada, yaşlıların birlikte yaşadığı bireylerin olup olmamasının yalnızlık durumunu etkilemediği bildirilmiştir (Kapıkıran, 2016; Saime ve ark., 2016). Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yalnız yaşayanların puanlarının yüksek ve sosyal desteğin yalnızlığı azaltmada önemli olduğu belirtilmiştir (Kaçan Softa ve ark., 2015; Kapıkıran, 2016).

Yaşlı kadınların yakınında oturan akrabasının olması da yalnızlığı azaltmada önemli bir faktördür (Tablo 4.4). Yalnızlığı etkileyen değişkenlerin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda yaşlıların yakınında akraba olmaması yalnızlığı 2.3 kat artırmaktadır (Tablo 4.5). Türkiye’de yaşlıların yalnızlık durumunun incelendiği bir çalışmada, akrabalar ile iletişimi sınırlı olan yaşlılar için yalnızlığın çok önemli bir sorun olduğu belirtilmektedir (Damış, 2009). Yapılan bir çalışmada, sosyal bağın az olmasının yalnızlığı olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Yan ve ark., 2014). Diğer bir çalışmada sosyal desteğin azalması yalnızlığı artırmaktadır (Meawad Elsayed ve ark., 2019).

Bu çalışmada, yaşlı kadınların yalnızlık düzeyini yaş, eğitim durumu, medeni durum, algılanan gelir durumu ve bağımlılık durumu etkilememektedir (Tablo 4.4). Literatürde sosyodemografik özelliklerin yalnızlık seviyesini etkilemediği belirten çalışmaların (Kaçan Softa ve ark., 2015; Saime ve ark., 2016; Aung ve ark., 2018) yansısı yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerin yalnızlık üzerine etkisi olduğunu belirleyen çalışmalar da vardır. Yapılan bir çalışmada, yaşlıların yaşları ile yalnızlık arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Kaçan Softa ve ark., 2015). Diğer iki çalışmada, eğitim ve gelir düzeyinin artması ile yalnızlığın azaldığı bulunmuştur (Kapıkıran, 2016; Ozvurmaz, 2018). Güney Afrika ve Türkiye’de yapılan

çalışmalarda, medeni durumun yalnızlık üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir (Phaswana-Mafuya ve Peltzer, 2017; Ozvurmaz, 2018). Diğer bir çalışmada da kötü ekonomik koşulların yalnızlığı olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Yan ve ark., 2014). Yaşlıların örneklemini oluşturduğu çalışmalarda, günlük yaşam aktivitelerinin azalması ya da engelliliğin yalnızlığı artırdığı bildirilmiştir (Perissinotto ve ark., 2012; Ozvurmaz, 2018). Bu sonuçlar çalışmanın yapıldığı bölgede yalnız yaşayan ve yakınında akrabası olmayan yaşlıların risk grubu olarak daha yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

5.2. İkinci Aşamaya İlişkin Hipotezler

Bu bölümde, Omaha Sistemi verileri ile 2. aşamadaki araştırma hipotezlerinin her biri ayrı bir başlıkta aşağıda tartışılmıştır:

5.2.1. Yaşlı Kadınların Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne Göre Sağlık Problemleri

Omaha Sistemi, sağlık bakımında anlamlı ve kaliteli bilgi sağlama, uygun girişimleri uygulama ve sonuçları değerlendirme potansiyeline sahiptir. Problem Sınıflama Listesi, var olan ya da olası sağlık problemlerinin sistemli bir şekilde tanılandığı, kapsamlı ve düzenli bir listedir (Erdoğan ve ark., 2016). Bu çalışmada, birey merkezli girişimlerin planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde Omaha Sistemi kullanılmıştır. Ayrıca grup aktivitelerindeki girişimler de bu sisteme dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı kadınların Omaha Sistemi'ne göre en sık görülen sağlık problemlerinin; sosyal etkileşim, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, ağrı, dolaşım ve bağırsak fonksiyonu olduğu belirlenmiştir (şekil 4.2). Huzurevinde yapılan bir çalışmada, yaşlıların işitme, görme, ağız sağlığı, bilişsel durum, deri, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, solunum, uyku ve dinlenme düzeni, kişisel bakım ve tedavi rejimi yaşlılarda belirlenen sağlık problemleridir (Kulakçı ve Emiroğlu, 2011). İstanbul'da bir yaşlı bakımevinde yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, %71.2'sinin kas zayıflığı, yürüme güçlüğü gibi kas-iskelet fonksiyonu problemi, %61.8'inin öksürük, dispne, balgam çıkarma gibi solunum sistemi problemi, %50.9'unun ağrı yakınması, %42.5'inin bağırsak fonksiyonu problemi, %47.6'sının sık idrar yapma, idrar kaçırma gibi üriner fonksiyon problemi ve %26.4'unn uyku sorunu olduğu belirlenmiştir (Olgun ve ark.,

2013). Literatürde daha çok fiziksel sağlık problemleri ve yapılan çalışmada psikososyal sağlık problemleri belirlenmiş olup yaşlıların sağlık problemleri benzerlik göstermektedir. Yapılan bu çalışmada psikososyal tanıların daha fazla olması yalnızlık yaşayan bir grup ile çalışılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Yaşlılık ile birlikte fiziksel fonksiyonların gerilemesi, eş, arkadaş kaybı ile yaşlıların ruhsal ve sosyal yaşamlarının etkilenmesi olasıdır. Yaşlıların sağlığını korumak ve geliştirmek için bütüncül bakıma odaklanmış bir hemşirelik sınıflama sistemi olan Omaha Sistemi ile problemlerin belirlenmesi bakımın yönetimine kolaylık sağlayabilir. Her birey eşsiz olup Omaha Sisteminde kapsamlı değerlendirilmelidir. Birey merkezli bakım ile yaşlının fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlığının geliştirilmesi, çevresi düzenlenerek bakım verilmesi ve iyilik duygusunun artırılması mümkün olabilir.

5.2.2. Yaşlı Kadınlara Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şeması ile Planlanan ve Uygulanan Girişimler

Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şeması, girişimleri planlama ve uygulama basamağı olup tanılanan probleme yönelik bireye özel girişimleri belirleme ve uygulama olanağı sunar (Erdoğan ve ark., 2016). Yaşlı kadınların her birine özel belirlenen problemlere yönelik en fazla sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, süurveyans ve vaka yönetimi kategorilerinde girişim uygulanmıştır (Şekil 4.3). İstanbul'da yapılan örneklemin yarısından fazlasının yaşlılardan oluştuğu bir çalışmada, evde bakım hastalarının %47'sine sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, %22'sine süurveyans ve tedavi işlem, %9'una vaka yönetimi kategorilerinde girişim uygulanmıştır (Erdoğan ve ark., 2013). Bu sonuçlar toplumda yaşayan yaşlı kadınların sağlık eğitimine, sağlık kurumlarına yönlendirilmeye ve sağlık sonuçlarının izlenimine gereksinimi olduğunu göstermektedir.

5.2.3. Yaşlı Kadınlara Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Uygulanan Girişimlerin Etkisi

Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği, problemin düzeyini ve bakımın sonuçlarını değerlendiren üç boyutlu bir ölçme aracıdır. Yaşlı kadınlara 12 hafta boyunca sağlık problemlerine özel girişimler uygulandıktan sonra bilgi, davranış ve durum boyutlarında artış gözlenmiştir (Tablo 4.7). İstanbul'da evde bakım hizmetlerinden yararlananlar ile yapılan bir çalışmada, Omaha Sistemi'ne göre yapılan

girişimler sonucunda bilgi, davranış ve durum boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artışın olduğu belirlenmiştir (Erdoğan ve ark., 2013). Literatür ve çalışma sonuçlarına göre bireylere yapılan girişimler ile sağlık bakımı sonuçlarında iyileşme olduğu görülmektedir. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği ile verilerin standartlaştırılması, kolay kayıt tutulması ve sağlık bakım sonuçlarının daha objektif olarak değerlendirilmesi mümkündür. Bunun için toplumda çalışan sağlık profesyonelleri yaşlıların bakım sonuçlarını değerlendirmede bu ölçeği kullanabilir. Omaha Sistemi bilgi, davranış ve durum boyutlarındaki iyileşme, ölçülen diğer parametrelerle (yalnızlık, sağlık algısı, sosyal destek, sosyal dahil olma, iyilik durumu ve spiritüalite) uyumludur.

5.2.4. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Yalnızlığı Azaltmaya Etkisi

Bu çalışmada, İntegratif Hemşirelik ve Omaha Sistemi doğrultusunda 12 haftalık girişimlerin sonunda girişim grubundaki “çok yalnızlık hisseden ve çok yoğun yalnızlık hisseden” yaşlı kadınların yalnızlık düzeylerinin “kabul edilebilir yalnızlık ve yalnızlık hissetmiyor” düzeyine düştüğü ve kontrol grubunda bir değişim olmadığı görülmüştür (Tablo 4.8). Sosyal izolasyon ve yalnızlığı azaltmak için yapılan girişimlerin etkisinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı geliştirmek için grup temelli girişimlerin %79’unun ve bireysel girişimlerin %55’inin araştırmaya katılanların en az bir sonucunu olumlu etkilediği belirtilmiştir. Bu derlemede, teorik bir temel kapsamında geliştirilen ve grup halinde sosyal aktivite ya da destek sunan girişimlerin daha etkili olduğu gösterilmiştir (Dickens ve ark., 2011). Bu çalışmada, 12 haftalık girişim programında her hafta üç gün grup yürüyüşü etkinliği düzenlenmiştir. Yürüyüş, fiziksel aktif olmayı ve grup etkileşimini artırmak amacıyla kullanılmıştır. Tek başına yürüyüşün etkisi değerlendirilmemiştir. İntegratif hemşireliğin beşinci ilkesi dikkate alınarak fiziksel aktivite; iyileştirici, terapötik bir girişim olarak alınmıştır. Yapılan bir derlemede, yaşlılarda sosyal izolasyonu azaltmada fiziksel aktivite girişiminin en umut verici yaklaşım olduğu bildirilmiştir (Veazie ve ark., 2019). Diğer bir çalışmada, sosyal ilişkilerin sürdürülmesine ve güçlendirilmesine odaklanan girişimlerin yalnızlığı azalttığı bildirilmiştir (Cohen-Mansfield ve Perach, 2015). Literatürde yalnızlığı azaltmada sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi ve arkadaşlık

girişimleri, psikolojik terapiler (anı terapisi-bilişsel sosyal destek) sağlık ve sosyal bakım hizmetleri (toplumda ya da huzurevlerinde verilen formal bakım) ve pet terapisi gibi çok çeşitli girişimler bulunmaktadır (Gardiner ve ark., 2018). Birçok çalışmada, sosyal ilişkilerin güçlendirerek yalnızlığı azaltmak için yardım fonu dostluk kulüpleri, arkadaşlık geliştirme programları, gündüz bakım merkezlerindeki etkinlikler, hobi grupları vb. girişimler uygulanmıştır (Cohen-Mansfield ve ark., 2007; Iecovich ve Biderman, 2012; Hemingway ve Jack, 2013; Alaviani ve ark., 2015). Ayrıca yenilikçi teknolojinin de (videokonferans, konsol oyunları, hayvan temelli terapi için robotik hayvan gibi) yalnızlığı azaltmada etkili olduğunu gösteren bazı çalışmalar vardır (Banks ve ark., 2008; Meyer ve ark., 2010; Kahlbaugh ve ark., 2011; Tsai ve Tsai, 2011). Literatürdeki sonuçlardan da görüldüğü üzere yalnızlığı azaltmak için yapılan girişimlerin yalnızlığı azalttığı ve yaşlının sosyal, ruhsal ve fiziksel sağlığına katkıda bulunduğu söylenebilir. Bu çalışmada, “girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların yalnızlık algısını azaltır” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.5. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Fiziksel Aktivite Düzeyine Etkisi

Yaşlılarda ve her yaşta önerilen en iyi fiziksel aktivite yürümedir. Yürüyüş integratif hemşirelik ilkeleri açısından değerlendirildiğinde; yaşlı kadınların çevresi ile birlikte ele alınmasını, doğa ile içiçe olmasını, kişilerarası ilişkileri güçlendirmesini, kanıt temelli bir terapi olarak uygulanabilmeyi sağlayan bir girişimdir. Yapılan çalışmada girişim öncesinde yaşlı kadınların %48’i inaktif iken 12 haftalık INOSEL programı sonunda tüm yaşlı kadınlar minimal aktif seviyeye geçiş yapmış, kontrol grubunda herhangi bir değişim olmamıştır (Tablo 4.9). Yapılan bir çalışmada, yalnızlığın fiziksel inaktivite için bir risk faktörü olduğu, yalnızlığın zamanla hareketsizliği arttıracığı bildirilmiştir (Hawkley ve ark., 2009). Diğer iki çalışmada, düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin, yalnızlığı ve sosyal izolasyonu azaltmada umut verici bir girişim olduğu belirtilmektedir (Umberson ve Montez, 2010; Olufemi, 2017). Bir fitness programına üyeliğin, yalnızlık ve sosyal izolasyonu azaltmadaki etkilerinin değerlendirildiği çalışmada, yaşlıların bu programa üyeliğinin doğrudan fiziksel aktivite seviyesini artırdığı ve sosyal izolasyonu azalttığı, dolaylı olarak da yalnızlığın azaldığı bulunmuştur (Brady ve ark., 2018).

Düzenli fiziksel aktivitenin, kalp-damar, solunum, sindirim, endokrin, bağışıklık, kas ve iskelet sistemi gibi birçok sistem ve organ fonksiyonu üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Yaşlılarda her hastalıkta ve her yaş grubunda yapılacak bir fiziksel aktivite vardır (TC Sağlık Bakanlığı, 2014). En kolay yapılabilen, yaygın, ücretsiz ve en çok önerilen ideal aktivite şekli olan yürüyüş; yaşlıların fiziksel sağlığının yanısıra psikolojik ve sosyal sağlığına da olumlu etkileri bulunan terapötik bir yaklaşımdır. Yapılan sistematik bir derlemede, fiziksel aktivitenin sosyal izolasyonu ve yalnızlığı azaltmada en umut verici bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir (Veazie ve ark., 2019). İntegratif hemşirelik ilkeleri doğrultusunda yaşlı kadınlara yapılan yürüyüş girişiminin yalnızlığı azaltmanın yanısıra fiziksel aktivite seviyesinin artmasında katkısı olmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda “girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların fiziksel aktivite düzeyini artırır” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.6. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Sağlık Durumunu Algılama Düzeyine Etkisi

Yaşlanma süreci ile birlikte yaşlılarda fiziksel fonksiyonun azalması ve genel sağlık durumunun kötüye gitmesi sık yaşanan durumlardan birisidir. Bu durumda yaşlılarda sağlık durumunu iyi algılayanların oranı düşmektedir. Yapılan bu çalışmada, sağlık durumunu algılama seviyesini artırmak için INOSEL girişimleri uygulanmıştır. Yaşlı kadınlar ile yapılan bu çalışmada, 12 haftalık girişimlerin sonunda girişim grubundaki yaşlı kadınların sağlık durumunu iyi algılayanların oranının arttığı bulunmuştur (Tablo 4.9). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, yaşlıların yaşlılığı bir rahatsızlık olarak gördüğü ve kronik hastalıklarının sağlığını algılama durumlarını etkilediği belirtilmiştir (Birsen Altay ve ark., 2016). Norveç’te multiple skleroz ve parkinsonlu hastalar ile yapılan bir çalışmada, dört hafta boyunca açık hava etkinlikleri, özbakım ve hastalıklarla başetme ile ilgili psikoeğitim, ağırlık ve denge eğitimi gibi girişimler uygulanmıştır. Çalışma sonunda her iki hasta grubunda da fiziksel performans ve algılanan sağlık durumunun arttığı belirlenmiştir (Berli ve ark., 2019). Başka bir çalışmada, Avrupa’daki ülkelerde sağlık durumunu algılama istatistikleri incelendiğinde, yaşın ilerlemesi ile birlikte sağlık durumunu kötü olarak algılayanların oranının arttığı görülmektedir. Bu istatistiklere göre

özellikle 85 yaş ve üzerinde sağlık durumunu algılama seviyesinin oldukça düştüğü ve eğitim seviyesi düşük olanların sağlıklarını daha kötü algıladıkları bildirilmektedir (Eurostat, 2019). Literatür sonuçları ve çalışmanın bulguları doğrultusunda yaşlılara yapılacak olan girişimler ile sağlık durumlarını algılama seviyeleri artırılabilir. Bu durum yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumlu yönde etkilerken yaşlı kadınlara bütüncül bir yaklaşım içinde bakım verilmesini de sağlamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda “girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların sağlık durumunu algılama düzeyini arttırır” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.7. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Sosyal Destek Algı Düzeylerine Etkisi

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus artmasına karşın aile destek sistemlerinin azalması sonucunda yaşlılarda “sosyal destek” giderek önem kazanmaktadır (Ozurmaz, 2018). Ayrıca sosyal destek algısının azalması ile yalnızlık artmaktadır (Wan Mohd Azam ve ark., 2013). Bu çalışmada 12 haftalık girişimlerin sonunda yaşlı kadınların sosyal destek algı düzeyleri artmıştır (Tablo 4.9). Yaşlı kadınlar grup etkinliklerinde yakın çevresinde yaşayan akrabaları ile tanışmış ve arkadaşlıkları gelişmiştir. Bu etkinliklerin onlara yeni arkadaşlıklar, sosyal ilişki ağları kurmasına katkı sağladığı gözlenmiştir. Sosyal destek algı düzeyinin artmasının sebebi bununla açıklanabilir. Yapılan bir sistematik derlemede, yaşlıların sosyal izolasyonunu azaltmak ve sosyal desteğini artırmak için problemlerle baş etme eğitimi (baş etme grupları, sosyal destek kaynakları ile ilgili bilinçlendirme), bilgisayar destekli iletişim, telefon desteği, danışma-destek grupları, sosyal aktiviteler (boş zaman aktiviteleri) gibi girişimlerin uygulandığı belirtilmiştir. Japonya’da yapılan çalışmada, uluslararası gönüllülük programı (çocuklara kitap okuma) ile yaşlıların sosyal destek algıları artmıştır (Wan Mohd Azam ve ark., 2013). İntegratif hemşireliğin birinci ilkesinde bahsedildiği gibi yaşlı kadınların çevresinde bulunan aile, akraba, komşu ve arkadaşlardan oluşan sosyal destek sistemlerinin olması, maddi ve manevi bütün problemlerde yaşlılara destek olması kaliteli bir yaşlılık sürecini sağlayabilir. Bu çalışmada “girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların sosyal destek algılarını arttırır” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.8. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Sosyal Dahil Olma Düzeylerine Etkisi

Yaşlılarda ruh sağlığı problemlerinin artması nedeniyle sosyal etkinliklere katılım azalmakta ve sosyal dahil olmanın önemi ortaya çıkmaktadır (Secker ve ark., 2009). Yaşlı kadınlar ile yapılan bu çalışmada, 12 haftalık INOSEL programı sonunda yaşlı kadınların sosyal dahil olma düzeyleri artmıştır (Tablo 4.9). Yaşlıların iyilik ve sosyal dahil olma durumunu artırmak için yapılan bir projede; sosyal aktiviteler aracılığıyla topluma katılımını sağlamak için yapılan gönüllülük işleri ile toplumdaki gönüllülük işlerine yaşlıların katılımı ve sosyal dahil olma durumları artmıştır. Proje kapsamındaki yaşlıların sosyal dahil olma durumları ve toplumda yapılan gönüllülük işlerine katılımları artmıştır (Central Baltic, 2017). Yaşlılarda sosyal dahil olmayı geliştirmek için yaşlıların ulaşabileceği kaynakları ve çevresini dikkate alarak girişimler planlanmalıdır. Bu planlama yapılırken, yaşlıların yaşamında değerli olan aile, arkadaş gibi bireylerle olan iletişimini artırmak önemlidir. Sosyal dahil olma için fırsatlara farkındalığını artırmak, sosyal ilişkiler kurması ve sürdürmesini sağlamak, güvenli ve uygun bir fizik çevre sağlamak sosyal dahil olmayı artırmada yapılacak girişimler olabilir (Melanie Levasseur, 2015). INOSEL programı literatürde belirtilen girişimleri içeren kapsamlı bir uygulamadır ve bu programa katılan kadınların sosyal dahil olma düzeyleri artmıştır. Bu çalışmada “girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların sosyal dahil olma düzeylerini arttırır” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.9. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin İyilik Durumu Algı Düzeylerine Etkisi

Yaşlıların sağlığını sürdürebilmesi ve geliştirebilmesi için fiziksel, psikososyal ve spiritüel iyilik halinin sağlanması gerekir. Yapılan bu çalışmada, yaşlı kadınlara yapılan 12 haftalık girişimler sonunda iyilik durumu algılarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Toplumda yaşayan yaşlıların iyilik durumunu artırmak için yapılan bir çalışmada, yaşlılara yapılan meşguliyet terapisi ile iyilik durumunun arttığı, fiziksel ve ruhsal sağlığa katkıda bulunduğu belirlenmiştir (Clark ve ark., 2012). Yaşlıların örneklemini oluşturduğu diğer bir çalışmada, haftada iki gün altı ay boyunca yüksek şiddette fiziksel

aktivite girişimi sonunda yaşlıların iyilik durumlarının arttığı saptanmıştır (Steele ve ark., 2017). Yoga temelli girişimlerin yaşlıların yaşam kalitesi ve iyilik durumu üzerine etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede, yoganın yaşam kalitesi ve iyilik durumunu geliştirdiği

bulunmuştur (Tulloch ve ark., 2018). Yaşlılara bütüncül bir yaklaşım içinde bakım vermeyi sağlayan INOSEL girişimleri ile fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunun artırılması ve sağlıklı yaşlanma mümkün olabilir. Bu çalışmada, “girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların iyilik durumu algılarını arttırır” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.10. Yaşlı Kadınlara Yapılacak Girişimlerin Spiritualite Algı Düzeylerine Etkisi

Yaşlılarda spiritualite, holistik bakımın vazgeçilmez boyutlarından birisini oluşturmaktadır. Yapılan bu çalışmada, INOSEL girişimlerinde cuma günlerine rastlayan grup etkinliklerinde başkalarına yardım teması değerlendirilmiştir. Yaşlı kadınların 12 haftalık girişimler sonunda spiritualite algı düzeyleri artmıştır (Tablo 4.9). Yaşlanma döneminde yalnızlığı azaltma ve arkadaş ilişkilerini geliştirmede dini etkinliklerin öneminin araştırıldığı bir çalışmada, yaşlılara dini etkinlikler yoluyla sağlanan destek ve güven, yaşlıların yalnızlık hissetmemelerinde doğrudan ve dolaylı olarak katkısının olduğu belirtilmiştir (Kılavuz, 2005). İran’da yapılan bir çalışmada yaşlıların ihtiyaçları doğrultusunda dini girişimler (umut verme, dini deneyimler hakkında konuşma, aile üyeleri ve önemli kişiler ile ilişkileri güçlendirme, ibadet ve dua için fırsatlar sağlama vb.) uygulanmıştır. Bu girişimlerin yaşlıların spiritualite seviyelerini artırdığı ve anksiyeteyi azalttığı belirlenmiştir (Elham ve ark., 2015). Yapılan diğer bir çalışmada, yaşam kalitesi ile spiritualite arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, spiritualite arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur (Uçar, 2017). Bu bulgular ışığında yaşlıların spiritüel sağlığı değerlendirilmeli, INOSEL girişimleri ile sağlığın daha iyi konuma gelmesi sağlanmalıdır. Bu sonuçlar doğrultusunda “girişim grubundaki yaşlı kadınlara yapılacak girişimler kontrol grubuna oranla yaşlıların sağlık durumunu spiritüel algılarını arttırır” hipotezi kabul edilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- ✓ Bu çalışmada, Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'ne göre yaşlı kadınların %25'inin "çok yalnızlık hissediyor" ve %8.8'inin çok yoğun yalnızlık hissediyor" düzeyinde olduğu bulunmuştur.
- ✓ Yaşlıların yalnızlık düzeyini etkileyen değişkenler incelendiğinde, yaşlıların tek başına yaşaması yalnızlık algısını 2 kat, yakınında akraba olmaması 2.3 kat artırmaktadır.

İntegratif Hemşirelik ve Omaha Sistemi doğrultusunda yürütülen oniki haftalık girişimlerin sonunda fiziksel sağlık boyutundaki sonuçlar şunlardır:

- ✓ Girişim öncesinde yaşlı kadınların %48'i inaktif iken, yapılan girişimlerin sonunda tüm yaşlı kadınlar minimal aktif seviyeye geçiş yapmıştır. Kontrol grubunda girişim öncesi ve sonrası bir değişim olmamıştır.
- ✓ Girişim grubundaki yaşlı kadınların sağlık durumunu iyi algılama seviyesi artmış, kontrol grubunda sağlık durumu algısında değişim olmamıştır.

Ruhsal sağlık boyutundaki sonuçlar şunlardır:

- ✓ Girişim grubunda yer alan "çok yalnızlık hisseden ve çok yoğun yalnızlık hisseden" yaşlı kadınların yalnızlık düzeylerinin "kabul edilebilir yalnızlık ve yalnızlık hissetmiyor" düzeyine düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunda bir değişim olmamıştır.

Sosyal sağlık boyutundaki sonuçlar şunlardır:

- ✓ Girişim grubunda algılanan sosyal destek algısında artış olmuş, kontrol grubunda ise bir değişim olmamıştır.
- ✓ Girişim grubunda sosyal dahil olmanın arttığı, kontrol grubunda ise herhangi bir değişim olmadığı görülmüştür.

- ✓ Girişim grubunda iyilik algısı artmış, kontrol grubunda ise bir değişim olmamıştır.

Spiritüel sağlık boyutundaki sonuçlar şunlardır:

- ✓ Girişim grubunda manevi gelişim algısı artmış, kontrol grubunda ise ise bir değişim olmamıştır.

Omaha Sistemine ilişkin sonuçlar şunlardır:

- ✓ Yaşlı kadınlara Omaha Sistemi'ye göre yaşlılarda 243 problem tespit edilmiştir. En sık görülen sağlık problemleri; sosyal etkileşim, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, ağrı, dolaşım ve bağırsak fonksiyonudur. Yaşlı kadınların %52.2'sinin psikososyal, %50.8'inin fizyolojik ve %46.4'ünün sağlık davranışları alanlarında en az bir sağlık problem olduğu saptanmıştır.
- ✓ Yaşlı kadınlara Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şeması'na göre %50 sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, %27.2 sürveyans, %19.4 vaka yönetimi ve %3.5 tedavi ve işlem kategorilerinde toplam 5008 girişim uygulanmıştır.
- ✓ Girişim grubundaki yaşlı kadınlara Hemşirelik Girişim Şeması'na göre hemşirelik girişimleri uygulandıktan sonra tüm problemler için bilgi, davranış ve durum boyutları puan ortalamaları artmıştır.

Araştırma bulguları doğrultusunda şu önerilerde bulunulmaktadır:

- Yaşlıların yalnızlık düzeyinin erken dönemde belirlenmesi,
- Yalnız yaşayan ve yakınında bir akrabası olmayan yaşlıların yalnızlık açısından riskli grup olarak değerlendirilmesi,
- Yaşlıların yalnızlığını azaltmak, sağlık ve iyilik durumunu geliştirmek için grup temelli yürüyüş, piknik, gezi, tiyatro, sinema gibi aktiviteler planlanması,

- Yaşlıların yaşam kalitesini artırmak ve sağlıklı yaşlanmayı sağlamak için sağlık bakım sunucularının yaşlıları toplumda var olan kaynaklara yönlendirmesi ve ulaşımını sağlaması,
- Yaşlıların bireysel bakımını sağlamada Omaha Sistemi doğrultusunda çok boyutlu girişimler planlanması ve girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, McAdams L. Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2017; 1: 28-40.

Ağırman E, & Gençer M. Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017; 7 (3): 234-240.

Akça Ay F, Ertem Ü, Ören B, Özcan N, Işık R, Savran S. *Temel hemşirelik: Kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal yayıncılık; 2008, s.10-40.

Akgül H, & Yeşilyaprak, B. Yaşlılar için yalnızlık ölçeğinin türk kültürüne uyarlaması: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2015; 8 (1): 34-45.

Akın B, Koçoğlu D. Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 4 (1): 73-92.

Alaviani M, Khosravan S, Alami A, Moshki M. The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to gonabad urban health centers. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2015; 3 (2): 132-140.

Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009; 8 (2): 139-146.

Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2016; 15 (3): 181-189.

American Holistic Nurses Association (2017), *What is holistic nursing?* AHNA Publishing, 2017, USA.

Anil R, Prasad K, Puttaswamy M. The prevalence of loneliness and its determinants among geriatric population in Bengaluru city, Karnataka, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2016; 3 (11): 3246-3251.

Arslantaş H, Adana F, Abacigil Ergin F, Kayar D, Acar G. Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study from western Turkey. *Iranian Journal of Public Health*. 2015; 44 (1): 43-50.

Aung K, Nurumal M, Wan N, Syakirah N, Bukhari W. Loneliness among elderly in nursing homes. *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly and Disabled*. 2018; 2: 72-78.

Austin R. Integrative nursing and informatics. In Kreitzer MJ, Koithan M. (Eds.), *Integrative nursing (Second Edition ed.)*. America: Oxford University Press; s.524-530.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ii'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 12 (1): 1-13.

Banks MR, Willoughby LM, Banks WA. Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: Use of robotic versus living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008; 9 (3): 173-177.

Berli B, Dalen R, Oldren B, Rundmo T. Effects of a 4-week inpatient multidisciplinary intervention on health status and physical ability in multiple sclerosis and parkinson's disease patients. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2019; 7 (1): 1-12.

Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2012; 15 (1): 81-88.

Biol, L. *Nursing process: Systematic approach in nursing care*. İzmir: Etki Publisher; 2004, s.1-40.

Brady S, D'Ambrosio L, Felts A, Rula E, Kell K, Coughlin J. Reducing isolation and loneliness through membership in a fitness program for older adults: Implications for health. *Journal of applied gerontology : The Official Journal of the Southern Gerontological Society*. 2018; s.1-21.

Buz S, Beydili E. Ankara örneğinde yalnız yaşayan yaşlı kadınların gereksinimleri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2015; 8 (37): 557-557.

Canham D, Mao CL, Yoder M, Connolly P, Dietz E. The omaha system and quality measurement in academic nurse-managed centers: Ten steps for implementation. *The Journal of Nursing Education*. 2008; 47 (3): 105-110.

Central Baltic. Central Baltic Programme 2014-2020 project database. Sippe promoting social inclusion of elderly through well-being parties. Interreg Central Baltic Publishing. 2017.

Chaves LJ, Gil CA. Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. *Cien Saude Colet*. 2015; 20 (12): 3641-3652.

Christensen KM, Holt JM, Wilson JF. The relationship between outdoor recreation and depression among older adults. *World Leisure Journal*. 2013; 55 (1): 72-82.

Ciğerci Y, Kısacık ÖG, Özyürek P, Çevik C. Nursing music intervention: A systematic mapping study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2019; 35: 109-120.

Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou CP, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, . . . Azen SP. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the well elderly 2 randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012; 66 (9): 782-790.

Cohen J. *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences*. 2nd. Edition. Hillsdale NJ: Erlbaoum, 1988.

Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A, Kotler M, Vass J, MacLennan B, Rosenberg F. Shared interest groups (shigs) in low-income independent living facilities. *Clinical Gerontologist*. 2007; 31 (1): 101-112.

Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *AJHP*. 2015; 29 (3): e109-125.

Cowlishaw S, Niele S, Teshuva K, Browning C, Kendig HAL. Older adults' spirituality and life satisfaction: A longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing and Society*. 2012; 33 (7): 1243-1262.

Cox T. Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention. *Complementary therapies in nursing & midwifery*. 2003; 9 (1): 30-34.

Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an english community study. *Aging & Mental Health*. 2014; 18 (4): 504-514.

Danış M. Türkiye'de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2009; 20 (1): 67-83.

Dawson B, Trapp RG. Reading the medical literature: In *Basic&Clinical Biostatistics*. Third Ed. New York. Lange Medical Books/McGraw Hill. 2001; s.250-1.

de Jong Gierveld J, Van Tilburg T. (1999). Manual of the loneliness scale. Department of Social Research Methodology. VU University Hospital, Amsterdam, the Netherlands: Vrije Universiteit.

De Jong Gierveld J, Van der Pas S, Keating NJ. *Cross Cult Gerontol*. 2015; 30:251.

Delaney C, Westra B, Leuning C, Monsen K. Informatics and integrative healthcare. In Kreitzer MJ, Koithan M. (Eds.), *Integrative nursing (First Edition ed.)*. New York: Oxford University Press; 2014, s.109-120.

Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. BMC Public Health. 2011; 11: 647.

Doğan S. İnançın hemşireliğe yansıması: Spiritüel bakım. Sağlık düşüncesi ve tıp kültürü platformu. 2013; s. 96-97.

Doman L, le Roux A. The causes of loneliness and the factors that contribute towards it -a literature review. 2010; 50(2): 216-228.

Dong X, Chen R. Gender differences in the experience of loneliness in u.S. Chinese older adults. Journal of Women and Aging. 2017; 29 (2): 115-125.

Yardımcı EA. İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi. İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1995, İstanbul.

Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 34: 17-25.

Elham H, Hazrati M, Momennasab M, Sareh K. The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. Holistic Nursing Practice. 2015; 29 (3): 136-143.

Erdoğan S, Esin NM. The turkish version of the omaha system: Its use in practice-based family nursing education. Nurse Education Today. 2006; 26 (5): 396-402.

Erdoğan S, Seçginli S, Cosansu G, Nahcivan N, Esin M, Aktaş E, Monsen K. Using the omaha system to describe health problems, interventions, and outcomes in home care in istanbul, turkey: A student informatics research experience. Computers, informatics, nursing: CIN. 2013; 31 (6): 290-298.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, Seçginli S, Coşansu G, Ardıç A. Omaha sistemi hemşirelikte bilgi yönetimi. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016, s.5-40.

Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 8 (1): 37-45.

Ernst E. Holistic health care? The British journal of general practice: The journal of the Royal College of General Practitioners. 2007; 57 (535): 162-163.

Eser E. Who (beş) İyilik durumu İndeksi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, Manisa, Psychiatric Research Unit Publishing, 1999.

Eurostat. Self-perceived health statistics. European Commission. Eurostat statistics explained publishing, 2019.

Field LE. The effect of the implementation of relationship-based care on patient satisfaction. Walden University, College of Health Sciences, Doctoral Dissertation; 2015, s.1-40.

Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. Health & Social Care in the Community. 2018; 26 (2): 147-157.

Gilmour H. Social participation and the health and well-being of canadian seniors. Health reports. 2012; 23 (4): 23-32.

Glass A. Resident-managed elder intentional neighborhoods: Do they promote social resources for older adults? Journal of Gerontological Social Work. 2016; 59 (7-8): 554-571.

Halcon L, Schein C, Cheung C. Integrative nursing of older adults across the continuum. In Kreitzer MJ, Koithan M. (Eds.). Integrative nursing. New York: Oxford University Press; 2014, s.367.

Hawkey LC, Thisted RA, Cacioppo JT. Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analyses. Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology. American Psychological Association. 2009; 28 (3): 354-363.

Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Ankara: Omega Araştırma; 2011, s. 50-80.

Hellman EA, Stewart C. Social support and the elderly client. Home Healthcare Nurse. 1994; 12 (5): 51-60.

Hemingway A, Jack E. Reducing social isolation and promoting well being in older people. Quality in Ageing: Policy, Practice and Research. 2013; 14(1):25.

Heun R, Bonsignore M, Barkow K, Jessen F. Validity of the five-item who well-being index (who-5) in an elderly population. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2001; 251: 27-31.

İçli G. Yaşlılar ve yaşlılığın değerlendirilmesi: Denizli ili üzerine niteliksel bir araştırma. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2010; 3 (1): 1-13.

Iecovich E, Biderman A. Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. International Psychogeriatrics. 2012; 24 (3): 439-448.

Ilgaz A, Dağıstan Akgöz A, Gözüm S. Validity and reliability of the turkish version of the social inclusion scale. Turkish Journal of Geriatrics. 2019; Accepted.

Ilgaz A, Gözüm S. Advancing well-being and health of elderly with integrative nursing principles. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2019; 27 (2): 201-210.

Jones CA, Siever J, Knuff K, Van Bergen C, Mick P, Little J, . . . Miller H. Walk, talk and listen: A pilot randomised controlled trial targeting functional fitness and loneliness in older adults with hearing loss. BMJ Open. 2019; 9 (4): e026169.

Jylh Marja, Saarenheimo M. Loneliness and Ageing: Comparative Perspectives. In: Dannefer D, Phillipson C. (Ed) The sage handbook of social gerontology. London: SAGE Publications. 2010; 317-320.

Kaçan Softa H, Öztürk A, Dindaş İ, Göçmen M. Kastamonu 1 no'lu Aile Sağlığı Merkezine başvuran yaşlıların yalnızlık düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2015; 2:88-97.

Kahlbaugh PE, Sperandio AJ, Carlson AL, Hauselt J. Effects of playing wii on well-being in the elderly: Physical activity, loneliness, and mood. Activities, Adaptation & Aging. 2011; 35 (4): 331-344.

Kang HW, Park M, Wallace JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in south korean older adults. Journal of Sport and Health Science. 2016; 7 (2): 237-244.

Kapıkıran Ş. Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: Sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016; 9 (1): 13-25.

Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. Jama. 1963; 185: 914-919.

Khosravan S, Alaviani M, Alami A, Tavakolizadeh J. Epidemiology of loneliness in elderly women. Journal of Research and Health. 2014; 4 (4): 871-877.

Kılavuz M. Batı Kültüründe Yaşlanma Dönemi Yalnızlık Duygusunu Azaltma ve Arkadaş İlişkilerini Geliştirme Açısından Dini Etkinliklerin Önemi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.2005; 14 (2): 25-39.

Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. Journal of the American Geriatrics Society. 2016; 64 (1): e1-7.

Koithan M. Concepts and principles of integrative nursing. In Kreitzer MJ, Koithan M. (Eds.), Integrative nursing (Second Edition ed.). America: Oxford University Press; 2019, s.3-15.

Kreitzer MJ. Integrative nursing: Application of principles across clinical settings. Rambam Maimonides Medical Journal. 2015; 6 (2): e0016-e0016.

Kulakçı H, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında omaha sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. DEUHYO ED. 2011; 4 (1): 25-33.

Kulakçı H, Emiroğlu ON. Bir huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimleri, hemşirelik girişimleri ve sonuçlarının belirlenmesinde omaha sistemi'nin kullanılabilirliği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012; 19 (1): 036-050.

La Grow S, Neville S, Alpass F, Rodgers V. Loneliness and self-reported health among older persons in new zealand. Australasian Journal on Ageing. 2012; 31 (2): 121-123.

Lawler-Row KA, Elliott J. The role of religious activity and spirituality in the health and well-being of older adults. Journal of Health Psychology. 2009; 14 (1): 43-52.

Lawton M, Brody E. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9 (3): 179-186.

Levasseur M. How to enhance the social inclusion in older adults: A practical inventory based on an ecological model. Journal of Gerontology & Geriatric Research. 2015; 4 (4): 1-2.

Levasseur M, Genereux M, Bruneau JF, Vanasse A, Chabot E, Beaulac C, Bedard MM. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: Results from a scoping study. BMC Public Health. 2015; 15: 503.

Lou VW, Ng JW. Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: A qualitative study. Aging Ment Health. 2012; 16 (8): 1039-1046.

Mccormack B, Mcmillan A. Integrative nursing and person-centered care. In Kreitzer MJ, Koithan M. (Eds.), Integrative nursing (Second Edition ed.). America: Oxford University Press. 2019; s.29-39.

McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016; 17:567–580.

Meawad Elsayed E, El- Etreby R, Ibrahim A. Relationship between social support, loneliness, and depression among elderly people. *International Journal of Nursing Didactics*. 2019; 9 (01): 39-47.

Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48 (1): 5-13.

Meyer D, Marx T, Ball-Seiter V. Social isolation and telecommunication in the nursing home: A pilot study. *Gerontechnology*. 2010; 10 (1): 51-58.

Mittelman M. Book review: Integrative nursing. *Global Advances in Health and Medicine*. 2014; 3 (3): 106-106.

Mitten D. The healing power of nature: The need for nature for human health, development, and wellbeing. *Taproot Journal*. 2009; 19(1): 20-26.

Moura CC, Chaves ECL, Chianca TCM, Ruginsk SG, Nogueira DA, Iunes DH. Effects of auricular acupuncture on chronic pain in people with back musculoskeletal disorders: A randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2019; 53: e03418.

National Institute of Health. (2015). Nih senior health. Exercise: Benefits of exercise. Retrieved from <https://nihseniorhealth.gov/exerciseforolderadults/healthbenefits/01.html>

National Institute on Ageing. (2016). World's older population grows dramatically. Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/newsroom/2016/03/worlds-older-population-grows-dramatically>

Neville S, Alpass F. Stress, social support and psychological well-being in older men. *Nursing Praxis in New Zealand inc*. 2002; 18 (3): 50-61.

Nicolaisen M, Thorsen K. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *International journal of aging & human development*. 2014; 78 (3): 229-257.

Nyman SR, Szymczynska P. Meaningful activities for improving the wellbeing of people with dementia: Beyond mere pleasure to meeting fundamental psychological needs. *Perspectives in public health*. 2016; 136 (2): 99-107.

Olgun N, Aslan Eti F, Yücel N, Öntürk Kan Z, Laçın Z. Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. 2013.

Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review. *Journal of clinical nursing*. 2013; 22 (3-4): 456-465.

Olufemi O. Social isolation in the elderly; physical activity to the rescue. *Degenerative Intellect Dev Disabil*. 2017; 1:1-3.

Owen L, Nolan K, Tierney R, Pritchard C, Leng G. Cost-effectiveness of a befriending intervention to improve the wellbeing and reduce loneliness of older women. *The Lancet*. 2016; 388: S84.

Ozurmaz S. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018; 2 (3): 118-125.

Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005.

Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*. 2012; 172 (14): 1078-1083.

Pettigrew S, Roberts M. Addressing loneliness in later life. *Aging & mental health*. 2008; 12 (3): 302-309.

Phaswana-Mafuya N, Peltzer K. Prevalence of loneliness and associated factors among older adults in South Africa. *Global Journal of Health Science*. 2017; 9 (12): 1-8.

Practical Nursing. The importance of holistic nursing care: How to completely care for your patients. Practical Nursing Publishing, USA, 2017.

Price C, Skolits G. Connecting with Nature-Biophilic Design in Environments Built for Communal Living. *The Value of Nature*. 2018; 6:12.

Routasalo PE, Tilvis RS, Kautiainen H, Pitkälä KH. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 2009; 65 (2): 297-305.

Saime E, Sezer A, Şişman FN, Öztürk S. Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 5 (3): 60-69.

Secker J, Hacking S, Kent L, Shenton J, Spandler H. Development of a measure of social inclusion for arts and mental health project participants. *Journal of Mental Health*. 2009; 18 (1): 65-72.

Simon MA, Chang ES, Zhang M, Ruan J, Dong X. The prevalence of loneliness among u.S. Chinese older adults. *Journal of Aging and Health*. 2014; 26 (7): 1172-1188.

Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*. 2009; 18 (1): 51-55.

Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*. 2011; 15 (2): 63-69.

Steele J, Raubold K, Kemmler W, Fisher J, Gentil P, Giessing J. The effects of 6 months of progressive high effort resistance training methods upon strength, body composition,

function, and wellbeing of elderly adults. *BioMed research international*. 2017; 2017:2541090.

Stephens C, Alpass F, Towers A, Stevenson B. The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: Accounting for the social context. *Journal of Aging and Health*. 2011; 23 (6): 887-911.

Stephoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2013; 110 (15): 5797-5801.

Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, Richardson E, Abbott P, Tumanov S, McKee M. Loneliness: Its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former soviet union. *PloS One*. 2013; 8 (7): e67978-67978.

Stojanovic J, Collamati A, Mariusz D, Onder G, La Milia DI, Ricciardi W, . . . Poscia A. Decreasing loneliness and social isolation among the older people: Systematic search and narrative review. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*. 2017; 14 (2): 1-8.

Stone P, Hughes R, Dailey M. Creating a safe and high-quality health care environment. In Hughes R. (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu K. *Biyoistatistik*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2006, s.260-268.

Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amieva H, Dartigues JF. Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: The paquid study. *Psychosomatic Medicine*. 2016; 78 (8): 904-909.

Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök MC. Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009; 6 (1): 793-806.

TC Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. 21 hedefte Türkiye sağlıkta gelecek. 2007, s.53.

TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye fiziksel aktivite rehberi. Yaşlılarda fiziksel aktivite. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 2014, s.50-55.

TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı (2015-2020). 2015-2020, s.8-15.

Totaforti S. Applying the benefits of biophilic theory to hospital design. *City, Territory and Architecture*. 2019; 5:1.

Triguero-Mas M, Dadvand P, Cirach M, Martínez D, Medina A, Mompert A, . . . Nieuwenhuijsen MJ. Natural outdoor environments and mental and physical health: Relationships and mechanisms. *Environment International*. 2015; 77: 35-41.

Tsai HH, Tsai YF. Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *Journal of Medical Internet Research*. 2011; 13 (4): e93.

Tulloch A, Dean C, Bombell H, Tiedemann A. Yoga-based exercise improves health-related quality of life and mental well-being in older people: A systematic review of randomised controlled trials. *Age and Ageing*. 2018; 47 (4): 537-544.

Turten Kaymaz T, Ozdemir L. Effects of aromatherapy on agitation and related caregiver burden in patients with moderate to severe dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing*. 2017; 38 (3): 231-237.

Türk Geriatri Derneği. Eğitim Serisi. Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ve yaklaşımlar. 2008, s10-20.

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2017. TÜİK, 2017.

Uçar M. Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2017.

Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010; 51: S54-S66.

Veazie S, Gilbert J, Winchell K, Paynter R, Guise J. Addressing social isolation to improve the health of older adults: A rapid review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019.

Victor CR, Bowling AA. longitudinal analysis of loneliness among older people in great britain. *The Journal of Psychology*. 2012; 146 (3): 313-331.

Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile ii. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center. 1996: 120-126.

Wan Mohd Azam W, Din N, Ahmad M, Ghazali S, Ibrahim N, Said Z, . . . Maniam T. Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific psychiatry : Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*. 2013; 5: 134-139.

Watson K, Hatcher D, Good AA. randomised controlled trial of lavender (*lavandula angustifolia*) and lemon balm (*melissa officinalis*) essential oils for the treatment of agitated behaviour in older people with and without dementia. *Complementary Therapies in Medicine*. 2019; 42: 366-373.

White MP, Elliott LR, Taylor T, Wheeler BW, Spencer A, Bone A, . . . Fleming LE. Recreational physical activity in natural environments and implications for health: A population based cross-sectional study in england. *Preventive Medicine*. 2016; 91: 383-388.

Wilson C, Moulton B. Loneliness among older adults: A national survey of adults 45+. Prepared by Knowledge Networks and Insight Policy Research. Washington, DC:AARP, 2010.

World Bank. Life expectancy at birth, total (years). World Bank Data Publishing, 2016a.

World Bank. Population ages 65 and above (% of total). World Bank Data Publishing, 2016b.

Yagli NV, Ulger O. The effects of yoga on the quality of life and depression in elderly breast cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*. 2015; 21 (1): 7-10.

Yan Z, Yang X, Wang L, Zhao Y, Yu L. Social change and birth cohort increase in loneliness among chinese older adults: A cross-temporal meta-analysis, 1995-2011. *International Psychogeriatrics*. 2014; 26 (11): 1773-1781.

Yang K, Victor C. The prevalence of and risk factors for loneliness among older people in China. *Ageing and Society*. 2008; 28 (3): 305-327.

Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European Nations. *Ageing and Society*. 2011; 31(8): 1368-1388.

Ye C, Beyene J, Browne G, Thabane L. Estimating treatment effects in randomised controlled trials with non-compliance: A simulation study. *BMJ Open*. 2014; 4(6): e005362.

Yoon DP, Lee EK. The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *Journal of Gerontological Social Work*. 2007; 48 (3-4): 281-298.

EKLER

EK-1 Yaşlıların Yalnızlık Düzeyine Göre Randomizasyonu

Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'ne göre "Çok yalnızlık hisseden" grubundaki kadınların randomizasyonu

RANDOM.ORG (Randomness and Integrity Services Ltd) [IE] | <https://www.random.org/sequences/?min=1&max=74&col=2&format=html&seed=new>

RANDOM.ORG - Sequence Generator

Home Games Numbers Lists & More Drawings Web Tools Statistics Testimonials Learn More Login

Search RANDOM.ORG Search

True Random Number Service

Do you own an iOS or Android device? Check out our app!

Random Sequence Generator

Here is your sequence:

53	4
34	58
38	20
52	37
73	9
29	24
51	12
15	27
18	32
61	30
9	56
46	41
63	19
21	8
10	43
42	66
69	33
11	35
74	72
57	13
2	70
26	22
7	64
36	14
1	60
28	54
40	39
44	23
62	49
47	25
16	67
48	3
31	45
71	6
59	65
17	50
68	55

Timestamp: 2016-01-29 12:26:01 UTC

Again! Go Back

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

GİRİŞİM GRUBU ← → KONTROL GRUBU

Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'ne göre “Çok yoğun yalnızlık hisseden” grubundaki kadınların randomizasyonu

RANDOM.ORG (Randomness and Integrity Services Ltd) [IE] | <https://www.random.org/sequences/?min=1&max=26&col=2&format=html&rnd=new>

[Home](#) [Games](#) [Numbers](#) [Lists & More](#) [Drawings](#) [Web Tools](#) [Statistics](#) [Testimonials](#) [Learn More](#) [Login](#)

RANDOM.ORG

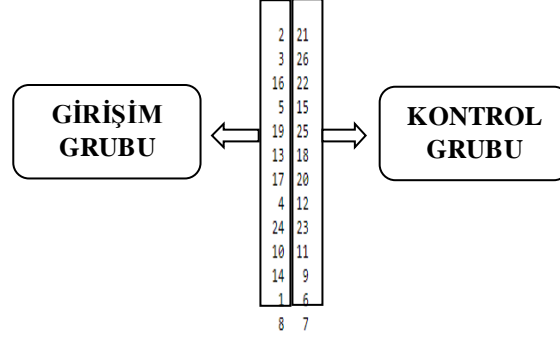
Search RANDOM.ORG

True Random Number Service

Do you own an iOS or Android device? Check out our app!

Random Sequence Generator

Here is your sequence:



Timestamp: 2018-01-29 12:30:27 UTC

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

© 1998-2018 RANDOM.ORG
Follow us: [Twitter](#) | [Facebook](#) | [Google+](#)
[Terms and Conditions](#)
[About Us](#)

EK-2 Çalışmaya Katılan Yaşlı Kadınların INOSEL Programına Katılım Çizelgesi

Etkinlik	1hf	2hf		3hf	4hf		5hf		6hf		7hf		8hf		9hf	10hf		11hf		12h
		Yürüyüş	Piknik gezisi		Yürüyüş	Sinema	Yürüyüş	Tiyatro	Eğitim	Yürüyüş	Yürüyüş	Yürüyüş	Piknik gezisi	Yürüyüş		Sinema	Yürüyüş	Piknik gezisi		
1	NS	+++	+	++	+++	+	+++	+	+++	+	+	+	+++	+	++	+	+++	+	+	++
2	PK	++	+		+		+		+					+						
3	ŞK	+++	+	++	+++	+	+++	+	+++			+++	+	+++	++	+	+++	+	+	++
4	SB	+++	+	+++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	++	+	+++	+	+	++
5	FÇ	++	+	+	+	+	+	+	+							+				
6	MK	+	+		+	+	+	+												
7	SY	+++	+	+++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	++
8	HÇ	+++	+	+++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	+
9	HŞ	+++	+	+++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	++
10	ŞŞ	++	+	+	+															
11	EG	++	+	+++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	++
12	ZÇ	++	+	++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	++
13	FK	++	+				+		+											
14	HY	+	+	+			+		+											
15	NY	+++	+	+++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	++
16	DS	++	+	++	+		+		+											
17	MÖ	++	+	+++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	+
18	DÇ	++	+	++	+++	+	+++	+	+++	+		+	+++	+	+++	+	+++	+	+	++

Etkinlik	1hf	2hf		3hf	4hf		5hf		6hf		7hf		8hf		9hf	10hf		11hf	12hf	
	Vürüyüş	Vürüyüş	Piknik	Vürüyüş	Vürüyüş	Sinema	Eğitim	Vürüyüş	Tiyatro	Vürüyüş	Eğitim	Vürüyüş	Piknik	Vürüyüş	Sinema	Vürüyüş	Piknik	Vürüyüş		
19	GK ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
20	IB +	+																		
21	GK ++	++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+
22	ES ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
23	SA ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
24	ŞK ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+
25	ŞA ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
26	CK ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
27	HA ++	+		++			+	++												
28	HK ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
29	HA ++	++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+
30	HC ++	++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	
31	RÜ ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
32	SK ++	++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
33	ZA ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+
34	ŞÖ ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++
35	SP ++	++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+
36	HO ++	+++	+	+++	+++	+	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	++

EK-3 Yaşlı Kadınlara Anı Terapisi Oluşturmak Amacıyla Verilen Fotoğraflar



EK-4 Dünya Kadınlar Gününde Düden Park ve Macera Ormanına Yapılan Piknik ve Gezi Basın Bildirileri

www.haberturk.com/yerel-haberler/59100475-kepezden-yalniz-kadinklara-anlamli-destek

HABER TÜRK Son Dakika Gündem Ekonomi Spor Magazin Dünya Teknoloji Yazarlar Sağlık Kadın Video CANLI

SON DAKİKA HABERLERİ / **ANTALYA HABERLERİ**

Kepez'den yalnız kadınlara anlamlı destek

08 Mart 2018 Perşembe, 11:53



Dünya Kadınlar Günü haftasında, Kepez'de yalnız yaşayan yaşlı kadınlara, onlara eşlik eden gönüllüler ile birlikte özel bir günü paylaştı. 8 Mart Dünya Kadınlar Günü'nde yaşlı kadınlar ve aynı mahallede onlara her işlerinde yardımcı olan gönüllüler bir araya geldi. Kepez Belediyesi'nin destekleri ile Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Sebahat Gözüm danışmanlığında Araştırma Görevlisi Ayşe Gül İlgar'ın yürüttüğü doktora tezi kapsamında yürütülen proje kapsamında yalnızlık çeken yaşlı kadınlara sosyal destek sağlanıyor. Yaklaşık 12 hafta sürecek olan sosyal sorumluluk yönü ağır basan proje, yalnız yaşayan yaşlı kadınlara sağlık hizmetlerine ulaşmalarına yardım etmenin yanı sıra, toplumda daha fazla yer alarak sosyalleşmelerini de sağlayan bir dizi sosyal ve kültürel etkinliği kapsıyor.

8 Mart'a özel şehir gezisi
Üç ay boyunca devam edecek olan örnek projenin destekçisi Kepez Belediyesi, farklı yaş gruplarından oluşan 120 kişilik kadın grubuna, gönüllülerle birlikte özel bir gün geçirme fırsatı sundu. 8 Mart Dünya Kadınlar Günü kapsamında, projede yer alan yaşlı kadınlar Kepez Belediyesi'nin desteği ile şehrin farklı noktalarında sosyal bir gün geçirdi. Günümüzde kopmaya yüz tutmuş sosyal bağların yeniden kuvvetlendirilerek, bunun sürdürülmesi için gerekli şartların hazırlanmasını ön gören proje, kadınların toplumun içinde yer alan bireyler olmaları için güzel bir etkinliği gerçekleştirildi. Kepez Belediyesi'nin ulaşımı da sağladığı projenin özel günü, Antalya'nın güzellikleri ile dolu bir şehir turu ve Kepez Belediyesi'nin ilçeye kazandırdığı tesislerin bulunduğu hizmetler ile devam etti. Yalnızlık çeken yaşlı kadınlar, böylelikle anlamlı bir proje ile kendilerini yeniden hayata bağlayan herkese tek tek teşekkürlerini ilettiler.

Tütüncü: "Yılda bir gün değil, her gün"
Kadınların yılda bir gün değil, her gün önemsemenin gerektiğinin altını çizen Kepez Belediye Başkanı Hakan Tütüncü, "Dünyadaki anlamlı bir anlamın destekçisi olmaktan

Antalya İlçeleri
Akseki Alayunt Alanya Demire
Döğemeelit Elmali Finike
Gazipaşa Gündoğmuş İbrendi
Kaş Kemer Kepez Konyaseli
Korkuteli Kumluca Manavgat
Muratpaşa Serik
Tüm Antalya Haberleri

Hava Durumu
Antalya
Perşembe 7 Mart
18°C
Kısmen Gümüş ve Çok Bulutlu
Sıcaklık, Yağış
Perşembe Cumartesi
Perşembe Cumartesi

NAMAZ VAKİTLERİ
ANTALYA
İMSAK 05:53
GÜNEŞ 07:12
ÖÇLE 13:14
İKİNDİ 16:30
AKŞAM 19:04
YATSI 20:18

EN ÇOK OKUNAN
ANTALYA HABERLERİ
Spor Salonuna Atatürk arı verdi

https://www.kepez-bld.gov.tr/magazine.php?id=193/Nisan-2018#Kepez-Vizyon/49



MACERA RESTAURANT

YALNIZ KADINLARA ANLAMLIL DESTEK

Dünya Kadınlar Günü haftasında, Kepez'de yalnız yaşayan yaşlı kadınlar, onlara eşlik eden gönüllüler ile birlikte özel bir günü paylaştı

Kepez Belediyesi ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ni birliğinde anlamlı bir sosyal sorumluluk projesine imza attı. 8 Mart Dünya Kadınlar Günü'nde yaşlı kadınlar ve aynı mahallede onlara her işlerinde yardımcı olan gönüllüler bir araya geldi. Kepez Belediyesi'nin destekleri ile Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Sebahat Gözüm danışmanlığında Arş. Gör. Ayşe Gül İlgar'ın doktora tezi kapsamında yürütülen proje kapsamında yalnızlık çeken yaşlı kadınlara sosyal destek sağlanıyor. Yaklaşık 12 hafta sürecek olan sosyal sorumluluk yönü ağır basan proje, yalnız yaşayan yaşlı kadınlara sağlık hizmetlerine ulaşmalarına yardım etmenin yanı sıra, toplumda daha fazla yer alarak sosyalleşmelerini de sağlayan bir dizi sosyal ve kültürel etkinliği kapsıyor. Üç ay boyunca devam edecek olan örnek projenin destekçisi Kepez Belediyesi, farklı yaş gruplarından oluşan 120 kişilik kadın grubuna, gönüllülerle birlikte özel bir gün geçirme fırsatı sundu. 8 Mart Dünya Kadınlar Günü kapsamında, projede yer alan yaşlı kadınlar Kepez Belediyesi'nin desteği ile şehrin farklı noktalarında sosyal bir gün geçirdi. Günümüzde kopmaya yüz tutmuş sosyal bağların yeniden kuvvetlendirilerek, bunun sürdürülmesi için gerekli şartların hazırlanmasını ön gören proje, kadınların toplumun içinde yer alan bireyler olmaları için güzel bir etkinliği gerçekleştirildi. Kepez Belediyesi'nin ulaşımı da sağladığı projenin özel günü, şehir turu ve Kepez Belediye Başkanı Hakan Tütüncü'nün kazandırdığı tesislerin bulunduğu hizmetler ile devam etti.

EK-5 Dünya Sağlık Haftası'nda Manavgat Şelalesi Piknik ve Gezi Basın Bildirileri

Hemşirelik Fakültesi'nde x

www.hurriyet.com.tr/hemşirelik-fakultesinden-anlamli-etkinlik-40811880

Hürriyet Gündem Dünya Ekonomi Spor Arena Video Seyahat Kelebe

Hemşirelik Fakültesi'nden anlamlı etkinlik
DHA 20.04.2018 - 15:58 | Son Güncelleme : 20.04.2018 - 15:58

Reklam Google tarafından kapatıldı



DHA

f t F e

— A + Yorum yaz

ANTALYA, (DHA) - AKDENİZ Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Dünya Sağlık Haftası kapsamında sağlığın daha az konuğulan ruhsal ve sosyal yönlerini geliştirmeye yönelik bir etkinlik gerçekleştirdi.

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Sebahat Gözüm'ün danışmanlığında doktora tez çalışmasını yürüten Araştırma Görevlisi Ayşegül İlgaz'ın öncülüğünde, toplumda yalnızlık yaşayan yaşlı kadınların ruhsal ve sosyal sağlıklarını geliştirmek için gezi programı ve piknik düzenlendi. Manavgat Şelalesi'nde yapılan gezi programına katılan yaşlılar, Antalya'da yaşamalarına, adını duymalarına rağmen Manavgat Şelalesini ilk kez gördüklerini, böyle bir etkinliğe katılımının onları çok mutlu ettiğini ve keyifli zaman geçirdiklerini ifade ettiler.

REKLAM



Prof. Dr. Sebahat Gözüm, sağlığın, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlandığını belirterek, "Sağlık tanımında sağlıklı olmanın tüm yönlerine dikkat çekilmekte birlikte, ruhsal ve sosyal sağlığın geliştirilmesine maalesef daha az önem verilmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Günü kapsamında sağlığın bu iki boyutuna dikkat çekmeyi hedefledik" dedi.

Yaşlılara yalnız olmadıklarını hissettirmek amacıyla yaptıkları etkinlikte onlarla böyle keyifli bir paylaşım yapmanın mutluluk verici olduğunu söyleyen Araştırma Görevlisi Ayşegül İlgaz, Kepez Belediyesi ve Manavgat Belediyesi'ne desteklerinden dolayı teşekkür etti.

EK-6 Anneler Gününde Kent Ormanına Yapılan Piknik ve Gezi Basın Bildirileri

www.akdenizdeyeniyuzuil.net/haber-anneler-gunu-nde-annanneler-ve-babaanneler-unutulmadi-20064.html

Astroloji Anketler Künyemiz Haklarımızda Bize Ulaşın

3A Tente
PİYALASIZ TENTE SATIŞI

CEYİZ YÖNÜ AÇILIRI YERİNE
KENTİMİZİN EN İYİ YERİNDE
MANGALCI TENTE
KURUMSAL İNTERNETİP TENTE

4. YENİ YÜZYIL
0542 730 08 87

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
Kültür Sanat ve Spor Fakültesi
Haber Merkezi - ANTALYA

YeniYüzyıl

Abone, ilan, reklam, haber ve
ihbarlarınız için **BİZE ULAŞIN...**

Tel: 0242 2422047 - Faks: 0242 2422048
akdenizdeyeniyuzuil@gmail.com

WEB TV FOTO GALERİ YAZARLAR GÜNDEM VIDEO HABER EKONOMİ SPOR HAFTANIN SOHBETİ KÜLTÜR RÖPORTAJI TÜMÜ



Korkuteli'de okul kütüphanesi açıldı 5 yaşındaki kız hayran bıraktı Gençlik Merkezi'nden zumba gösterisi Burdur'da Kuduz protestosu Spor Lisesi'nde yıl sonu plajı

Haber Detayı

15 Mayıs 2018 - Salı 15:09

Bu haber 147 kez okundu

Anneler Gününde anneanneler ve babaanneler unutulmadı

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Anneler Gününde anneanne ve babaanneleri unutmadı.

Gündem Haberi



Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kepez Belediyesi'nin destekleriyle ile düzenlediği etkinliğe Kepez bölgesinde yalnız ya da yalnızlık yaşayan yaşlı kadınları anneler gününde yalnız bırakmadı. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Sebahat Gözümlü'nün başkanlığında ve Arg. Gör. Ayşegül İlgaz tarafından yürütülmekte olan doktora tez çalışması kapsamında; yalnız ve yaşlı kadınlar Kent Ormanı'nda parklar ve türküleri eşliğinde öğle yemeğinde ağırlandı.

Yürütükleri çalışma kapsamında yalnızlık yaşayan yaşlı kadınlar için yaptıkları grup etkinliklerine bir yenisini daha eklediklerini belirten Arg. Gör. Ayşegül İlgaz; "Sonsuz sabrı, fedakarlığı, kargılıksız sevgi ve saygısı olan şefkatli annelerimizi hatırladığımız bugünde anneanne ve babaannelerimizin de bu özel günde yalnız olmadıklarını göstermek istedik. Büyüklüğümüzde değerli olduklarını göstermek, yüzlerinde bir tebessüm oluşturabilmek için anneler günü dolayısıyla böyle bir etkinlikte bir araya geldik. Hemen hepsi anneanne ve babaanne olan yaşlarımızın mutlu ve kayıflı vakit geçirdiklerini görmek bizleri de oldukça mutlu etti." diye konuştu. İlgaz desteklerinden dolayı Kepez Belediyesi'ne teşekkürlerini ilettili.

Haber Merkezi

Kaynak:

Editor: Fotoğ. UÇURLUCEL

Hızlı Haber Ara...

Ara



"İhtilerin seçimi olacak"

f 56841 Beğeni
Facebook'ta Beğen

t 61720 Takipçi
Twitter'da Takip Et

Basın İlan Kurumu

İcras İhale Tebliğat Personel

İcradan sabitlik dubleks daire

1 / 12 İLAN SÖZÜM

Ulusal Gazeteler Gazete Seçim

Yazarlar

Murat SEYİRCİ
14 Mayıs 2018 - Pazartesi
Futbol yok siyaset var...

Mihribe TAŞKIN
13 Mayıs 2018 - Pazartesi
ANNE OLUNCA ANLADIKLARIM

Prof.Dr.Abdülaziz BAYINDIR
13 Mayıs 2018 - Pazartesi
İnsan ve Varlıklar Alemi

EK-7 Araştırmacının Omaha Sistemi Eğitim Belgesi



T.C.
Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi
Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 99406986/
Konu : Omaha Sistemi Temel Eğitimi

Tarih:04.10.2017

Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakóltesi Dekanlığı'na

Fakólteniz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
Ayşegöl ILGAZ, 02-04 Ekim 2017 tarihlerinde Anabilim Dalımız tarafından yapılan
12 saatlik "Omaha Sistemi Temel Eğitimi"ni başarı ile tamamlamıştır.
Saygılarımla.

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

EK-8 Veri Toplama Formu

BİRİNCİ AŞAMA

ANKET FORMU

1. Yaşınız?	6- Çalışma durumunuz? a) Emekli b) Ev hanımı c) Çalışıyor
2. Cinsiyet a) Kadın b) Erkek	7- Mesleğiniz(Lütfen ayrıntılı olarak belirtiniz.)
3- Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Eşinden ayrı yaşıyor	8-Ailenizin aylık geliri.....TL
4-Eğitim durumunuz? a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite g) Yüksek Lisans h) Doktora	9- Kiminle yaşıyorsunuz? a) Tek başına b) Bir başkası ile
5- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız? a) Gelir gideri karşılıyor b) Gelir gideri karşılamıyor c) Gelir giderden fazla	10- Yakınıızda ikamet eden akrabanız var mı? a) Evet (.....) b) Hayır

Lawton Broody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

	Bağımlı	Kısmen Bağımlı	Bağımsız
Telefon kullanma			
Ulaşım aracına binme			
Alışveriş yapma			
Yemek hazırlama			
Ev işi yapma			
Çamaşır yıkama			
İlaç kullanma			
Para idaresi			

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

	Bağımlı	Kısmen Bağımlı	Bağımsız
Banyo Yapma	1	2	3
Giyinme			
Tuvalete Gitme			
Transfer(yataktan)			
Kontinans			
Yemek Yeme			
Toplam Puan			

YAŞLILAR İÇİN YALNIZLIK ÖLÇEĞİ (YİYÖ)

Açıklama: Lütfen aşağıdaki 11 ifadeyi okuyunuz ve o duruma ilişkin olarak şu anda ne hissettiğinizi değerlendiriniz. Şu an hissettiğiniz duruma uygun olan cevabın karşısındaki parantezin içine çarpı işareti koyunuz.

	Evet	Olabilir	Hayır
1- Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	()	()	()
2- Gerçekten yakın bir arkadaşına sahip olmayı özledim.	()	()	()
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	()	()	()
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	()	()	()
5- Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özledim.	()	()	()
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğumu düşünüyorum.	()	()	()
7- Tam anlamıyla güvенеbileceğim birçok kişi var.	()	()	()
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	()	()	()
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özledim.	()	()	()
10- Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	()	()	()
11- Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim	()	()	()

İKİNCİ AŞAMA

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

(IPAQ KISA FORMU)

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığımız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığımız spor, egzersiz

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda **en az 10 dakika** süre ile yaptığımız aktiviteleri düşünün.

1. **Geçen 7 gün** içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ___ gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığımız **orta** dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız

3. **Geçen 7 gün** içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada ___ gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde **yürüyerek** geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Son soru, **geçen 7 günde hafta içinde oturarak** geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde **oturarak** ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Çok az katılıyorum	Kararsızım	Biraz katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

SOSYAL DAHİL OLMA ÖLÇEĞİ

	Hiç	Pek değil	Biraz	Evet kesinlikle
1. Son derece yalnız ve dışlanmış hissediyorum.				
2. Arkadaşlarım tarafından kabul gördüğümü hissediyorum.				
3. Arkadaşlarımla dışarıda vakit geçiriyorum.				
4. Toplumda yararlı bir rol oynadığımı hissediyorum.				
5. Her hafta görüştüğüm ve konuştuğum arkadaşlarım var.				
6. Yaptıklarımı başkaları tarafından değer verildiğini hissediyorum.				
7. Yeni yerlerde bulunuyorum.				
8. Başka kültürler hakkında bir şeyler öğreniyorum.				
9. Bazı kültürel aktivitelerde bulunuyorum.				
10. Yaşım nedeniyle bazı insanların beni küçümsediğini hissediyorum.				
11. Yaşadığım mahallede gündüz tek başına dolaşırken kendimi güvende hissetmiyorum.				
12. Komşularım tarafından kabul gördüğümü hissediyorum.				
13. Ailem tarafından kabul gördüğümü hissediyorum.				
14. Haklarımı net bir şekilde biliyorum.				
15. İnançlarımı ifade etmekte kendimi özgür hissediyorum.				
16. Yaşadığım yerde kendimi güvende hissetmiyorum.				
17. Bir spor, maç ya da fiziksel aktivite yapıyorum.				
18. Bir yardım kuruluşuna veya yakınımda ihtiyacı olanlara yardımda bulunuyorum.				

DSÖ-5 İYİLİK DURUMU İNDEKSİ (WHO-5 WELL-BEING INDEX)

Son 2 hafta boyunca	Her zaman	Çoğu zaman	Geçen zamanın yarısından çoğunda	Geçen zamanın yarısından daha azında	Bazen	Hiçbir zaman
1. Kendimi neşeli ve keyifli hissettim.						
2. Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim.						
3. Kendimi aktif ve dinç hissettim.						
4. Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım.						
5. Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu						

SAĞLIK DURUMUNU ALGILAMA ÖLÇEĞİ

1. Sizinle aynı yaşta ve cinsiyette olan insanlarla karşılaştığınızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Kötü d) Çok kötü

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Manevi gelişim alt boyut

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
Geleceğe umutla bakarım				
Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
İlahi bir gücün varlığına inanırım				
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

OMAHA SİSTEMİ PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

Problemin belirleyicilerini: 1)Sağlığı Geliştirme, Potansiyel, Aktüel (birini) ve 2) A: Aile, B: Birey, T: Toplum (birini) seçerek olarak daire içine alınız. Birey/ bireylerin numarasını #.....ile belirtilen yere yazınız. Potansiyel'i işaretlediyseniz, risk faktörlerini, Sağlığı Geliştirmeyi işaretlediyseniz gerekli açıklamaları yazınız; Aktüel'i işaretlediyseniz; bir ya da daha fazla belirti/ bulguyu daire içine alınız. Birden fazla birey için aynı problemde birden fazla belirti /bulgu işaretlediyseniz yan taraftaki açıklamalar bölümünü doldurunuz.

Tarih:

Hemşire Adı:

Aile Adı:

Aile No:

Aile Bireyleri:

(1)

(4)

(2)

(5)

(3)

(6)

01. ÇEVRESEL ALAN

Yaşam alanı, mahalle ve toplumu kapsayan fiziksel ve çevresel kaynaklarla ilgili problemleri tanımlar

	01. Gelir (Yaşamın sürdürülmesi ve sağlık harcamaları için gerekli olan gelir, para)	.....
A	Gelir Kaynağı:.....	.....
B	Gelir Miktarı:.....	.....
T	Sağlığı Geliştirme Potansiyel (Risk faktörleri: .....)	.....
	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01. gelirin düşük olması / hiç olmaması 02. sağlık güvencesinin olmaması 03. para yönetiminde güçlük 04. sadece temel gereksinimlerini satın alabilme 05. gereksinimlerini satın almada güçlük 06. Diğer	.....
.....	
	02. Sanitasyon (Enfeksiyonlara ve hastalıklara karşı önlemler ve çevre temizliği)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....)	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
	01. yaşanılan alanının kirli olması 02. besinlerin saklanması ve atılmasında yetersizlik 03. böcek / kemiricilerin olması 04. kötü kokular 05. su sağlamada yetersizlik 06. kanalizasyon sisteminde yetersizlik 07. çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması 08. alerjenler 09. enfeksiyon- kontaminasyon etkenleri 10. küf 11. evde hayvan sayısının fazla olması 12. Diğer	.....
#	
.....	

	03. Konut (Yaşam alanı)	.....
	Konutun Tipi .....	.....
A	Konut: <input type="checkbox"/> Kendine ait <input type="checkbox"/> Kira	.....
B	Sağlığı Geliştirme	.....
	Potansiyel ;(Risk faktörleri: .....) )	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
	01. yapısal olarak sağlam olmaması 02. ısıtma/soğutma sisteminin yetersiz olması 03. dik / güvenli olmayan merdivenler 04. bina giriş çıkışlarının dar ve yetersiz olması 05. yaşanılan alanın dağınık olması	.....
#	06. tehlikeli madde ve araçların güvenli bir şekilde saklanmaması	.....
.....	07. hal/ paspasların güvenli bir şekilde serilmemesi 08. güvenlik araçlarının (alarm, yangın söndürücü vb.) yetersiz olması 09. kurşun bazlı boya kullanımı 10. güvenli olmayan ev eşyaları / aletleri	.....
	11. yaşam alanının kalabalık/yetersiz olması 12. elektrik kablolarının vb. gereçlerinin açıkta ve korunmasız olması 13. yapısal engeller	.....
	14. yaşanılacak bir evin olmaması 15. Diğer	.....
	04. Yaşanılan Mahalle / İş Yeri Güvenliği (İş yerinde ya da toplumda hastalık, yaralanma ve kayıpların olmaması)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....) )	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
	01. suç oranının yüksek olması 02.kirlilik düzeyinin yüksek olması	.....
	03. kontrol edilmemiş tehlikeli ve enfekte hayvanlar 04. oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz olması / güvenli olmaması	.....
#	05. sağlığı teşvik etmek için kaynakların/alanların yetersiz olması	.....
.....	06.Şiddet ile ilgili tehditler/ ihbarlar 07. fiziksel tehlikeler 08. araç/ trafik tehlikeleri 09. kimyasal tehlikeler 10. radyasyon tehlikesi	.....
	11. diğer	.....

Çevresel Değerlendirme:

02. PSİKOSOSYAL ALAN

Davranış, duygu, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri tanımlar

	05. Toplum kaynakları ile iletişim (Birey/aile/ toplum ile sosyal hizmet kurumları, okullar ve işletmeler arasındaki hizmetler, bilgi ve malzemelere ilişkin etkileşim)	...
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....) )	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
	01. hizmetlerden yararlanma seçeneklerini / süreçlerini bilmeme	.....
#	02. hizmet sunanların rollerini /yasal sorumluluklarını anlamada güçlük 3. hizmet sunanlarla iletişim kuramama 04. hizmetlerden memnun olmama	.....
.....	05. kaynakların olmaması/ yetersiz olması 06.dil engeli 07. kültürel engeller 08. eğitimsel engeller 09. ulaşım engelleri 10.bakıma/ hizmetlere/ malzemelere sınırlı erişim 11. iletişim araçlarının yetersizliği/ kullanılamaması 12. diğer	.....

A	06. Sosyal etkileşim (<i>Birey, aile / toplum ile yaşam alanı dışındaki</i>	.....
B	<i>diğerleri arasındaki etkileşim)</i>	.....
T	Sağlığı Geliştirme	.....
#	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
.....	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
	01. sınırlı sosyal etkileşim	.....
	02. sosyal etkileşim için sağlık çalışanlarını kullanma	.....
	03. dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması	.....
	04. diğer	.....
A	07. Rol değişimi (<i>Beklenen davranış özelliklerine yeni rollerin</i>	.....
B	<i>eklenmesi ya da rol kaybı)</i>	.....
T	Sağlığı Geliştirme	.....
#	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
.....	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
	01. istenmeyen rol değişimi 02. yeni rol üstlenme	.....
	03. rol kaybı 04. diğer	.....
	
	08.Kişiler arası ilişkiler (<i>Birey, aile ve toplum ile diğerleri</i>	.....
	<i>arasındaki bağlar ve ilişkiler)</i>	.....
	Sağlığı Geliştirme	.....
A	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
B	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
T	01. ilişki kurma/ sürdürmede güçlük 02. paylaşılan aktivite lerin az	.....
#	olması 03. değerler/ amaçlar/ beklentiler / zamanlamada uyumsuzluk	.....
.....	04. kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik 05. uzun süren,	.....
	düzelmeyen gerginlik 06. gereksiz şüphe/ manipülasyon–yönlendirme	.....
	/ kontrol 07. eşel/ partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma	.....
	08. çatışmaya girmeden problem çözememe 09. diğer	.....
	
	09. Maneviyat (<i>Din, inanç, değerler ve maneviyatı içeren</i>	.....
A	<i>uygulamalar ve inanışlar)</i>	.....
B	Sağlığı Geliştirme	.....
T	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
#	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
.....	01. maneviyatla ilgili endişelerini ifade etme 02. maneviyatla	.....
	ilişkin ritüellerin/ uygulamaların kesintiye uğraması 03. maneviyat	.....
	ile ilgili güven kaybı 04. tıbbi / sağlık bakımı uygulamaları ile dini	.....
	inançların çatışması 05. diğer	.....
	
	10. Yas (<i>Kayıp ile ilgili hüzn/ıstırap)</i>	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01. yas / iyileşme sürecinin aşamalarını kabul etmede güçlük	.....
.....	02. yas tepkileri ile baş etmede güçlük 03. yas tepkilerini ifade etmede	.....
	güçlük 04. bireylerin/ailelerin yas aşamalarında uyumsuzluğu	.....
	05. diğer	.....

11. Ruh Sağlığı (*Yaşam olaylarına uyum sağlamak, diğer bireyler ile iletişim kurmak, aktivitelerini sürdürmek için ruhsal/ duygusal yeteneklerini kullanmak ve geliştirmek*)

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. hüznün /umutsuzluk / benlik saygısında azalma **02.** endişe / tanımlanmamış korkular **03.** öz bakım /aktivitelere katılımda ilgi kaybı **04.** odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık **05.** duygularda küntleşme **06.** huzursuz/ ajite/ saldırgan **07.**amaçsız/ kompulsif davranış **08.** stres yönetiminde güçlük **09.** öfke yönetiminde güçlük **10.** somatik yakınmalar /yorgunluk **11.** sanrı (delüzyon) **12.** yanılsama (halüsinasyon/ illüzyon) **13.** intihar / başkasını öldürme düşüncesini ifade etme **14.** intihar / başkasını öldürme girişimi **15.** Kendini yaralama,kesme**16.** duygu durumunda dalgalanma **17.** geçmişe ait travmatik görüntülere dönmek (flash-backs) **18.** diğer

12. Cinsellik(*Cinsel aktivite ve mahremiyet ile ilişkili tutumlar, duygular ve davranışlar*)

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. cinsel davranışların sonuçlarını bilmeme **02.** mahremiyetini /özelini ifade etmede güçlük **03.** cinsel kimlik karmaşası **04.** cinsel değerlerde karmaşa **05.** cinsel ilişkilerinde doyumsuzluk **06.** güvenli olmayan cinsel davranışlar **07.** cinsel dışa vurum/ kışkırtıcı davranışlar/ taciz **08.** cinsel suç / cinsel saldırı **09.** diğer

13.Bakım ve rme / ebeveynlik(*Bağımlı yetişkin veya çocuk için fiziksel bakım, destek ve uyaranların sağlanması*)

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. fiziksel bakım/ güvenliği sağlamada güçlük **02.** duygusal bakım vermede güçlük **03.** bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük **04.** koruyucu ve terapötik bakım sağlamada güçlük **05.** büyüme ve gelişme aşamaları ile uyumlu olmayan beklentiler **06.** sorumluluk almada zorlanma / memnuniyetsizlik **07.** sözlü /sözsüz iletişime cevap vermeme ya da anlamada güçlük **08.** ihmalkâr / umursamaz **09.** kötü davranma **10.** diğer

14. İhmal (*Çocuk veya erişkinin, temel düzeyde beslenme, giyinme, barınma ve bakım gereksinimlerinden mahrum bırakılması*)

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. fiziksel bakım eksikliği **02.** duygusal bakım /destek eksikliği **03.** uygun uyaran /bilişsel deneyim eksikliği **04.** uygun olmayan şekilde yalnız bırakılma **05.** gerekli denetimin / gözetimin eksikliği **06.** yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım **07.** diğer

15. İstismar (Çocuk veya erişkinin kazasal olmayan nedenlerle fiziksel, duygusal veya cinsel şiddete maruz kalması, yaralanması)
A Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. sert / aşırı disiplin 02. izler / morartı / yanıklar/ diğer yaralar
03. yaralanma ile ilgili çelişkili açıklamalar 04. sözlü saldırıya uğrama
05. korkak / ürkek davranışlar 06. şiddet içeren çevre
07. sürekli olumsuz eleştiri / mesajlar 08. cinsel saldırıya uğrama
..... 09. diğer

16. Büyüme / gelişme (Doğumdan ölüme kadar yaşam boyunca süren fiziksel, duygusal ve sosyal olgunlaşma)
A Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01 gelişimsel tarama test sonuçlarının normal olmaması 02. tartı -
boy, baş çevresi değerlerinin yaş/ büyüme standardına uygun
..... olmaması 03. yaşa uygun olmayan davranışlar 04. gelişimine uygun
görevlerini başarmada / sürdürmede yetersizlik 05. diğer

Psiko-sosyal Değerlendirme:

03. FİZYOLOJİK ALAN

Yaşamın sürekliliğini sağlayan süreç ve fonksiyonlar ile ilişkili problemleri tanımlar.

17. İşitme (Seslerin kulak yoluyla algılanması)
A Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. normal konuşma ses tonunu duymada güçlük 02. kalabalık
ortamlarda konuşmaları duymada güçlük 03. yüksek frekanslı
sesleri duymada güçlük 04. sese anormal yanıt / yanıtızlık
..... 05. işitme tarama testi sonuçlarının normal olmaması 06. diğer

18. Görme (Görme yeteneği)
A Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. küçük karakterli yazıları görmeye güçlük 02. uzaktaki
cisimleri görmeye güçlük 03. yakındaki cisimleri görmeye
güçlük 04. görsel uyaranlara anormal yanıt / yanıtızlık
..... 05. görme tarama testi sonuçlarının normal olmaması
06. şaşılık / göz kırpması / gözlerde sulanma / bulanık görme
..... 07. uçuşan nesnelere / ışık görmeye 08. renkleri ayırt etmede
güçlük 09. diğer

- 19. Konuşma ve dil** (İletişim için jestlerin, işaretlerin, sembollerin ya da konuşma seslerinin kullanılması)
- A** Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinin normal olmaması / konuşamama 02. anlama yeteneğinin normal olmaması / anlayamama 03. alternatif iletişim becerilerinin / el-kol hareketlerinin (jestlerin) olmaması 04. uygun olmayan cümle yapıları ile konuşma 05. telaffuzda yetersizlik / anlaşılır olmama 06. uygun olmayan kelime kullanımı 07. diğer
- 20. Ağız Sağlığı** (Ağız ve dişlerinin durumu, dişlerin düzeni, tipi, sayısı)
- A** Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar 02. çürükler 03. aşırı tartar / diş taşı 04. yaralı / şiş / kanayan dişeti 05. dişlerde kapanma bozukluğu 06. iyi oturmayan / eksik takma dişler 07. sıcak ya da soğuğa hassasiyet 08. diğer
- 21. Bilişsel Durum** (Düşünme ve bilgiyi kullanabilme yeteneği)
- A** Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. muhakeme yeteneğinde azalma 02. zaman/ kişi /yer oryantasyonunda bozulma 03. yakın zamandaki olayları hatırlamada yetersizlik 04. uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada yetersizlik 05. hesaplama ve sayı sayma becerilerinde yetersizlik 06. konsantrasyonda yetersizlik 07. mantıklı /soyut düşünebilmede sınırlılık 08. kontrolsüz hareket 09. tekrarlayan konuşmalar /davranışlar 10. bilinçsiz / amaçsız olarak dolaşmak /kaybolmak 11. diğer
- 22. Ağrı** (Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duyuşsal ve duygusal deneyim)
- A** Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. rahatsızlık/ağrı ifade etme 02. ağrıya bağlı nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme 03. ağrıyan bölgeyi sakınan/ koruyan hareketler 04. yerinde duramama 05. yüzünü buruşturma 06. soluk görünüm / terleme 07. diğer
- 23. Bilinç** (Çevrenin ve uyarıların farkında olma, yanıt verme)
- A** Sağlığı Geliştirme
B Potansiyel (Risk faktörleri:)
T Aktüel ; Belirti /Bulgular
01. dalgın (letarji) 02. uykulu (stupor) 03. uyarılara cevap vermeme 04. koma hali 05. diğer

	24.Deri (Vücutun doğal örtüsü)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01. lezyon / basınç yarası 02. döküntü 03. aşırı kuru 04. aşırı yağlı	.....
.....	05. enflamasyon 06. kaşıntı 07. akıntı 08. çürük- ezik 09. tırnakların	.....
	aşırı büyümesi / hipertrofisi 10. İnsizyon yarasının iyileşmesinde	.....
	gecikme 11. diğer	.....
	
	
A	25.Sinir-kas-iskelet fonksiyonu (Sinirlerin, kasların ve kemiklerin	.....
B	özel hareketleri gerçekleştirmesi ve duyuları koordine etmesi)	.....
T	Sağlığı Geliştirme	.....
#	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
.....	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
	01. eklem hareket açıklığında (ROM) sınırlılık 02. kas gücünde	.....
	azalma 03.koordinasyonda azalma 04. kas tonüsünde azalma	.....
	05. kas tonüsünde artma 06. duyuda azalma 07. duyuda artma	.....
	08. dengede bozukluk 09. yürüme / hareket etme güçlüğü	.....
	10. taşınma/transfer güçlüğü 11. kırıklar 12. titremeler / nöbetler	.....
	13. vücut ısısının düzenlenmesinde zorluk 14. diğer	.....
	
	
A	26.Solunum(Nefes alıp verme yolu ile vücuttaki oksijen değişimi)	.....
B	Sağlığı Geliştirme	.....
T	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
#	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
.....	01. normal olmayan solunum tipleri 02. bağımsız olarak nefes	.....
	alamama 03. öksürme 04. öksürememe / bağımsız olarak balgam	.....
	çıkaramama 05. siyanoz 06. anormal balgam 07. sesli solunum	.....
	08. burun akıntısı /nazal konjesyon 09. normal olmayan solunum	.....
	sesleri 10. solunum ile ilgili normal olmayan laboratuvar sonuçları	.....
	11. diğer	.....
	
	
A	27.Dolaşım (Vücuda yeterli miktarda ve basınçta kan pompalanması)	.....
B	Sağlığı Geliştirme	.....
T	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
#	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
.....	01. ödem 02. ekstremitelerde ağrı/ kramp 03. nabız sayısında azalma	.....
	04. deride renk değişikliği / siyanoz 05. etkilenmiş bölgede ısı	.....
	değişikliği 06. varis 07. senkop atakları (bayılma)/ baş dönmesi	.....
	08. kan basıncı ölçümlerinin normal olmaması 09. pulsus defisit	.....
	(pulse deficit) 10. kalp ritminde düzensizlik 11. kalp hızında aşırı artış	.....
	12. kalp hızında aşırı azalma 13. göğüs ağrısı 14. anormal kalp sesleri	.....
	/ üfürümler 15. pıhtılaşma bozukluğu 16. kardiyak test sonuçlarının	.....
	normal olmaması 17. diğer	.....

	28.Sindirim- Hidrasyon (<i>Besinlerin hazmedilmesi ve emilebilir hale getirilmesi için dönüştürme süreci ve sıvı dengesinin sürdürülmesi</i>)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01.bulantı /kusma 02.çığneme/ yutma/ sindirim güçlüğü	.....
.....	03.hazımsızlık 04.reflü 05.iştahsızlık 06.anemi 07.assit 08. sarılık/ karaciğer büyümesi 09. deri turgorunun azalması 10.dudak çatlaması/ ağız kuruluğu 11.elektrolit dengesi izliği 12.diğer	.....
	29.Bağırsak Fonksiyonu (<i>Atıkların uzaklaştırılması için besinlerin sindirim sistemi boyunca taşınması</i>)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01. dışkı kıvamı / sıklığının normal olmaması 02.ağrılı defekasyon 03.bağırsak seslerinde azalma 04.dışkıda kan	.....
.....	05.dışkıda renk değişikliği 06.kramp / karın bölgesinde rahatsızlık 07.fekal inkontinans 08.diğer	.....
	30. Üriner Fonksiyon (<i>İdrar üretimi ve boşaltımı</i>)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01.idrar yaparken yanma / ağrı 02.idrar kaçırma 03. sıkışma hissi/sık idrara gitme 04.idrar yapmada güçlük 05.mesaneyi boşaltmada güçlük	.....
.....	06. idrar miktarının normal olmaması 07. hematüri / renk değişikliği 08. noktüri 09. üriner sistemle ilgili test sonuçlarının normal olmaması 10. diğer	.....
	31. Üreme Fonksiyonu (<i>Genital organlar ve memelerin durumu ve üreme yeteneği</i>)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01.anormal akıntı 02. menstruasyon düzeninde/ döngüsünde bozulma 03.menopoz / andropozu yönetmede güçlük 04.üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet	.....
.....	05.cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı 06.infertilite 07.impotans08.diğer	.....
	32. Gebelik (<i>Döllenmeden bebeğin doğumuna kadar geçen dönem</i>)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....	.....
T	Aktüel ; Belirti /Bulgular	.....
#	01.doğmamış bebeği kabullenmede güçlük 02. vücut değişikliklerine uyum sağlamada güçlük 03. doğum öncesi egzersiz/ dinlenme/ beslenme ve davranışlar ile ilgili yetersizlik 04.doğum eyleminden korkma 05.prenatal komplikasyonlar/ erken doğum 06. yetersiz sosyal destek 07.diğer	.....
.....	

A 33. Postpartum (Doğumu izleyen altı haftalık dönem)
B Sağlığı Geliştirme
T Potansiyel (Risk faktörleri:/.....)
Aktüel ; Belirti /Bulgular
01.emzirmede güçlük 02.doğum sonu değişiklikler ile başetmede
güçlük 03.doğum sonu egzersiz/ dinlenme/ diyet ve davranışlar ile
ilgili yetersizlik 04.anormal kanama/ vajinal akıntı 05.doğum sonu
komplikasyonlar 06.depresif duygular 07.diğer

A 34. Bulaşıcı /Enfeksiyon Durumu (Organizmaların istila / yayılma
potansiyeline sahip yüzeysel ya da sistemik hastalık oluşturmaması
durumu)
B Sağlığı Geliştirme
T Potansiyel (Risk faktörleri:)
Aktüel ; Belirti /Bulgular
01.enfeksiyon 02. enfestasyon 03.ateş 04.biyolojik tehlikeler
05. pozitif tarama / kültür/ laboratuvar sonuçları 06. bulaşmayı
önlemek için araç-gereç/ malzeme/ politikaların yetersiz olması
07.enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınmaması 08. yetersiz
bağışıklık09.Diğer

Fizyolojik Değerlendirme:.....

04. SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktivite örüntüleri

A 35. Beslenme (Sağlık, büyümenin sürdürülmesi ve faaliyetler için
sıvıların ve besinlerin seçilmesi, tüketilmesi ve kullanılması)
B Sağlığı Geliştirme
T Potansiyel (Risk faktörleri:/.....)
Aktüel ; Belirti /Bulgular
01.fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda 95.
persentil ve üzerinde olması) 02. düşük kilo (BKİ'nin yetişkinlerde
18,5 ve altında, çocuklarda 5. persentil ve altında olması) 03.
günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması 04.
günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması 05.
dengesiz beslenme 06.yaşaya uygun olmayan beslenme programı 07.
önerilen beslenme programını sürdürmemesi 08. açıklanamayan /
sürekli kilo kaybı 09. besin alma/ hazırlamada yetersizlik
10.hipoglisemi 11. hiperglisemi 12. diğer

A 36. Uyku ve Dinlenme Düzeni (Motor ve duyu aktivitelerine ara
verme ve hareketsizlik dönemi, dinlenme ya da mental sakinlik,
durgunluk dönemi)
B Sağlığı Geliştirme
T Potansiyel (Risk faktörleri:/.....)
Aktüel ; Belirti /Bulgular
01.uyku ve dinlenme düzeninin aile üyelerini rahatsız etmesi
02.gece sık sık uyanma 03. uyurgezerlik 04.uykusuzluk 05.kabus
görme 06.yaşaya / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme
07. uyku apnesi 08. horlama 09. diğer

A 37. **Fiziksel Aktivite** (*Günlük yaşamda vücut hareketlerinin durumu ve kalitesi*)
B **Sağlığı Geliştirme**
T **Potansiyel** (Risk faktörleri:)
Aktüel ; Belirti /Bulgular
..... 01. sedanter yaşam biçimi 02. yetersiz / düzensiz egzersiz 03. yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı 04. diğer

38. **Kişisel Bakım** (*Kişisel temizlik ve giyinmenin yönetimi*)
A **Sağlığı Geliştirme**
B **Potansiyel** (Risk faktörleri:)
T **Aktüel ; Belirti /Bulgular**
..... 01. giysilerin temizliğinde/ yıkanmasında yetersizlik 02. banyo yapmada yetersizlik 03. boşaltım ile ilgili temizlik aktivitelerinde yetersizlik 04. alt vücut giyiminde güçlük 05. üst vücut giyiminde güçlük 06. kötü vücut kokusu 07. saçları yıkama/ taramada yetersizlik
08. ağız bakımı/ diş fırçalama/ diş ipi kullanmada güçlük 09. bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma/ yapmayı istememe/yapamama
..... 10. diğer

39. **Madde Kullanımı** (*Hastalığa, fiziksel ya da psikolojik bağımlılığa ve/veya duygu durum değişikliğine neden olabilecek ilaçlar, uyuşturucu maddeler ve diğer maddelerin kullanımı*)
A **Sağlığı Geliştirme**
B **Potansiyel** (Risk faktörleri:)
T **Aktüel ; Belirti /Bulgular**
01. reçeteli/ reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı 02. uyarıcı / uyuşturucu/ sokakta satılan maddelerin kullanımı 03. alkolün kötüye kullanımı 04. sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı 05. günlük rutinleri yerine getirmede zorlanma 06. reflekslerde bozulma
..... 07. davranış değişikliği 08. sigara- puro dumanına maruz kalma 09. yasal olmayan maddeleri satma/ satın alma 10. diğer

40. **Aile Planlaması** (*İnançlar, değerler, tutumlar bağlamında gebelikler arasındaki süreyi planlamak için yapılan uygulamalar*)
A **Sağlığı Geliştirme**
B **Potansiyel** (Risk faktörleri:)
T **Aktüel ; Belirti /Bulgular**
01. aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi
..... 02. gebelik öncesi sağlık uygulamalarına ilişkin yanlış / yetersiz bilgi
03. Aile planlaması yöntemlerini yanlış/tutarsız kullanma 04. kullandığı yöntemden memnun olmama 05. aile planlaması seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma 06. aile planlaması yöntemlerine ulaşmada güçlük 07. diğer

	41.Sağlık Bakım Denetimi (<i>Sağlık bakım profesyonelleri tarafından tedavi planının yönetimi</i>)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....) )	.....
T	Aktüel; Belirti /Bulgular	.....
	01.rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama 02. tedavi / değerlendirme gerektiren semptomlar için bakım almama	.....
#	03.önerilen sağlık randevularına gitmeme 04.birden fazla randevuyu/ tedavi planını koordine edememe 05.sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması 06.sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması	.....
.....	07. tedavi planının yetersiz olması 08. diğer	.....
	42. İlaç Rejimi (<i>Reçete edilen/önerilen ve reçetesiz alınan ilaçların ve infüzyonların uygun zaman, terapötik etki ve güvenlik ilkeleri çerçevesinde kullanımı ya da uygulanması</i>)	.....
A	Sağlığı Geliştirme	.....
B	Potansiyel (Risk faktörleri: .....) )	.....
T	Aktüel; Belirti /Bulgular	.....
	01.önerilen doz/ tedavi programına uymama02.yan etki /istenmeyen tepkilerin olması03. ilaç sağlayan sistemin yetersiz olması04.İlaçlarınuygun olmayan şekilde saklanması05.yedek ilaçların tekrar yerine konmasında yetersizlik 06. bağışıklamanın sağlanmasında yetersizlik 07.ilaç rejiminin uygun olmaması08.yardımsız ilaç uygulayamama /alamama09.diğer	.....
#	
.....	

Sağlık Davranışları Değerlendirme:

.....

EK-9 Ölçek İzinleri

Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği Kullanım İzni

Re: Yaşlılar için yalnızlık ölçeği hakkında

hakgul@erciyes.edu.tr

Kime: Ayşegül İlgaz
Ekler: YAŞLI YALNIZLIK ÖLÇEĞİ DÜZ-1.doc (39 KB) [Tarayıcı Aç]

09 Şubat 2016 Salı 21:29

- 10.02.2016 09:48 tarihinde yanıtladınız.

08.02.2016 11:09, Ayşegül İlgaz yazmış:

Ayşegül Hocam,
Ölçeği kullanmanız beni çok mutlu eder. Doktora çalışmamın bir parçası olduğu için ölçeğin maddelerini verememişim. Tezimi bitti fakat siz makaleye atfarak kullanabilirsiniz.ölçek ektedir.
Çalışmanızda başarılar dilerim. Selamlar.

Değerli hocam,
Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisiyim. Prof. Dr. Sebahat Gözüm ile yapacağımız bir araştırmada ölçeğinizi kullanmak istiyoruz. Ancak Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi'nde yayınlanan Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği'nin maddeleri yer almamaktadır. Hocam ölçeği kullanabilir miyiz? Ölçeği gönderirseniz çok sevinirim hocam.

Saygılarımla
Arş. Gör. Ayşegül İLGAZ
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Re: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

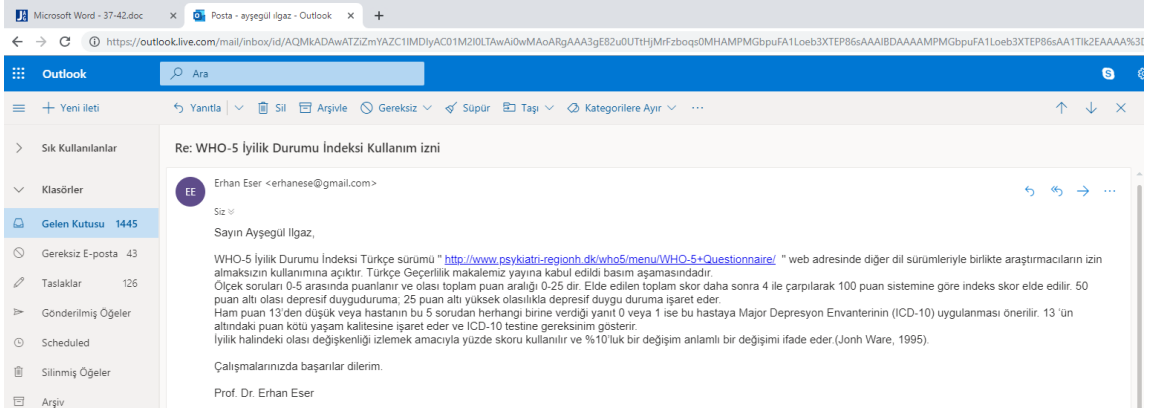
haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Siz

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal ...
16 KB

Sayın Ayşegül İlgaz,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynaktan bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

DSÖ-5 İyilik Durumu İndeksi Kullanım İzni



The screenshot shows an Outlook email interface. The subject line is "Re: WHO-5 İyilik Durumu İndeksi Kullanım izni". The sender is Erhan Eser <erhanese@gmail.com>. The email content is as follows:

Sayın Ayşegül İlgaz,

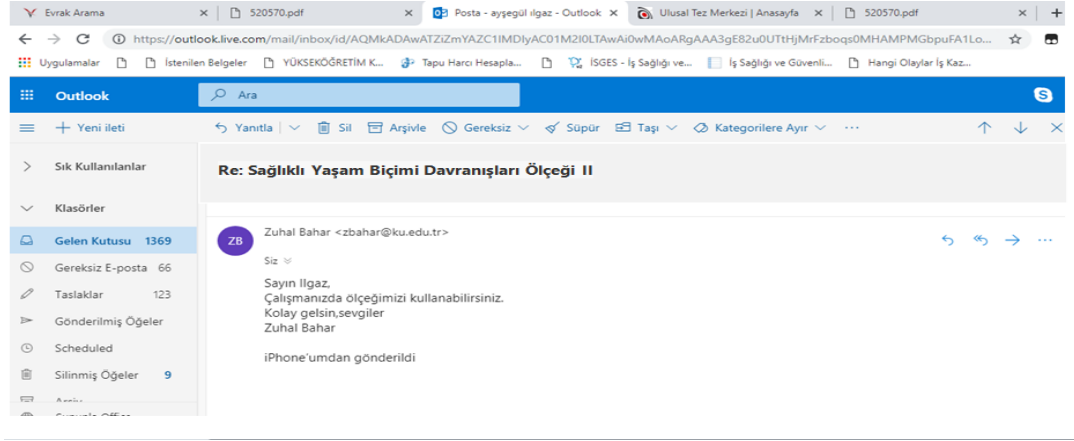
WHO-5 İyilik Durumu İndeksi Türkçe sürümü " <http://www.psikiatri-regionh.dk/who5/menu/WHO-5+Questionnaire/> " web adresinde diğer dil sürümleriyle birlikte araştırmacıların izin almaksızın kullanımına açıktır. Türkçe Geçerlilik makalemiz yayına kabul edildi basım aşamasındadır. Ölçek soruları 0-5 arasında puanlanır ve olası toplam puan aralığı 0-25 dir. Elde edilen toplam skor daha sonra 4 ile çarpılarak 100 puan sistemine göre indeks skor elde edilir. 50 puan altı olası depresif duyguduruma; 25 puan altı yüksek olasılıkla depresif duygu duruma işaret eder. Her puan 13'den düşük veya hastanın bu 5 sorudan herhangi birine verdiği yanıt 0 veya 1 ise bu hastaya Major Depresyon Envanterinin (ICD-10) uygulanması önerilir. 13 'ün altındaki puan kötü yaşam kalitesine işaret eder ve ICD-10 testine gereksinim gösterir.

İyilik halindeki olası değişkenliği izlemek amacıyla yüzde skoru kullanılır ve %10'luk bir değişim anlamlı bir değişimi ifade eder (Jonh Ware, 1995).

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Erhan Eser

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni



The screenshot shows an Outlook email interface. The subject line is "Re: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II". The sender is Zuhal Bahar <zbahar@ku.edu.tr>. The email content is as follows:

Sayın İlgaz,

Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Kolay gelsin.sevgiler

Zuhal Bahar

iPhone'umdan gönderildi

EK-10 Etik Kurul İzni



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu


05.06.2017

Sayı : 70904504/206
Konu :

Sayın
Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Yalnızlık yaşayan yaşlı kadınlara integratif hemşirelik ilkeleri doğrultusunda sosyal çevresi aracılığıyla yapılan girişimlerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarına etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı


Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı I. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

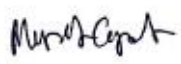
2017

KARAR


ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yalnızlık yaşayan yaşlı kadımlara integratif hemşirelik ilkeleri doğrultusunda sosyal çevresi aracılığıyla yapılan girişimlerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve spirüel sağlıklarına etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 337	Tarih: 31.05.2017
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açılarından sakınca olmadığına oy birliği</u> ile karar verildi.	


Prof.Dr. Ayık TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı


Oğr. Gör. Dr. Mustafa Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı


Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye


Prof. Dr. Dilara İNAN
Üye


Prof. Dr. Necmiye HADİMOĞLU
Üye


Prof. Dr. Selahattin KUMRU
Üye


Doç. Dr. Gülsüm ÖZEL BAYSAL
Üye


Doç. Dr. Dile KİPMEZ KORGUN
Üye

Doç. Dr. Oğuz DURSUN
Üye (İznil)

Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye (İznil)

Yrd. Doç. Dr. Banu NUR
Üye (İznil)


Dr. Ferit HÖLÖR
Üye

Turgut ALTUN
Üye

Ay. Mustafa AÇIKEL
Üye (İznil)

Tez Başlık Değişikliği Etik Kurul İzni



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 148
Konu:

14.03.2019

Sayın
Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Yalnızlık yaşayan yaşlı kadınlara integratif hemşirelik ilkeleri doğrultusunda sosyal çevresi aracılığıyla yapılan girişimlerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel sağlıklarına etkisi" adlı çalışma başlığının "Yalnızlık Yaşayan Yaşlı Kadınlara İntegratif Hemşirelik İlkeleri ve Omaha Sistemi doğrultusunda Yapılan Girişimlerin Fiziksel,Ruhsal, Sosyal ve Spiritüel Sağlıklarına Etkisi" olarak değiştirilmesi konulu 01.03.2019 tarihli dilekçeniz görüşülerek uygun bulundu, kurul üyeleri bilgilendirildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

EK-11 Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/08/2017-42319



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ANTALYA HALK SAğLIğI MÜDÜRLÜĞÜ - ANTALYA
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBESİ MÜDÜRLÜĞÜ
21 06701 23 49 4569457 771 E.1150



Sayı : 45699457/771
Konu : Ayşegül İLGAZ'ın Çalışma İzni

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE:
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 20/07/2017 tarih ve 26424 sayılı yazınız.

İlgi yazıda Sosyal Bilimleri Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşegül İLGAZ'ın Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM danışmanlığında "Yalnızlık Yaşayan Yaşlı Kadınlara İntegratif Hemşirelik İlkeleri Doğrultusunda Sosyal Çevresi Aracılığıyla Yapılan Girişimlerin Fiziksel, Ruhsal ve Spiritüel Sağlıklarına Etkisi" adlı doktora tez çalışmasını İlimize bağlı 17 No'lu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'nde uygulayabilmesi için bahsi geçen öğrenciye gerekli iznin verilmesi istenmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı gerekmektedir.

Yukarıda bahsi geçen ilkelere bağlı kalmak koşuluyla izin talebi tarafımızca uygun görülmüş olup, çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Gereğini Bilgilerinize rica ederim.

e imzalıdır

Dr. Adil KAPLAN
Halk Sağlığı Müdürü V.

22.08.2017
Leyla ÇELİK (Sef.)

" Su içmek için susamayı beklemeyiniz..."

Aile Hekimliği Uygulama Şubesi -Soğuksu Mah. Defterdarlık Bulvarı Posta :

07030 Muratpaşa/ANTALYA

Faks No:2422375997

e-Posta:resul.ates@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: 242 237 96 00/2015 e-posta :

hsn07.ah-@sağlik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.sağlik.gov.tr> adresinden 0ec01cfe-d69a-4066-9a9e-625757c7b985 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:RESUL ATEŞ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:2422370390/2015

EK-12 Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı Omaha Sistemi Bütçesi (Escape Bilişim)



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
ÖĞRETİM ÜYESİ YETİŞTİRME PROGRAMI (ÖYP) KURUM KOORDİNATÖRLÜĞÜ



Ayşegül ILGAZ

09.02.2016 tarih ve 824444-299/7011 sayılı yazı ile fiilen kaynak aktarımı gerçekleştirilmiştir

DOKTORA	ÖDENEK MİKTARI	DİĞER GİDERLER	SEYAHAT GİDERLERİ
	17.000,00	10.000,00	7.000,00

PROJE GİDERLERİ

Programı	Ödenek Miktarı	Proje Giderleri	Firma Adı	Harcanan Miktar	Harcama Tarihi	Kalan Ödenek
Doktora	10.000,00		Y.L Düzeltme Kaydı	2.843,55	05.05.2016	3.475,99
		Satınalma	Escape Bilişim	1.168,20	04.12.2017	
		İtalya	Katılım Ücreti	1.762,26	13.12.2017	
		Ankara	Katılım Ücreti	500,00	17.05.2018	
		Burdur	Katılım Ücreti	250,00	17.05.2018	
GENEL TOPLAM				6.524,01		

SEYAHAT GİDERLERİ

Programı	Ödenek Miktarı	Seyahat Giderleri	Harcanan Miktar	Harcama Tarihi	Kalan Ödenek
Doktora	7.000,00	Y.L Düzeltme Kaydı	221,18	05.05.2016	2.848,66
		İtalya/Roma	3.488,05	13.12.2017	
		Ankara	335,55	17.05.2018	
		Burdur	106,56	17.05.2018	
GENEL TOPLAM			4.151,34		
2017 Kullanılan Gün Sayısı İtalya/Roma – 4 Gün 2018 Kullanılan Gün Sayısı Ankara – 3 Gün 2018 Kullanılan Gün Sayısı Burdur – 1 Gün					

EK-13 Sinema Etkinliğinde İzletilen Filmlerin Satın Alma Faturası

D&R DOĞAN MÜZİK KİTAP MAĞ. PAZ. A.Ş. Migros Alışveriş Merkezi No:58 Kat:1/ANTALYA ANADOLU KURUMLAR 3060344764 Tel:0242-2301207		  	
TARİH : 14.03.2018 SAAT : 13:42 FİŞ NO : 0054		DOĞAN MÜZİK KİTAP MAĞAZACILIK PAZ. A.Ş. Merkez: Mecidiyeköy Yolu Cad.No:12 Trump Towers Kule 2 / Kat:30-31-32 34387 Mecidiyeköy - Şişli / İSTANBUL Tel : (0212) 997 00 00 Anadolu Kurumlar V.D. : 306 034 4764 Ticaret Sicil No: 489199 Mersis No: 0-3060-3447-6400052 İkithal Depo Ziya Gökalp Mah. İkithal Org. San. Bölg. Atatürk Bulvarı No: 58 Altay İş Merkezi 2. Bodrum Kat Başakşehir / İSTANBUL Tel : (0212) 671 27 19 - 671 27 42 - 549 82 23 Faks : (0212) 671 27 09 www.dr.com.tr	
8698907806737 Son Umüt %18 *14,99		İl Kodu : 34 DOĞAN MÜZİK KİTAP MAĞAZACILIK PAZARLAMAS	
TDPKDV *2,29 TOPLAM *14,99		Düzenleme Tarihi: 04.04.2018 Düzenleme Saati: 05:54:11 F. Sevk Tarihi: 04.04.2018 İsbat No: W18343602 Sevki Tarihi: 03.04.2018 Referans No: 800089971	
NAKİT *14,99 Nakit		A792865	
KDV Oranı %18 KDV Dahil Tutar *14,99 KDV *2,29		D&R Müşteri Hizmetleri 0850 789 00 00 Sevk Adresi: SAYIN Aysel İLGAZ MOLLA YUSUF MAH. 1427 SOK NO:3 D:4 SERTOĞLU APT. KONYAALTI/ANTALYAKonyaaltı/Antalya/Türkiye	
Müşteri Kart Numarası:9999*****0489 Kasiyer:ANTALYA MIGROS - YNTC-07000		Ü KODU ÜRÜN ADI ADET	
DOĞAN MÜZİK KİTAP MAĞAZACILIK PAZARLAMA A.Ş. Merkez:Trump Towers ofis Katları Kuştepe Mah. Mecidiyeköy Yolu Cad. No:12 Kat:30-31-32 34387 - Şişli - İSTANBUL Tel : 0212 997 00 00 Fax : 0212 997 01 91-93-94 Merkez Ticaret Sicil No: 489199 Mersis No : 0-3060-3447-6400052 www.dr.com.tr		1385672001 Tombik Ayı Hastalanınca, Clz 1 1405647001 Tombik Ayı Kaybolunca, Clz 1 1687184001 3 Yaş Hikayeleri, Clz 1 1666182001 Sevimli Kedi Sarman, Clz 1 1695445001 Sevimli Cıvıv Çiği, Clz 1 1640368001 Dügün Demek 2. Sünnet (SERİ 2), Dvd 1 1706265001 Dünyayı Gezmek İsteyen Horoz, Clz 1	
00700011403806370038		Sayfa:1 Koli Adedi 1 Ağırlık 1,00 KG Toplam Adet: 7 TOTAL Adet: 7	
KASİYER ANTALYA MIGROS - YNTC Z NO:0748 EKV NO:0001		E-fatura / E-arşiv faturası elektronik ortamda paylaşılacaktır.	
YAB 15000053			

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşegül	Uyruğu	TC
Soyadı	ILGAZ	Tel no	0543 540 3091
Doğum tarihi	20.08.1988	e-posta	ailgaz@akdeniz.edu.tr

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Karatay Lisesi (YDA)	2006
Lisans	Dumlupınar Üniversitesi	2010
Yüksek Lisans	Pamukkale Üniversitesi	2013
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2015
Doktora	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi	14 ay (2010-2011)
Hemşire	Pamukkale Üniversitesi	19 ay (2011-2013)
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi	2013-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	70.0

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
-		

Burslar-Ödüller: -

Yayımlar ve Bildiriler:

SCI,SSCI,AHCI Indexlerine Giren Dergilerde Yayımlanan Makaleler

1. Ilgaz A., Gözüm S. Health promotion interventions for older people living alone: a systematic review. Perspect Public Health. 2019; Accepted.

2. Ilgaz A, Akgöz A, Gözüm S. Validity and reliability of the Turkish version of the Social Inclusion Scale. Turkish Journal of Geriatrics. 2019; Accepted.

3. Ilgaz A, Gözüm S. Determination of Colorectal Cancer Risk Levels, Colorectal Cancer Screening Rates, and Factors Affecting Screening Participation of Individuals Working in Agriculture in Turkey. Cancer Nursing. 2018;41(4): E46- E54.

4. Akgöz A., Gözüm S., Ilgaz A. A Comparative Study on Perception of Body Weight of Women from Different Socioeconomic Levels. Health Care For Women International. 2017;38(8):861-872.

Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

5. Ilgaz A, Gözüm S. Advancing well-being and health of elderly with integrative nursing principles. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2019; 27(2): 201-210.

6. Ilgaz A, Özer Z. Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi: sistematik derleme. Medical Network Kardiyoloji. 2017;24: 31-41.

7. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.2016;9:67-77.

8. Tuzcu A. , Ilgaz A., Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7:56-67.

9. Ilgaz A, Sevinç Ö, Uzun SU. İki Farklı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Doğurgan Çağdaki Evli Kadınların Genital Hijyen Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.2015; 2:153-160.

10. Ilgaz A, Gözüm S. Kanser Taramalarında Öncelikli Hedef Birinci Derece Akrabalar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014;7:345-353.

Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Gözüm S, Ilgaz A. A Conceptual-Theoretical-Empirical framework for Integrative Nursing Principals: the INOSEL study. 3. Uluslararası İntegratif Hemşirelik Kongresi, Galway, İrlanda, 22-24 Mayıs 2019.

Ilgaz A, Gözüm S. INOSEL study (nursing care interventions according to Integrative Nursing and Omaha System in elderly women feeling loneliness): a randomised controlled trial. 3. Uluslararası İntegratif Hemşirelik Kongresi, Galway, İrlanda, 22-24 Mayıs 2019.

Akgöz A, Ilgaz A. Fiziksel Aktivitenin Psikososyal Sağlık Üzerine Etkileri. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, pp.417-417.

Ilgaz A. Bir İlkokuldaki Öğrencilerde Birinci Basamakta Önerilen Periyodik Sağlık Muayenesi ve Taramalarında OMAHA Sisteminin Kullanılması. 1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, pp.243-243.

Gözüm S, Tuzcu A, Muslu L, Aydemir K, Ilgaz A, Akgöz A. et al. Kırsal Alanda Yaşayan Erişkin ve Yaşlı Bireylerde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tarama Sonuçları: Antalya Örneği. 1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, pp.125-125.

Ilgaz A, Gözüm S. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Yaşlı Kadınlarda Yalnızlık Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. 1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, pp.58-58.

Ilgaz A, Akgöz A. Yalnızlığın Mortalite ve Morbiditeye Etkisi. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, pp.680-680.

Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Seviyesinin Belirlenmesi. 1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 23-26 Nisan 2018, pp.396-396.

Ilgaz A, Gözüm S. Group-based interventions using integrative nursing for elderly women feeling lonely: study protocol. 11th European Public Health Conference, Ljubljana, SLOVENYA, 28 Kasım - 1 Aralık 2018, pp.235-235.

Ilgaz A, Akgöz A, Gözüm S. Validation and Reliability of the Turkish Version of the Social Inclusion Scale. 45th World Congress On Nursing Care, Roma, İtalya, 4-6 Aralık 2017, pp.34-34.

Ilgaz A, Gözüm S. Advancing well-being and health of elderly with integrative nursing principles. 45th World Congress On Nursing Care, Roma, İtalya, 4-6 Aralık 2017, pp.20-20.

Dağıstan A, Gözüm S, Ilgaz A. Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Ayrı Bölgede Yaşayan Kadınlarda Beden Ağırlığı Algısının Karşılaştırılması. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya, Türkiye, 5-9 Ekim 2015, ss.158- 159.

Ilgaz A, Gözüm S. Tarımda Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanser Taramalarına Katılmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya, Türkiye, 5-9 Ekim 2015, ss.880-881.

Ilgaz A, Gözüm S. Importance of Health Literacy for Safe Use and Integration of Complementary and Alternative Practices. 7th European Congress for Integrative Medicine, Belgrad, Sırbistan, 10-11 Ekim 2014, ss.10-10.

Sevinç Ö, Ilgaz A. Denizli’de İki Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip ASM Bölgelerindeki Kadınların Genital Hijyen Davranışları. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, Türkiye, 27-31 Ekim 2013, ss.523-523.