



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**EL MASAJI VE OYUN ETKİNLİĞİNİN
YAŞLILARDA YALNIZLIK, KONFOR VE
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Aysun KAZAK

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

TRABZON-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

07/03/2024

Aysun KAZAK

İthaf

Bu doktora tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ve değerli yol arkadaşşıma ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca beni yetiştiren, kişisel ve mesleki gelişimim konusunda desteğini esirgemeyen, sabır ve inancıyla bana akademik üretkenliği kazandıran, bütün araştırmalarımda bana rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Doktora eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve tez sürecimde bilimsel görüşleri ile katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a

Tez izleme ve savunma sürecime katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Selim DEMİR'e

Araştırmamın istatistiksel değerlendirmesine katkı sağlayan Öğr. Gör. Osman Oğulcan TÜRKMEN'e,

Beni her zaman sabır ve anlayışlarıyla destekleyen, güç veren canım aileme ve sevgili yol arkadaşım Doç. Dr. Mustafa SALTİ'ya,

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Aysun KAZAK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xii

ÖZET

xiii

ABSTRACT

xiv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Yaşlılık

4

2.1.1. Yaşlılık Epidemiyolojisi

5

2.2. Yaşlılıkta Görülen Psikososyal Değişimler

6

2.2.1. Yaşlılık ve Yalnızlık

7

2.2.2. Yaşlılık ve Konfor

9

2.2.3. Yaşlılık ve Psikolojik İyi Oluş

10

2.3. El Masajı

12

2.3.1. El Masajının Fiziksel ve Psikolojik Etkileri

12

2.3.2. El Masajı Hareketleri

12

2.3.2.1. Öfloraj

13

2.3.2.2. Petrisaj

13

2.3.2.3. Friksiyon

13

2.3.2.4. Tapotman

13

2.3.2.5. Vibrasyon

13

2.4. Oyun Etkinliği

14

2.4.1. Jenga Oyunu

14

2.5. Yaşlı Bireylerde Yalnızlık, Konfor, Psikolojik İyi Oluş ve Hemşirelik

15

3. GEREÇ ve YÖNTEM

18

3.1. Araştırmanın Tipi

18

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

18

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

18

3.4. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.5. Araştırmaya Kabul Ölçütleri	21
3.6. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri	22
3.7. Araştırmada İzlemden Çıkarılma Ölçütleri	22
3.8. Veri Toplama Araçları	22
3.8.1. Yaşlı Tanıtım Formu	23
3.8.2. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	23
3.8.3. Genel Konfor Ölçeği	24
3.8.4. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği	25
3.8.5. El Masajı	25
3.8.6. Bebek Yağı	25
3.8.7. Kâğıt Havlu	26
3.8.8. Alkol Bazlı Yüzey Dezenfektanı	26
3.8.9. Oyun Etkinliği (Jenga)	27
3.8.10. Kurum Ziyaretleri	28
3.9. Araştırmacının Yeterliliği	28
3.10. Veri Toplama Yöntemi	28
3.10.1. El Masajı Grubu	28
3.10.2. El Masajı Uygulama Protokolü	29
3.10.3. Oyun Etkinliği (Jenga) Grubu	32
3.9.4. Kontrol Grubu	34
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri	36
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.12. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü	36
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi	36
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
6.1. Sonuç	56
6.2. Öneriler	56
7. KAYNAKLAR	57
EKLER	72
Ek 1. El Masajı Grubu, Oyun Etkinliği Grubu ve Kontrol Grubu Randomizasyonu	73
Ek 2. Standardize Mini Mental Test	74

Ek 3. Standardize Mini Mental Test Uygulama Kılavuzu	75
Ek 4. Yaşlı Tanıtım Formu	76
Ek 5. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği	77
Ek 6. Genel Konfor Ölçeği	78
Ek 7. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği	79
Ek 8. El Masajı Uygulama Protokolü	80
Ek 9. El Masajı Uygulama Basamakları	81
Ek 10. Jenga Oyunu	85
Ek 11. Bebek Yağı	86
Ek 12. Kâğıt Havlu	87
Ek 13. Alkol Bazlı Yüzey Dezenfektanı	88
Ek 14. Masaj Sertifikası	89
Ek 15. Kurum İzni	90
Ek 16. Etik Kurul Onayı	91
Ek 17. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	93
Ek 18. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği İzni	95
Ek 19. Genel Konfor Ölçeği İzni	96
Ek 20. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği İzni	97
ÖZGEÇMİŞ	98

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlılarının tanıtıcı özellikleri	39
Tablo 2. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlılarının yaşadıkları kuruma ait özellikleri	41
Tablo 3. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlıların Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	42
Tablo 4. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlıların Genel Konfor Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	44
Tablo 5. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlıların Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı	20
Şekil 2. Araştırmanın veri toplama süreci	35



RESİMLER DİZİNİ

Resim No	Sayfa
Resim 1. Bebek yağı	26
Resim 2. Kâğıt havlu	26
Resim 3. Alkol bazlı yüzey dezenfektanı	27
Resim 4. Jenga oyun blokları	27
Resim 5. El masajı uygulaması	32
Resim 6. Jenga oyun uygulaması	34



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

CONSORT	Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GKÖ	Genel Konfor Ölçeği
H	Hipotez
KW	Kruskal Wallis Testi
Max	Maksimum
Min	Minimum
MWU	Mann-Whitney U Testi
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WE-MİÖÖ	Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği
YİYO	Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

Simgeler

n	Örneklem sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
SS	Standart sapma
$\bar{x}$	Aritmetik Ortalama
z	Wilcoxon testi
α	Alfa
χ^2	Ki-kare testi
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük
$\leq$	Küçük eşit
$\geq$	Büyük eşit

ÖZET

El Masajı ve Oyun Etkinliğinin Yaşlılarda Yalnızlık, Konfor ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi

El masajı ve oyun etkinliğinin yaşlılarda yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini 20 el masajı, 20 oyun etkinliği ve 20 kontrol grubu yaşlı oluşturdu. Veriler, Temmuz 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Mersin’de bulunan üç ayrı huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlılara “Yaşlı Tanıtım Formu” ile ön test “Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ)”, “Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)” ve “Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WE-MİÖÖ)” uygulanarak toplandı. El masajı grubuna dört hafta boyunca haftanın üç günü her bir ele 10’ar dakika olmak üzere toplam 20 dakika el masajı uygulandı. Oyun etkinliği (Jenga) grubuna dört hafta süresince haftada bir gün en az yarım saat Jenga oyunu oynatıldı. Kontrol grubu kurumun sunduğu hizmetlerden ve etkinliklerden yararlandı. Beşinci haftada el masajı, oyun etkinliği ve kontrol grubuna son test olarak YİYÖ, GKÖ ve WE-MİÖÖ tekrar uygulandı. Veriler Ki-Kare, Wilcoxon, Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testleri ile değerlendirildi. El masajı ve oyun etkinliği (Jenga) uygulaması yapılan yaşlıların yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin arttığı bulundu ($p<0.05$). Bununla birlikte, oyun etkinliği (Jenga) uygulamasının, el masajı uygulamasına kıyasla yaşlıların konfor ve psikolojik iyi oluş düzeyine daha olumlu katkısının olduğu belirlendi ($p<0.05$). Sonuç olarak, el masajı ve oyun etkinliği (Jenga) uygulamasının yaşlıların konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin artırılması için kullanılabileceği saptandı.

Anahtar sözcükler: El masajı, Jenga, Konfor, Psikolojik iyi oluş, Yalnızlık, Yaşlı

ABSTRACT

Examining the Effects of Hand Massage and Gaming Activity on Loneliness, Comfort and Psychological Well-Being Levels in the Elderly

The sample of the study, which was conducted as a randomized controlled study to examine the effects of hand massage and game activity on loneliness, comfort and psychological well-being levels in the elderly, consisted of 20 hand massage, 20 game activities and 20 control group elderly people. The data are collected from the elderly living in three separate nursing homes in Mersin between July 2022-May 2023 by applying the "Elderly Identification Form (EIF)" as well as making use of the "Loneliness Scale for the Elderly (LSE)", "General Comfort Scale (GCS)" and "Warwick-Edinburgh Mental Health Scale (WE-MHS)" as pre-test. The hand massage group received hand massage for a total of 20 minutes, 10 minutes on each hand, three days a week for four weeks. The game activity (Jenga) group is made to play the Jenga game once a week for four weeks. The control group received the institution's service and activities. In the fifth week, the LSE, GCS, and WE-MHS are applied again to the hand massage, game activity and control groups as a post-test. The data set is evaluated with the Chi-Square, Wilcoxon, Kruskal Wallis H and the Mann-Whitney U tests. It is observed that the loneliness, comfort and the psychological well-being levels of the elderly who received hand massage and joined game activity (Jenga) increased significantly ($p<0.05$). On the other hand, it is determined that game activity (Jenga) yields more positive contribution to the comfort and the psychological well-being levels of the elderly than the hand massage application ($p<0.05$). Thus, it is concluded that hand massage and game activity (Jenga) can be used to increase the comfort and psychological well-being levels of the elderly.

Keywords: Comfort, Elderly, Hand massage, Jenga, Loneliness, Psychological well-being

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Demografik dönüşüm küreselleşen dünyanın son zamanlardaki en önemli olguları arasında yer almaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2015-2050 yılları arasında 60 yaş üstü bireylerin sayısının dünya nüfusuna oranının %12'den %22'ye yükselmesi beklenmektedir (2). Türkiye'de ataerkil yapıdan çekirdek aile yapısına doğru bir değişimin olması ve son zamanlarda büyük şehirlerde ortaya çıkan sosyoekonomik zorluklar nedeniyle aileler yaşlı bireylerin bakımında güçlüklerle karşılaşmaktadır (3-5). Bu nedenlerle huzurevleri/bakımevleri yaşlı bireylerin alışkın oldukları aile ortamını bulabilmesi amacıyla modern toplum yapısının bir gereği olarak ortaya çıkmıştır (6).

Huzurevlerini/bakımevlerini yaşamlarının son durağı olarak gören yaşlılar ailelerinden dışlanmış ve yalnız hissetmektedir (5). Yalnızlık, "kişiye acı ve sıkıntı veren, psikolojik, fiziksel ve sosyal bütünlüğe karşı oluşan bir tehlike" olarak tanımlanmaktadır (7). Subjektif ve genellikle istenmeyen bir duygu olan yalnızlıkla çoğunlukla ileri yaşlarda karşılaşmaktadır. Ailelerinden ve eski arkadaşlarından uzakta huzurevinde/bakımevinde yaşayan yaşlı bireyler genellikle daha yüksek düzeyde yalnızlık hissi yaşamaktadır (8). Yalnızlık özellikle yaşlılarda mental ve kognitif bazı sorunları ortaya çıkararak sağlığın bozulmasına ve böylece yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Yaşlara Göre Yalnızlık Raporu'na göre 65 yaş ve üstü bireylerin %80'i yalnızlık duygusunu hissederken, bu duygu 70 yaş ve üstü bireylerde daha yaygın olarak görülmektedir (9). Buna ek olarak, birey yaş aldıkça (özellikle 75 yaşından sonra) yalnızlığın ciddi düzeyde arttığı bildirilmiştir (7). Günümüzde toplumsal aile yapısı, yaşam biçimi ve aile içindeki rollerin değişmesi yaşlının daha çok yalnızlık duygusu yaşamasına neden olmaktadır (10).

Yaşlı bireylerin konfor ihtiyacı üzerindeki yaygın tetikleyicilerin yalnızlık, kırılganlık ve bağımlılık duyguları olduğu belirlenmiştir. Özellikle huzurevi/bakımevi gibi yatılı bakım hizmeti sunan yerlerde kalan bireylerin ev yaşamını özleme, aidiyet duygusunun oluşmaması, aile ilişkileri ve yaşam içi rutinlerinin önemli ölçüde bozulması konfor düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte, huzurevi/bakımevi kurumlarında konforu etkileyen faktörlerin oldukça karmaşık olduğu görülmüştür (11).

Psikolojik iyi oluş, kişinin kendini bulması ve yaşamın bütünlüğünden zevk almasıdır (12). Psikolojik olarak iyi olan yaşlılar sosyal olarak daha uyumlu bireylerdir (13). Psikolojik iyi oluş sürecinde güçlü sosyal ilişkiler ve aile desteğinin önemi oldukça fazladır. Huzurevlerinde yapılan bir çalışmada, yaşam koşullarının, sağlıkla ilgili

tutumların, eğitimin ve diğer insanlarla yakın sosyal ilişkiler kurmanın yaşlıların psikolojik iyi oluş düzeyini etkileyen önemli faktörler arasında olduğu gösterilmiştir (12).

El masajı, dokunma yoluyla psikolojik rahatlamayı sağlayan ve fiziksel işlevselliği arttıran basit bir konfor müdahalesidir (14, 15). Masaj, sempatik sinir sistemindeki nöral aktiviteyi azaltarak dokulardaki oksijenlenmeyi ve endorfin salınımını artırmakta ve böylece bireyin rahatlamasına ve konforunun artmasına katkı sunmaktadır (16, 17). Bununla birlikte, yaşlı bireylere uygulanan el masajının anksiyete, stres, konfor, ajitasyon ve kendini ifade etme üzerine pozitif sonuçlarının olduğu gösterilmiştir (14, 18-23).

Sosyal öğrenme yoluyla motivasyonun artmasına katkı sağlayan oyun etkinliği, yaşlı bireylere yaygın olarak uygulanan fiziksel ve psikolojik uyarıcı bir aktivitedir (24). Bir tür masa oyunu olan Jenga, dikkat çekici bir şekilde öğrenmeyi teşvik ederek bireyin motor aktivitelerini güçlendirmekte ve etkinlik esnasında olası hamleleri planlamaya zorlayarak fiziksel ve bilişsel anlamda gelişmeyi sağlamaktadır. Farklı sektör ve çeşitli yaş gruplarında Jenga etkinliği kullanılarak yapılan çalışmalarda, bireylerin bilişsel performansının iyileştirilmesine yönelik pozitif sonuçlar elde edilmiştir (25-30). Öte yandan, yaşlılara Jenga oyunu oynatılarak gerçekleştirilen bazı araştırmalarda, bu oyunun yaşlıların fizyolojik ve psikolojik iyi oluşlarına olumlu katkılarının olduğu gösterilmiştir (30, 31).

Hemşirelik bakımında ön plana çıkan ve huzurevi/bakımevi sakinlerine uygulanan el masajı ve oyun etkinlikleri uygulaması farmakolojik olmayan dikkat çekici yöntemler arasında yer almaktadır (14, 24, 32, 33). Bu uygulamaların yaşlı bireylerin sakinleşmesine ve rahatlamasına katkıda bulunduğu ve stres tepkilerini azalttığı tespit edilmiştir. Hemşireler, huzurevlerinde/bakımevlerinde kalan yaşlıların kurumda deneyimledikleri monoton yaşam tarzının ötesine geçmelerini sağlamak amacıyla onların eğlenceli faaliyetlere katılmasını teşvik etmelidir (17, 24). Bu aşamada hemşireler yaşlıya özel yaklaşımın gerekliliğini ve her etkinin birbiriyle ilişkili olduğunu bilerek plan oluşturmalıdır (11). Çünkü, yaşlılarda fiziksel hareketliliğin kısıtlanmasıyla artan bağımlılık ve yalnızlık durumu hem fiziksel hem de mental sağlığın bozulmasına neden olmaktadır (10, 34). Dolayısıyla, yaşlının durumunu iyileştirmek isteyen hemşire yaşlıyı psikolojik ve sosyal boyutta ele alarak holistik yaklaşım sergilemelidir (35).

El masajı ve oyun etkinliği (Jenga) uygulaması ile yaşlıların yalnızlık düzeylerinin azaltılması, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin artırılması hedeflenmektedir.

Hedeflenen çalışma sonuçları ile ülkemizde yaşlılara uygulanan masaj ve oyun etkinlikleri uygulamalarına rehberlik edecek olması ve hemşirelik bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkı sunacak olması çalışmanın özgünlüğünü arttırmaktadır. Ayrıca bu çalışma ile hem yaşlı çalışmalarına katkı sağlanacak hem de yaşlı ile çalışan araştırmacılara ve özellikle klinik ve huzurevi hemşirelerine yaşlılarda uygulanabilecek güvenilir, geçerli ve bağımsız olarak uygulayabilecekleri hemşirelik girişimi kazandırılmış olacaktır. Bu nedenle, bu çalışmada el masajı uygulaması ve oyun etkinliğinin (Jenga) yaşlıların yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu hedefe ulaşmak için oluşturulan araştırma sorusu ve buna bağlı hipotezler aşağıda sunulmuştur.

Araştırma Sorusu: El masajı ve oyun etkinliğinin (Jenga) yaşlıların yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine olumlu etkileri var mıdır?

H1₁: El masajının yaşlılarda yalnızlık düzeyini azaltıcı etkisi vardır.

H1₂: El masajının yaşlılarda konfor düzeyini artırıcı etkisi vardır.

H1₃: El masajının yaşlılarda psikolojik iyi oluş düzeyini artırıcı etkisi vardır.

H1₄: Oyun etkinliğinin (Jenga) yaşlılarda yalnızlık düzeyini azaltıcı etkisi vardır.

H1₅: Oyun etkinliğinin (Jenga) yaşlılarda konfor düzeyini artırıcı etkisi vardır.

H1₆: Oyun etkinliğinin (Jenga) yaşlılarda psikolojik iyi oluş düzeyini artırıcı etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Fizyolojik bir süreç olan yaşlılık bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan gerilemesine ve böylece farklı düzeylerde bağımlı bir yaşam deneyimleme dönemine girmesine neden olur. Yaşlılık süreci; algı, yargılama, bellek, davranış, dikkat, tutum ve yeni beceriler kazanımının azalmasıyla karakterize edilen bir dönemdir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklarla birlikte fonksiyonel kapasitenin azalması bireylerin bağımlılık düzeylerini, performanslarını ve üretkenliklerini azaltmaktadır (36).

Yaşlı olmak; genellikle olumsuz duygu, düşünce, algı ve beklentileri beraberinde getirmektedir. Çalışma hayatındaki yaşlı bir bireyin emekli olması fiziksel yetersizlikler ve kronik hastalıklarla mücadeleyi zorunlu kılmaktadır. Ayrıca, yaşlının bakımıyla ilgili düzenlemelerin yeterli olmaması yaşlının toplumda maddi/manevi açıdan problem olarak algılanmasına neden olmaktadır (36).

Doğumla başlayan yaşlanma süreci kronolojik yaş alımı ile hızını artırmaktadır. Buradaki hızlanma durumu kalıtsal özellikler, çevre, hastalık ve psikolojik durum gibi çeşitli faktörlere göre değişmektedir. Zorlu yaşam koşulları, kötü beslenme alışkanlıkları ve psikolojik travmalar yaşlanmanın etkilerini daha belirgin hale getirmesine rağmen, yaşlılık temelli araştırmaların çoğu bu dönemin tanım ve sınıflamasını genellikle fizyolojik boyutuyla birlikte incelemektedir (37).

Dünya Sağlık Örgütü 1963 yılında yaptığı bir çalışma kapsamında kronolojik yaş aralıkları için bir sınıflandırma oluşturmuştur. Bu araştırma kapsamında ortaya konan yaş aralıklarına göre 45-59 yaş orta yaş, 60-74 yaş yaşlılık, 75-84 yaş ihtiyarlık, 90 yaş ve üzeri ise ileri ihtiyarlıktır. Günümüzde kabul edilen yaş aralıkları ise 18-65 yaş genç, 65-74 yaş genç yaşlı, 74-84 yaş yaşlı, 85 yaş ve üzeri ise çok yaşlı olarak sınıflandırılmıştır. Sonuç olarak, yaşlılık başlangıcı DSÖ tarafından 65 yaş olarak belirlenmiştir (38).

Yaşlılığın birçok faktöre bağlı olarak farklı tanımlamaları mevcuttur:

Kronolojik Yaşlanma: Takvim veya doğum yaşı olarak da tanımlanır. Kronolojik olarak 65 yaş ve üstü bireyler sıklıkla yaşlı olarak kabul görmektedir, fakat bu tanımlama bireylerin fiziksel, ruhsal, zihinsel kapasite ve becerilerini açıklamada yeterli değildir (39-42).

Biyolojik Yaşlanma: Kronolojik yaşlanmadaki zaman faktörüne ek olarak biyolojik yaşlanma vücuttaki yapısal ve işlevsel gerilemelerdir. Dolayısıyla, bireyden bireye farklılık gösterebilen bir süreçtir. Bu bilgilere göre biyolojik yaş ve kronolojik yaş her zaman aynı oranda artmamaktadır (39-42).

Psikolojik Yaşlanma: Kronolojik ve biyolojik yaşlanmayı hem etkilemekte hem de onlardan etkilenmektedir. Psikolojik yaşlanma bireyin gelişim sürecinde tecrübelerinin artmasıyla birlikte davranış değişikliklerine uyum sağlamasıdır. Başka bir bakış açısıyla kişinin kendini hissettiği yaş olarak da tanımlanır (39-42).

Sosyal Yaşlanma: Bireylerin yaşamı boyunca sosyal rol, statü ve sorumluluklarında meydana gelen beklentilerinin ve normlarının değişmesi ile ilgilidir. Toplumun değer ve yargıları sosyal yaşlanmayı etkilediğinden yaşlanmanın toplumsal bir yönünün de olduğu ve birçok değişkenin bu süreçte etkili olduğu söylenebilir (39-42).

Patolojik Yaşlanma: Biyolojik yaşlanma süreci ile ilişkili olarak yaşamdaki olaylara ve hastalıklara bağlı yaşlanmadır (39, 40).

Ekonomik Yaşlanma: Emeklilikle birlikte azalan gelir seviyesinin bireyin yaşam tarzı ve koşullarında meydana getirdiği değişikliklerdir (39-41).

2.1.1. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Yaşlanmanın kapsam ve hızı ülkelere göre değişkenlik göstermektedir. Tüm dünyada yaşlı nüfusun artması özellikle son yıllarda gelişmiş ülkeler için ciddi bir soruna dönüşmüştür. Gelişmekte olan ülkeler bu sorunu doğum ve ölüm oranlarının azalması nedeniyle henüz deneyimlemeye başlamıştır. Yaşlı nüfusun artış hızı, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Dünyadaki yaşlı nüfusun özellikle daha az gelişmiş bölgelerde yoğunlaşması öngörülmektedir (43).

Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan 2015 yılı Yaşlanma Raporu'na göre, 2013 yılında Avrupa Birliği'nde 65 yaş üstü her bireyin çalışma çağındaki dört kişiden temin edilen kaynaklarla desteklendiğini ancak 2060 yılında bu destek kaynağının iki çalışan bireye düşeceği tahmin edilmektedir (44). Avrupa Komisyonu 2006 Raporu'nda, 2050 yılı itibarıyla 65 yaş ve üzeri iki milyar kişinin olacağı ve bu yaşlı nüfusun %80'inin gelişmekte olan ülkelere yaşayacağı belirtilmektedir (45). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan nüfus sayım sonuçlarına göre 2013 yılında 5.9 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2023 yılında 8.6 milyona ve 2050 yılında ise 19.5 milyona ulaşacağı

öngörülmekte ve bu rakamın Avrupa ülkelerinin birçoğunun nüfusundan daha fazla olacağı vurgulanmaktadır (46). Türkiye İstatistik Kurumu'na göre 2022 yılı itibariyle Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9.9 olup, bu oranın 2030'da %12.9, 2040'da %16.3, 2060'da %22.6 ve 2080'de ise %25.6 olacağı tahmin edilmektedir (47).

2.2. Yaşlılıkta Görülen Psikososyal Değişimler

Yaşlılık dönemindeki psikolojik boyut çoğu zaman bilişsel yeteneklerle birlikte duygusal davranış değişiklikleriyle sosyolojik boyut ise toplumun belirli bir yaş grubundan beklenen davranışlar ve bu gruba atfedilen değerlerle ilintilidir (50). Psikososyal sağlık, genel yaşam kalitesi ve refahın ayrılmaz bileşeni olup dikkatlice ele alınması gereken bir kavramdır (51). Zira, yaşlı bireylerin karşılaştığı psikososyal sorunlar arasında; yaş ayrımcılığı, yaşam kalitesinde gerileme, emeklilikle birlikte performans verimliliğinde azalma, yalnızlık hissi, ölüm kaygısı ve sosyal izolasyon yer almaktadır (52). Yaş ayrımcılığı hem genç bireylerin hem de yaşlılık evresindeki kişilerin karşılaşılabileceği bir durum olmakla birlikte, yaşlı bireyler üzerinde daha olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (53). Sosyal izolasyon durumu da yaş ayrımcılığına maruz kalma gibi yaşlı sağlığını olumsuz bağlamda değiştiren psikososyal belirleyicilerdendir. Yaşlı bireyler bu durumu deneyimlemeye başladıklarında emekliliğe oldukça farklı anlamlar atfederler, çünkü üretkenlik, otorite, saygınlık gibi toplumsal rollerin kayıpları kişinin psikososyal sağlığını doğrudan etkiler (52). Doğumla başlayıp yaşam boyu varlığını hissettiren ölüm kaygısı, yaşlılık evresindeki bireyin yaşamını ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir kavram olup dikkatlice ele alınmaması çeşitli psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir. Yaşlılık döneminde daha belirgin hissedilen ve yukarıda bahsi geçen tüm psikososyal parametreler birbirleriyle yakından ilişkili olup herhangi birinin birey üzerinde oluşturduğu olumsuz değişim diğer parametrelerin etkilerini de belirgin biçimde hissedilebilir kılmaktadır (54).

Yaşlılara yönelik psikososyal bakım, bireyin hastalıklarının duygusal yönlerinin, kişinin sağlık sorunları nedeni ile dışa vurduğu olumsuz tutumlarının veya psikiyatrik bozukluklarının çözümlenmesine yardımcı olmaya yönelik girişimleri kapsamaktadır. Rol ve sorumlulukların değişmesiyle birlikte yaşlılıkta ortaya çıkan hastalığa bağlı bazı olumsuz durumlar bireyi daha kırılgan ve savunmasız kılmaktadır. Dolayısıyla, bu aşamada onlara psikososyal desteğin sağlanması büyük önem arz etmektedir. Ayrıca, yaşlıların kendi kendilerine yetebilmelerinin ve mutlu olmalarının sağlanması da

hemşirelerin yaşlılara sunduğu bakım hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu anlamda, psikososyal bakım yaşlı bireylerin ömrünün kalan döneminin kontrolünü kaybetmemeleri, kaybetmeleri halinde bu kontrolü yeniden kazanabilmeleri ve geri kalan yıllarını daha tatmin edici geçirebilmeleri için oldukça önemlidir. Hastalıklarla ve güçlüklerle karşı karşıya kalan yaşlılar geçmiş deneyimlerine, baş etme stratejilerine ve özelliklerine bağlı olarak farklı tepkiler gösterebilirler. Bu nedenle, psikososyal bakım hizmeti sunulan dönemlerde yaşlının deneyimlediği sorunların belirlenmesi ve etkili yönetim becerilerinin geliştirilmesi onların iyileşme düzeylerini ve motivasyonlarını artırabilir. Sonuç olarak, yaşlının bakımında psikososyal sorunlar bütün olarak ele alınmalı ve en uygun tedavi yöntemi uygulanmalıdır (51-55).

2.2.1. Yaşlılık ve Yalnızlık

Tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilen yalnızlık duygusu, yaşlılarda daha sık karşılaşılan önemli bir sorundur. Bununla birlikte, toplumsal aile yapısı, yaşam biçimi ve aile içindeki rollerin değişmesi günümüzde yaşlının daha çok yalnızlık yaşamasına neden olmaktadır (10). Yalnızlık ve Yaş Raporu'na göre, yalnızlık duygusu 65 yaş ve üzerinde %80 oranında görülmekte olup, yalnızlığın en yaygın görüldüğü dönem 70 yaş ve üzeridir (9). Bu oran 75 yaşından sonra ciddi düzeyde artmaktadır (7). Yalnızlık genellikle “kişinin olmayı istediği ve deneyimlediği sosyal temas düzeyi arasındaki tutarsızlık” olarak tanımlanmakta (56), duygusal ve sosyal olarak iki farklı kategoride incelenmektedir. “Duygusal yalnızlık” bireyin başkasına kendini yakın görmekten ziyade uzak hissetmesi ve kabul edilmediğini düşünmesidir. Diğer yandan, “sosyal yalnızlık” ise sosyal ilişkideki tatminsizlik ile birlikte kişinin çevresiyle olan paylaşımlarda kendisini grubun, olayın veya etkinliğin bir parçası olarak hissetmemesidir (57). Weiss'in İlişkisel Yalnızlık Kuramı'na göre, sosyal yalnızlık sosyal bütünleşme eksikliği ve duygusal yalnızlığın bir sonucudur (58). Öte yandan, duygusal yalnızlık, özellikle eş, sevgili, ebeveyn, yakın bir arkadaş gibi önemli bireylerle olan bağlanma ilişkisinin yokluğundan kaynaklanmaktadır (58). Evlilik yoluyla edinilen güvenilir bir bağlanma figürünün varlığının yaşlı bireylerde duygusal yalnızlığın önlenmesine yardımcı olduğu ortaya konmuştur (59). Yalnızlık, “kişinin sosyal ilişki ağında niceliksel ve niteliksel yoksunluklar nedeni ile ortaya çıkan sıkıntı verici bir duygu” şeklinde de tanımlanmaktadır (60). Aynı zamanda nesnel sosyal ağ boyutundan bağımsız olarak ortaya çıkan yalnızlık, bir tür izolasyon hissidir ve genellikle sosyal izolasyonun öznel muadili olarak görülmektedir. Ancak, objektif bir kavram olan sosyal

izolasyon genellikle “başkalarıyla düşük miktarda ve kalitede temasa sahip olmak” şeklinde tanımlanmaktadır. Üstelik yalnızlık bazen yalnız yaşamakla eşanlamlı görülse de, yalnızlık ve tek başına yaşamak birbiriyle ilişkili ancak örtüşmeyen kavramlardır (61). Yaşlı yetişkinlerle yapılan bir araştırmada, yalnız yaşamamanın her zaman yalnızlık göstergesi olmadığı aksine yalnız yaşayan pek çok kişinin toplum kuruluşlarında sık sosyal temas ve aktif sosyal katılım gösterdiği belirtilmektedir (62). Benzer şekilde araştırmacılar yalnızlığı, yalnız olma veya yalnızlık deneyiminden ayırmışlardır. Yalnız olma deneyimi kişinin sosyal çevresinden gönüllü olarak uzaklaşmasını içeren bir sosyal izolasyon durumu iken, yalnızlık istemsizdir ve kişinin sosyal etkileşim düzeyindeki eksikliklerle yakından ilişkilidir (56).

Yalnızlık hissiyatı özellikle yaşlılar için yaygın ve rahatsız edici bir durumdur. Sosyal ve duygusal bağ kurmada yetersizlik hissine kapılma yaşlı bireylerin daha fazla yalnızlık duygusu hissetmelerine neden olmaktadır (63). Huzurevinde kalan 144 yaşlı birey ile yapılan bir çalışmada, azalan sosyal ilişkilerin yaşlılarda yalnızlık hissini arttırdığı ve yaşlıların %46.6’sının yalnız kalmamak için huzurevlerinde kalmak istedikleri belirtilmiştir (64). Yapılan bir meta-analizde, yalnızlığın ve sosyal izolasyonun sırasıyla %26 ve %29'luk oranlarda ölüm riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiş ve bahsi geçen bu yüksek ölüm riskinin günde 15 adet sigara içmek ve alkol kullanım bozukluğuna sahip olmakla aynı düzeyde olduğu belirtilmiştir (65). Medya bu bulguyu "yalnızlık yeni sigaradır" şeklinde çarpıcı bir manşetle duyurmuştur (61). Yakın tarihli bir meta-analizde de, yüksek düzeyde yalnızlık yaşayanlarda bunama gelişme riskinin sosyal ağa sahip olanlara göre 1.58 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (66).

Yalnızlık yaşlı bireyler arasında bozulmuş bilişin habercisi de olabilmektedir. Finlandiya’da bir bakımevinde 235 katılımcı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, üç ay boyunca kapalı grup ve akran desteğinin yalnızlık üzerine etkileri incelenmiştir. Üç aylık müdahalede katılımcılar arasındaki etkileşimi arttırmak, arkadaşlık bağlarını geliştirmek ve sosyalleşmeyi teşvik etmek amaçlanmıştır. Ayrıca, bu müdahaleye katılımcıların ilgi alanlarına göre terapötik yazma, grup egzersizi ve sanat deneyimleri olarak üç tür etkinlik eklenmiştir. Başlangıçta müdahale ve kontrol grupları arasında biliş seviyeleri benzer düzeyde iken psikososyal grup müdahalesinden sonra yalnızlık hissiyatına sahip yaşlı bireylerin biliş seviyelerinin yükseldiği görülmüştür. Bununla birlikte, ilgili psikososyal grup müdahalesinin yaşlı bireylerin sağlık ve psikolojik iyi

oluşları üzerine de ümit verici etkilerinin olduğu anlaşılmıştır (67). Ayrıca, eş/arkadaş kaybının ve ulaşım güçlüklerinin yaşlılarda sosyal aktiviteyi azalttığı ve bu durumun da yalnızlığı arttırdığı ifade edilmiştir (68). Ayrıca, yaşlılarda yalnızlık hissinin istenmeyen ciddi bir durum olduğu ve bu durumun hem aile bağı gibi önemli iletişim ağlarının kopmasından (duygusal yalnızlık) hem de sosyal çevre izolasyonu deneyimlemekten (sosyal yalnızlık) kaynaklandığı belirtilmektedir (10, 59, 61, 62, 67).

2.2.2. Yaşlılık ve Konfor

Konfor; karmaşık, çok yönlü, tanımlanması ve tanımlanması güç bir kavram olmasına rağmen, yaşlılar için etkili hemşirelik bakım kalitesinin bir parçası ve uygulanan hemşirelik bakımının arzu edilen bir sonucudur. Genellikle “bir rahatlık durumuna katkıda bulunan” anlamında kullanılan ve terapötik hemşirelik uygulamalarının hedeflerinden biri olan konfor yaşlı bakım uygulamalarında oldukça önemli ve birincil hemşirelik işlevleri arasında yer almaktadır (69). Kolcaba, bakımın kişiye özel ve kültürel özelliklerinin göz önüne alınarak temel ihtiyaçların karşılanması ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda holistik bakımın verilmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır (70).

Fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere konforun dört farklı boyutu vardır (70).

Fiziksel Konfor: Kişinin hastalığına karşı vermiş olduğu tepkilerle (yaygın olarak ağrı) ilişkili homeostatik mekanizmaların ve metabolik fonksiyonların anormalliği kişinin rahatlamasını ve dinlenmesini yani konfor durumunu etkilemektedir (71, 72).

Psikospiritüel Konfor: Bilişsel, duyuşsal ve ruhsal bileşenlerden oluşmakla birlikte kişinin yaşamına yüklediği anlamlar olan benlik, öz saygı, cinsellik ve kendinin farkında olma gibi duyguları içermektedir (70, 72).

Çevresel Konfor: Konforun bu boyutu fiziki ortam koşulları, dış uyaranlar ve bunların kişi üzerindeki etkilerini içermekte olup gürültü, ısı, ışık, aydınlık, renk, penceredeki manzara gibi kişinin dış ortamıyla ilgili kavramları kapsamaktadır. Yetersiz bakımın olması, güvenlik sorunlarının yaşanması, aseptik tekniğe uyulmamasına bağlı gelişen hastane enfeksiyonları, tıbbi hataların olması, soğuk, gürültülü ve kötü kokulu ortamlar, hasta mahremiyetine özen gösterilmemesi, hasta yataklarının ve sedyenin rahat olmaması çevresel konforu olumsuz etkilemektedir (69, 72).

Sosyokültürel Konfor: Aile ve sosyal çevre ile ilişkilerini kapsayan durumlar, dini inançlar doğrultusunda bakım hizmeti alma, kurallar ve yasal hususlar, maddi desteklerden yararlanma, danışmanlık hizmeti verme ve taburculuk planlaması sosyokültürel konforu oluşturan etkenlerdir (72). Kişinin sosyal güvenceden yararlanamaması ve böylece güvensizlik hissiyatı yaşaması, kültürel gelenek ve göreneklerin aktarılamaması, aileden ayrı kalma ve bakımın istenilen düzeyde olmaması sosyokültürel konforu olumsuz etkilemektedir (70, 72).

Tanımlaması oldukça zor ve karmaşık olan konfor kavramı her birey için büyük önem arz etmektedir, ancak yaşlı bireylerin konforu söz konusu olduğunda daha dikkatli yöntemlerin takip edilmesi gerekliliği dikkat çekmektedir. Yaşlanmayla birlikte gelen organ ve sistem işlevlerindeki sağlık problemleri, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme güçlükleri, sosyal (aile, arkadaş) destek gereksinimi, ekonomik kayıplar, emeklilik döneminin getirdiği pasif evre ve ölüm korkusu gibi durumlar bireyin konforunun sağlanarak durumunun bütüncül değerlendirilmesini gerektirmektedir (73). Konfor düzeyi yeterli seviyede olan yaşlı birey herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında, onunla daha etkin mücadele ederek psikolojik sağlamlığını artırır ve yaşamın son dönemlerini daha huzurlu yaşar (74, 75). Bu doğrultuda yaşlı bireylerin konforlarının sağlanması daha dikkat çekici bir gereksinim olarak ön plana çıkmaktadır (73). Konfor düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalarda huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlı bireylerle yapılan uygulamalar (masaj, terapötik dokunma, oyun etkinlikleri) sonrasında müdahale grubunun konfor seviyesinde çarpıcı iyileşmeler gözlenmiştir (26, 33, 76-79).

2.2.3. Yaşlılık ve Psikolojik İyi Oluş

Mental iyi oluş kavramı güncel bazı çalışmalara göre pozitif psikoloji alanında çalışan araştırmacılar tarafından ortaya atılan psikolojik iyi oluş kavramıyla aynı anlama gelmektedir (80, 81). Psikolojik iyi oluş genel olarak bireylerin kendisi için “iyi” olan durum olup, yaşamının ne kadar iyi gittiğinin göstergesidir. Aynı zamanda, bireyin kendi yaşamını nasıl değerlendirdiğinin önemli bir yansımasıdır (32). İyi olma duygusuna sahip olmak zevk alma, ruh halini düzenleme ve rahatlama gibi duygusal sorunlarla birlikte kimlik ve aidiyet konularını içeren temel psikolojik gereksinimlerle ilişkilidir (82). Literatürde psikolojik iyi oluşun çeşitli tanımlamaları bulunmaktadır. “Bireyin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamındaki stresi yönetebilmesi, iş hayatında üretmek çevresine yararlı olabilmesi ve becerileri doğrultusunda topluma fayda sağlaması” (83) ya

da “mutluluk, bireysel ve sosyal yaşamda etkin işlevsellik gibi olumlu durumların bir kombinasyonu” (84) olarak tanımlanmıştır.

Psikolojik iyi oluş, hedonik ve eudaimonik iyi oluş şeklinde iki temel kategoriye ayrılmaktadır. Hedonik yaklaşım öznel iyi oluş olarak da bilinmekte olup olumlu duyguları olumsuz duygulardan daha fazla yaşayarak yaşamdan zevk alma olarak tanımlanmaktadır (85, 86). Eudaimonik yaklaşım ise kişinin kendini kabul etmesi, başka kişilerle olumlu ilişkiler geliştirmesi, özerk olması, yaşama dair amacının olması ve çevresel imkânları kullanarak kişisel gelişimine katkı sunması olarak tanımlanmaktadır (80). Daha sade bir ifadeyle, “psikolojik iyi oluş yaşamın iyiye gitmesiyle ilintili olup kendini iyi hissetme ile etkili bir şekilde işlev görmenin birleşimidir” denebilir. Diğer yandan, “fiziksel sağlık” ve “sosyal temas” yaşlıların yaşamlarından zevk almaları için gereken iki önemli gereksinim olarak dikkat çekmektedir (13, 32, 87). Bir araştırmaya göre, olumlu bireysel algı da psikolojik iyi olma sürecinin etken faktörüdür ve psikolojik iyi oluş düzeyi yüksek olan bireyler daha mutlu, daha özgüvenli ve daha yüksek yaşam doyumuna sahip olurlar (84). Yapılan bir başka çalışmada ise psikolojik iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin fizyolojik ve psikolojik sağlıkları birlikte yaşam kalitesini arttırmaktadır (88). Bu durumlara ek olarak, hem kurumsal bakım alan hem de fiziksel ve sosyal çevresinde değişimler yaşayan yaşlı bireylerin yeterlilik ve bağımsızlık duygularının zedelendiği ve böylece psikolojik sağlıklarının olumsuz etkilendiği ortaya konmuştur (24).

Akraba ve arkadaşlardan gelen sosyal desteğin yaşlıların psikolojik iyi oluşunda önemli rol oynadığı ve aile/arkadaşlar ile etkileşim kurabilmenin psikolojik iyi oluşla pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (89). Aktivite Kuramı’na göre, yaşlıların sağlıklarını koruyabilmeleri için sosyal ilişkilerde aktif olmaları gerekmektedir (90). Sosyal katılım toplulukla bağlantı kurmayı ifade etmektedir. Katılım düzeyi ise sağlık sorunlarının yanı sıra yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmektedir (91, 92). Yaşlıların özellikle huzurevi ortamlarında daha yüksek düzeyde sosyal katılım sergilemesi daha uzun hayatta kalmanın yanı sıra daha az davranışsal ve depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (93, 94). Yapılan bir başka çalışmada, fiziksel çevre (barınma, huzurevi/bakımevi yönetimi, tıbbi hizmet, hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon hizmeti), sosyal destek, sosyal katılım ve öz yeterlilik faktörlerinin her birinden memnuniyetin psikolojik iyi oluşla pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (89). Bu araştırmalar ışığında psikolojik (ya da mental) iyi oluşun

bireyin kendini bulmasıyla doğrudan ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Yaşlı bireylerde mental iyi oluş düzeyi, kişinin fiziksel sağlığıyla doğrudan bağlantılıdır (89, 91-94).

2.3. El Masajı

El masajı, uygulama esnasında özel giyinme veya giysileri çıkarma gibi durumları gerektirmeyen, tek kişi tarafından rahatlıkla uygulanabilen, etkili, güvenilir, maliyeti ucuz ve basit bir tekniktir (14). Uygulama esnasında ellerin yoğurma yönü değiştirilerek kas üzerine baskı sağlanmaktadır. Bununla birlikte, friksiyon sadece küçük alanlarda kullanılmakta olup elin iç kısmı veya parmaklar kullanılarak küçük dairesel hareketlerle kasa baskı uygulanarak yapılmaktadır. Kas dokusunu sıkıştırıp gevşetirken kan ve lenf dolaşımı artmakta, bu da kas lifleri arasındaki laktik asidi ortadan kaldırarak yorgunluk ve stresi azaltmaktadır. Yoğurma, kaslar üzerinde hafif bir etki bırakmakta ve kas durumunu iyileştirmektedir (95).

2.3.1. El Masajının Fiziksel ve Psikolojik Etkileri

Uyku sorunları, anksiyete, yorgunluk, stres, depresyon ve ajitasyon gibi semptomların azaltılmasında el masajı uygulamasının önemli etkileri vardır (96, 97). El masajı uygulaması spinal kord aracılığı ile büyük sinir liflerini uyararak ellere giden kan dolaşımını arttırır ve böylece ağrının hissedilmesini ve iletimini azaltır. Ayrıca, el masajı ile aktive olan dokunma reseptörleri, ağrı iletiminden sorumlu liflerden daha büyük olduğu için kortekse ağrı uyarılarından daha hızlı ulaşmaktadır (98). Serotonin ve endorfinlerin kan dolaşımına salınımını gerçekleştiren masaj uygulaması, ruh sağlığının iyileşmesine de katkı sunmaktadır (14, 97). Bu nedenle, el masajı ağrı hissinin ve ağrıya ilişkin yaşanan olumsuz duyguların azalması ile birlikte duygusal rahatlığı sağlamaktadır (99, 100). El masajının rahatlatıcı (101), kaygıyı hafifletici (102, 103) ve anksiyeteyi azaltıcı (95, 104) bir etkiye sahip olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiştir. Sıcak el banyosuyla yapılan el masajının, uyku bozukluğu olan yaşlı kadınlarda uyku verimliliğini, uyku kalitesini ve konforu arttırdığı bulunmuştur (105). Ayrıca, bakım veren ve alan kişiler arasındaki iletişimi kolaylaştırmak ve diğer kişilerle yakınlık duygusu geliştirerek potansiyel güven duygusu oluşturmak için el masajı uygulaması kullanılabilir (14, 21, 101).

2.3.2. El Masajı Hareketleri

El masajı, öfloraj (sıvazlama), petrisaj (yoğurma), friksiyon (ovalama), tapotman (darbeleme) ve vibrasyon (titreşim) olmak üzere beş temel klasik hareketi içermektedir

(14, 18, 21, 104, 106, 107). Bu hareketlerin hepsi el masajında kullanılabileceği gibi bazı hareketler seçilerek de kullanılabilmektedir (18, 21).

2.3.2.1. Öfloraj

Avuç içi ve parmaklarla cilt yüzeyine sıvazlama şeklinde yapılan bu manevra, el masajının en temel hareketidir. Uygulama tekniği etkinin yüzeysel veya derin olmasına göre değişmekle birlikte masajın başlangıç ve bitişinde kullanılmaktadır. Manipülatif hareketler kas lifleri yönünde kalbe uzak alandan kalbe yakın alana doğru uygulanırken, geri dönüşte eller uygulama bölgesinden ayrılmaz. Öfloraj tekniği ile birlikte kan akışı ve lenfatik drenaj hızlandırılır, atık maddelerin vücuttan dışarı atılması kolaylaştırılır ve sinir liflerine etki ederek bireyin rahatlaması sağlanır (99, 106, 107).

2.3.2.2. Petrisaj

Petrisaj, kalp yönünde germe, sıkma, yuvarlama, kaydırma ve esnetme şeklinde uygulanmaktadır. Yoğurma hareketleri, subkutan doku ve kaslara tek el ya da çift elle yapılarak dolaşım hızlandırılır ve böylece doku ödemi azaltılarak ve kaslar gevşetilerek bireyde rahatlama hissi uyandırılır (21, 106, 107).

2.3.2.3. Friksiyon

Kas ve bağ dokusu üzerinde etkili bir tür yoğun basınç uygulaması olan friksiyon, deriye bastırma ve kaydırma şeklinde değişen yöntemlerle uygulanabilen bir masaj manipülasyonudur. Lokal bir alana dört parmak ve başparmakla uygulanan bu manipülasyon, eklemlerin çevresindeki dokuların gerginliğini azaltır, hiperemisini sağlar, tendonların ve tendon kılıflarının içindeki birikmiş sıvıların emilimini kolaylaştırır ve metabolizma artıklarını lenf sistemi aracılığıyla uzaklaştırır (99, 106, 107).

2.3.2.4. Tapotman

Avuç içini kubbeleştirerek, hafif vuruş biçiminde yapılan ritmik bir masaj manipülasyonudur. Darbeli vuruş, çimdikleme ve tokat hareketleriyle kas tonüsünün artmasını ve lenfatik drenajın hızlanmasını sağlar (96, 107).

2.3.2.5. Vibrasyon

Vibrasyon parmak uçlarıyla vücuda sıkıca temas sağlandığı ve titreşimin uygulandığı bir harekettir. Bu titreşim hafif uygulanırsa kasların gevşemesini, kuvvetli uygulanırsa uyarıcı etki sağlar (99, 106, 107).

2.4. Oyun Etkinliği

Bu yaklaşım bireylerin destek kaynaklarını tanımasını, mevcut stres/kaygı durumunu fark etmesini, iyi oluş halini anlamasını, stresör yönetiminde olumlu seçenekleri bilmesini, aile, arkadaş ve toplum içerisinde başarılı iletişim ağı kurmasını, yararlı hissetmesini ve başarıma duygusu kazanmasını sağlamaktadır (108). Oyun etkinlikleri fiziksel, bilişsel ve psikososyal açıdan bireyin güçlü ve zayıf yönlerinin fark edilerek değerlendirilmesine odaklanmaktadır (109). Yaşlı bireylerin oyun etkinlikleri (örneğin el sanatları, müzik ve dans) ile meşgul olmaları onların beyin fonksiyonlarını ve motor becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Burada amaç yaşlı bireyin sosyalleşme yönünü geliştirmesine, toplumda daha aktif olmasına ve yaşam doyumunu artırmasına olanak sunan eğlenceli aktivitelere katılmasını sağlamaktır (110). Yaşlılara yönelik yapılan bazı araştırmalarda, oyun etkinliklerinin yaşlı bireyin yalnızlık (34) ve psikolojik iyi oluş düzeyine (32, 34, 111) pozitif etkilerinin olduğu saptanmıştır.

2.4.1. Jenga Oyunu

Oyun etkinlikleri kapsamında oldukça sık kullanılan “Jenga oyunu” bilişsel performansın iyileştirilmesinde önemli sonuçlar elde edilen birçok araştırmada kullanılmış bir tür beyin jimnastiği aktivitesidir (30). Geleneksel bir Jenga etkinliğinde, oyuncular yığılmış bir kule oluşumundan sırayla tahta blokları çıkararak kulenin tepesine yerleştirir ve bu hamleler kule yıkılana kadar devam eder. Tahta blokların kulenin alt kısmından tepesine doğru hareket ettirilmesi kuleyi daha az stabil hale getirir. Oyunun geleneksel amacı esasen kuleyi düşmeden ayakta tutmaktır. Eğlenceli, çaba gerektirmeyen ve sakatlanma riski içermeyen Jenga oyunu özellikle yaşlıların bilişsel ve sosyal gereksinimlerini giderme potansiyeline sahiptir. Takım halinde ve sırayla rakip takımın üyesiyle oynanan bu oyun, yaşlı bireylerin zihinsel gereksinimini karşılarken, farklı bireylerle iletişim kurarak sosyalleşmesine de katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, oyun içerisinde yapılması gereken stratejik hamleler bireylerin zihinlerini aktif tutmasını desteklemektedir (112). Jenga oynayan yaşlı yetişkin bireylerle Tayvan’da yapılan bir çalışmada, beyin eğitimi ile dikkat alıştırması sırasındaki elektroensefalografi aktivitesi incelenerek alfa ve beta frekans bantlarında önemli artışların olduğu gösterilmiştir (30). Kore’de hafif demansı olan yaşlı hastalara oyun aktivitesi olarak Jenga oyunu oynatılarak yaşlıların bilişsel ve fiziksel işlevlerini iyileştirmede ve depresyonu azaltmada etkili sonuçlar elde edilebileceği gösterilmiştir (31).

Beyin yaşlansa dahi bilişsel aktivitelere katılan yaşlı bireylerde hipokampus hacminin büyük olduğu saptanmış ve yaşam boyu devam ettirilen bu etkinliklerin yaşlılık evresinde hafızaya olumlu etkilerinin olabileceği belirtilmiştir (113). Özellikle yeni beceri edinme yoluyla zihinsel açıdan zorlayıcı eğitimlere katılmak, yeni beyin hücrelerinin üretilirliğine ve böylece yaşlılık döneminde beyin gelişimine olumlu katkılar sunmaktadır (34, 114). Alzheimer hastalığı riski taşıyan ancak zihinsel sorun yaşamayan 329 kişiyle tamamlanan etkin zihinsel uygulamalar içeren bir araştırmada, bulmaca gibi zihinsel anlamda zorlayıcı etkinliklerle uğraşmanın olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (115). Oyun etkinliği programları her ne kadar bilişsel düzeyi geliştirse de sosyal becerilere de önemli katkılar sağlamaktadır (116). Literatürde sunulan araştırma sonuçları dikkate alındığında, etkili bir oyun aktivitesi olan Jenga oyunu yaşlı bireyin sosyal etkileşimine katkı sunmakla kalmayıp bilişsel performansını da geliştirmektedir (34, 114-116)

2.5. Yaşlı Bireylerde Yalnızlık, Konfor, Psikolojik İyi Oluş ve Hemşirelik

Huzurevinde/bakımevinde yaşamak bazen yaşlı bireyler için çocukları tarafından terk edilme ve kişisel anlamda utanç duyulan bir mesele olarak görülmektedir (117). Ailelerinden ayrı yaşamaları nedeniyle huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlılar çeşitli kronik hastalıklara da sahip olabilmektedir (118, 119). Bu nedenle, toplum içinde yaşayan yaşlılarla kıyaslandığında, huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlı bireyler ileri yaşları ve fiziksel bağımlılıklarının da etkisiyle genellikle daha kırılgan olabilmektedirler. Evde bakım alan yaşlılarla kurumlarda yaşayan yaşlılar karşılaştırıldığında, kurumda yaşayan yaşlıların depresyon ve yalnızlık seviyelerinin daha yüksek, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Diğer yandan, huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlı bireylerin aile/arkadaş etkileşiminden yoksun kalmaları sebebiyle daha izole yaşam sürmelerine ek olarak kurum kurallarına ve çalışanlarının direktiflerine uyma zorunluluğu psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (89). Yaşlılarda görülen sosyal izolasyon durumunun ve yalnızlık hissinin neden olduğu fiziksel ve zihinsel sağlıktaki gerileme bu bireyler arasında sosyal katılımı teşvik etmek için yenilikçi stratejik programların geliştirilmesini gerektirdiğinden önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (120). Bu nedenle, huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlı bireylere daha fazla önem verilmesinin bir gereklilik olduğu vurgulanmıştır (89).

Sosyal aktivitelere katılım eğlenceli bir ortam sunarak yaşlıların sorunlara karşı mücadele duygularının artmasını sağlamaktadır (121). Keyifli aktivitelere katılmak yaşlıların psikolojik sağlığı açısından oldukça önemlidir, çünkü bu etkinlikler vasıtasıyla yaşlıların entelektüel aktivitelerinin devamlılığı sağlanırken, demans hastası olmalarının da önüne geçilebilir. Ayrıca, yaşlı bireylerin birlikte satranç, kart ve mahjong gibi oyunları deneyimlemeleri rahatlatıcı bir sosyal etkileşim ortamında olumlu duyguları ve ilişkileri geliştirmelerine fırsat sunmaktadır. Buna ek olarak, bahsi geçen etkinlikler huzurevinde kalan yaşlıların öz yeterliliğini artırmada etkin rol oynaması nedeni ile psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde etkilemektedir (89, 121).

Huzurevinde kalan yaşlılarla en fazla vakit geçiren ve onların tedavisinden/bakımından primer düzeyde sorumlu olan hemşireler, yaşlılarda sık görülen problemler için bireyin yararına uygun girişimler planlayabilmeli ve uygulayabilmelidir. Bu uygulamaların da öncelikle ucuz, güvenilir ve yan etki oluşturmayacak şekilde planlanması önemlidir (109). Hemşireler, huzurevlerinde veya bakımevlerinde yapılan her türlü aktivitelerde yaşlı bireylerin dikkatini olumlu deneyimlere yönlendirmeli, kişiyi bu deneyimlerin devamına yönelik teşvik etmeli, yaşamındaki olumlu anlarla ilgili deneyimlerini detaylandırmalı ve olumlu duyguları pekiştirmelidir (122). Ayrıca, aktivitelerde hemşirelerle birlikte aktif rol üstlenen yaşlılar aynı deneyimi yinelemek adına daha fazla hazıroşluk gösterebilmektedir (109).

Yaşlının kaygısını ve engellenmişliklerini azaltarak güvenlik ve konforu temsil eden eğitimli profesyonel bir gözlemci olarak hemşirenin, kurumun sunduğu fiziksel ortam olanaklarıyla yaşlıların psikolojik iyi oluşuna daha fazla katkı sağlayabilmesi için uygun çevresel iyileştirmeler yapılmalıdır (89, 109). Örneğin, yaşlıların sosyal etkileşimlerini kolaylaştırmaya yardımcı olmak adına huzurevlerinde özel alanlar (örneğin eğlence ya da oyun odaları) oluşturulabilir. Ek olarak, yaşlı bireyin aile üyeleriyle birlikte vakit geçirebileceği özel günler ayarlanarak ve o güne özel bir oda tahsis edilerek sosyal ilişkileri destekleyebilir. Örneğin, yetişkin çocukların hafta sonları ebeveynleriyle birlikte yemek pişirebileceği duvarları sıcak tonlara boyanmış bir odanın ev aletleriyle donatılmasıyla ev benzeri bir atmosferin sunulması yararlı olabilir. Böylece huzurevleri/bakımevleri, yaşlılara yetişkin çocukları tarafından düzenli olarak ziyaret edilebilme ve böylece daha fazla aile etkileşimi deneyimleme imkanı sunmuş olacaktır (89). Bu nedenle, bakım hizmeti sunan hemşireler yaşlı bireyi holistik olarak ele alarak

fiziksel ve psikososyal bakım ve konfor gereksinimlerini karşılamalı ve iyi oluş düzeylerine katkı sağlayacak masaj uygulaması, farklı oyun etkinlikleri vb gibi yararlı girişimlerde bulunmalıdır (109).

Yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeyi yaşlı bireylerin yaşam kalitesine doğrudan etki eden kritik parametrelerdir. Huzurevlerinde/bakımevlerinde kalan yaşlı bireyler evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerle kıyaslandığında, hemşirelerin kendilerine yönelik geliştirdikleri aktiviteleri deneyimleme olanağına sahip olmaları nedeni ile yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeyleri ile ilgili yaşadıkları olası sorunları daha kısa sürede ve başarıyla ortadan kaldırabilirler (89, 109, 120, 122).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, el masajı ve oyun etkinliğinin yaşlılarda yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test randomize kontrollü çok merkezli bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Çalışma, clinicaltrials.gov.tr'ye kayıt edildi (Trial numarası: NCT05569616).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Mersin ilinde bulunan Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi, Özel Funda Yaşlı Bakım Merkezi ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi'nde 15.07.2022-01.05.2023 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

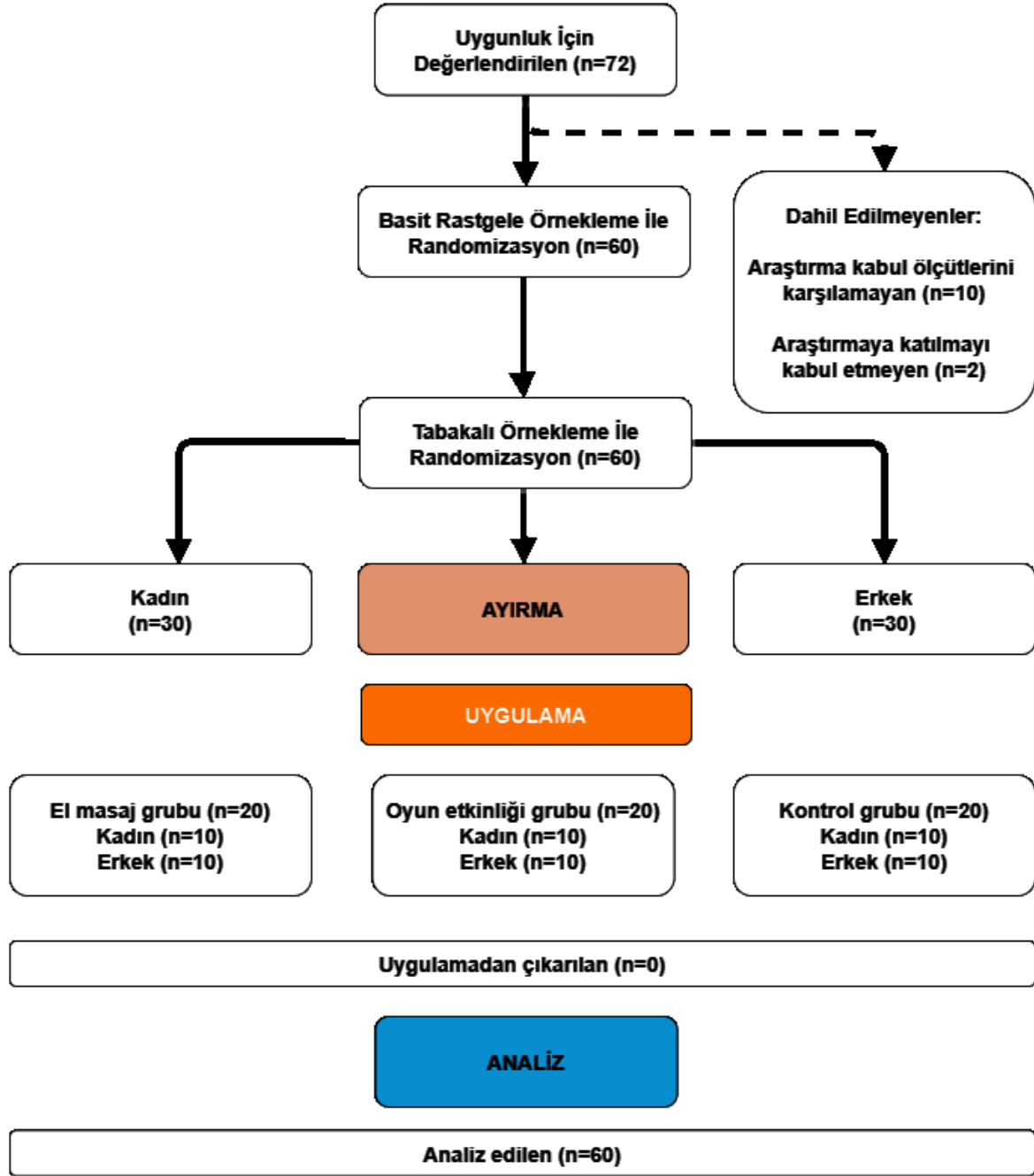
Araştırmanın evrenini Mersin ilinde bulunan Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi (n=45), Özel Funda Yaşlı Bakım Merkezi (n=47) ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi'nde (n=29) kalan toplam 121 yaşlı birey oluşturdu. Örneklem alınacak yaşlıların seçiminde güç analizi yapıldı. Örneklem sayısı Jung ve ark., (2009)'nın huzurevinde uyguladıkları altı haftalık oyun etkinliklerinin yaşlılar üzerindeki psikolojik etkilerini inceledikleri çalışması referans alınarak, G*Power 3.1.5 paket programında %95 güç, $\alpha = 0.05$ ve etki büyüklüğü 1.77 olacak şekilde hesaplandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda el masajı grubunda 10, oyun etkinliği grubunda 10 ve kontrol grubunda 10 yaşlı birey olmak üzere 30 yaşlının çalışmaya dahil edilmesi gerektiği bulundu. Örneklem büyüklüğü arttığında standart hatanın azalacağı ve çalışma gücünün artacağı göz önünde bulundurularak (123), her grup için birey sayıları %100 arttırıldı ve çalışmaya her bir grup için 20 yaşlı olmak üzere toplamda 60 yaşlı dahil edildi.

Örneklem grubunun seçimi ve randomizasyonunda sırası ile aşağıdaki adımlar uygulandı:

- Örneklem sayısına ulaşmak için 15.07.2022 - 01.05.2023 tarihleri arasında Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi, Özel Funda Yaşlı Bakım Merkezi ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi'nde kalan 65 yaş ve üzeri 72 yaşlı birey ile birebir görüşüldü.

- Araştırma kabul ölçütlerini karşılamayan 12 yaşlı birey çalışmadan dışlandı (Standardize Mini Mental Test (SMMT)’ten 25’in altında puan alan 10 yaşlı birey ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen iki yaşlı birey).
- Örneklem seçiminden kaynaklanan yanlılığın azaltılması için “basit rastgele örnekleme yöntemi” kullanıldı.
- Gruplar arasında homojenliğin sağlanması için örnekleme seçilen 60 yaşlı birey basit rastgele örnekleme yöntemlerinden olan “tabakalı örnekleme yöntemi” kullanılarak cinsiyetlerine (Kadın/Erkek) göre tabakalandırıldı.
- Cinsiyetlerine göre tabakalandırılan yaşlı bireyler listelenerek randomizer programı yardımıyla araştırma gruplarına atandı. İlk atama kadın grubu için yapılırken, ikinci atama erkek grubu için yapıldı. Atama işlemlerinde 1=El masajı grubu, 2=Oyun etkinliği grubu, 3=Kontrol grubu şeklinde numaralandırıldı (124) (Ek 1).
- Araştırma; el masajı grubunda 20, oyun etkinliği grubunda 20 ve kontrol grubunda 20 yaşlı birey olmak üzere toplam 60 yaşlı birey ile tamamlandı.

Araştırmanın CONSORT akış diyagramı Şekil 1’de verildi.



Şekil 1. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, geçmişte çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir algı düzeyi, emekli maaş varlığı, önceki ikamet yeri, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı), kuruma ilişkin özellikleri

(kurumda kalma süresi, ziyaretçi gelme durumu, kalınan odadaki kişi sayısı), SMMT puanları, el masajı uygulaması ve oyun etkinliği (Jenga) uygulaması olarak belirlendi.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği (YİYÖ)", "Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)" ve "Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WE-MİÖÖ)" puanları olarak belirlendi.

3.5. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

- Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi, Özel Funda Yaşlı Bakım Merkezi ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi'nde kalıyor olma,
- 65-84 yaş aralığında olma (38, 40),
- En az üç haftadır huzurevi/bakımevinde kalıyor olma (21),
- Okuryazar olma,
- Görme ve işitme engeli bulunmama,
- Sözel iletişim kurabiliyor olma,
- Elde duyu kaybı, el ve tırnak deformiteleri, elde açık yara, yanık, nöropati, artrit, flebit, enflamasyon, egzama ve fraktür vb. bulunmama (14)
- Herhangi bir parmak veya uzuv kaybının olmaması,
- Standardize Mini Mental Test'ten 25 ve üzeri puan alma*,
- Parkinson, alzheimer ve majör depresyon gibi mental hastalık tanısı almış olmama (14, 21, 77),
- Araştırmaya katılmayı kabul etme.

Standardize Mini Mental Test (SMMT): Folstein ve arkadaşlarının 1975 yılında geliştirdikleri orijinal Mini Mental Testi 1997 yılında Molloy ve Standish standardize sürüm adıyla yeniden yapılandırılmıştır. Temel olarak "yönelim", "kayıt", "dikkat", "hesaplama", "hatırlatma", "dil testleri" ve "yapılandırma" kısımlarından oluşan bu yeni test hem daha kolay uygulanabilmekte hem de bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi verebilmektedir. Model sağlık profesyonelleri tarafından kısa sürede (10 dakika) hem poliklinik koşullarında hem de yatak başında belli adımlar izlenerek uygulanmaktadır. Bu test daha çok yaşlılarda ve özellikle deliryum ya da demans gibi nörolojik sorunların muayenesinde pratik bir bilişsel değerlendirme yapabilme amacıyla geliştirilmiştir. Yaklaşımında sorulan her bir soru "1" puan değerinde olup ölçekten alınabilecek en düşük puan "0" iken en yüksek puan ise "30"dur. Test sonucunda alınan puanlardan 0-12 arası

“şiddetli” düzeyde, 13-22 arası “orta” düzeyde ve 23-24 arası ise “hafif” düzeyde “bilişsel bozukluk var” olarak değerlendirilirken 25-30 puan arası ise “bilişsel bozukluk yok” olarak yorumlanmaktadır. Molloy ve Standish tarafından geliştirilen SMMT’nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Ölçeğin “güvenirliliğinin” kontrol edilmesi amacıyla görüşmeciler arası tutarlılık ele alınırken test bağımsız iki görüşmeci tarafından 28 yaşlıya uygulanmıştır. Uygulayıcıların sunduğu toplam puanlar arasındaki korelasyon $r=0.99$ ve Kappa değeri ise $\kappa=0.92$ olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, SMMT’nin Türkçe’ye uyarlanmış formunun hafif demans tanısında bir tarama testi olarak kullanımı geçerli ve güvenilir bulunmuştur (125) (Ek 2).

Standardize Mini Mental Test Uygulama Kılavuzu: Araştırmacıya SMMT’yi nasıl uygulayacağı ve nasıl puanlayacağı hakkında bilgi veren bir kılavuzdur. Bu kılavuz “yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisandan” oluşan totalde beş kategoriye içeren değerlendirmelere ilişkin dikkat edilecek hususları içermektedir (Ek 3).

3.6. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

- Genel durumun (hemodinamik açıdan) stabil olmaması (nabız $< 60/\text{dk}$; nabız $> 100/\text{dk}$; kan basıncı $< 90/60 \text{ mmHg}$, $> 140/90 \text{ mmHg}$),
- Bilişsel bozukluk gelişmesi.

3.7. Araştırmada İzlemden Çıkarılma Ölçütleri

- Araştırmadan çekilmek isteme,
- Çalışma sürecinde yaşamını kaybetme,
- Kurum ya da il değiştirme,
- Temas izolasyonu gerektiren bir enfeksiyonu olma.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Yaşlı Tanıtım Formu” (Ek 4), “YİYÖ” (Ek 5), “GKÖ” (Ek 6) ve “WE-EMİÖÖ” (Ek 7) kullanıldı. Girişim olarak “el masajı” uygulaması (Ek 8 ve Ek 9) ile “oyun etkinliği (Jenga)” uygulaması (Ek 10) yapıldı. El masajı uygulamasında “bebek yağı”, “kâğıt havlu” ve “alkol bazlı yüzey dezenfektanı” kullanılırken, oyun etkinliği uygulamasında “Jenga oyun blokları” kullanıldı. Ayrıca, yaşlıların ikamet ettiği Mersin ilinde bulunan Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi’ne, Özel Funda Yaşlı Bakım Merkezi’ne ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi’ne araştırmacı tarafından kurum ziyaretleri gerçekleştirildi.

3.8.1. Yaşlı Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (21, 77, 126, 127) geliştirilen bu form iki bölümden oluştu. Birinci bölümde yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, geçmişte çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir algı düzeyi, emekli maaş varlığı, önceki ikamet yeri, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı) belirlemeye yönelik 12 soru; ikinci bölümde yaşlıların kaldığı kuruma ilişkin özellikleri (kurumda kalma süresi, ziyaretçi gelme durumu, kalınan odadaki kişi sayısı) belirlemeye yönelik üç soru olmak üzere toplam 15 soru yer aldı (Ek 4).

3.8.2. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

Yalnızlık duygu düzeyini belirlemek için ilk defa 1985 yılında De Jong Gierveld ve Kamphuis tarafından tasarlanan ve daha sonra 1999 yılında Van Tilburg ve De Jong Gierveld tarafından yeniden düzenlenmiş olan YİYÖ temel olarak bilişsel davranışçı yaklaşım esas alınarak geliştirilmiş bir ölçektir. Toplam 11 madde içeren ölçek “Duygusal Yalnızlık” ve “Sosyal Yalnızlık” olarak bilinen iki alt boyuta sahiptir. Bu ölçekteki 2, 3, 5, 6, 9 ve 10 numaralı maddeler “Duygusal Yalnızlığı” ölçmeye yönelik olumsuz maddeler iken 1, 4, 7, 8 ve 11 numaralı maddeler ise “Sosyal Yalnızlığı” ölçmeye yardım eden olumlu maddelerdir. Buradaki “Duygusal Yalnızlık” ile “Sosyal Yalnızlık” alt boyutlarının puanları toplanarak ölçeğin toplam yalnızlık puanı hesaplanmaktadır (128). Ölçekte bulunan her bir maddenin belirttiği durumun kişi tarafından ne düzeyde yaşandığı 3’lü Likert tipi derecelendirme (0=Evet, 1=Olabilir, 2=Hayır) yöntemiyle belirlenmektedir. Burada, ilgili kişiyi en iyi tanımladığı düşünülen seçeneğin işaretlenmesi yoluyla ölçek sorusu yanıtlanır. Ölçek maddelerinin 6’sı düz, diğer 5’i ise ters yönde kodlanmıştır: 1, 4, 7, 8 ve 11 numaralı olumlu yöndeki maddeler için 0=Evet, 1=Olabilir ve 2=Hayır şeklinde derecelendirme yöntemi tercih edilirken 2, 3, 5, 6, 9 ve 10 numaralı olumsuz yöndeki maddeler için ise bunun tersi olarak 2=Evet, 1=Olabilir ve 0=Hayır şeklinde puanlandırma yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 22 olup puanlar arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği’nin ölçüt geçerliliğini test etmek amacıyla UCLA Yalnızlık Ölçeği ile tamamlanan iki farklı araştırma sonucunda 0.66 ve 0.81 korelasyon değerleri elde edilmiştir (129). Testin Türkçe’ye uyarlandığı çalışmada ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği için (0.875 $p < 0.001$) sonucu elde edilmiş olup, bu değer “çok iyi” olarak nitelendirilmektedir.

Toplam yalnızlık ölçeği için yapılan analizde Cronbach's α katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur (Ek 5). Bu çalışmada YİYÖ'nün tüm gruplarda Cronbach's α değeri 0.68 olarak belirlenmiştir.

3.8.3. Genel Konfor Ölçeği

İlk defa 1992 yılında Kolcaba tarafından geliştirilen (130) ölçek konforun kuramsal parçalarını meydana getiren üç düzey ve dört boyutun bulunduğu taksonomik yapı baz alınarak oluşturulmuştur. Burada ölçeğin 16 maddesi ferahlama düzeyini, 17 maddesi rahatlama düzeyini ve 15 maddesi ise sorunların üstünden gelme düzeyini betimlemektedir. Diğer yandan, ölçeğin 12 maddesi fiziksel boyut, 13 maddesi psikospiritüel boyut, 13 maddesi çevresel boyut ve 10 maddesi ise sosyokültürel boyut içindir. Pozitif ve negatif yönlü maddelerden meydana gelen ölçeğin cevap düzenleri karışık halde sunulmuştur. Bu bağlamda, pozitif yönlü ifadelerde karşılaşılan yüksek puan (örneğin 4 puan) yüksek konfor düzeyine işaret ederken, düşük puan (örneğin 1 puan) düşük konfor düzeyine karşılık gelmektedir. Diğer yandan, negatif yönlü ifadelerde ise düşük puan (1 puan) yüksek konfor düzeyine karşılık gelirken yüksek puan (4 puan) ise düşük konfora işaret etmektedir (131).

Ölçekte yer alan pozitif yönlü maddeler 1, 36, 15, 29, 44, 46, 2, 7, 31, 38, 9, 17, 3, 27, 11, 47, 30, 33, 37, 4, 23, 43, 10, 16 iken negatif yönlü olanlar ise 14, 19, 48, 25, 20, 28, 5, 6, 22, 40, 24, 41, 45, 12, 34, 32, 42, 18, 21, 35, 8, 13, 26, 39 numaralı maddelerdir (131).

Değerlendirme evresinde ölçek vasıtasıyla negatif yönlü maddelerden toplanan puanlar ters kodlanır ve pozitif yönlü maddelerden elde edilen puanlarla toplanır. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek toplam değerlendirme puanı 192 iken en düşük toplam değerlendirme puanı ise 48'dir. Hesaplanan toplam değerlendirme puanı ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer belirlenir ve sonrasında elde edilen sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Bu dağılımda, düşük konfor düzeyi bir puana yüksek konfor düzeyi ise dört puana karşılık gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği 2004 yılında Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından yapılmış ve güvenirliğinin yüksek olduğu (Cronbach's α katsayısı 0.85) belirtilmiştir. Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenirliği için gerçekleştirilen araştırmalarda, 48 sorudan oluşan ilk ölçümde Cronbach's α değeri 0.751 olarak elde edilirken, son ölçümde 0.860 olarak bulunmuştur. Literatüre göre, Cronbach's α değeri $0.60 \leq \alpha \leq 1$ aralığında ise ilgili faktör oldukça güvenilir

(131) (Ek 6). Çalışmamızda, GKÖ'nün tüm gruplarda Cronbach's α değeri 0.86 olarak belirlenmiştir.

3.8.4. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

İngiliz halkının mental iyi oluş düzeylerini tespit etmek için Tennant ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilen bu ölçek tek boyutlu 14 maddelik 5'li Likert tipi bir istatistik aracıdır (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Biraz katılıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum). Ölçekten en az 14 puan alınırken en fazla 70 puan alınmaktadır. Burada alınan yüksek ölçek puanı kişinin psikolojik iyi olma düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Keldal tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's α iç tutarlılık değeri 0.92 şeklinde test-tekrar test güvenilirlik değeri ise 0.83 olarak bulunmuştur (132) (Ek 7). Çalışmamızda, WE-EMİÖÖ'nün tüm gruplarda Cronbach's α değeri 0.94 olarak belirlenmiştir.

3.8.5. El Masajı

Rutin hemşirelik bakım aktivitelerine bağımsız olarak kolayca dahil edilebilen el masajı uygulaması bir çeşit rahatlatma müdahalesidir (10). Klasik el masajı uygulamasında öfloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman ve vibrasyon olmak üzere beş temel hareket bulunmasına rağmen (14, 21, 104, 106, 107) öfloraj, petrisaj ve friksiyon manevralarını içeren hareketler de el masajı uygulamaları içinde yer almaktadır. El masajının hem fiziksel hem de psikososyal yararları bulunmaktadır. El masajının fiziksel yararları arasında kan dolaşımını artırma, kasılan kasları yumuşatma, ağrı ve sızıları hafifletme, endorfin salınımını uyarma ve konforu artırma yer almaktadır. El masajının psikososyal yararları arasında ise dokunsal uyarım aracılığı ile koşulsuz ve birebir ilgi sunma, sözlü/sözsüz iletişim olanağı verme, sosyal etkileşimi kuvvetlendirme ve strese karşı koyma yer almaktadır (133). El masajının konfor ve/veya rahatlık üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda, bu uygulamanın beş dakikalık (134) ve/veya 10 dakikalık (14, 21, 135) süreleri kapsayabileceği belirtilmektedir.

3.8.6. Bebek Yağı

Hipoallerjenik, boya içermeyen, cildi nemlendirmeye ve kurumaya karşı koruyan bebek yağı, kayganlık sağlaması nedeni ile tüm masaj uygulamalarında önerilen ideal bir üründür (136) (Ek 11).



Resim 1. Bebek yağı (www.gratis.com, 136)

3.8.7. Kâğıt Havlu

Yumuşak, kalın ve emici malzemeden üretilen kâğıt havlu genellikle rulo şeklindedir. Bu ürün sentetik madde içermemekle birlikte bakteri riski taşımaz ve %100 hijyeniktir. Elde tüy bırakmayan kâğıt havlu oldukça hafif ve kullanışlıdır (137) (Ek 12).



Resim 2. Kâğıt havlu (https://tr.wikipedia.org, 137)

3.8.8. Alkol Bazlı Yüzey Dezenfektanı

Hızlı, etkili ve kullanıma hazır bir ürün olan alkol bazlı yüzey dezenfektanı, dezenfekte edilmek istenen yüzeye püskürtülerek kolaylıkla uygulanabilmektedir. Kullanımının basit olması nedeni ile klinik ve birçok iş yerinde tercih edilmektedir. Alkol ve ıslanmaya dayanıklı tüm tıbbi cihazlara ve ekipmanlara dezenfekte işlemi için güvenle uygulanabilmektedir. Uygulama sonrasında ürünün yüzeye etki etmesi açısından 30 saniye beklenmeli ve ardından silme işlemi yapılmalıdır (138) (Ek 13).



Resim 3. Alkol bazlı yüzey dezenfektanı (<https://eczacibasiprofesyonel.com.tr>, 138)

3.8.9. Oyun Etkinliği (Jenga)

Jenga, bilişsel performansın iyileştirilmesine olumlu katkılar sağlayan bir tür beyin jimnastiği etkinliğidir (30, 112, 139). Bu oyunun yaşlıların bilişsel ve fiziksel işlevlerini iyileştirme, depresyon düzeyini azaltma (31), yalnızlığı giderme (34) ve kendini iyi hissetme gibi pek çok pozitif etkilerinin olduğu bildirilmiştir (32, 34, 111). Jenga oyunu her sıra ters yöne bakacak şekilde arka arkaya üç bloktan oluşan toplamda 54 hassas ahşap blok içermektedir. Oyun en az iki kişi ile oynanmakta ancak kişi sayısında bir kısıtlama da bulunmamaktadır. Oyunun geleneksel amacı kuleyi düşmeden ayakta tutmaktır. Bu durum, bir kuleden blokların başarılı bir şekilde çıkarılması için yeni yöntemlerin araştırılmasını teşvik etmektedir. Her oyuncunun sırası geldiğinde yalnızca bir bloğa dokunarak hamle yapmasına izin verilmektedir (112, 139) (Ek 10).



Resim 4. Jenga oyun blokları (<https://tr.wikipedia.org>, 140)

3.8.10. Kurum Ziyaretleri

Kurum ziyaretleri araştırmacı tarafından örnekleme alınacak yaşlıların belirlenmesi, randevuların oluşturulması, el masajı uygulamasının yapılması, oyun etkinliği (Jenga) uygulamasının yapılması ve veri toplama araçlarının uygulanması amacı ile yapıldı.

3.9. Araştırmacının Yeterliliği

Araştırmacı, el masajı uygulamasını yapabilmek için Antalya International Academy-Academica Eğitim ve Danışmanlık tarafından 11-15 Mart 2022 tarihleri arasında 5 gün/20 saat masaj sertifikası eğitimi almıştır (Ek 14).

3.10. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın veri toplama yöntemi el masajı grubu, oyun etkinliği (Jenga) grubu ve kontrol grubu için aşağıda sunuldu.

3.10.1. El Masajı Grubu

Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi (n=12), Özel Funda Yaşlı Bakım Merkezi (n=6) ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi'nde (n=2) kalan toplam 20 yaşlı birey el masajı grubuna alındı. Araştırmacı, uygulama öncesinde huzurevi/bakımevi yetkilileri ve yaşlılar ile görüşerek kurumlara ilk ziyaretlerini gerçekleştirdi. El masajı uygulama günlerine kurumun ve yaşlıların uygunluk durumuna göre karar verildi. Buna göre el masajı uygulaması için haftanın üç günü (Pazartesi, Çarşamba, Cuma) 10:00-12:00 ve 14:00-16:00 saatleri arasında randevular oluşturuldu. Bu saatler kurumun daha sessiz olduğu, yaşlıların dinlenebildiği ve sosyal etkileşim sağlayabildiği zaman aralıkları olduğu için tercih edildi. Huzurevinde/bakımevinde yaşlılara sağlanan özel bir odada yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmacı tarafından “Yaşlı Tanıtım Formu ile ön test “YİYÖ”, “GKÖ” ve “WE-MİÖÖ” uygulandı. Form ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Ardından, yaşlılara araştırmacı tarafından dört hafta süresince haftanın üç günü her bir ele 10’ar dakika olacak şekilde toplam 20 dakika el masajı uygulaması yapıldı. Bu gruptaki her bir yaşlıyla haftada üç gün olmak üzere dört hafta süre ile toplam 12 kez el masajı uygulaması gerçekleştirildi. Yaşlı ya da araştırmacıdan kaynaklanan nedenlerle el masajı uygulamasının belirlenen gün ve saatlerde yapılamaması durumunda o haftayı izleyen Pazar günü telafi uygulaması yapıldı. Dört hafta el masajı uygulaması tamamlandıktan sonra beşinci haftada yaşlılara son test “YİYÖ”, “GKÖ” ve “WE-MİÖÖ”

araştırmacı tarafından tekrar uygulandı. El masajı grubunda yer alan yaşlıların veri toplama yöntemi “Araştırmanın Veri Toplama Sürecinde” (Şekil 2) gösterildi.

3.10.2. El Masajı Uygulama Protokolü

El masajı grubunda yer alan yaşlı bireylere uygulanan el masajı uygulama protokolü aşağıda belirtildi (107) (Ek 8).

El Masajı Uygulamasına Hazırlık

- Yaşlı bireylere araştırmacı tarafından el masajı uygulaması ile ilgili bilgi verildi.
- El masajı uygulaması için kurumun uygun gördüğü ve yaşlının rahat edebileceği gürültüden uzak ve havalandırılmış bir oda kullanıldı.
- El masajı uygulaması öncesinde yaşlının yeme-içme, tuvalet vb. gereksinimlerini gidermesi sağlandı.
- El masajı uygulaması öncesinde araştırmacı tarafından yaşlıların yaşam bulguları ölçölüp değeriendirildi.
- Araştırmacının ve yaşlının varsa takıları çıkarıldı.
- Yaşlının kolunda dolaşımı engellemeyecek sıklıkta kıyafet giymesi sağlandı.
- Araştırmacı el masajı uygulamasına başlamadan önce ellerini sabunlu su ile yıkadı, “kâğıt havlu” ile kuruladı ve el ısının vücut ısısına gelmesini bekledi.
- Yaşlıya rahat ettiğı bir pozisyon verildi.

El Masajı Uygulaması

- Yaşlının masaj uygulanacak sağ/sol elinin altına kâğıt havlu serildi.
- Araştırmacı el masajı uygulaması sırasında yaşlının karşısında yer aldı.
- Yaşlının elleri ve ön kollarına araştırmacının rahatlıkla erişebileceğı bir pozisyon verildi.
- Yaşlıya ön kolu, eli ve avuç içi yukarı gelecek ve başparmağı ayrı duracak şekilde pozisyon verildi.
- Yaşlının sağ/sol eli cilt bütünlüğü, kızarıklık, yara, hassasiyet vb. açısından değeriendirildi.
- El masajı uygulaması sırasında yaşlının rahatsız hissettiğı herhangi bir durum olursa belirtmesi istendi.
- Araştırmacı el masajı uygulamasına başlamadan önce 5 ml (1 pompa) bebek yağını eline döktü, el ve parmakları arasında ovuşturarak yaydı.

- Araştırmacı eline yaydığı bebek yağını yaşlının avuç içine ve elinin st bölümlerine eşit bir şekilde dağıttı.
- Araştırmacı el masajında elin distalinden bilek üstüne kadar tüm sıvazlama (floraj) hareketlerini üç kez uyguladı.

Avuç İçi Uygulaması

- Araştırmacı dominant eliyle yaşlının elini destekledi, diğer eliyle yaşlının parmaklarının yakınındaki avuç içinde başparmak tarafındaki kısmını kavradı.
- Araştırmacı başparmağı ile yaşlının bileğine doğru başparmağının tabanı etrafında avuç iinin orta hattına doğru sıvazlama (floraj) hareketi yaptı.
- Araştırmacı parmakları ile yaşlının metakarpofalangeal eklem hizasından başlayarak sıvazlama (floraj) ile proksimale doğru ilerledi.
- Araştırmacı bilek hizasında başparmaklar ile yaşlının el yüzeyinde yüzeyel bir baskı oluşturacak şekilde yanlara doğru açılma hareketi yaptı (friksiyon).
- Araştırmacı iki elin başparmağıyla yaşlının avuç içine diğer parmaklar yönünde daireler çizdi ve sonrasında metakarpofalangeal eklem çizgisinden başlayarak bileğe kadar yoğurma (petrisaj) hareketi uyguladı. Dönüş aşamasında, araştırmacı yüzeyel sıvazlama (floraj) uygulayarak yaşlının metakarpofalangeal eklem hizasına indi.
- Araştırmacı yaşlının elinin avuç içi masajını bitirirken yüzeyel bir baskıyla (friksiyon) sıvazlama (floraj) uyguladı.

El Sırtı ve Parmaklara Uygulaması

- Araştırmacı, yaşlının el sırtına metakarpofalangeal eklem hizasından başlayarak sıvazlama (floraj) ile proksimale doğru ilerledi.
- Yaşlının bilek hizasında araştırmacının başparmakları ile yanlara doğru açılma hareketi yapıldı.
- Araştırmacı iki elin başparmağıyla yaşlının el sırtına diğer parmaklar yönünde daireler şeklinde metakarpofalangeal eklem çizgisinden başlayarak bileğe kadar yoğurma (petrisaj) hareketi uyguladı. Dönüş aşamasında araştırmacı yüzeyel sıvazlama (floraj) uygulayarak yaşlının metakarpofalangeal eklem hizasına indi.

- Araştırmacının bir eli ile yaşlının eli desteklenirken diğeri elin başparmağıyla, yaşlının parmağının metakarpofalangeal ekleminden bileğine doğru tüm parmaklar üzerine baskı uygulandı (friksiyon).
- Araştırmacı tarafından yaşlının elinin kemikleri arasına baskı uygulandı (friksiyon).
- Yaşlının eli araştırmacının dominant eli ile desteklenerek bu elin başparmağıyla yaşlının parmak ucundan bileğine doğru başparmak sıvazlanmaya (öfloraj) başlandı.
- Araştırmacı başparmağının ucuyla yüzeysel baskı (friksiyon) uygulayarak yaşlının elinin tüm sırtına metakarpofalangeal eklem proksimaline kadar sıvazlama (öfloraj) uyguladı.
- Yaşlının parmakları ile avuç iinin birleştiği yerden başlanarak parmak ucuna doğru tüm parmaklara ve parmak eklemlerine yoğurma (petrisaj) uygulandı.
- Araştırmacı el masajını sonlandırırken, yaşlının elinin distalinden bilek üstüne kadar genel sıvazlama (öfloraj) uyguladı.

El Masajı Uygulamasını Sonlandırma

- El masajı uygulaması her bir el için 10’ar dakika olmak üzere toplam 20 dakika sürdü.
- Araştırmacı, yaşlının eliyle teması nazik bir şekilde ve yaşlının eline rahat bir pozisyon vererek kesti.
- Araştırmacı, el masajı uygulamasından sonra ellerini sabunlu su ile yıkadı, kâğıt havlu ile kuruladı.
- El masajı uygulamasında kullanılan bebek yağının cildi besleme ve nemlendirme özelliği nedeni ile yaşlıya el masajı uygulamasından en az 10 dakika sonra elini yıkaması gerektiği belirtildi.
- El masajı uygulaması tamamlandıktan sonra yaşlı ile bir sonraki el masajı uygulaması için randevulaşıldı.



Resim 5. El masajı uygulaması

3.10.3. Oyun Etkinliği (Jenga) Grubu

Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi (n=8), Özel Funda Yaşlı Bakım Merkezi (n=6) ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi (n=6)'nde kalan toplam 20 yaşlı birey oyun etkinliği (Jenga) grubuna alındı. Araştırmacı oyun etkinliği (Jenga) uygulaması öncesinde huzurevi/bakımevi yetkilileri ve yaşlılar ile görüşerek kurumlara ilk ziyaretlerini gerçekleştirdi. Oyun etkinliği (Jenga) uygulama günlerine kurumun ve yaşlıların uygunluk durumuna göre karar verildi. Buna göre oyun etkinliği (Jenga) uygulaması için haftanın bir günü (Salı) 10:00-12:00 ve 14:00-16:00 saatleri arasında randevular oluşturuldu. Kurumdaki bu saatler kurumun daha sessiz olduğu, yaşlıların dinlenebildiği ve sosyal etkileşim sağlayabildiği zaman aralıkları olması nedeni ile tercih edildi. Huzurevinde/bakımevinde yaşlılara sağlanan özel bir odada yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmacı tarafından “Yaşlı Tanıtım Formu” ile ön test “YİYÖ”, “GKÖ” ve “WE-MİÖÖ” uygulandı. Form ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Ardından, yaşlılara araştırmacı tarafından dört hafta süresince haftanın bir günü en az yarım saat olmak üzere oyun etkinliği kapsamında “Jenga” oyun uygulaması gerçekleştirildi. Bu çalışmada, Jenga uygulamasındaki kişi sayısı yaşlılar arasında sosyal ilişkinin ve psikomotor becerilerin güçlendirilmesi amacıyla iki kişi olarak belirlendi. Bu gruptaki her bir yaşlıyla haftada bir gün olmak üzere dört hafta süre ile toplam dört kez Jenga oyun uygulaması gerçekleştirildi. Yaşlı ya da araştırmacıdan kaynaklanan nedenlerle Jenga oyun uygulamasının belirlenen gün ve saatlerde yapılamaması durumunda o haftayı izleyen Pazar günü telafi uygulaması yapıldı. Dört hafta Jenga oyun uygulaması tamamlandıktan

sonra beşinci haftada yaşlılara son test “YİYÖ”, “GKÖ” ve “WE-MİÖÖ” araştırmacı tarafından tekrar uygulandı. Oyun etkinliği (Jenga) grubunda yer alan yaşlıların veri toplama yöntemi “Araştırmanın Veri Toplama Sürecinde” (Şekil 2) gösterildi.

Jenga Oyunu Uygulama Protokolü

Oyun etkinliği (Jenga) grubunda yer alan yaşlı bireylere uygulanan Jenga oyun uygulama protokolü aşağıda belirtildi (141).

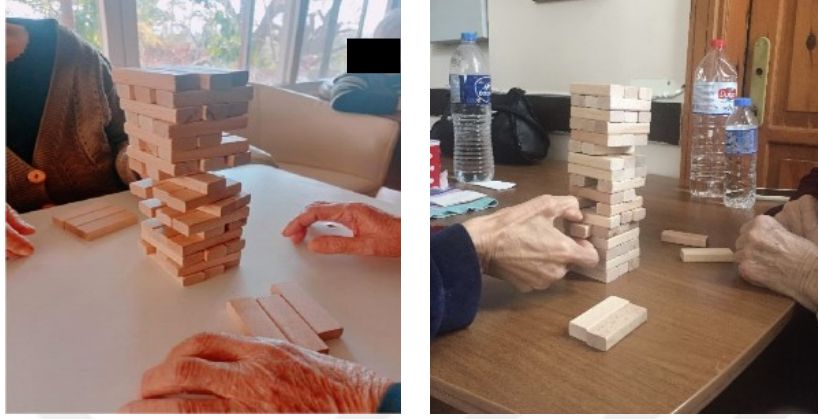
Jenga Oyun Uygulamasına Hazırlık

- Jenga oyun blokları araştırmacı tarafından dört adet temin edilerek kurumlara getirildi.
- Jenga oyun uygulaması için kurumun uygun gördüğü ve yaşlının rahat edebileceği gürültüden uzak ve yeterince havalandırılmış bir oda sağlandı.
- Jenga oyun uygulaması öncesinde yaşlının yeme-içme, tuvalet vb. gereksinimlerini gidermesi sağlandı.
- Jenga oyun uygulaması öncesinde araştırmacı tarafından yaşlıların yaşam bulguları ölçölüp değeriendirildi.
- Jenga oyun uygulaması sırasında yaşlılar yanlarında su, şeker vb. bulundurdu.
- Yaşlıların Jenga oyununu rahat oynayabilmesi için için düz, sert zemini olan bir masa seçildi.
- İki yaşlının rahat bir şekilde masada karşılıklı oturması sağlandı.
- Yaşlı bireylere araştırmacı tarafından Jenga oyununun kuralları ve nasıl oynanacağına ilişkin bilgilendirme yapıldı.
- Jenga oyun kurallarının iyi anlaşılabilmesi için araştırmacı tarafından örnek bir Jenga oyun etkinliği yapıldı.

Jenga Oyun Uygulaması

- Yaşlı oyuncu, Jenga oyununda her sırayı üç tahta blok olacak şekilde dizdi.
- Dizme işleminde yaşlı oyuncu ilk üç tahta bloğu enlemesine, sonraki üç tahta bloğu boylamasına dizdi.
- Yaşlı oyuncu, Jenga oyun kulesinden sırayla birer tahta blok çekerek kulenin kenarına koydu. Burada yaşlı oyuncunun dikkat etmesi gereken en önemli nokta; Jenga oyununun en önemli kurallardan biri olan oyuncuların dokunduğu tahta bloğu çekmesi ve tahta bloğu çekerken tek elini kullanmak zorunda olmasıdır.

- Jenga oyun kulesini deviren yaşı oyuncu yenilmiş sayıldı ve Jenga oyun kulesini tekrar dizdi.



Resim 6. Jenga oyun uygulaması

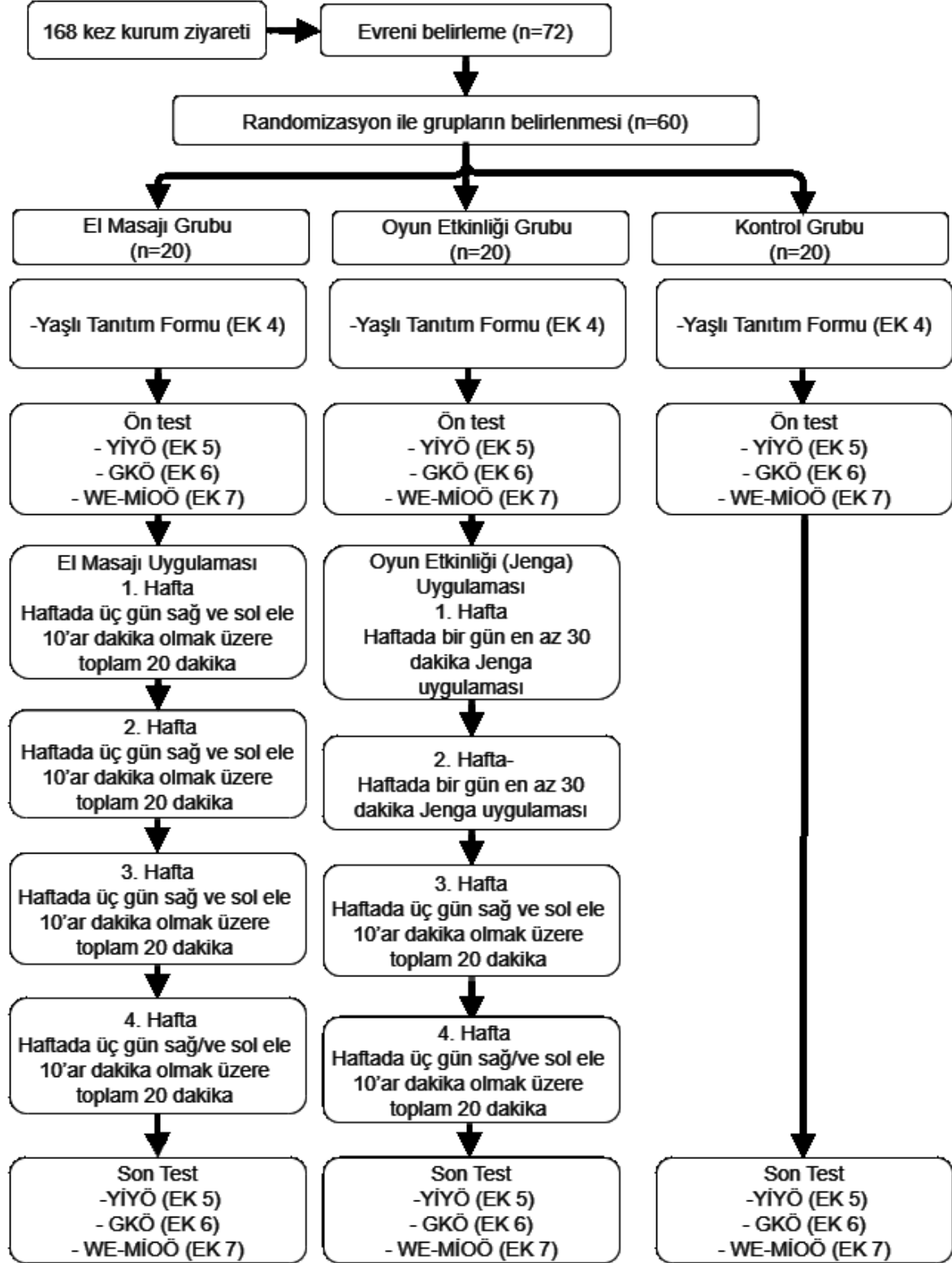
Jenga Oyun Uygulamasını Sonlandırma

- Her bir Jenga oyun uygulaması en az yarım saat sürdü.
- Jenga oyun uygulaması tamamlandıktan sonra tahta bloklar alkol bazlı dezenfektanla araştırmacı tarafından temizlenerek kaldırıldı.
- Haftalık Jenga oyun uygulaması tamamlandıktan sonra yaşı ile bir sonraki uygulama için randevulaşıldı.

3.9.4. Kontrol Grubu

Yardım ve İyilik Vakfı Huzurevi (n=11), Özel Funda Yaşı Bakım Merkezi (n=3) ve Özel Sevgibağı Huzurevi ve Yaşı Bakımevi (n=6)'nde kalan toplam 20 yaşı birey kontrol grubuna alındı. Araştırmacı huzurevi/bakımevi yetkilileri ve yaşılar ile görüşerek kurumlara ilk ziyaretlerini gerçekleştirdi. Huzurevinde/bakımevinde yaşılar sağlanan özel bir odada yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmacı tarafından “Yaşı Tanıtım Formu” ile ön test “YİYÖ”, “GKÖ” ve “WE-MİÖÖ” uygulandı. Form ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Kontrol grubunda yer alan yaşı bireyler huzurevi/bakımevinin sunduğu hizmetlerden ve etkinliklerden yararlandı. Kontrol grubunda bulunan yaşılar araştırmacı tarafından herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Beşinci haftada kontrol grubunda yer alan yaşılar son test “YİYÖ”, “GKÖ” ve “WE-

MİÖÖ” araştırmacı tarafından tekrar uygulandı. Kontrol grubunda yer alan yaşlıların veri toplama yöntemi “Araştırmanın Veri Toplama Sürecinde” (Şekil 2) gösterildi.



Şekil 2. Araştırmanın veri toplama süreci

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Türkiye’de huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlılara oyun etkinliği kapsamında Jenga oyununun uygulandığı ilk araştırma olması,
- Türkiye’de huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlılara el masajı uygulaması ile birlikte Jenga oyun uygulamasının birlikte uygulandığı ilk araştırma olması,
- Çalışmanın kontrol grubu ile desteklenmesi.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmadaki örneklem grubunun sadece Mersin ilinde bulunan huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlı bireylerden oluşması araştırmanın sınırlılığıdır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise yaşlılarla haftada üç gün oynanması planlanan Jenga oyun uygulamasının yaşlıların isteği doğrultusunda haftada bir güne indirilmesidir.

3.12. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü

Araştırmanın Mersin iline bağlı kamu ve özel huzurevlerinde/bakımevlerinde kalan yaşlılarla yürütülebilmesi için Mersin Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’nden (07.07.2022 tarih ve 4120646 sayı) (Ek 15) ve Mersin Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan (20.04.2022 tarih ve 07/288 toplantı/karar sayı) (Ek 16) etik kurul izinleri alındı. Mersin Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’nden alınan izin belgesi araştırma kapsamında belirlenen kurumlarda ek izin alınmadan çalışma yapılmasına olanak tanımaktadır. Araştırma kabul ölçütlerini karşılayan yaşlı bireylerden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” yazılı olarak alındı (Ek 17). Ayrıca, araştırmada kullanılan ölçeklerin (YİYÖ, GKÖ, WE-MİÖÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yapan yazarlardan mail yoluyla izin alındı (Ek 18, Ek 19, Ek 20).

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Her bir grupta katılımcı sayısının 20 olması nedeni ile normal dağılıma yönelik genel kabullerden bir tanesi normal dağılımın elde edilebilmesi için en az 30 örneklem büyüklüğüne ($n \geq 30$) gereksinim duyulduğunu belirtmekte olup bu kabul Merkezi Limit Teoremine dayanmaktadır. Bu teoremin temel iddiasına göre evrenden rastgele seçilme şartı ile normal dağılım için gerekli örneklem büyüklüğü $n \geq 30$ koşulunda sağlanmaya başlar (142). Bu nedenle veriler analiz edilirken parametrik olmayan testler uygulandı. Kategorik değişkenler sayı, frekans ve yüzde olarak; sürekli

değişkenler ise medyan ve çeyreklikler olarak değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin gruplara göre farklılığını tespit etmek amacıyla Ki-Kare (Chi-Square) testi; grup içi (ön test-son test) değerlendirmelerde Wilcoxon testi (parametrik olmayan); üç grubun karşılaştırıldığı analizlerde Kruskal Wallis H testi uygulandı. Gruplar arasında fark olduğu durumlarda farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespitinde Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U post-hoc testi yapıldı. Bunun için toplam üç adet ikili karşılaştırma olması nedeni ile Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U post-hoc testi yapılırken p değeri; $0.05/3=0.017$ alındı. Elde edilen bulgular, %95 güven düzeyinde ve 0.05 anlamlılık seviyesinde değerlendirildi.



4. BULGULAR

Huzurevinde/bakımevinde kalan yaşlılara uygulanan el masajı ve oyun etkinliğinin yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkilerinin incelenmesi amacı ile randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda elde edilen veriler aşağıda sunuldu.



Tablo 1. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlılarının tanıtıcı özellikleri (n=60)

Tanıtıcı Özellikler		El Masajı Grubu (n=20)	Oyun Etkinliği Grubu (n=20)	Kontrol Grubu (n=20)	KW	p*
	($\bar{x} \pm SS$)	73.64 $\pm$ 6.13	74.90 $\pm$ 7.31	76.10 $\pm$ 6.00		
Yaş	Medyan (Min-Max)	74.50 (65-84)	74.00 (65-84)	77.00 (65-84)	1.339	0.512
		n (%)	n (%)	n (%)	X ²	p*
Cinsiyet	Kadın	10 (50.0)	10 (50.0)	10 (50.0)	0.000	1.000
	Erkek	10 (50.0)	10 (50.0)	10 (50.0)		
Medeni Durum	Evli	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	5.592	0.470
	Bekâr	3 (15.0)	6 (30.0)	2 (10.0)		
	Eşini kaybetmiş	11 (55.0)	11 (55.0)	13 (65.0)		
	Boşanmış	6 (30.0)	2 (10.0)	4 (20.0)		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	2 (10.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	2.978	0.812
	İlköğretim	10 (50.0)	13 (65.0)	11 (55.0)		
	Lise	6 (30.0)	3 (15.0)	3 (15.0)		
	Üniversite	2 (10.0)	3 (15.0)	4 (20.0)		
Geçmişte Çalışma Durumu	Memur	9 (45.0)	5 (25.0)	11 (55.0)	6.785	0.341
	İşçi	9 (45.0)	9 (45.0)	4 (20.0)		
	Serbest Meslek	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (5.0)		
	Ev Hanımı	2 (10.0)	5 (25.0)	4 (20.0)		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	15 (75.0)	13 (65.0)	18 (90.0)	3.540	0.170
	Hayır	5 (25.0)	7 (35.0)	2 (10.0)		
Gelir Algı Düzeyi	Gelir Giderden Düşük	3 (15.0)	1 (5.0)	6 (30.0)	7.374	0.117
	Gelir Gidere Denk	16 (80.0)	19 (95.0)	12 (60.0)		
	Gelir Giderden Fazla	1 (5.0)	0 (0.0)	2 (10.0)		
Emekli Maaş Varlığı	Evet	16 (80.0)	17 (85.0)	16 (80.0)	0.223	0.895
	Hayır	4 (20.0)	3 (15.0)	4 (20.0)		
Önceki İkamet Yeri	Köy	2 (10.0)	1 (5.0)	5 (25.0)	7.483	0.112
	İlçe	2 (10.0)	6 (30.0)	6 (30.0)		
	İl	16 (80.0)	13 (65.0)	9 (45.0)		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	7 (35.0)	6 (30.0)	4 (20.0)	1.149	0.563
	Hayır	13 (65.0)	14 (70.0)	16 (80.0)		
Alkol Kullanma Durumu	Evet	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.5)	2.034	0.362
	Hayır	20 (100.0)	20 (100.0)	19 (95.0)		
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	20 (100.0)	20 (100.0)	20 (100.0)	-	-
	Hayır	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		

*p<0.05; KW: Kruskall Wallis H Testi; X²: Ki-kare testi (Pearson Chi square); $\bar{x} \pm SS$: Aritmetik Ortalama-Standart Sapma; Min-Max: Minimum-Maksimum; %: Yüzde; n: Kişi sayısı

Tablo 1’de el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Yaşlıların yaş ortalaması el masajı grubunda 73.64 ± 6.13 yıl, oyun etkinliği grubunda 74.90 ± 7.31 yıl ve kontrol grubunda 76.10 ± 6.00 yıldır. El masajı, oyun etkinliği ve kontrol gruplarında yer alan yaşlıların %50’si kadın, %50’si erkektir. El masajı ve oyun etkinliği gruplarının %55’i, kontrol grubunun %65’i eşini kaybetmiştir. El masajı grubunun %50’si, oyun etkinliği grubunun %65’i ve kontrol grubunun %55’i ilköğretim mezunudur. El masajı grubunun %45’i memur ve işçi, oyun etkinliği grubunun %45’i işçi, kontrol grubunun %55’i memur olarak daha önceden çalışmıştır. El masajı grubunun %75’i, oyun etkinliği grubunun %65’i ve kontrol grubunun %90’ı çocuk sahibidir. El masajı grubunda yer alan yaşlıların %80’inin, oyun etkinliği grubunda yer alan yaşlıların %95’inin ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların %60’ının gelir algı düzeyi geliri giderine denk şeklindeyir. El masajı grubu ve kontrol grubunun %80’inin, oyun etkinliği grubunun %85’inin emekli maaşı vardır. El masajı grubunun %80’inin, oyun etkinliği grubunun %65’inin ve kontrol grubunun %45’inin önceki ikamet yeri ildir. El masajı grubunun %65’i, oyun etkinliği grubunun %70’i, kontrol grubunun %80’i sigara kullanmazken, el masajı ile oyun etkinliği grubunun tamamı (%100) ve kontrol grubunun %95.5’i alkol kullanmamaktadır. El masajı, oyun etkinliği ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların tamamının (%100) kronik hastalığı vardır.

Yaşlıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, geçmişte çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir algı düzeyi, emekli maaş varlığı, önceki ikamet yeri, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı açısından el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlılarının yaşadıkları kuruma ait özellikleri (n=60)

Kuruma Ait Özellikler		El Masajı Grubu (n=20)	Oyun Etkinliği Grubu (n=20)	Kontrol Grubu (n=20)	KW	p*
Kurumda Kalma Süresi (Ay)	($\bar{x} \pm SS$)	38.70 $\pm$ 44.046	24.90 $\pm$ 25.164	31.15 $\pm$ 29.489	1.684	0.431
	Medyan	21	11.50	18.00		
		n (%)	n (%)	n (%)	X²	p*
Ziyaretçi Gelme Durumu	Evet**	16 (80.0)	18 (90.0)	18 (90.0)	1.154	0.562
	Hayır	4 (20.0)	2 (10.0)	2 (10.0)		
Kalınan Odadaki Kişi Sayısı	Tek Kişi	7 (35.0)	6 (30.0)	6 (30.0)	5.901	0.434
	İki Kişi	5 (25.0)	8 (40.0)	4 (20.0)		
	Üç Kişi	1 (5.0)	3 (15.0)	5 (25.0)		
	Dört Kişi	7 (35.0)	3 (15.0)	5 (25.0)		

*p<0.05; KW: Kruskall Wallis H Testi; X²: Ki-kare testi (Pearson Chi square); $\bar{x} \pm SS$: Yüzde; Min-Max: Minimum-Maksimum; **Çocuklar, akrabalar, arkadaşlar; n: Kişi sayısı

El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların yaşadıkları kuruma ait özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Yaşlıların kurumda kalma süreleri el masajı grubunda 38.70 $\pm$ 44.046 ay, oyun etkinliği grubunda 24.90 $\pm$ 25.164 ay ve kontrol grubunda 31.15 $\pm$ 29.489 aydır. El masajı grubunun %80’inin, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunun %90’ının ziyaretçileri gelmektedir. El masajı grubunda yer alan yaşlıların %35’i tek ve dört kişilik, oyun etkinliği grubunda yer alan yaşlıların %40’ı iki kişilik, kontrol grubunda yer alan yaşlıların %30’u tek kişilik odada kalmaktadır.

Yaşlıların kurumda kalma süresi, ziyaretçi gelme durumları ve kalınan odadaki kişi sayısı açısından el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0.05) (Tablo 2).

Tablo 3. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlıların Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=60)

YİYÖ		(1) El Masajı Grubu (n=20)	(2) Oyun Etkinliği Grubu (n=20)	(3) Kontrol Grubu (n=20)	KW/p	MWU		
		Medyan (25. – 75. Çeyreklik)	Medyan (25. – 75. Çeyreklik)	Medyan (25. – 75. Çeyreklik)		Z	p	Fark
Sosyal Alt Boyut	Ön Test	5.00 (1.25-7.75)	4.00 (1.00-4.75)	5.00 (3.25-6.00)	4.435/0.109	-	-	-
	Son Test	7.50 (5.00-9.00)	7.00 (5.00-8.00)	10.50 (8.25-13.00)	15.765/ 0.000**	-15.700	0.012***	1-3
						5.125	1.000	1-2
						-20.825	0.001***	2-3
	z	-3.762	-3.941	-3.931				
	p	0.000*	0.000*	0.000*				
Duygusal Alt Boyut	Ön Test	8.50 (7.25-10.00)	7.50 (6.25-9.00)	8.00 (6.25-9.75)	1.502/0.472	-	-	-
	Son Test	10.00 (9.00-11.00)	10.50 (9.25-13.00)	8.50 (8.00-10.00)	10.865/ 0.004**	10.225	0.182	1-3
						-7.675	0.477	1-2
						17.900	0.003***	2-3
	z	-1.597	-3.125	-0.956				
	p	0.110	0.002*	0.339				
Toplam	Ön Test	14.00 (9.25-16.00)	11.00 (7.25-13.00)	12.50 (11.00-15.00)	3.260/0.196	-	-	-
	Son Test	17.00 (16.25-19.00)	17.50 (16.00-20.75)	20 (17.25-21.00)	4.236/0.120	-	-	-
	z	-3.392	-3.868	-3.937				
	p	0.001*	0.000*	0.000*				

* Wilcoxon Testi; **Kruskal-Wallis H testi; ***İleri analiz Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve $p < 0.017$; YİYÖ: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği; Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$; n: Kişi sayısı

Tablo 3'te el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların YİYÖ alt boyutları ve toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırmaları yer almaktadır. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği sosyal alt boyutunun grup içi puanlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan Wilcoxon Testi sonuçlarına göre grupların son test puanları el masajı grubunda ($z=-3.762$; $p=0.000$), oyun etkinliği grubunda ($z=-3.941$; $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($z=-3.931$; $p=0.000$) anlamlı şekilde artmıştır. Yine YİYÖ sosyal alt boyutunun gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H Testi sonuçlarına göre grupların son test puanları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($KW=15.765$; $p=0.000$). Bu farklılığın hangi gruplar arasındaki farktan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U post-hoc analizi sonucuna göre el masajı grubunda yer alan yaşlıların sosyal yalnızlık düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük ($Z=-15.700$; $p=0.012$) ve oyun etkinliği grubunda yer alan yaşlıların sosyal yalnızlık düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük ($Z=-20.825$; $p=0.001$) olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların YİYÖ duygusal alt boyutunun grup içi ön test puanlarını ve son test puanlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan Wilcoxon Testi sonucunda el masajı ($z=-1.597$; $p=0.110$) ve kontrol grubunun ($z=-0.956$; $p=0.339$) duygusal alt boyut medyan puanları arasında anlamlı farklılık bulunmazken, oyun etkinliği grubunda anlamlı farklılık bulunmuştur ($z=-3.125$; $p=0.002$). Araştırma kapsamındaki YİYÖ duygusal alt boyutunun gruplar arası karşılaştırmalarında, el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunun son test puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($KW=10.865$; $p=0.004$). Gruplar arasındaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacı ile uygulanan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U post-hoc analizi sonucunda oyun etkinliği grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bu farka göre oyun etkinliği grubunda yer alan yaşlıların duygusal alt boyutu yalnızlık puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=17.900$; $p=0.003$).

Toplam YİYÖ grup içi puanlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan Wilcoxon Testi sonuçlarına göre grupların son test puanları el masajı grubunda ($z=-3.392$; $p=0.001$), oyun etkinliği grubunda ($z=-3.868$; $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($z=-3.937$; $p=0.000$) anlamlı şekilde artmıştır. Ancak YİYÖ toplam puanının gruplar arası karşılaştırmalarında, el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunun son test puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($z=4.236$; $p=0.120$).

Tablo 4. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlıların Genel Konfor Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

GKÖ		(1) El Masajı Grubu (n=20)	(2) Oyun Etkinliği Grubu (n=20)	(3) Kontrol Grubu (n=20)	KW/p	MWU		
		Medyan (25. – 75. Çeyreklik)	Medyan (25. – 75. Çeyreklik)	Medyan (25. – 75. Çeyreklik)		Z	p	Fark
Fiziksel	Ön Test	32.00 (29.00-35.00)	31.00 (30.00-34.50)	31.50 (29.25-34.75)	0.196/0.906	-	-	-
	Son Test	41.00 (37.25-43.00)	41.50 (40.00-43.00)	27.50 (25.00-32.75)	31.452/0.000**	-25.3	0.000***	1-3
						-2.65	1.000	1-2
						-27,95	0.000***	2-3
	z	-3.926	-3.815	-2.056				
	p	0.000*	0.000*	0.040*				
Psikospritiüel	Ön Test	38.50 (33.25-42.00)	38.00 (34.00-44.50)	37.50 (34.25-40.75)	0.385/0.825			-
	Son Test	48.50 (47.25-49.00)	48.00 (48.00-49.75)	33.50 (29.50-36.00)	27.907/0.000**	-24.4	0.000***	1-3
						-1.30	1.000	1-2
						-25.7	0.000***	2-3
	z	-3.926	-3.922	-2.260				
	p	0.000*	0.000*	0.024*				
Sosyokültürel	Ön Test	27.00 (26.00-30.50)	27.00 (25.00-29.00)	27.00 (25.00-28.75)	0.479/0.787			-
	Son Test	31.00 (28.25-34.75)	31.00 (30.00-32.00)	23.00 (21.00-25.00)	23.762/0.000**	-22,55	0.000***	1-3
						1.325	1.000	1-2
						-23.88	0.000***	2-3
	z	-3.755	-3.739	-2.016				
	p	0.000*	0.000*	0.044*				

Tablo 4. (Devam)

Çevresel	Ön Test	40.50 (36.25-43.00)	37.50 (34.00-45.00)	37.00 (33.00-40.75)	3.237/0.198	-		
	Son Test	47.00 (44.00-49.00)	46.50 (44.00-48.75)	35.00 (31.25-38.50)	28.451/0.000**	-4.637	0.000***	1-3
						-0.340	0.734	1-2
						-4.554	0.000***	2-3
	z	-3.776	-3.867	-1.422				
Toplam Puan	p	0.000*	0.000*	0.155*				
	Ön Test	139.50 (125.00-146.25)	136.50 (122.00-148.25)	131.50 (124.50-144.00)	0.453/0.797	-		
	Son Test	165.00 (157.50-173.75)	167.00 (161.75-173.75)	117.50 (111.25-123.75)	28.915/0.000**	-24.70	0.000***	1-3
						-1.900	1.000	1-2
						-26.60	0.000***	2-3
	z	-3.921	-3.922	-2.335				
	p	0.000*	0.000*	0.020*				

*Wilcoxon Testi; **Kruskal-Wallis H testi; ***İleri analiz Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve $p < 0.017$; GKÖ: Genel Konfor Ölçeği; Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$; n: Kişi sayısı

Tablo 4'te el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların GKÖ ön test-son test puanları arasında farklılık olup olmadığının test edilmesi amacıyla gruplar arası parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testi (fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel) yapılmıştır. Elde edilen sonuçlardan GKÖ veri kümesinin fiziksel alt boyutu için ön test-son test puanlarında el masajı ($z=-3.926$; $p=0.000$), oyun etkinliği ($z=-3.815$; $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($z=-2.056$; $p=0.040$) anlamlı farklılık gözlenmiştir. Gruplar arasında fiziksel alt boyut için yapılan Kruskal-Wallis H testine göre ön test puanları arasında bir farklılık yok iken son test puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (KW=31.452; $p=0.000$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U post-hoc testi sonucunda el masajı ($Z=-25.300$; $p=0.000$) ve oyun etkinliği ($Z=-27.950$; $p=0.000$) gruplarının ortalamalarının kontrol grubu ortalamalarından anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır. El masajı ve oyun etkinliği grupları arasında ise farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($Z=-2.650$; $p=1.000$).

Genel Konfor Ölçeği'nin Tablo 4'te sunulan verilerine göre, psikospiritüel alt boyutun grup içi değerlendirmeleri için elde edilen sonuçlar dikkate alındığında, tüm gruplar için ön test-son test puanlarında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. El masajı grubunda ($z=-3.926$; $p=0.000$), oyun etkinliği grubunda ($z=-3.922$; $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($z=-2.260$; $p=0.024$) değerlerine ulaşılmıştır. Gruplar arasında psikospiritüel alt boyutu için ön test puanları arasında herhangi bir farklılık gözlenmezken, son test puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir (KW=27.907; $p=0.000$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun ortaya konması amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U post-hoc testi sonucunda el masajı ($Z=-24.400$; $p=0.000$) ve oyun etkinliği ($Z=-25.700$; $p=0.000$) gruplarının sıra ortalamalarının kontrol grubu ortalamalarına kıyasla dikkate değer ölçüde fazla olduğu belirlenmiştir. El masajı ve oyun etkinliği grupları arasında ise anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($Z=-1.300$; $p=1.000$).

Genel Konfor Ölçeği'nin Tablo 4'te paylaşılan verilerine göre sosyokültürel alt boyutun grup içi değerlendirmeleri incelendiğinde, tüm grupların ön test-son test puanlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. El masajı grubunda ($z=-3.755$; $p=0.000$), oyun etkinliği grubunda ($z=-3.739$; $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($z=-2.016$; $p=0.044$) değerleri gözlenmiştir. Gruplar arasında sosyokültürel alt boyutu için ön test puanları arasında anlamlı bir farklılık olmazken son test puanları arasında anlamlı farklılıklar

saptanmıştır (KW=23.762; $p=0.000$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U post-hoc testi sonucunda el masajı ($Z=-22.550$; $p=0.000$) ve oyun etkinliği ($Z=-23.875$; $p=0.000$) gruplarının ortalama puanlarının kontrol grubu ortalama puanlarına kıyasla anlamlı ölçüde fazla olduğu bulunmuştur. El masajı ve oyun etkinliği grupları arasında ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($Z=1.375$; $p=1.000$).

Tablo 4'te görülen GKÖ değerlerine göre çevresel alt boyutun grup içi değerlendirmeleri incelendiğinde, el masajı ve oyun etkinliği gruplarının ön test-son test puanlarında anlamlı farklılıklar gözlenirken, kontrol grubu için ise aynı puanlar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu analize göre el masajı grubunda ($Z=-3.776$; $p=0.000$) değerleri elde edilirken, oyun etkinliği grubunda ($Z=-3.867$; $p=0.000$) değerleri gözlenmiştir. Gruplar arasında çevresel alt boyut için ön test puanları arasında anlamlı farklılık bulunmazken, son test puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (KW=28.451; $p=0.000$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U post-hoc testi sonucunda el masajı ($Z=-4.637$; $p=0.000$) ve oyun etkinliği ($Z=-4.554$; $p=0.000$) gruplarının ortalama puanlarının kontrol grubu ortalama puanlarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. El masajı ve oyun etkinliği grupları arasında ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($Z=-0.340$; $p=0.734$).

El masajı, oyun etkinliği ve kontrol gruplarının GKÖ toplam puanına yönelik grup içi değerlendirmelerinde, yaşlıların GKÖ alt boyutları için Tablo 4'te sunulan toplam puanlar incelendiğinde, ön test-son test puanları arasında tüm gruplar için belirgin düzeyde anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Bu analize göre el masajı grubunda ($z=-3.921$; $p=0.000$), oyun etkinliği grubunda ($z=-3.922$; $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($z=-2.335$; $p=0.020$) değerleri bulunmuştur. Gruplar arasında GKÖ ön test toplam puanları incelendiğinde, elde edilen değerler arasında farklılık gözlenmezken GKÖ son test toplam puanlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür (KW=28.915; $p=0.000$). Gruplar arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U post-hoc analizi sonucunda, tüm alt boyutlarda kontrol grubunun ortalama puanlarının el masajı ($Z=-24.700$; $p=0.000$) ve oyun etkinliği ($Z=-26.600$; $p=0.000$) gruplarının ortalama puanlarına kıyasla daha düşük olduğu gözlenmiştir. El

masajı ve oyun etkinliği grupları arasında ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($Z=-1.900$; $p=1.000$).

Tablo 5. El masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubu yaşlıların Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

Mental İyi Oluş Ölçeği		(1) El Masajı Grubu (n=20)	(2) Oyun Etkinliği Grubu (n=20)	(3) Kontrol Grubu (n=20)	KW/p	MWU		
		Medyan (25. – 75. Çeyreklik)	Medyan (25. – 75. Çeyreklik)	Medyan (25. – 75. Çeyreklik)		Z	p	Fark
Toplam Puan	Ön Test	48.50 (33.50-57.75)	48.50 (37.75-55.75)	44.50 (34.25-55.75)	0.116/0.944	-	-	-
	Son Test	61.50 (53.50-66.00)	62.50 (57.00-66.00)	29.00 (24.00-43.50)	24.535/0.000**	-23.325	0.000***	1-3
						-0.675	1.000	1-2
						-24.000	0.000***	2-3
	z	-3.826	-3.828	-2.698				
	p	0.000*	0.000*	0.007*				

*Wilcoxon testi; **Kruskal-Wallis H testi; ***İleri analiz Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve $p<0.017$; Anlamlılık düzeyi $p<0.05$; n: Kişi sayısı

Tablo 5’te el masajı grubu, oyun etkinliği grubu ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların WE-MİÖÖ sonuçlarına göre ön test-son test verileri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını kontrol etmek amacıyla grup içi ikili karşılaştırmaları için parametrik-olmayan Wilcoxon testi uygulanmıştır. Bu analize göre, el masajı, oyun etkinliği ve kontrol grubu ön test-son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Tablo 5’te el masajı, oyun etkinliği ve kontrol grubunda yer alan yaşlıların WE-MİÖÖ gruplar arası ön test-son test toplam puanları arasında anlamlı farklılıklar olup olmadığına belirlemek için parametrik olmayan Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Bu analize göre, WE-MİÖÖ ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yokken ($p>0.05$), son test toplam puanları arasında el masajı grubunda ($z=-3.826$; $p=0.000$), oyun etkinliği grubunda ($z=-3.828$; $p=0.000$) ve kontrol grubunda ($z=-2.698$; $p=0.007$) sonuçları elde edilerek aralarında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U post-hoc testi sonucunda el masajı ($Z=-23.325$; $p=0.000$) ve oyun etkinliği ($Z=-24.000$; $p=0.000$) gruplarının ortalama puanlarının kontrol grubu

ortalama puanlarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. El masajı ve oyun etkinliği grupları arasında ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($Z=-0.675$; $p=1.000$).



5. TARTIŞMA

El masajı ve oyun etkinliğinin yaşlılarda yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkilerinin incelenmesi amacı ile yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Çalışmamızda, el masajı ve oyun etkinliği (Jenga) uygulaması beklenenin aksine yaşlıların yalnızlık düzeyini artırmıştır. Ankara’da 1300 yaşlı bireyle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %91.7’sinin huzurevinde kalmak istemedikleri, huzurevinin yaşlı bireylerde yalnızlık duygusunu tetiklediği ve soyutlanmış hissettirdiği belirlenmiştir (64). Psikolojik ve duygusal esenliğin önemli bir parçası olan yalnızlık duygusunun yaşlı bireyleri doğrudan etkilediği (17, 143), yaşla beraber azalan amaç ve bağımsızlık duygusunun yalnızlık hissini arttırdığı (17, 144) ve özellikle huzurevinde kalan yaşlı bireylerin topluluk içerisinde yaşayan yaşlı bireylere kıyasla sosyal izolasyona daha fazla maruz kaldığı (145) belirtilmektedir. Çalışmamızda, yaşlıların sosyal yalnızlık düzeylerindeki artış en az el masajı uygulaması yapılan grupta olurken, bunu oyun etkinliği uygulaması yapılan yaşlılar izlemiş ve en fazla artış kontrol grubunda olmuştur. Huzurevine taşınmak yaşlı bireylerin sosyal ağlarının yapısını ve işlevini değiştirerek ilişkileri sürdürmede yeni zorlukların ortaya çıkmasına neden olsa da yeni ilişkiler geliştirmek için de fırsatlar sunmaktadır (145). Çin’de hızlı tempolu bir taş oyunu olan Mahjong benzeri oyun etkinlik aktiviteleri, yaşlı bireyler için daha iyi bir refah düzeyi ve psikolojik sağlıkla ilişkilendirilmiş (121) ve yaşlı bireylerin eğlenerek sosyalleşmesine katkı sunduğu görülmüştür (146). Çalışmamızda, yaşlıların duygusal yalnızlık düzeylerindeki değişime bakıldığında en fazla artış oyun etkinliği grubunda olurken, bunu el masajı grubu izlemiş, kontrol grubu ise duygusal yalnızlık puanının en az arttığı grup olmuştur. Sosyal yalnızlık sosyal ağ güçlülüğü ile duygusal yalnızlık ise daha çok romantik bir partner varlığı ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan bir çalışmada, medeni durum ve sosyal ağ bileşenlerinin duygusal ve sosyal yalnızlığın güçlü yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Romantik bağ eksikliği veya kaybı yaşayan bekar, dul ya da boşanmış bireylerin duygusal yalnızlığa karşı daha savunmasız olduğu ortaya konmuştur (147). Yine evlilik yoluyla edinilen güvenilir bağlanma varlığının yaşlı bireylerde duygusal yalnızlığın önlenmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir (59). Çalışmamızda yaşlıların sosyodemografik verileri ele alındığında, yaşlı bireylerin tüm gruplarda bekâr, dul ve boşanmış şeklindeki medeni durumlarının olması yukarıda belirtilen duygusal yalnızlık puanının artış davranışıyla ilişkilendirilebilir.

Duygusal yalnızlık için ön test ve son test verileri kıyaslandığında, özellikle oyun etkinliği grubundaki bireylerin yalnızlık düzeylerinin diğer gruplara göre daha fazla arttığı görülmüştür. Ancak, toplam yalnızlık düzeylerine göre karşılaştırma yapıldığında, yalnızlığın en fazla artış gösterdiği grubun kontrol grubu olduğu görülürken bunu sırasıyla oyun etkinliği ve el masajı grupları izlemiştir. Sonuç olarak çalışma bulgumuz beklenenin aksine çalışmamızın H1₁ ve H1₄ hipotezlerini desteklememiştir. Çalışmamızda, el masajı ve oyun etkinliği uygulamalarının huzurevi/bakımevinde kalan yaşlıların yalnızlık duygularının azaltılmasında/giderilmesinde onların yaşam tarzlarına ve mevcut tercihlerine uymayan bir sosyal aktivite programı olduğu ve sosyal katılım ve bağlılık duygusu geliştirmediği düşünülmüştür.

Dokunma yoluyla beynin duygu ve sosyal ilişkilerle ilgili alanlarını hareket geçiren (148) el masajı uygulaması, yaşlılarda tamamlayıcı terapi yöntemi olarak yaygın olarak kullanılmaktadır (143). Yaşlı bireylerde bütüncül bakıma katkı sunmanın bir yolu da farklı uygulamalarla yalnızlık duygusunun giderilmesinden geçmektedir (17, 143). Ancak, çalışmamızda toplam yalnızlık düzeyleri ile ilgili elde edilen sonuçlara göre tüm gruplarda yalnızlığın arttığı görülmüş, ancak el masajı uygulamasının oyun etkinliğine kıyasla yalnızlık düzeyine daha olumlu katkılar sunduğu anlaşılmıştır. Çalışmamız kapsamında elde edilen sonuçların işaret ettiği bu dikkat çekici durum, planlanan saatte el masajı uygulamasının yapılması ile uygulama esnasında araştırmacı ile yaşlı bireyin sohbet etmesi yakınlık ilişkisinin kurulmasına ve dolayısı ile yalnızlık duygusunun giderilmesine katkı sunduğu şeklinde düşünülmüştür. El masajı, anksiyete ve stresi azaltarak sevgi ve ilginin bir ifadesi olarak da uygulanabilmektedir (19, 149). Zira sosyal bir etkileşim aracı olan el masajı uygulaması, yaşlı bireylerle temasa geçmek için önemli bir fırsat sunarken, terapötik ilişkinin kurulması ve güçlenmesine de yardımcı olmaktadır (17). Kore’de yapılan bir araştırmada, el masajı uygulamasından sonra yaşlıların rahatlatma seviyesinde artış görülmüştür (149). Yine Kore’de kanser hastalarına uygulanan el masajından sonra hastaların anksiyete seviyeleri azalmış ve psikolojik olarak daha iyi hissetmişlerdir (150).

Yaşlı bireylerde boş zaman etkinliklerinin sosyal bir etkileşim sağladığı ve böylece yalnızlık duygusu gelişimini önleyebildiği belirlenmiştir (97, 146). Huzurevinde yapılan bir araştırmada, yaşlı bir birey şunları söylemiştir: “Grup etkinliklerine katılmak diğer bireylerle sıcak ilişkiler kurulmasına ve böylece aidiyet ve amaç hissiyatının kazanılmasına yardımcı olan ilişkiler kurulmasını kolaylaştırmaktadır” (145). Bu çalışmada, Jenga oyun

etkinliği aracılığıyla yaşı bireylerin sosyalleşmelerinin sağlanmasına katkı sunulması da hedeflenmiştir. Çalışmamızda Jenga oyun grubunda yer alan yaşlıların toplam yalnızlık düzeyleri ile ilgili elde edilen sonuçlara göre tüm gruplarda yalnızlığın arttığı görülmüş, ancak oyun etkinliğinin el masajı uygulamasına kıyasla yalnızlık düzeyine daha az olumlu katkılar sunduğu anlaşılmıştır. Çalışmamızın aksine Türkiye’de bir huzurevinde uzman personel eşliğinde gerçekleştirilen bir çalışmada, boş zaman etkinliği olarak 65 yaş ve üzeri sekiz yaşlı bireye haftada üç gün 10 hafta boyunca günde 1-2 saat arası “Sil Baştan” isimli masaüstü kutu oyunu oynatılmış ve yalnızlık düzeyinin azaldığı saptanmıştır (34). Bununla birlikte yaşlılıkta sosyal ilişkilerin azaldığı ve anlamlı sosyal ilişkiler kurmanın güçleştiği belirtilmektedir (151). Yine yaşlılarda yalnızlık duygusunun, sosyal ağ üyeleri ile yakınlıkları ile ilişkili olduğu (147) ve özellikle sosyal etkileşimler sınırlandıkça yalnızlık duygularının arttığı ifade edilmektedir (151). Çalışmamızda, yaşlıların belirlenen saatlerde oyun etkinliğine katılmalarının ve bu etkinlikte eğlenerek sohbet etmelerinin yalnızlık duygularını azaltmadığı ancak sosyal etkileşimlerinin artmasına katkı sunduğu düşünülmüştür. Bu nedenle, yaşlı bireylere hizmet sunan sağlık çalışanları zaman içinde sosyal ağda meydana gelebilecek olası sorunları değerlendirebilmeli ve bu yaş grubunda artan yalnızlık duygularının farkında olabilmelidir (152).

Çalışmamızda el masajı ve oyun etkinliği uygulaması yaşlıların konfor düzeyini artırmıştır. Bu sonuç çalışmamızın H1₂ ve H1₅ hipotezlerini desteklemiştir. Benzer şekilde huzurevinde her bir grupta 10 yaşlı birey olmak üzere toplamda 30 yaşlıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, el masajı ve terapötik dokunuşun konfor ve kaygı üzerine etkileri incelenmiş ve el masajı ve terapötik dokunuşun yaşlıların konfor düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (33). Yapılan bir başka çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılara uygulanan el masajının konfor düzeyini arttırdığı saptanmıştır (76). Dokunmanın, beynin duygu ve sosyal ilişkilerle ilintili bölgelerini harekete geçirdiği (148, 149), masaj yoluyla dokunmanın ise bireye konfor sunduğu belirtilmektedir (144). Huzurevindeki yaşlılarda terapötik dokunmanın konfor ve anksiyeteye etkisinin incelendiği bir başka çalışmada, çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşılmıştır (77). Yine huzurevinde kalan 60 yaşlı bireye yönelik beş haftalık zaman aralığına dağıtılmış altı kez gerçekleştirilen el masajı uygulamasını içeren etkinlik üç kez tekrarlanmış ve bu bireylerin konfor düzeyinin kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (14). Çalışmamızda, yaşlılara 20 dakikalık el masajı uygulaması bir ay boyunca haftada üç gün tekrarlanmış ve araştırmacı ile yaşlı arasında dokunma yoluyla bir yakınlık gerçekleşmiştir. Çalışmamız kapsamına

dâhil edilen yaşlı bireylerin tamamı kronik bir hastalığa sahiptir ve el masajı uygulaması esnasında kendi ortamlarında rahat edebilecekleri çevresel konfor olanakları sunulmuştur. Yaşlanma evresinde ya da kronik hastalık varlığına bağlı olarak ortaya çıkan semptomlarda özellikle el masajı uygulamasının kas spazmını gidererek genel rahatlamayı ve gevşemeyi sağladığı ve bu nedenle yaşlıların fiziksel konforu üzerinde olumlu etkiler yarattığı söylenebilir. Bununla birlikte, el masajı uygulamasında araştırmacı ile birey arasında temas ve sohbet yoluyla oluşan yakınlık yaşlının sosyalleşmesini ve ayrıca dikkatinin başka yöne çekilmesiyle birlikte psikolojik rahatlamayı sağladığı için psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel konforunun da artmasını sağlamış olabilir. Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda, el masajı uygulamasının kontrol grubuna göre tüm alt boyutlarda yaşlıların konfor düzeyini arttırdığı görülmektedir. Sonuç olarak, el masajı uygulaması yaşlılar üzerinde olumlu etki göstermiş ve yaşlıların konfor düzeyinin artmasına katkı sunmuştur.

Oyun temelli öğrenmeler, bilişsel yarar sağlamakla birlikte bireylerin ilgisini arttırmakta ve ortaya çıkan neşe ve eğlence bireyi olumlu tutumlara teşvik etmektedir (26). Çalışmamızın ön plana çıkan özgün kısımlarından olan masa oyunu Jenga oyun uygulaması ile yapılan analizlere göre oyun etkinliği uygulaması yaşlı bireylerin konfor düzeylerini artırmıştır. Literatürde, Jenga temelli analizler farklı etkileri araştırmak amacıyla çeşitli yaş ve hasta gruplarına uygulanmıştır (26, 78, 79). Fiziksel konfora örnek olarak, Nintendo Wii konsol oyunları ile birlikte oyun kartları, bingo, Jenga veya top oyunu kullanılarak 18-85 yaş aralığındaki inme hastalarına iki haftalık süre boyunca geleneksel rehabilitasyona ek olarak sanal gerçeklikten oluşan üst ekstremité seansları (her biri 60 dakikalık on seans) uygulanmıştır. Dört hafta sonra Wolf Motor Fonksiyon Testi ile bireylerin motor fonksiyonlarındaki gelişmeler ölçülmüştür. Basitten karmaşığa sıralanmış her bir üst ekstremitéye sırayla uygulanan bu test hasta pozisyonu ile ekstremité segmentinin kat etmesi gereken mesafeyi kontrol etmektedir. Araştırma sonunda hastaların motor fonksiyonlarını iyileştirmede her iki oyun uygulaması tipinin birbirlerine üstünlüğü gözlenmemiştir. Basit, düşük maliyetli ve yaygın olarak kullanılan oyun kartları, bingo, Jenga veya top oyunu gibi rekreasyonel faaliyetlerin yenilikçi sanal gerçeklik teknolojileri kadar etkili olduğu belirlenmiştir (79). Bir çalışmada da, Jenga oyun etkinliği bireylerin sosyalliğini davranışları ile değerlendirmek amacıyla oynatılmış ve bireylerin oyun esnasındaki hareket özellikleri giydirilen şapkalara monte edilmiş optik hareket yakalama sistemi kullanılarak kaydedilmiştir. Araştırma sonunda bireylerin iletişimsel sinyaller

ürettikleri ve sosyalleşme konusunda olumlu davranışlar sergiledikleri görülmüştür (78). El ve kas becerilerini geliştirerek yaşlıların iyileşmesine katkı sağlayan Jenga oyunu, çalışma sonucumuza göre hem fiziksel hem de düşünsel yetenekleri geliştirmek amacıyla yaşlıların fiziksel konfor düzeyini arttırmak için de kullanılabilir. Öte yandan, rahat bir çevresel ortamda gerçekleştirilen oyun temelli uygulamalar neşelendirici ve yatıştırıcı etkileri ile birlikte sosyal ve spiritüel aktivitelerle arkadaş ilişkilerinin gelişmesini arttıran katkıları nedeni ile konforun psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel alt boyutları üzerinde anlamlı gelişmeler yaratmıştır. Bu durum Jenga oyun etkinliği grubunun konfor düzeyinin artışı ile ilişkilendirebilir. Çalışmamız kapsamında gözlenen bu durumlar dikkate alındığında, tıpkı el masajı uygulamasında olduğu gibi Jenga oyun etkinliğinin kontrol grubuna göre tüm alt boyutlarda konfor düzeyini arttırdığı görülmektedir.

Çalışmamızda el masajı ve oyun etkinliği uygulaması, yaşlıların psikolojik iyi oluş düzeyini artırmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızda ileri sürülen H₁₃ ve H₁₆ hipotezlerini desteklemektedir. Masaj uygulamaları, yaşlı bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik gereksinimlerini karşılamaktadır (143). Huzurevinde 41 demanslı yaşlı bireyle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, 10 dakikalık el masajı uygulamasından sonra sözlü ajitasyon düzeyi ve agresif davranışlarda dikkate değer azalma görülmüştür (153). Agresif ve tedirgin davranışlara sahip huzurevinde yaşayan yaşlı bireyleri kapsayan bir çalışmada da, el masajı uygulaması sonrasında belirgin iyileşmeler saptanmıştır (154, 155). Yine huzurevinde kalan 68 ajite yaşlı birey ile yapılan bir başka randomize kontrollü çalışmada, beş dakikalık el masajı uygulaması yaşlıları belirgin şekilde iyileştirmiştir (17). Bu sonuçlar ve çalışma bulgularımız doğrultusunda, huzurevinde yaşayan yaşlılara uygulanan el masajının psikolojik anlamda olumlu etkilerinin olduğu söylenebilir. Yaşlı bireylere uygulanan el masajı, gevşemeyi ve konforu sağlayarak psikolojik sonuçlara olumlu katkılar sunmaktadır.

Çalışmamızın bir diğer önemli kısmı da Jenga oyun etkinliğinin yaşlılardaki psikolojik oluş düzeyine etkilerinin incelenmesidir. Psikolojik iyi oluş, temel olarak bireyin yaşam kalitesinin artmasıyla ilişkili olup kendini iyi hissetmek ve işlevselliğin birleşimidir (13, 32, 87). Psikolojik iyi oluşun önemli bir parçası olan “sosyalleşme” yaşlı bireyin çevresiyle iletişiminin kuvvetlenmesini ve böylece yüksek psikolojik iyi oluş düzeyine sahip olmasını sağlamaktadır (13). Yaşlılarda psikolojik iyi oluş düzeyinin incelendiği bir çalışmada, uygulama grubuna Nintendo Wii platformu oyunları oynatılırken kontrol

grubuna televizyon izletilmiş ve sonuçta Nintendo Wii oyunlarını deneyimleyen uygulama grubunun psikolojik iyi oluş düzeyinde çalışmamıza benzer şekilde artış görülmüştür (156). Bireyin bilişsel işlevi ne kadar artarsa psikolojik iyi oluş düzeyi de o kadar artmaktadır (157). Yine çalışmamıza benzer şekilde WE-MİOÖ kullanılarak huzurevinde kalan yaşlı bireylere “Sil Baştan” kutu oyunu oynatılmış ve psikolojik iyi oluş düzeyleri incelenmiştir. Sonuç olarak yaşlıların psikolojik iyi oluş son test puanları ön test puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur (34). Çalışmamızda oyun etkinliği kapsamında kullanılan Jenga oyununun, yaşlılara aynı zamanda beyin jimnastiği yapma fırsatı da sunarak sosyalleşmelerini sağladığı ve psikolojik iyi oluş düzeyini arttırdığı düşünülmüştür. Buradan hareketle, Jenga oyun uygulamasının yaşlı bireylerin bilişsel işlevlerini arttırabileceği de öngörülebilir. Sonuç olarak, çalışmamız kapsamında sunulan sonuçlarımız literatürde yer alan benzer araştırmalara özgün katkılar sunarak çalışma çeşitliliğini genişletmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Mersin’de yürütülen el masajı ve oyun etkinliğinin yaşlılarda yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisini incelemek amacıyla 20 el masajı grubu, 20 oyun etkinliği grubu ve 20 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 yaşlı birey ile yapılan bu çalışmadan elde edilen önemli sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- El masajı uygulaması, huzurevi/bakımevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeyini artırdı (**H1₁ red**).
- El masajı uygulaması, huzurevi/bakımevinde kalan yaşlıların konfor düzeyini arttırdı (**H1₂ kabul**).
- El masajı uygulaması huzurevi/bakımevinde kalan yaşlıların psikolojik iyi oluş düzeyini arttırdı (**H1₃ kabul**).
- Oyun etkinliği (Jenga) uygulaması huzurevi/bakımevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeyini arttırdı (**H1₄ red**).
- Oyun etkinliği (Jenga) uygulaması huzurevi/bakımevinde kalan yaşlıların konfor düzeyini arttırdı (**H1₅ kabul**).
- Oyun etkinliği (Jenga) uygulaması huzurevi/bakımevinde kalan yaşlıların psikolojik iyi oluş düzeyini arttırdı (**H1₆ kabul**).

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Yaşlı bireylerin yalnızlık duygularının azaltılmasında/giderilmesinde yaşam tarzlarına ve mevcut tercihlerine uygun sosyal aktivite programlarının belirlenmesi,
- Yaşlı bireylerin konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin arttırılmasında el masajı uygulamasının yapılması,
- Yaşlı bireylerin konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin arttırılmasında oyun etkinliği (Jenga) uygulamasının yapılması,
- Huzurevi/bakımevinde kalan yaşlılarda literatür çalışması sınırlı olan el masajı ve oyun etkinliği (Jenga) uygulamalarının yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeyine etkilerini belirlemek için daha uzun süreli ve daha büyük örneklem grubu ile deneysel çalışmaların yapılması.

7. KAYNAKLAR

1. Kurtkapan H (2019). Türkiye’de demografik dönüşümün sosyal yansımaları ve yaşlılık. Sosyal Güvence 15: 27-46.
2. World Health Organization (2018). Ageing and health, key facts [Internet] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. [Erişim: 29 Eylül 2023].
3. Bulduk EÖ (2014). Yaşlılık ve toplumsal değişim. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 182(182): 53-60.
4. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG, Çınar Ş (2004). Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 7: 45-50.
5. Dereli F, Koca B, Demircan S, Tor N (2010). Bir huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yeni Tıp Dergisi 27: 93-97.
6. Yıldırım Üşenmez S, Kaya H (2021). Huzurevi çalışanlarının yaşlılara ilişkin tutumlarının belirlenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 15: 560.
7. Akgül H, Yeşilyaprak B (2018). Yalnızlığı azaltma psiko-eğitim programının yaşlıların yalnızlık düzeyine etkisi. OPUS International Journal of Society Researches 8(14): 11-52.
8. Zhao X, Si H (2021). Loneliness and frailty among nursing home older adults: The multiple mediating role of social support and resilience. Psychogeriatrics 21(6): 902-909.
9. Stone J, Evandrou M, Falkingham J (2013). The transition to living alone and psychological distress in later life. Age and ageing 42(3): 366-372.
10. Akyıl RÇ, Adıbelli D, Erdem N, Kırış N, Aktaş B, Karadakovan A (2018). Huzurevinde ve evde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 21(1): 33-41.

11. Wensley C, Botti M, McKillop A, Merry AF (2017). A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care* 29(2): 151-162.
12. Kabakcı M (2022). Huzurevindeki yaşlılara uygulanan bahçecilik faaliyetlerinin psikolojik İyi oluş ve depresyona etkisi: Tek kör randomize kontrollü çalışma. Yüksek lisans tezi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Ordu.
13. Hryhorivna OHO, Spivak LM (2018). Psychological well-being of elderly people: The social factors. *Social Welfare: Interdisciplinary Approach* 8(1): 163-176.
14. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing* 27(2): 85-91.
15. Turan N, Öztürk A, Kaya N (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 3(1): 103-108.
16. Munk N, Symons B, Shang Y, Cheng R, Yu G (2012). Noninvasively measuring the hemodynamic effects of massage on skeletal muscle: A novel hybrid near-infrared diffuse optical instrument. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 16(1): 22-28.
17. Remington R (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research* 51: 317-323.
18. Ávila CB, Rodríguez-Mansilla J (2015). Masoterapia en las alteraciones conductuales de ancianos con demencia. *Atención Primaria* 47(10): 626-635.
19. Schaub C, Von Gunten A, Morin D, Wild P, Gomez P, Popp J (2018). The effects of hand massage on stress and agitation among people with dementia in a hospital setting: A pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 43(4): 319-332.
20. Harris M, Richards KC (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing* 19(78): 917-926.

21. Göke Arslan G (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sırt masajı ve el masajının konfor ve anksiyeteye etkisi. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, İzmir.
22. Nazari R, Ahmadzadeh R, Mohammadi S, Kiasari JR (2012). Effects of hand massage on anxiety in patients undergoing ophthalmology surgery using local anesthesia. *Journal of Caring Sciences* 1(3): 134.
23. Çınar Ş, Eşer İ, Khorshid L (2009). The effects of back massage on the vital signs and anxiety level of elderly staying in a rest home. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 16(2): 21.
24. Searle MS, Mahon MJ, Iso-Ahola SE, Sdrolas HA, Van Dyck J (1998). Examining the long term effects of leisure education on a sense of independence and psychological well-being among the elderly. *Journal of Leisure Research* 30(3): 331-340.
25. Mouton A, Gillet N, Mouton F, Van Kann D, Bruyère O, Cloes M, Buckinx F (2017). Effects of a giant exercising board game intervention on ambulatory physical activity among nursing home residents: A preliminary study. *Clinical Interventions in Aging* 12: 847-858.
26. Lichtenwalter S, Baker P (2010). Teaching note: Teaching about oppression through jenga: A game-based learning example for social work educators. *Journal of Social Work Education* 46(2): 305-313.
27. Driscoll E, Hayward E, Patchett R, Anderson P, Slater P (2020). The building blocks of battery technology: Using modified tower block game sets to explain and aid the understanding of rechargeable lion batteries. *Journal of Chemical Education* 97(8): 2231-2237.
28. Brown T (2018). Using jenga to teach risk management concepts to senior nursing students. *Journal of Nursing Education* 57(12): 765-765.
29. McEnroe-Petitte D, Farris C (2020). Using gaming as an active teaching strategy in nursing education. *Teaching and Learning in Nursing* 15(1): 61-65.

30. Sarikavanich K, Boonyahotra V, Sittiprapaporn P (2017). Electroencephalographic study of jenga game brain training. 2017 14th International Conference on Electrical Engineering/Electronics, Computer, Telecommunications and Information Technology (ECTI-CON), 5-8.
31. Lee C-Y, Kim J-H, Kim H-J, Hong K-H, Jung H-R (2020). The effect of tailored occupational intervention on the elderly with mild dementia using the day care center. The Journal of Korean Society of Community Based Occupational Therapy 10(2): 25-36.
32. Jung Y, Li KJ, Janissa NS, Gladys WLC, Lee KM (2009). Games for a better life: Effects of playing wii games on the well-being of seniors in a long-term care facility. Proceedings of the Sixth Australasian Conference on Interactive Entertainment, 1-6.
33. Yücel ŞÇ, Arslan GG, Bağcı H (2020). Effects of hand massage and therapeutic touch on comfort and anxiety living in a nursing home in Turkey: A randomized controlled trial. Journal of Religion and Health 59: 351-364.
34. Yavuz O, Yavuz Y (2018). Huzurevindeki yaşlı bireylere oynatılan zekâ oyununun yaşlıların bilişsel becerilerine, yalnızlık ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisi. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi 2(3): 127-141.
35. Hassoy D, Özvurmaz S (2023). Yaşlılar ve yalnızlık. Oral O, Nalcı AK (Eds.), Sağlık Bilimlerinde Güncel Yaklaşımlar. Duvar Yayınları, İzmir, Sayfa: 143-154.
36. Kolcaba KY (1994). A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing 19(6): 1178-1184.
37. Çunkuş N, Yiğitoğlu GT, Akbaş E (2019). Yaşlılık ve toplumsal dışlanma. Geriatrik Bilimler Dergisi 2(2): 58-67.
38. Aslan M, Hocaoglu Ç (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7(1): 53-62.
39. Beğler T, Yavuzer H (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim 25(3): 1-3.
40. Altunay Z, Özkul M (2022). Geçmişin değeri günün sosyal problemi: Yaşlılık ve modern toplumda yaşlı bakımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 13(35): 1012-1036.

41. Tereci D, Turan G, Nergis K, Öncel T, Arslansoyu N (2016). Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi* 16(1): 84-116.
42. Yerli G (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research* 10(52): 1278-1287.
43. Sarı HK (2021). Yaşlılık ve sosyal hizmet ilişkisi bağlamında yaşlılık ve yoksulluk. *Journal of Social Sciences and Humanities* 5(1): 159-167.
44. United Nations (2013). World population ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.
45. Eatock D (2015). The silver economy: Opportunities from ageing. Briefing, European Parliamentary Research Service.
46. Avrupa Komisyonu Raporu (2006). The impact of ageing on public expenditure: Projections for the eu-25 member states on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050) [database on the Internet]. European Economy European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Brussels.
47. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus projeksiyonları, 2013-2075. Sayı: 15844, 14.02.2013. [Internet]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>. [Erişim: 17 Haziran 2023].
48. Türkiye İstatistik Kurumu (2022). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları. Sayı: 49685, 06.02.2023 [Internet]. Erişim adresi: TÜİK <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2022-49685&dil=1>. [Erişim: 17 Haziran 2023].
49. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2020, [Internet]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>. [Erişim: 18 Haziran 2023].
50. Karakaş SA, Durmaz H (2017). Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. *Kocatepe Tıp Dergisi* 18(1): 32-36.
51. Animasahun VJ, Chapman HJ (2017). Psychosocial health challenges of the elderly in nigeria: A narrative review. *African Health Sciences* 17(2): 575-583.

52. Dinç S (2021). Yaşlılarda rehabilitasyon. Birinci Baskı. Nobel Yayıncılık, Ankara; 541-551.
53. Buz S (2015). Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 14(53): 268-278.
54. Esen D (2011). Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 4(1-2): 67-79.
55. Esmaeilzadeh S, Oz F (2020). Effect of psychosocial care model applied in an “elderly day care center” on loneliness, depression, quality of life, and elderly attitude. Nigerian Journal of Clinical Practice 23(2): 189-197.
56. Ong AD, Uchino BN, Wethington E (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. Gerontology 62(4): 443-449.
57. de Jong-Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA (2006). Loneliness and social isolation. (Ed). The cambridge handbook of personal relationships. Cambridge University Press, 485-500.
58. Amzat IH, Jayawardena P (2016). Emotional loneliness and coping strategies: A reference to older malaysians at nursing homes. Journal of Population Ageing 9: 227-247.
59. Luanaigh CÓ, Lawlor BA (2008). Loneliness and the health of older people. International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences 23(12): 1213-1221.
60. Peplau LA, Perlman D (1982). Perspectives on loneliness. (L.A. Peplau & D. Perlman Eds.). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy içinde: (s:1-18). New York:John Wiley and Sons.
61. Freedman A, Nicolle J (2020). Social isolation and loneliness: The new geriatric giants: Approach for primary care. Canadian Family Physician 66(3): 176-182.
62. Wenger GC, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. Ageing & Society 16(3): 333-358.
63. Çam C, Atay E, Işıklı B (2018). Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi 3(2): 50-67.

64. Kahraman S, Zincir H, Erten ZK, Özkan F (2011). Bir huzurevinde yaşlı kadın ve erkeğin ayrı yaşamasının onların yalnızlık ve yaşam doyumuna etkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 14(2): 1-16.
65. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science* 10(2): 227-237.
66. Kuiper JS, Zuidersma M, Voshaar RCO, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, Smidt N (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 22: 39-57.
67. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Sintonen H, Tilvis RS (2011). Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 19(7): 654-663.
68. Smith JM (2012). Portraits of loneliness: Emerging themes among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 50(4): 34-39.
69. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 36(11): 538-544.
70. Kolcaba K (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research* Springer Publishing Company, New York.
71. Kolcaba K, Wilson L (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing* 17(2): 102-114.
72. Wilson L, Kolcaba K (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 19(3): 164-173.
73. Babacan Gümüş A, Şıpkın S, Keskin G (2012). Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 3(1): 13-21.
74. Kolcaba KY (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 23(4): 237-240.

75. Erdemir F, Çırlak A (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 6(4): 224-230.
76. Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, Mitzel A (2004). Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. Journal of Hospice & Palliative Nursing 6(2): 91-102.
77. Yelkin Alp FY (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda terapötik dokunmanın konfor ve anksiyeteye etkisi. Doktora tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir.
78. Kawaguchi H, Murakami B, Kawai M (2010). Behavioral characteristics of children with high functioning pervasive developmental disorders during a game. Journal of Epidemiology 20(Supplement_II): S490-S497.
79. Saposnik G, Cohen LG, Mamdani M, Pooyania S, Ploughman M, Cheung D, Shaw J, Hall J, Nord P, Dukelow S (2016). Efficacy and safety of non-immersive virtual reality exercising in stroke rehabilitation (evrest): A randomised, multicentre, single-blind, controlled trial. The Lancet Neurology 15(10): 1019-1027.
80. Ryan RM, Deci EL (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology 52(1): 141-166.
81. Söner O, Yılmaz O (2018). Lise öğrencilerinin sosyal medya bağımlılığı ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasındaki ilişki. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 7(13): 59-73.
82. Laukka P (2007). Uses of music and psychological well-being among the elderly. Journal of Happiness Studies 8(2): 215-241.
83. World Health Organization (2004). Promoting mental health; concepts emerging evidence and practice (summary report) [Internet]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42940/1/9241591595.pdf>. [Erişim: 15 Kasım 2023].
84. Winefield HR, Gill TK, Taylor AW, Pilkington RM (2012). Psychological well-being and psychological distress: Is it necessary to measure both? Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice 2(1): 1-14.
85. Diener E (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin 95(3): 542.

86. Kahneman D (1999). Objective happiness. *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation 3(25): 1-23.
87. Puts M, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Lips P, Deeg D (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the netherlands? *Quality of life Research* 16: 263-277.
88. Keyes CL, Dhingra SS, Simoes EJ (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health* 100(12): 2366-2371.
89. Fu F, Liang Y, An Y, Zhao F (2018). Self-efficacy and psychological well-being of nursing home residents in china: The mediating role of social engagement. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development* 28(2): 128-140.
90. Engeström Y (2008). Enriching activity theory without shortcuts. *Interacting with Computers* 20(2): 256-259.
91. Park NS (2009). The relationship of social engagement to psychological well-being of older adults in assisted living facilities. *Journal of Applied Gerontology* 28(4): 461-481.
92. Yoon JY, Kim H, Jung Y-I, Ha J-H (2016). Impact of the nursing home scale on residents' social engagement in south korea. *International Psychogeriatrics* 28(12): 1965-1973.
93. Kiely DK, Flacker JM (2003). The protective effect of social engagement on 1-year mortality in a long-stay nursing home population. *Journal of Clinical Epidemiology* 56(5): 472-478.
94. Lou VW, Chi I, Kwan CW, Leung AY (2013). Trajectories of social engagement and depressive symptoms among long-term care facility residents in hong kong. *Age and Ageing* 42(2): 215-222.
95. Degirmen N, Ozerdogan N, Sayiner D, Kosgeroglu N, Ayranci U (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of turkish pregnant women. *Applied Nursing Research* 23(3): 153-158.
96. Değirmen N, Özerdoğan N (2009). Ameliyat sonrası ağrıda el ve ayak masajı. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 17(2): 133-136.

97. Li W, Sun H, Xu W, Ma W, Yuan X, Wu H, Kou C (2021). Leisure activity and cognitive function among chinese old adults: The multiple mediation effect of anxiety and loneliness. *Journal of Affective Disorders* 294: 137-142.
98. Irani M, Kordi M, Tara F, Bahrami HR, Shariati Nejad K (2015). The effect of hand and foot massage on post-cesarean pain and anxiety. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 3(4): 465-471.
99. Ersan K, Ünver G (2019). Masaj ve toparlanmaya etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi* 4(1): 28-49.
100. Erzincanlı S, Kasar KS (2021). Effect of hand massage on pain, anxiety, and vital signs in patients before venipuncture procedure: A randomized controlled trial. *Pain Management Nursing* 22(3): 356-360.
101. Kunikata H, Watanabe K, Miyoshi M, Tanioka T (2012). The effects measurement of hand massage by the autonomic activity and psychological indicators. *The Journal of Medical Investigation* 59(1, 2): 206-212.
102. Mei L, Miao X, Chen H, Huang X, Zheng G (2017). Effectiveness of chinese hand massage on anxiety among patients awaiting coronary angiography: A randomized controlled trial. *Journal of Cardiovascular Nursing* 32(2): 196-203.
103. Mobini-Bidgoli M, Taghadosi M, Gilasi H, Farokhian A (2017). The effect of hand reflexology on anxiety in patients undergoing coronary angiography: A single-blind randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 27: 31-36.
104. Wang H-L, Keck JF (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Management Nursing* 5(2): 59-65.
105. Kudo Y, Sasaki M (2020). Effect of a hand massage with a warm hand bath on sleep and relaxation in elderly women with disturbance of sleep: A crossover trial. *Japan Journal of Nursing Science* 17(3): e12327.
106. Madenci E (2007). Klasik masaj. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 53(2): 58-61.
107. Yüksel İ, Baltacıoğlu S (2010). Klasik masaj teknikleri. Yüksel İ (Ed.), *Masaj Teknikleri*. İkinci Baskı. Asil Yayın Dağıtım, Ankara; Sayfa: 114-118.

108. Soysal S (2021). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda “kum oyun etkinliği” nin kaygı ve iyilik haline etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Antalya.
109. Fortinash KM, Holoday Worret PA (2014). Psychiatric Mental Health Nursing. Elsevier Health Sciences. E-Book Fifth Edition 16-38.
110. Tuncer V, Arslan S (2022). Yaşlanan dünyada mutluluğa küçük dokunuşlar: Rekreatif etkinlik olarak petank sporu yapan yaşlılarda mutluluk. Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi 8(1): 281-295.
111. Tse MM, Lau JL, Kwan R, Cheung D, Tang AS, Ng SS, Lee PH, Yeung SS (2018). Effects of play activities program for nursing home residents with dementia on pain and psychological well-being: Cluster randomized controlled trial. Geriatrics & Gerontology International 18(10): 1485-1490.
112. Liu N, Mok C, Witt EE, Pradhan AH, Chen JE, Reiss AL (2016). Nirs-based hyperscanning reveals inter-brain neural synchronization during cooperative jenga game with face-to-face communication. Frontiers in Human Neuroscience 10: 82.
113. Erickson K, Kramer AF (2009). Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. British Journal of Sports Medicine 43(1): 22-24.
114. Curlik 2nd D, Shors T (2013). Training your brain: Do mental and physical (map) training enhance cognition through the process of neurogenesis in the hippocampus? Neuropharmacology 64: 506-514.
115. Schultz SA, Larson J, Oh J, Kosciak R, Dowling MN, Gallagher CL, Carlsson CM, Rowley HA, Bendlin BB, Asthana S (2015). Participation in cognitively-stimulating activities is associated with brain structure and cognitive function in preclinical alzheimer’s disease. Brain Imaging and Behavior 9(4): 729-736.
116. Douglas S, James I, Ballard C (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. Advances in Psychiatric Treatment 10(3): 171-177.
117. Lee DT, Woo J, Mackenzie AE (2002). The cultural context of adjusting to nursing home life: Chinese elders' perspectives. The Gerontologist 42(5): 667-675.

118. Fearn M, Harper R, Major G, Bhar S, Bryant C, Dow B, Dunt D, Mnatzaganian G, O'Connor D, Ratcliffe J (2021). Befriending older adults in nursing homes: Volunteer perceptions of switching to remote befriending in the Covid-19 era. *Clinical Gerontologist* 44(4): 430-438.
119. Paque K, Bastiaens H, Van Bogaert P, Dilles T (2018). Living in a nursing home: A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32(4): 1477-1484.
120. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics* 19(2): 279-294.
121. Ross CE, Zhang W (2008). Education and psychological distress among older chinese. *Journal of Aging and Health* 20(3): 273-289.
122. Küçük A (2020). Sosyal aktivite programının huzurevi sakinlerinin otonomisi ve yaşama bağlılığına etkisi. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara.
123. Keskin B (2020). İstatistiksel güç bir araştırmanın sonuçlarına etki eder mi? Örneklem büyüklüğüne nasıl karar verilmeli? Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 18(Armağan Sayısı): 157-174.
124. Research Randomizer. [Internet] Erişim adresi: <https://www.randomizer.org/>. [Erişim: 22 Haziran 2022].
125. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F (2002). Standardize mini mental test'in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(4): 273-281.
126. Bağcı H (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda terapötik dokunmanın uyku kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir.
127. Özel F, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı* 26(2): 57-64.
128. De Jong-Gierveld J, Van Tilburg T (1999). Manual of the loneliness scale 1999. Vrije Universiteit Amsterdam Department of Social Research Methodology, Amsterdam.

129. Akgül H, Yeşilyaprak B (2015). “Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği” nin Türk kültürüne uyarlaması: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 8(1): 34-45.
130. Kolcaba KY (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science* 15(1): 1-10.
131. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü (2008). Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 16(61): 16-23.
132. Keldal G (2015). Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being* 3(1): 103-115.
133. Sansone P, Schmitt L (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: A demonstration project. *Geriatric Nursing* 21(6): 303-308.
134. Butts JB (2001). Outcomes of comfort touch in institutionalized elderly female residents. *Geriatric Nursing* 22(4): 180-184.
135. Yücel ŞÇ, Eser İ (2015). Effects of hand massage and acupressure therapy for mechanically ventilated patients. *Journal of Human Sciences* 12(2): 881-896.
136. Bebek Yağı. [Internet] Erişim adresi: www.gratis.com. [Erişim: 3 Ekim 2023].
137. Tek Kullanımlık Kağıt Havlu. [Internet] Erişim adresi: <https://tr.wikipedia.org>. [Erişim: 3 Ekim 2023].
138. Alkol Bazlı Yüzey Dezenfektanı. [Internet] Erişim adresi: <https://eczacibasiprofesyonel.com.tr>. [Erişim: 3 Ekim 2023].
139. Hutt RL, Wang Q, Evans GW (2009). Relations of parent–youth interactive exchanges to adolescent socioemotional development. *Social Development* 18(4): 785-797.
140. Jenga Oyunu. [Internet] Erişim adresi: <https://tr.wikipedia.org>. [Erişim: 3 Ekim 2023].
141. Jenga Oyun Kuralları. [Internet] Erişim adresi: <https://www.jenga.com/about.php>. [Erişim: 15 Kasım 2023].

142. Jolliffe IT (1995). Sample sizes and the central limit theorem: The poisson distribution as an illustration. *The American Statistician* 49(3): 269-269.
143. McFeeters S, Pront L, Cuthbertson L, King L (2016). Massage, a complementary therapy effectively promoting the health and well-being of older people in residential care settings: A review of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 11(4): 266-283.
144. Fraser J, Kerr JR (1993). Psychophysiological effects of back massage on elderly institutionalized patients. *Journal of Advanced Nursing* 18(2): 238-245.
145. Kang B, Scales K, McConnell ES, Song Y, Lepore M, Corazzini K (2020). Nursing home residents' perspectives on their social relationships. *Journal of Clinical Nursing* 29(7-8): 1162-1174.
146. Teh JK, Tey NP (2019). Effects of selected leisure activities on preventing loneliness among older chinese. *SSM-Population Health* 9: 100479.
147. Green LR, Richardson DS, Lago T, Schatten-Jones EC (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin* 27(3): 281-288.
148. Björnsdotter M, Gordon I, Pelphey KA, Olausson H, Kaiser MD (2014). Development of brain mechanisms for processing affective touch. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 8: 24.
149. Cho KS, Snyder M (1996). Use of hand massage with presence to increase relaxation in korean: American elderly. *The Journal of Nurses Academic Society* 26(3): 623-631.
150. Park MS, Suh MJ (1995). The effect of the hand massage on anxiety of the cancer patients receiving radiation treatment. *The Journal of Nurses Academic Society* 25(2): 316-329.
151. Korkmaz T, Ümmet D (2021). Huzurevinde bulunan yaşlıların yalnızlık algısının ve yaşam kalitesinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi* 10(1): 463-475.

152. Houtjes W, van Meijel B, van de Ven PM, Deeg D, van Tilburg T, Beekman A (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: A longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 29(10): 1010-1017.
153. Hicks-Moore SL, Robinson BA (2008). Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia* 7(1): 95-108.
154. Snyder M, Egan EC, Burns KR (1995a). Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia: A simple, easily instituted method of relaxation may decrease agitation and disruptive behaviors. *Geriatric Nursing* 16(2): 60-63.
155. Snyder M, Egan EC, Burns KR (1995b). Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 21(7): 34-40.
156. Kahlbaugh PE, Sperandio AJ, Carlson AL, Hauselt J (2011). Effects of playing wii on well-being in the elderly: Physical activity, loneliness, and mood. *Activities, Adaptation & Aging* 35(4): 331-344.
157. Siedlecki KL, Tucker-Drob EM, Oishi S, Salthouse TA (2008). Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages? *The Journal of Positive Psychology* 3(3): 153-164.



Ek 1. El Masajı Grubu, Oyun Etkinliği Grubu ve Kontrol Grubu Randomizasyonu

RESULTS

PRINT

DOWNLOAD

CLOSE

1 Set of 30 Numbers
Range: From 1 to 3

Set #1

3, 3, 3, 2, 2, 1, 1, 2, 1, 2, 1, 3, 2, 2, 1, 2, 2, 2, 1, 3, 1, 1, 3, 2, 3, 1, 3, 1, 2, 2

RESULTS

PRINT

DOWNLOAD

CLOSE

1 Set of 30 Numbers
Range: From 1 to 3

Set #1

1, 1, 3, 3, 1, 2, 3, 2, 1, 3, 2, 2, 2, 3, 2, 2, 2, 1, 1, 2, 1, 2, 1, 3, 2, 1, 3, 2, 1, 3

Ek 2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaççı ()
Hangi gündeiz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

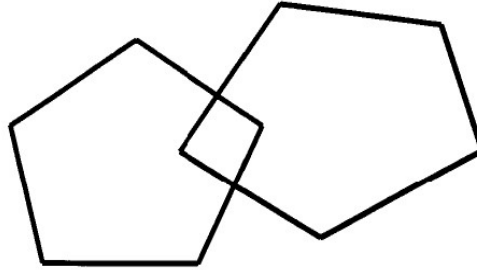
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



Ek 3. Standardize Mini Mental Test (SMMT) Uygulama Kılavuzu

Ek 3. Standardize Mini Mental Test (SMMT) Uygulama Kılavuzu

BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiçbir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçimde iç içe geçmiş iki beşgenin çizili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözmeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilmesi için boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadar yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenir.

YÖNELİM

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

DİKKAT ve HESAP

- 100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

HATIRLAMA

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)
2. Yandaki cümlelerin tekrar istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesine tekrara puan verilir.
Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).
3. Hastanın birazdan söyleyecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir. (Toplam puan 1)
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)

Ek 4. Yaşlı Tanıtım Formu

1. Tanıtıcı Özellikler

1. Yaş:
2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
3. Medeni durum: () Evli () Bekar () Eşini kaybetmiş () Boşanmış
4. Eğitim düzeyi: () Okuryazar () İlköğretim () Lise () Üniversite
5. Geçmişte çalışma durumu: () Memur () İşçi () Serbest meslek () Ev hanımı
6. Çocuk sahibi olma durumu: () Evet () Hayır
7. Gelir algı düzeyi: () Gelir giderden düşük () Gelir gidere denk () Gelir giderden yüksek
8. Emekli maaş varlığı: () Evet () Hayır
9. Önceki ikamet yeri: () Köy () İlçe () İl
10. Sigara kullanma durumu: () Evet () Hayır
11. Alkol kullanma durumu: () Evet () Hayır
12. Kronik hastalık varlığı: () Evet () Hayır

2. Kuruma İlişkin Özellikler

13. Kurumda kalma süresi (ay):
14. Ziyaretçi gelme durumu: () Evet ise () Hayır
15. Kalınan odadaki kişi sayısı: () Tek kişi () İki kişi () Üç kişi () Dört kişi

Ek 5. Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

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 özlediyorum.	()	()	()
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	()	()	()
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	()	()	()
5- Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özlediyorum.	()	()	()
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.	()	()	()
7- Tam anlamıyla güvenilebileceğim birçok kişi var.	()	()	()
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	()	()	()
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özlediyorum.	()	()	()
10- Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	()	()	()
11-Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim	()	()	()

Ek 6. Genel Konfor Ölçeği

	TAMAMEN		KESİNLİKLE	
	4	3	2	1
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum				
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum				
3. Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum				
4. Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var				
5. Egzersiz yapmak istemiyorum				
6. Durumum beni bunaltıyor				
7. Kendimi güvende hissediyorum				
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum				
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum				
10. Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor				
11. Bulduğum ortamdan memnunum				
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor				
13. Kimse beni anlamıyor				
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum				
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim				
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum				
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor				
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum				
19. Şu anda kabızım				
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum				
21. Bu oda beni ürkütüyor				
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum				
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var				
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını				
25. Açım				
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum				
27. Bu odanın ısısı iyi				
28. Çok yorgunum				
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum				
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor				
31. Memnunum				
32. Bu sandalye/yatak rahatsız				
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor				
34. Özel eşyalarım burada değil				
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum				
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum				
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor				
38. İnancılarım bana huzur veriyor				
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum				
40. Kendimi kontrol edemiyorum				
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum				
42. Bu oda berbat kokuyor				
43. Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum				
44. Kendimi huzurlu hissediyorum				
45. Kederliyim				
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim				
47. Burada yaşamak kolay				
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum				

Ek 7. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Gelecekle ilgili iyimserim.	1	2	3	4	5
2. Kendimi işe yarar (faydalı) hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Diğer insanlara karşı ilgiliyim.	1	2	3	4	5
5. Farklı işlere zaman ayırabilecek enerjim var.	1	2	3	4	5
6. Sorunlarla iyi bir şekilde başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5
7. Açık ve net bir biçimde düşünebiliyorum.	1	2	3	4	5
8. Kendimden memnunum.	1	2	3	4	5
9. Kendimi diğer insanlara yakın hissediyorum.	1	2	3	4	5
10. Kendime güveniyorum	1	2	3	4	5
11. Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum.	1	2	3	4	5
12. Sevdiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Yeni şeylere karşı ilgiliyim.	1	2	3	4	5
14. Neşeli hissediyorum.	1	2	3	4	5

Ek 8. El Masajı Uygulama Protokolü

Araç- Gereç • Bebek yağı • Tek Kullanımlık Kağıt Havlu
İşlem • Masaj uygulanacak elin altına kağıt havlu serildi. • Yaşlının elleri ve ön koluna araştırmacının rahatlıkla erişebileceği şekilde pozisyon verildi. • Yaşlının ön kolu ve eli, avuç içi yukarı gelecek ve başparmağı ayrı duracak şekilde yerleştirildi. • El masajı uygulandığı sırada yaşlının rahatsız hissettiği herhangi bir durum olursa belirtmesi istendi. • Araştırmacı el masajına başlamadan önce az miktarda (5 ml, 1 pompa) bebe yağını eline dökerek, el ve parmakları arasında ovuşturarak bebek yağını yayıldı. • Araştırmacı bebe yağını yaşlının avuç içine ve elinin üst bölümlerine de eşit bir şekilde yayıldı. • Araştırmacı el masajında uygulanan tüm sıvazlama hareketleri üç kez tekrarlandı. • El masajı uygulaması 10 dakika boyunca her bir el için nazikçe yapıldı.
Avuç içi • Araştırmacı dominant eliyle yaşlının elini destekler. Diğer eliyle parmakların yakınında avuç içinde elin başparmak tarafındaki kısmı kavrar. • Başparmak ile bileğe doğru başparmağın tabanı etrafında avuç içinin orta hattına doğru masaj yapıldı. • Araştırmacı parmaklarını ovma hareketiyle bilekle başparmağın birleşim yerinin dış yüzeyindeki orta hatta doğru gezdirildi. • Araştırmacı bu hareketi avuç içindeki tüm yüzey boyunca tekrarlandı. • El yüzeyinde yüzeysel bir baskı oluşturacak şekilde her defasında araştırmacı elini geri getirir. • Bu baskıyı uygulayarak ovma için başparmaklar kullanıldı. • Dominant elle yaşlının eli desteklenerek eller yer değiştirdi. • Dominant el ile metakarpofalangeal eklem çizgisinde yaşlının elinin küçük parmak kısmı kavrandı. • Daha sonra başparmak ile bileğe doğru hipotenar çıkıntısı çevresinde avuç içinin orta hattına doğru gezdirildi. • Başparmağın bile ile birleştiği kısımda elin dış yüzeyinin orta hattına doğru parmaklar nazik bir şekilde sıkıp ovarak gezdirildi. • Araştırmacı elini, yüzeysel bir baskıyla geri getirerek bu işlemi elin tüm yüzeyine tekrarladi.
El sırtı • Bir el ile yaşlının eli desteklenirken diğer elin başparmağıyla, birinci parmağın metakarpofalangeal eklemden bileğe doğru tüm parmakların üzerine baskı uygulandı. • Elin kemikleri arasına baskı uygulandı. • Yaşlının eli dominant el ile desteklenerek bu elin başparmağıyla bileğe doğru parmak içi ekleme yakın şekilde küçük parmağa baskı yapıldı. • Daha sonra araştırmacı başparmağının ucuyla yüzeysel baskıyla elin tüm sırtına metakarpal radyal tarafı boyunca geri döndürüldü. • Parmakla avuç içinin birleştiği yerden başlayarak parmak ucuna doğru olacak şekilde tüm parmaklara masaj uygulandı. • Bu işlem parmak eklemlerine nazikçe uygulandı. • Araştırmacı el masajını üç kere hafif bir baskıyla bilekten parmak ucuna elin tüm kısımlarını ovarak sonlandırdı. • Her iki ele de aynı işlemler uygulandı. • Araştırmacı yaşlının eliyle teması nazik ve eline rahat bir pozisyon vererek el masajı sonlandırdı.

Ek 9. El Masajı Uygulama Basamakları

Ele genel öfloraj hareketinin uygulanışı	
Elin iç yüzüne öfloraj hareketinin uygulanışı: (a) Metakarpofalangeal eklem hizasından başlayarak derin öfloraj ile proksimale doğru ilerlenişi	
Elin iç yüzüne öfloraj hareketinin uygulanışı: (b) Friksiyon ile bilek hizasından başlanarak başparmaklara doğru yanlara açılma hareketinin yapılması	
Elin iç yüzüne petrisaj hareketinin uygulanışı	

Ek 9. (Devam)

El sırtına öfloraj hareketinin uygulanışı: (a) Metakarpofalangeal eklem hizasından başlayarak derin öfloraj ile proksimale doğru ilerlenişi	
El sırtına öfloraj hareketinin uygulanışı: (b) Friksiyon ile bilek hizasından başlanarak başparmaklara doğru yanlara açılma hareketinin yapılması	
El sırtına petrisaj hareketinin uygulanışı	
Parmaklara öfloraj ve petrisaj hareketinin uygulanışı: (a) Sağ el ile parmak ucundan başparmakta öfloraj hareketinin uygulanışı	

Ek 9. (Devam)

Parmaklara öfloraj ve petrisaj hareketinin uygulanışı: (b) Metakarpofalangeal eklem proksimaline kadar derin öfloraj uygulanışı	
Parmaklara öfloraj ve petrisaj hareketinin uygulanışı: (c) Başparmağa petrisaj hareketinin uygulanışı	
Parmaklara öfloraj ve petrisaj hareketinin uygulanışı: (d) İkinci parmağa uygulama yapılışı	
Parmaklara öfloraj ve petrisaj hareketinin uygulanışı: (e) Dördüncü parmağa uygulama yapılışı	

Ek 9. (Devam)

Parmaklara öfloraj ve petrisaj hareketinin uygulanışı: (f) Beşinci parmağa uygulama yapılışı	
Ele genel öfloraj hareketinin uygulanışı ile masajın sonlandırılması	

Ek 10. Jenga Oyunu

Jenga oyunu her sıra ters yöne bakacak şekilde arka arkaya üç bloktan oluşan toplamda 54 hassas ahşap blok içermektedir. Oyun en az iki kişi ile oynanmakta ancak kişi sayısında bir kısıtlama da bulunmamaktadır. Oyunun geleneksel amacı kuleyi düşmeden ayakta tutmaktır. Bu durum, bir kuleden blokların başarılı bir şekilde çıkarılması için yeni yöntemlerin araştırılmasını teşvik etmektedir. Her oyuncunun sırası geldiğinde yalnızca bir bloğa dokunarak hamle yapmasına izin verilmektedir.



Kaynak. <https://tr.wikipedia.org>

Ek 11. Bebek Yağı

Hipoallerjenik, boya içermeyen, cildi nemlendirmeye ve kurumaya karşı koruyan bebek yağı, kayganlık sağlaması nedeni ile tüm masaj uygulamalarında önerilen ideal bir üründür.



Kaynak. www.gratis.com

Ek 12. Kâğıt Havlu

Yumuşak, kalın ve emici malzemeden üretilen kâğıt havlu genellikle rulo şeklindedir. Bu ürün sentetik madde içermemekle birlikte bakteri riski taşımaz ve %100 hijyeniktir. Elde tüy bırakmayan kâğıt havlu oldukça hafif ve kullanışlıdır.



Kaynak. <https://tr.wikipedia.org>

Ek 13. Alkol Bazlı Yüzey Dezenfektanı

Hızlı, etkili ve kullanıma hazır bir ürün olan alkol bazlı yüzey dezenfektanı, dezenfekte edilmek istenen yüzeye püskürtülerek kolaylıkla uygulanabilmektedir. Kullanımının basit olması nedeni ile klinik ve birçok iş yerinde tercih edilmektedir. Alkol ve ıslanmaya dayanıklı tüm tıbbi cihazlara ve ekipmanlara dezenfekte işlemi için güvenle uygulanabilmektedir. Uygulama sonrasında ürünün yüzeye etki etmesi açısından 30 saniye beklenmeli ve ardından silme işlemi yapılmalıdır.



Kaynak. <https://eczacibasiprofesyonel.com.tr>

Ek 17. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: EL MASAJI VE OYUN ETKİNLİĞİNİN YAŞLILARDA YALNIZLIK, KONFOR VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın amacı nedir?

Bu çalışma, el masajı ve oyun etkinliğinin yaşlılarda yalnızlık, konfor ve psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Katılma koşulları nelerdir?

Bu çalışmaya katılabilmeniz için en az üç ay huzurevinde/bakımevinde kalıyor olmanız, 65 yaş ve üzerinde olmanız, herhangi bir nörolojik hastalığınızın olmaması gerekmektedir.

Katılımcı sayısı nedir?

Bu çalışmaya sizden başka 59 yaşlı daha katılacaktır.

Çalışmanın süresi ne kadar?

Bu çalışma toplam dört hafta sürecektir.

Gönüllünün bu çalışmadaki toplam katılım süresi ne kadar?

Bu çalışmada yer alan el masajı grubu için katılım süresi dört hafta boyunca haftada üç gün olmak üzere toplam 12 gündür. Jenga oyun etkinliği grubu için dört hafta boyunca haftada bir gün olmak üzere toplam dört gündür.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

Bu çalışmaya katılmanız durumunda huzurevinde kalan yaşlı bireylerde el masajı ve oyun etkinliğinin rutin uygulamalar arasında yer alması sağlanarak diğer yaşlı bireylere de yardımcı olacak bilgiler edinmeyi umuyoruz.

Çalışmayı destekleyen kurum var mıdır?

Yoktur.

Çalışmaya katılmayı kabul etmemem veya çalışmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir?

Bu çalışmaya katılıp katılmamak isteğinize bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, bu araştırmaya katıldığınız için size para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" deseniz de, istediğiniz zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca sorumlu araştırmacıya söylemeniz yeterlidir.

Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?

Bu çalışmaya sizin de katılmanızı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen her şeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz. Eğer anlamadığınız bir şey olursa sorumlu araştırmacıya istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz. Çalışmaya katılmaya "evet" dersiniz ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı ya da katılmamayı seçebilirsiniz. İstemediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak sizin açınızdan hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında, ayrıca eğer çalışma sırasında farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde sorumlu araştırmacıya çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi zorlayamaz.

Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?

Sizin kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay ve izin verecek olan Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı gibi) bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu form sizin tarafınızdan imzalandığında sizinle ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz. Bu çalışmadan sorumlu araştırmacıya sorduktan sonra, eğer o izin verirse, bu araştırmaya katıldığınızı kendi özel doktorunuza söyleyebilirsiniz.

Bu çalışmaya neden ben seçildim?

Siz araştırma katılım ölçütlerine uygunluğunuz bulunduğu için bu çalışmaya katılmanız istenmektedir.

Bu çalışmada bana ne olacak?

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, size ölçekler ve el masajı grubuna 4 hafta boyunca haftada 3 gün el masajı uygulaması, oyun etkinliği grubuna 4 hafta boyunca haftanın bir günü Jenga oyunu oynatılacaktır. Bu çalışmada uygulanacak uygulamaların istenmeyen etkileri/riskleri bulunmamaktadır. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar sorumlu araştırmacıya sorabilirsiniz.

Ek 17. (Devam)

Ne yapmak zorundayım?

Size yapılacak her şeyi anladıysanız, şimdi sizden bu araştırmaya katılmak istediğinize ilişkin imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle çalışmaya özgürce katıldığınızı gösterecektir. İmzaladığınız bu formun bir kopyası da sizde kalacaktır. Merak ettiğiniz bir şey olursa mesai saatleri içinde ve günün 24 saatinde xxx numaralı telefondan sorumlu araştırmacıyı arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

Olur verme beyanı

Bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama adlı araştırmacı tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu çalışmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi, kimlik bilgilerimin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün		İmzası
Adı Soyadı		
Adresi		
Telefon		
Tarih		
Araştırmacının		İmzası
Adı Soyadı		
Tarih		
Tanık (Gerekli durumlarda)		İmzası
Adı Soyadı		
Tarih		

2. Kazak A, Hintistan S (2023). COVID-19 pandemisinde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik yeterliliklerinin holistik değerlendirilmesi: Tanımlayıcı araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 12(4): 2021-2031.
3. Kazak A, Özkaraman A (2023). Effect of e-health literacy on the fear of COVID-19 and attitudes towards protection: A cross-sectional study. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 8(1): 53-59.
4. Özkaraman A, Kazak A, Dudaklı N, Özen H (2023). Evaluation of the effect of self-efficacy on symptoms in gastrointestinal cancer patients. Journal of Palliative Care 38(2): 207-214.
5. Karakullukçu S, Karakullukçu E, Bal B, Kazak A, Karakullukçu A (2023). The validity and reliability of the Turkish version of the social curiosity scale. İstanbul University Journal of Sociology 42(1): 133-151.
6. Kazak A, Apaydın E, Kuralay Ç, Akeren Z, Hintistan S (2022). Examination of clinical features of COVID-19 patients in a city Türkiye: A cross-sectional study. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 14(4): 1046-1056.
7. Kazak A, Özkaraman A, Topalı H, Duran S (2022). Evaluation of the relationship between health literacy and self-efficacy: A sample of hemodialysis patients. The International Journal of Artificial Organs 45(8): 659-665.
8. Kocak S, Kazak A, Karakullukcu S (2022). Factor affecting fear, anxiety and depression during COVID-19 in Turkey: A cross-sectional study. Clinical and Experimental Health Sciences 12(2): 479-485.
9. Önal B, Kazak A, Karakullukçu S, Önal E (2022). COVID-19 pandemisinin sağlık programlarında öğrenim gören öğrencilerde belirsizliğe tahammülsüzlüğe etkisi. Sağlık Bilimlerinde Değer 12(1): 81-88.
10. Kazak A, Özkaraman A (2021). The effect of progressive muscle relaxation exercises on pain on patients with sickle cell disease: Randomized controlled study. Pain Management Nursing 22(2): 177-183.
11. Kazak A, Başaran F, Coşkun N, Karakullukçu S (2021). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Kocaeli Tıp Dergisi 10(3): 273-283.
12. Köksoy S, Öncü E, Kazak A, Aktaş G (2021). Using of iron, vitamin D, multivitamin in pregnant women and the related factors. The Anatolian Journal of Family Medicine 4(1): 17.

13. Uzgör F, Kazak A, Albayrak B, Özkaraman A (2017). Evaluation of knowledge level and applications of nurses on biological targeted treatments. Kocaeli Medical Journal 6(3): 22-29.

Uluslararası ve Ulusal Dergilerde Yayınlanmış Derlemeler

1. Kazak A, Hintistan S, Önal B (2020). Dünyada ve Türkiye’de COVID-19 aşı geliştirme çalışmaları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7(4): 571-575.
2. Kazak A, Özkaraman A (2020). Üremik prirutus ve hemşirelik yönetimi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7(3): 408-412.
3. Hintistan S, Kazak A (2020). Vaccination studies against COVID-19 agent: Current status. Bezmialem Science 8(Supplement 3):145-52.

Uluslararası ve Ulusal Kitaplar/Kitaplardaki Bölümler

1. Kazak A (2023). Kanserde Gordon’un Fonksiyonel Alanlarına Göre Hemşirelik Uygulamaları Sağlık Algısı- Sağlık Yönetimi Alanı. Usta Yeşilbalkan Öznur, Özkaraman Ayşe (Ed.), Olgu, Soru ve Yanıtlarla Onkoloji Hemşireliği, 1. Basım, Hipokrat Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 495-505.
2. Kazak A, Özkaraman A (2023). Demans. Karadakovan Ayfer, Pehlivan Seda (Ed.), Geriatri Hemşireliği, 1. Basım, Nobel Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 375-390.
3. Gündüz Oruç F, Apaydın E, Kazak A (2023). Geriatrik Onkoloji Hastalarında Trombositopeni, Nötropeni Yönetimi ve Kanıta Dayalı Güncel Uygulamalar. Hintistan Sevilay (Ed.), Geriatrik Onkolojide Semptom Yönetimi ve Kanıta Dayalı Güncel Uygulamalar, 1. Basım, Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 5-9.
4. Topalı H, Kazak A (2023). Afetlerde Teletıp Hizmetlerinin Uygulanması. Ulutaşdemir Nilgün, Öztürk Çopur Ebru (Ed.), Afetlerde Acil Sağlık Hizmetleri-I, 1. Basım, İksad Yayınevi, Ankara, Sayfa: 491-503.
5. Kazak A (2022). Abdominal Masajın Gastrointestinal Fonksiyonlar Üzerine Etkisi. Ulutaşdemir Nilgün, Aktuğ Cemile, Kabakuş Aykut Memnune (Ed.), Sağlık Bilimlerinde Seçme Konular-II, 1. Basım, İksad Yayınevi, Ankara, Sayfa: 85-96.
6. Kazak A (2022). Nörolojik Hastalıklarda Hayvan Destekli Tedavi. Ulutaşdemir Nilgün, Aktuğ Cemile, Kabakuş Aykut Memnune (Ed.), Sağlık Bilimlerinde Seçme Konular-II, 1. Basım, İksad Yayınevi, Ankara, Sayfa: 215-230.

7. Kazak A, Duman İ (2022). Covid-19 Bağlamında Obezite Olgusunun İncelenmesi. Yılmaz Necla, Sarı Betül (Ed.), Tıbbi ve Sosyal Yönleriyle Obezite, 1. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 375-392.
8. Demirbağ BC, Kazak A, Erkuran H (2021). Terminoloji. Demirbağ Birsal Canan (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla, 1. Basım, Akademisyen Yayınevi, Ankara, Sayfa:3-17.
9. Kazak A (2021). Sembolik Etkileşim Kuramı. Demirbağ Birsal Canan (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla, 1. Basım, Akademisyen Yayınevi, Ankara, Sayfa:273-279.
10. Kazak A (2019). Oyuncak Bebek Terapi. Duru Nihan, Üstündağ Sema, Ünver Gamze (Ed.), Hemşirelik Bakım Sürecinde Güncel Yaklaşımlar, 1. Basım, Akademisyen Yayınevi, Ankara, Sayfa: 7-14.

BİLDİRİLER

Uluslararası ve Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

1. Kazak A, Özkaraman A (2019). Orak hücre hastalarının ağrısına progresif kas gevşeme egzersizlerinin etkisi. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Aralık 2019, Ankara, 674.
2. Kazak A, Başaran F, Coşkun N, Karakullukçu S (2020). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı beslenme davranışlarının değerlendirilmesi. Uluslararası Farklı Boyutlarıyla Sağlık Konferansı (ICDAH2020), Online, 12-14 Kasım 2020, Çanakkale, 104.