

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

**GÜLME TERAPİSİNİN HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Dr. Nilgün KURU

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2016

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

**GÜLME TERAPİSİNİN HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Dr. Nilgün KURU

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülümser KUBLAY**

ANKARA

2016

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı : **Halk Sağlığı Hemşireliği**
 Program : **Doktora**
 Tez Başlığı : **Gülme Terapisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Kalitesine Etkisi**

Öğrenci Adı-Soyadı : **Nilgün Kuru**
 Savunma Sınavı Tarihi : **16.12.2016**

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: **Prof.Dr.Belgin Akın**
 (Selçuk Üniversitesi)

Tez danışmanı: **Prof.Dr.Gülümser Kublay**
 (Hacettepe Üniversitesi/Emekli)

Üye: **Prof.Dr.Oya Nuran Emiroğlu**
 (Hacettepe Üniversitesi)

Üye: **Doç.Dr.Naile Bilgili**
 (Gazi Üniversitesi)

Üye: **Yrd.Doç.Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan**
 (Pamukkale Üniversitesi)



ONAY

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


 Prof.Dr. Diclehan ORHAN
 Müdür

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

x Tezimin/Raporumun 16.12 2017 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

o Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

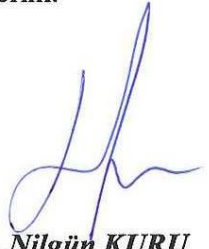
16/12/2016

Nilgün KURU



ETİK BEYAN

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



Dr. Nilgün KURU

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak çalışmanın, yürütülmesi süresince bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimi ile yol gösteren Sayın Prof. Dr. Gülümser Kublay’a,

Tez konumun belirlenmesinden son aşamaya kadar takip ederek ve yönlendirerek, değerli deneyim ve bilgilerini manevi desteği ile birlikte sunan Sayın Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu’na,

Tez izleme komitesinde ve tez savunma sınavında görev alarak değerli görüşleri ile çalışmaya katkı sağlayan, Sayın Doç. Dr. Naile Bilgili’ye,

Tez savunma sınavında yer alarak değerli görüş ve katkılarını sunan Sayın Prof. Dr. Belgin Akın ve Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan’a,

Yüksek lisans tez döneminden itibaren her türlü bilgi ve deneyimini benden esirgemeyerek, manevi desteği ile birlikte değerli katkılar sağlayan Sayın Prof. Dr. Birgül Piyal’e,

Çalışmanın uygulanmasında, her türlü yardımı ve kolaylığı sağlayan Ankara Polatlı Huzurevi ve Yaşlı Bakımevi, Hasvak Yaşlı Bakım Merkezi ve Akyurt Vakfı Yaşam Evi, sosyal hizmet çalışanları, idari personeli ve huzurevi yaşlılarına,

Her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili annem, babam ve kardeşlerim Nilüfer ve M. Onur Kuru’ya,

Doktora çalışmanın başlangıcından itibaren manevi desteği ve hayatıma kattığı olumlu her an için Arş. Gör. Fırat Soner Alıcı’ya,

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Kuru N. Gülme Terapisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Kalitesine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2016. Bu çalışma gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Araştırmada ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarım kullanılmıştır. Çalışmanın müdahale grubunu Akyurt Yaşam evinden 32 huzurevi sakini, kontrol grubunu ise Polatlı Huzurevinden 33 huzurevi sakini oluşturmuştur. Araştırma verileri, huzurevinde kalan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve huzurevi özelliklerini içeren bilgi formu ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Short-Form-36 (SF-36) kullanılarak toplanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki huzurevi sakinlerine uygulama öncesi bilgi formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Sonraki aşamada müdahale grubundaki huzurevi sakinlerine 02 Mart – 25 Mayıs 2015 tarihleri arası haftada 2 gün toplamda 21 oturum olmak üzere gülme terapisi uygulanmıştır. Uygulama bittikten sonra müdahale ve kontrol grubundaki huzurevi sakinlerine SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tekrar uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama $\pm$ standart sapma, sayı ve yüzdelik gösterimi ile ortanca minimum-maksimum değerleri ile (paired-t test) t testi, Mann-Whitney U, tek yönlü varyans ve Kruskal- Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmada gülme terapisi uygulaması sonrası müdahale grubunu oluşturan huzurevi sakinlerinin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt alan ve genel skor puanlarının, ön test puanlarındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisini değerlendiren farklı sosyokültürel yapı gösteren huzurevlerinde, daha büyük örneklem grupları ile randomize kontrol gruplu araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gülme terapisi, yaşam kalitesi, huzurevi sakini, yaşlı, hemşirelik.

ABSTRACT

Kuru N. The Effect of Laughter Therapy on The Quality of Life of Nursing Home Residents, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Department of Public Health Nursing Doctor of Philosophy Thesis, in Ankara, 2016. The aim of the research the effect of applied Laughter therapy on the quality of life nursing home residents was design a quasi-experimental control group, pretest-posttest. 32 nursing home residents who participated in Akyurt Nursing home choose the experimental group and 33 nursing home residents who participated in Polatlı Nursing home control group in the research. Data for the research was collected by questionnaire form developed to determine the socio-demographic characteristics of the nursing home residents and the quality of life was evaluated by using The 36-item short-form health survey (SF-36). Before Laughter therapy, questionnaire form and SF-36 quality of life scale were applied experimental and control group. The next step, in the experimental group, Laughter therapy was applied 2 days per week and totally 21 sessions between the dates 02 March - May 25 2015. In both groups, the SF-36 quality of life scale was applied again after implementation. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22.0 program was done in evaluation of the data. For descriptive statistics, mean $\pm$ deviation, number and percentage display and minimum-maximum value between Mann-Whitney U, one-way ANOVA and Kruskal-Wallis test and (paired-t test)t test were used. In the research was determined after the Laughter therapy implementations, nursing home residents who in experimental group SF-36 quality of life scale all sub-scales and general score points are increased to pre-test results. And these differences were statistically significant. According to this results is recommended, laughter therapy should carry out the different socio-cultural structure in nursing homes with larger sample groups and randomized control group research.

Key Words: Laughter therapy, quality of life, older adult, nursing home residents, nursing.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi	6
2.2. Gülme Terapisi	8
2.3. Gülme Terapisinin Uygulanması	10
2.4. Yaşlılığı Sağlığı, Hemşirelik ve Gülme Terapisi	12
3. BİREYLER ve YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Şekli	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Verilerin Toplanması	20
3.4.1. Veri Toplama Form ve Araçları	20
3.5. Araştırmanın Ön uygulaması	21
3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları	22
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
4. BULGULAR	35

4.1. Gülme Terapisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Kalitesine Etkisi	35
4.2. Gülme Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	39
5. TARTIŞMA	54
5.1. Gülme Terapisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Kalitesine Etkisi	54
5.2. Huzurevinde Kalan Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Gülme Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi	61
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler	68
7. KAYNAKLAR	69
8. EKLER	
Ek 1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Uygulama Red Yazısı	
Ek 2. Akyurt Vakfı Yaşamevi Kurum İzin Yazısı	
Ek 3. Polatlı Huzurevi Kurum İzin Yazısı	
Ek 4. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek 5. Huzurevinde Kalan Bireyleri Tanımlayıcı Bilgi Formu	
Ek 6. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Ek 7. Gülme Terapisi Sertifikası	
Ek 8. Etik Kurul İzin Yazısı	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SF-36 : 36-Item Short-Form Health Survey



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Çalışma Grubuna Ait Bazı Tanımlayıcı Özellikler.	17
3.2. Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumları	18
3.3. Huzurevinde Kalan Bireylerin Çocukları ve Yakınları İle Olan İlişkileri.	18
3.4. Huzurevinde Kalan Bireylerin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özelliklerine Yönelik Bazı Düşünceleri.	19
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Gülme Terapisi Uygulama Öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Skor Puanlarının Dağılımı	35
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubunun Gülme Terapisi Uygulama Öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı	36
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Gülme Terapisi Uygulama Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Skor Puanlarının Dağılımı	37
4.4. Müdahale ve Kontrol Grubunun gülme terapisi uygulama sonrası yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puanlarının dağılımı sunulmuştur.	38
4.5. Müdahale ve Kontrol Grubunun Yaşa Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimi Dağılımı	40
4.6. Müdahale ve Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı	42
4.7. Müdahale ve Kontrol Grubunun Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı	44
4.8. Müdahale ve Kontrol Grubunun Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı	46
4.9. Müdahale ve Kontrol Grubunun Çocukları İle Görüşme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı	48
4.10. Müdahale ve Kontrol Grubunun Kurumda Kalma Süresine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı	50
4.11. Müdahale ve Kontrol Grubunun Birbirleriyle Olan İlişki Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı	52

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşam koşullarının iyileşmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artması, çocukluk ve yeni doğan ölümlerinin azalması gibi ortak desenler nüfusun yaşlanmasına sebep olmaktadır (1). Dünya’ da 2015 yılı için 60 yaş üzeri nüfusun, toplam nüfusa oranı %12’ olup, bu oranın her yıl %3,2 arttığı tahmin edilmektedir. Sayısal olarak 2015 yılında 901 milyon olan yaşlı nüfusun, 2030 yılında 1,4 milyara, 2050 yılında ise 2,1 milyara ulaşacağı öngörülmektedir (2). Türkiye’ de ise 2014 yılında 65 yaş ve üzeri yaşta olan yaşlıların, toplam nüfusa oranı %8 iken, bu oranın nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2 ‘ye, 2050 yılında ise %20,8’e yükseleceği ön görülmektedir (3).

Yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde artması, yaşlılar için ekonomik, çevresel, sosyal, sağlık, barınma ve bakım gibi pek çok sorunları da beraberinde getirmektedir (4). Türkiye’ de yaşlı nüfusun artması ile yaşlı bakım hizmeti veren kuruluşların sayısı, kapasitesi ve bu kurumlarda kalan birey sayısı önceki yıllara oranla artmaktadır (5).

Yaşlı bakım hizmeti veren kurumlar birey açısından, farklı kültürlerden gelmiş, ilk kez karşılaştığı insanlarla birlikte yaşaması gereken, yeni bir ortamdır (6). Alışılan çevreden ve aile ortamından ayrılıp, kurum ortamına uyum sağlamaya çalışmak birey açısından oldukça güç bir durumdur (7). Kurumda yaşamak, kurumda yaşayan bireyin sağlığını biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkileyen stresli bir yaşam olayı olarak değerlendirilebilir (8). Bu stresli yaşamın birey üzerindeki olumsuz etkilerinden birisi de, burada yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olmasıdır. Yapılan çalışmalar, huzurevinde yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin, evde ailesiyle birlikte yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinden daha düşük olduğu göstermiştir (9-12). Yaşlıların yaşam kalitelerini geliştirmede ve fonksiyonel bağımsızlığını devam ettirmede sağlığı geliştirme davranışları oldukça önemli bir hale gelmiştir (13).

Yaşamın her evresinde sağlığı geliştirme davranışları sosyal ve psikolojik unsurları içine alarak geniş bir kapsamda temellendirilmelidir (14). İnsanlar sağlık kavramının kendileri ve başkaları için ne ifade ettiğini tanıdığı zaman, sağlıklı yaşam

biçimi davranışlarını benimser ve uygulamaya geçer (15). Yaşlıların da yaşam kaliteleri ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına adapte olup, bu davranışları sürdürdükleri zaman yükselebilir (16).

Son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için modern tıp dışındaki yollara başvurma düzeyinde önemli bir artış gözlemlenmektedir. Yirminci yüzyılın başlarından itibaren sıkça kullanılan modern tıp dışındaki yöntemlerden biri de yogadır. Yoganın, fizyolojik ve psikolojik yararları oldukça fazladır (17). Yoganın gevşeme, uyku kalitesi, yaşam tarzı ve yaşam kalitesi değişikliklerine olumlu etkileri pek çok araştırma sonuçları ile desteklenmiştir (18-22).

Yoga türlerinden birisi olan Gülme/Kahkaha yogası/ terapisi, koşulsuz gülme ve yoga nefes tekniklerini birleştiren bir egzersizdir. Gülme terapisinde, mizah, şaka ya da komik bir olay olmadan da gülünebilir. Vücut gerçek ve gerçek olmayan gülmeyi ayırt edemez ve gülme başlar (23).

Gülme terapisinin kuramsal temeli pek çok teoriye dayansa da, gülmeyi tam olarak açıklayan tek bir teoriden bahsetmek mümkün değildir. Gülme teorileri arasında en yaygın kullanıma sahip teorilerden birisi üstünlük teorisidir. Teori gülmeyi, “bir kişinin diğer insanlar üzerindeki üstünlük duygularının bir ifadesi” olarak tanımlamaktadır (24). Gülmeyi açıklayan diğer bir teori ise, uyumsuzluk teorisidir. Teoriye göre, insanlar beklentilerine uymayan, beklentilerinden farklı bir durum karşısında da gülerek tepki gösterebilmektedir (25). Gülmeyi açıklayan bir başka teori ise, rahatlama teorisidir. Kurama göre, gülme bastırılmış ve biriktirilmiş enerjinin aniden ortaya çıkması ile gerçekleşir ve kişiler gülerek rahatlar. Teoride gülmenin rahatlatıcı etkisi ön plandadır (26). Teoriyi destekleyen kuramcılardan Freud, gülmenin ruhsal enerjinin biriktirilmesi ve bu enerjinin başka bir yerde kullanılmasına aracı olduğunu için tıbbi tedaviye de olumlu katkıları olabileceğini öne sürmüştür (24). Gallen ve Hipokrat tarafından da tartışılan gülme terapisinin sağlık alanında kullanımı, yapılan araştırmalarla anlaşılmaya devam etmektedir (27). Gülme terapisinin onkoloji, alerji, dermatoloji, immünoloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, dahiliye, romatoloji, rehabilitasyon, klinik ve medikal psikolojide, evde bakım, geriatri, terminal dönem, halk sağlığı, onkoloji, gibi pek çok alanda uygulandığı belirtilmiştir (28).

1980'lerden itibaren gülmenin yüksek kan basıncını düşürdüğü, kontrol altına aldığı ve önlediği, kalp hastalıkları, peptik ülser, depresyon, anksiyete, uykusuzluk, alerji ve hatta kanser gibi hastalıklarda kullanılmasının pozitif etkileri yapılan bilimsel araştırmalarla desteklenmiştir (29). Prickett' in (30) yaptığı tez çalışmasında, onkoloji hastalarının kendi sağlıkları ile ilgili konuları anlamada mizah ve / veya gülmenin kolaylaştırıcı bir durum olduğu belirtilmiştir. In vitro fertilizasyon tedavisi alan kadınlarda yapılan kontrol gruplu deneysel çalışma sonuçlarına göre, kadınların gülme terapisi sonrası stres ve depresyon seviyelerinde anlamlı derecede azalmalar saptanmıştır (31). Gülme terapisinin diyabetik hastalarda kan protein seviyesini azalttığı (32), atipik egzaması olan annelerin ve sağlıklı annelerin sütündeki melatoninin arttığı, bununla birlikte latekse ve toza alerjisi olan yeni doğanların ise verdiği tepkinin azaldığı (33), meme kanseri tedavisi sonrası rehabilitasyon dönemindeki bireylerde yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu ortaya konmuştur (34).

Gülme terapisinin farklı yaş gruplarındaki bireylerde kullanımı yaygın olmakla birlikte, orta yaş ve yaşlılarda kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça az sayıdadır. Huzurevinde yaşayan bireylerde gülme terapisinin ajitasyona, depresyona, davranış bozukluklarına, sosyal katılıma ve yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bir araştırmada depresyon ve yaşam kalitesinde anlamlı değişiklikler gözlenmemişken, ajitasyonu önemli derecede azalttığı ve yaşlıların birbirleri ile olan etkileşimlerini artırdığı ortaya konmuştur (35).

Gülme terapisinin yaşlılarda depresif duyguları hafiflettiği (36), uykusuzluğunun giderilmesi ve uyku kalitesini artırdığı tespit edilmiştir (36, 37). Yaşlılarda gülme terapisinin anksiyete, depresyon ve genel iyilik durumlarında olumlu etkilerinin olduğu hatta depresif yaşlılarda uygulanan gülme terapisinin, yaşlılara uygulanan grup egzersizleri kadar yaşam kalitelerini artırdığı ortaya konmuştur (38). Depresyon tanısı alan yaşlılardan oluşan deney ve kontrol gruplu bir çalışmada, sadece gülme terapisi uygulanan yaşlıların neşeli ve esneklik durumlarında değişimler gözlenmiştir (39). Gülme terapisinin olumlu etkilerine rağmen bazı çalışmalarda yaşlıların fizyolojik ve fonksiyonel durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmamıştır (40).

Hemşirelik literatürü incelendiğinde yapılan ilk çalışmalarda, gülme terapisinin hastaların iyilik hallerini yükselttiği, hemşire ile iletişimlerini olumlu yönde etkilediği, bu nedenle de hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonunu artırdığı belirtilmiştir (41). 1980–2007 yılları arasında yapılan bir sistematik derlemede ise, hemşirelik alanında mizah ile ilgili yeterli araştırma bulunmadığı, hemşirelerin bakım verirken gülmeyi kullanmak için kanıta dayalı bir yaklaşım benimsemeleri gerektiği önerilmektedir (42). Bu nedenle, hemşireler yaşlıların gereksinimlerini karşılarken, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını dikkate alarak, yaşlının yaşam kalitesinin geliştirilebilmesi için uygun müdahaleye yönelik bilgiye sahip olmalıdır (43).

Huzurevlerinde kalan bireyler ve yaşlılar için yaşlı bakımında önemli bir rolü olan hemşireler, yaşlılara özgü girişimleri kullanarak bireylerin yaşam kalitesini geliştirebilir (44). Yaşlıların yaşam kalitesine olumlu etkileri olduğu bilinen gülme terapisinin, hemşireler tarafından kullanıldığı belirtilmektedir (42). Yaşlılar hemşireleri sağlık eğitimi ve sağlığının geliştirmesinde önemli sağaltıcılar olarak gördükleri için, hemşirelerin yaşlının yaşam kalitesini artırmada sayısız fırsatları vardır (45).

Bu nedenle gülme terapisinin, yaşlılar üzerinde etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar ile gülme terapisinin uzun erimde rutin olarak uygulanan bir hemşirelik girişimi olması sağlanabilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; huzurevinde kalan bireylere, uygulanan gülme terapisinin bireylerin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Bu çalışmada aşağıda yer alan hipotez değerlendirilmiştir.

H1: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine olumlu etkisi vardır.

H2: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Fiziksel Fonksiyon Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

H3: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Fiziksel Rol Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

H4: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Vücut Ağrısı Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

H5: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Genel Sağlık Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

H6: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Ruh Sağlığı Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

H7: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Emosyonel Rol Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

H8: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Sosyal Fonksiyon Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

H9: Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin Canlılık Alt alan puanına olumlu etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, hem akademik alanda hem de günlük yaşamda oldukça sık kullanılan bir terimdir (46). II. Dünya savaşıdan sonra yaygın bir şekilde kullanılmaya başlayan yaşam kalitesi, ilk kez maddi mallara referans olarak kullanılmış olup, 1970’li yıllardan sonra ise, özellikle onkoloji, romatoloji ve psikiyatri alanlarında kullanılmaya başlanmıştır (47).

Yaşam kalitesi tek boyuttan, çok boyuta doğru değişen yaklaşımlarla tanımlanmıştır. Bu yaklaşımlar arasında benzerlikler olsa da, bazıları arasında belirgin farklar vardır. Levine ve Croog (48) yaşam kalitesinin, tıbbi araştırmacılar tarafından, istihdam, genel mutluluk, ya da cinsel işlevsellik gibi insan davranışının, tek bir değişkeni olarak kullanıldığını belirtmiştir. Van Dam (1986), benzer bir bakış açısı ile yaşam kalitesini, günlük yaşam aktiviteleri, cinsel aktivite, fiziksel ve psikolojik yakınmaların iyi olması şeklinde tanımlarken, Wegner (1984) yaşam kalitesini üç boyut ve dokuz alt boyutta tanımlamıştır (49). Yaşam kalitesini daha iyi anlamak için, sağlık ve fonksiyonel durumun yaşam üzerindeki etkilerini, kavram ve ölçümün daha ötesinde düşünmek gerekir (50). Yaşam kalitesi, çok sayıda perspektif ve disiplin tarafından çok boyutlu ve bütüncül bir yapı olarak değerlendirilir. Yaşamın her alanında pratik bir şekilde uygulanabilir. Bu nedenle yaşam kalitesi değerlendirilirken, sosyal, çevresel, yapısal ve sağlıkla ilgili disiplinler arası bir perspektif ile yaklaşılmalıdır (51).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması” şeklinde tanımlamıştır (52). Tanıma göre, yaşam kalitesi, kişilerin fiziksel, ruhsal, sosyal durumlarından, kişisel inançlarından, çevreleri ile olan ilişkilerinden etkilenen geniş ve karmaşık bir kavramdır (53). DSÖ’nün yapmış olduğu yaşam kalitesi tanımı dikkate alınarak, sağlıkla ilgili yaşam kalitesine ilişkin tanımlar öne sürülmüştür. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesine ilişkin kesin bir görüş birliği olmasa da, genel olarak kabul edilen görüş çerçevesinde; genel sağlık, emosyonel, seksüel, fiziksel fonksiyon, fiziksel belirtiler, bilişsel işlev, fonksiyonel rol, sosyal iyilik ve var olan konuları içerir (54). Sağlıkla

ilgili yaşam kalitesi fiziksel, ruhsal ve sosyal bileşenlerle birlikte ekonomik ve spritualiteyi de içeren çok boyutlu bir yapıdır (55). Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi farklı bireyler ve farklı ortamlar için farklı anlamlar ifade etmektedir (54).

Yaşam kalitesi doğrudan gözlenmeyebilir, o nedenle yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin dikkate alınması gerekir (56). Huzurevinde kalan bireyler ve yaşlılar ile yapılan yaşam kalitesi araştırmalarında, yaş (57, 58), cinsiyet (58, 59), sağlık durumu (58, 60-62), eğitim durumu, ekonomik durumu (61, 63), kültür (64), fiziksel aktivite (65), fiziksel aktivite için boş vakit (57, 66), sigara içme (57), aile ilişkileri (66), sosyal ilişkiler (67), yalnızlık (68), yalnız yaşam (67), huzurevinde yaşam (69), yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenler olarak belirtilmiştir. Bu değişkenlerin, tasarım, planlama ve uygulama açısından daha geniş kapsamda değerlendirilmesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli etkileri olacaktır (70).

Yaşam kalitesini teorik bir perspektiften inceleyen bir araştırma sonucuna göre, araştırmaları yaşam kalitesi belirleyicileri ve fiziksel aktivitenin ötesine taşıyabilmek için, araştırmaların uygulama alanındaki kişinin algısını ve memnuniyetini de içermesi gereklidir (70). Yaşam kalitesini değerlendirirken, araştırmacılar bireylerin kendini nasıl hissettiğini dikkate almalıdır (56). 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesi algılarını değerlendiren bir araştırmada, yaşlılar; sosyal yardım, destek ve sosyal ilişkilerin iyi olmasını, toplum içindeki rolünü destekleyen, topluma katılmayı kolaylaştıran, ulaşım kolaylığını da içeren servisler ve yerel tesislerin varlığını, sosyal aktivitelerini sürdürebilmeyi, yaşam üzerindeki kontrolünü ve bağımsızlığının devam etmesini, pozitif psikolojik bakış açısı ve değişmez koşulların kabul edilmesini, temel ihtiyaçlarını sürdürebilecek paranın varlığını, evde ve mahallede yaşamı, yaşam kalitesini olumlu etkileyen faktörler olarak değerlendirmişlerdir (50). Yapılan çalışmalarda yaşlılara verilen sosyal desteğin (71), finansal koşulların ve yaşlıların yakınları ile olan ilişkilerinin iyileştirilmesi (72), yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmiştir.

Çoğu terapi, müzik, dua, gülme, mizah, meditasyon ve yoga, hemşireler tarafından yaşam kalitesini yükseltmek için kullanılan girişimlerden (73). Yaşlılara girişim olarak uygulanan aerobik yürüyüş ve esneklik programlarının

yaşam kalitesine etkisini değerlendiren randomize kontrollü bir çalışmada her iki grupta da egzersizlerin yaşlıların yaşam kalitesini artırmıştır (74). Yapılan çalışmalarda pilatesin (75), interaktif oyunların (76), Thai Chi egzersizlerinin (77), yoganın (78, 79) yaşlıların yaşam kalitesini artıran son dönemlerde yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı girişimler olduğu bilinmektedir. Yaşlının yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmaların değerlendirilmesi, yaşlının yaşam kalitesinin psikolojik boyutta da yükseltilmesini kolaylaştıracaktır (70). Yaşam kalitesinin psikolojik boyutta da yükseltilmesine yardımcı olabilecek, pozitif duygulanım kazanabileceği, uygun yöntemlerin uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir (80).

Yaşlılar için pozitif bir duygulanım olan gülme terapisi, farklı yaş gruplarında kullanılmakla birlikte, 50 yaş üstü bireylerde kullanımı ile ilgili çalışmalar oldukça az sayıdadır. Hyun ve Ko (81)' nun, osteoartrit tanısı alan yaşlılara uygulanan gülme terapisinin yaşlının ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren çalışmasında, 4 haftalık gülme terapisi sonrası, yaşlıların ağrı ve depresyon düzeylerinde azalma görülürken, yaşam kaliteleri artmıştır. Gülme terapisinin yaşlının genel sağlığına etkisini değerlendiren randomize kontrol desenli bir çalışmada, 6 haftalık gülme terapisi sonrasında, yaşlının somatik semptomları, uykusuzluk, anksiyete ve genel sağlık durumlarında istatistiksel olarak anlamlı değişimler gözlenmiştir (82).

Her yaşta yaşam kalitesinin artırılması, daha sağlıklı bir yaşam sürdürülmesini sağlayarak hayatta yıllar katar (1).

2.2. Gülme Terapisi

Mizah ve gülme, psikoterapist ve diğer sağlık çalışanlarının, stres ve yaşam biçimi ile ilgili olan hastalıkların rehabilitasyonunda, sağlığı sürdürme ve geliştirmede sıkça kullandığı bir araçtır (83). Mizah ve gülme genellikle birbirlerine bağlı gibi görünse de önemli ayrımları vardır. Mizahın gülme olmadan terapötik ilişki üzerinde potansiyel yan etkileri olabilir (84). Gülme, organizmaya gözlemlenebilen fizyolojik avantajlar ve yeri doldurulmaz sosyal fonksiyonlar katan evrensel bir olgudur. Gülme mekanizması, muhtemelen hipotalamustan aktarılan, farklı kortikal alanlar içeren kompleks bir mekanizmadır (85).

Tehlikeli durumdan kaçınıldığında, bir puzzle çözüldüğünde, oyun kazanıldığında, eski bir arkadaşla karşılaşıldığında, hayal kırıklığı yaşandığında ya da umutsuz hissedildiğinde gülünebilir. Bu nedenle gülmeyi açıklayan ortak bir teoriden söz etmek oldukça zordur (86). Gülmeyi açıklayan çok sayıda teori olsa da temel olarak, üstünlük teorisi, uyumsuzluk teorisi ve rahatlama teorisi ile açıklanmaktadır.

Üstünlük teorisi, başkalarının talihsizliğine gülerek, bireyin kendi üstünlüğünü yansıttığını varsayar. Aristoteles, Platon ve Hobbes çalışmalarında, gülmenin nispeten güçsüz insanlara karşı, kötülük addedildiğini ve kişilerin birbirleri ile olan rekabetlerinde eksiklikler arandığını ve bunlara gülündüğünü belirtir. Bu durumda komik bulunan şeylerde, üstünlük hissedilen rollerin ortaya çıktığı savunulur (86). Teori 21. yüzyılda Gruner tarafından yeniden formüle edilmiş ve Gruner' e göre gülme eylemi; kazanan ve kaybeden birisi, durumda tutarsızlık ve sürpriz bir unsuru gerektirmektedir (24, 87, 88).

Uyumsuzluk teorisine göre ise gülme, kişilerin normal beklentileri ve normal zihinsel tepkilerinin ihlal edildiği zaman ortaya çıkan bir reaksiyondur. Uyumsuzluk teorisini ilk kez kullanan Beattie (1809), gülmenin “*aynı kabalık içindeki, uyumsuzluklardan doğduğu görünüyor*” şeklinde gözlemlemiştir (89). Uyumsuzluk teorisinde, saçma, beklenmedik, uyumsuz bir stres veya bağlam dışı bir olay gülme için temeldir. Gülme için bu durumlar gerekli olsa da tek başlarına yeterli değildir. Gülme eyleminden önce uyumsuz olay veya durum, ilginç ya da anksiyeteye dönüşür, bu yüzden gülme uyumsuzlukların hangi bağlamda meydana geldiğine bağlanmaktadır (90).

Gülmeyi açıklayan diğer bir teori olan rahatlama teorisinin, farklı açıklamaları olsa da, gülme, genel olarak az ya da çok psikolojik sinir boşalması gibi görülmektedir. Gülme durumunda rahatlama için iki yol bulunabilir. Ya gerginliğin eşlik ettiği enerji ile rahatlama ortaya çıkabilir ya da gülme durumunun kendisi gerginliğin eşlik ettiği bir enerji ile rahatlama meydana getirebilir (24). Freud bu psikik enerjinin ölüm ya da seks gibi tabu görülen bastırılmış duygularla baş edebilmek için ortaya çıktığını ifade etmektedir. Freud' a göre gülme sadece bu enerji salındığında değil, aynı zamanda tabu düşüncelerin varlığında da görülmektedir (91).

Gülme ve sağlık alanındaki hareketlilik genellikle Norman Cousins'ın, 1979 da yayınlanan "*Anatomy of an Illness As perceived by the Patient: Reflections on Healing and Regeneration*" kitabını izler. Cousin düzenli olarak komik videolar izleyip, gülererek ağrısının azaldığını, bunun uyumasını kolaylaştırdığını böylece inflamasyonun giderek azaldığını ve iyileştiğini ifade etmiştir (92).

Gülme terapisi, tıpta tamamlayıcı ve alternatif terapiler içinde yer alan, grup tekniklerini ve terapötik görüşmeleri içeren, sağlıkla ilgili hem fizyolojik, hem de psikolojik sonuçları olan gülme deneyimlerini elde etmek için amaçlanmıştır. Katkı ve kısıtlılıkları ile pozitif bir psikoloji olarak konvensiyonel gülme terapisi modern bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır (93). Gülme terapisi (Laughter Yoga), Dr. Kataria tarafından geliştirilen, gülme egzersizlerinin, yoga nefes teknikleri ve yoga egzersizleri ile kullanıldığı terapötik bir yöntemdir (23). Yoga egzersizleri genellikle derin nefes alma, meditasyon ve farklı esneme hareketleri ile oluşur. (94). Yoga egzersizlerine gülme egzersizleri de eklenerek gülme terapisi uygulanır (95).

Herkes mizah, komedi ya da herhangi bir gerekçe olmadan gülebilir. Oturumlarda gülme, fiziksel bir egzersiz olarak başlayıp gruptaki diğer üyelerle göz kontağı sağlayarak ve onlarla çocuksu oyunlar oynayarak simüle edilmektedir. Çoğu durumda bu simülasyon kısa zamanda gerçek ve bulaşıcı bir gülmeye dönüşür. Gülme terapisi vücudun gerçek ve gerçek olmayan gülmeyi ayırt edemediği savına dayanmaktadır (95)

2.3. Gülme Terapisinin Uygulanması

Gülme terapisi oturumları, germe ve esneme hareketleri, şarkılar, alkışlar ve vücut hareketlerini içeren hafif ısınma teknikleri ile başlar. Bunlar her çeşit engellemeyi yıkmaya ve çocuksu oyun oynama duygularını geliştirmeye yöneliktir. Nefes egzersizleri akciğerleri gülmeye hazırlar ve devamında gelen bir dizi gülme egzersizleri ile birleştirilir (23, 95).

Gülme terapisi bireysel ya da grup olarak uygulanabilmektedir. Grup terapilerinde, grup dinamiğini sağlayabilmek açısından grubun en az 5-15 kişiden oluşması önerilmektedir. Gülme terapisini çalıştırmak için, katılımcı sayısı ne kadar fazla olursa gülmenin bulaşma etkisi de o kadar fazla olur ve katılımcılar daha kolay güler (95).

Gülme terapisi, oturumlarının aynı saat ve aynı yerde yapılması bireylerin katılımına teşvik için önemlidir. Terapi seansları 30-45 dakika arasındadır. Oturumlara zamanında başlanmalı ve zamanında bitirilmelidir (95).

Gülme terapisi için kapalı bir mekan seçiliyorsa oda, sesin yankı yapmaması için çok yüksek tavanlı seçilmemeli, gürültü seviyesini en aza indirmek için kapı ve pencerelerin kapalı olduğuna emin olmak gerekmektedir. Yaşlılar için renkli, görsel ve komik birtakım nesnelerle canlı bir atmosfer yaratmak önemlidir. Yaşlılar terapiye katıldıklarında, sandalyede ya da koltukta birbirlerine yakın ve birbirleri ile göz teması kurabilecek şekilde oturmalıdırlar (95).

Gülme terapisinde grup liderinin rolü oldukça önemlidir. Grup lideri oturum başlamadan en az yarım saat öncesinde orda olmalıdır. Yaşlılarla çalışırken onlarla bağ kurmak, değerli olduklarını anlatmak, onları dinlemek ve onlara dokunmak gerekir. Grup lideri, oturumu kontrol eder ve başlamak için komut verir. Farklı egzersizleri açıklar ve tanımlar. Lider grup dinamizmi için hareketleri başlatır ve sonlandırır. Oturum sonlandırıldığında geri bildirimler alınır ve sonraki oturumlar için geri bildirimler dikkate alınır (95).

Gülme terapisinin dört bölümü vardır.

El çırpma ve ısınma egzersizleri: Eller birbirine paralel tutularak, parmak uçları birbirlerine değecek şekilde el çırpılır. Grubu senkronize etmek açısından ve grubun enerji seviyesini yükseltmek için genellikle el çırpmalara 1-2, 1-2-3 şeklinde ritim eklenir. El çırpma hareketlerine Ho, Ho, Ha, Ha, Ha şeklinde eklenen şarkı söylenirken, diyagfram solunumunu uyarmak için karından gelen ağır soluk alıp vermeler eşlik etmelidir (23, 95, 96).

Derin nefes egzersizleri: Derin nefes alma egzersizleri akciğerleri doldurma ve boşaltmaya yönelik, fiziksel ve zihinsel rahatlama sağlayan egzersizdir. Burundan nefes alıp ağızdan yavaş yavaş verilerek uygulanır. Egzersiz tekrarlanırken nefes aldıktan sonra 2-3 saniye tutulup gülerek ağızdan verilerek egzersiz tamamlanır. Bu egzersiz yaşlılarda daha hafif şekilde yapılmalıdır (23, 95, 96).

Çocuksu oyunculuk: Gülme egzersizlerinin amaçlarından biri de, çocuksu oyunculuğun zihinde canlanarak, gülmeye yardımcı olmasıdır. Bu egzersiz sırasında şarkı söylenebilir, oyunlar oynanabilir, müzik eşliğinde gülmeye yardımcı olunabilir.

Bu bölümde moderatörün grubu iyi tanması ve yaratıcılığını kullanması oldukça önemlidir (23, 95, 96).

Gülme egzersizleri: yogik gülme egzersizleri (Aslan gülmesi), neşeli gülme egzersizleri (milkshake, cep telefonu, sıcak çorba gülmesi), diğer tabanlı gülme egzersizleri (visa kart gülmesi, affetme gülmesi) ve fiziksel gülme egzersizleridir. Fiziksel gülme egzersizleri özellikle yaşlılar için hareketliliği artırıcı ve germe egzersizleri ağırlıklı egzersizlerdir (23, 95, 96).

2.4. Yaşlı Sağlığı, Hemşirelik ve Gülme Terapisi

Sağlığı geliştirme, hemşirelik eğitimi ve hemşirelik uygulamaları süresince önemli bir kavramdır. Sağlık için genellikle temel adımlar, sağlıklı beslenme, uygun egzersiz, yeterli uyku ve stres yönetimidir. Bu nedenle sağlığı geliştirme davranışları her zaman hemşireliğin odak noktası olmuştur (97). Sağlığı geliştirme, yaşam becerilerini artırarak kişisel destek ve çevresel gelişme sağlar. Böylece, insanların kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrole sahip olabilmesi için mevcut seçeneklerini artırır (98). Sağlığı geliştirmek hem yetişkinler için hem de yaşlı bireyler için oldukça önemli bir kavramdır (99). Yaşlılarda sağlığı geliştirmek, sağlıklı yaşam biçimi davranış alışkanlıkları kazandırmak yaşlanmayı geciktirici bir faktör olsa da sağlıklı olmayan yaşam biçimi davranışlarını değiştirmek oldukça güçtür (100). Oysaki yaşlı bireyde sağlığı geliştirici davranışlar, düşmenin önlenmesine, kalp hastalıkları ve osteoporoz gibi hastalıkların azalmasına, yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin artması gibi oldukça değerli faydalar sağlayabilmektedir (99).

Yaşam kalitesi son on yıllar içinde, birçok hemşirelik problemlerinin yönetiminde ve hemşirelik bakımda önemli bir faktör olarak, artan bir ilgi kazanmıştır (101). Bireylerin yaşam kalitesini geliştirmek için sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi ve bu davranışların bireylere kazandırılması gerekir (102). Hemşireler için sağlığı geliştirici, zaman ve maliyet etkili oldukça önemli teröpatik kaynaklardan biri de gülme terapisi (103).

Hemşirelik bakımında gülme terapisi desteğe ihtiyacı olan yaşlı ile emosyonel bir bağ kurmaya yardımcı olabilmektedir (104). Davidhizar ve Schearer' a göre, yaşlılarda mizah, yaşlının stres yönetimini, stresle baş etmesini ve hemşirelik

sürecinin uygulamasını kolaylaştırmak için yaşlı, ailesi ve hemşireler için önemli bir araçtır (105).

Greenberg'in (106) yaptığı çalışmaya göre, hastalar sağlık sorunları ile mücadelede, pozitif bir bakış açısının yaşam kurtarıcı olduğuna inanıyor ve bu süreçte mizahın kullanılmasını kabul ediyorlar.

Gülmenin hem yaşlılar, hem yaşlılarla çalışan hemşireler üzerinde, hem de hasta-hemşire ilişkisi açısından oldukça önemli bir yeri vardır.

Hemşirelik literatüründe gülme ile ilgili kanıta dayalı araştırmalar oldukça yetersizdir (42). Hemşireler uygulamalarında kanıta dayalı mizah/gülme yaklaşımını benimsemeli ve uygulamalarına entegre edebilmelidir (42, 103).



3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin, yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma, randomize olmayan ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel düzendedir (Kaynak).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın yürütüleceği kurumlar Seyranbağları Huzurevi ve Ümitköy Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri olarak planlanmıştır. Çalışmanın kamu huzurevlerinde yürütülmesi planlandığı için 4.12.2014 Tarihinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na başvurulmuştur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan 12.01.2015 Tarih 71969520-605-4149 sayılı karar ile her iki kurum için de araştırmanın yürütülmesi uygun bulunmamıştır. Araştırmanın yürütülmemesi gerekçesi olarak, “uygulamanın çok sayıda oturumu ve uzun bir süreci içermesi, içeriğinde yaşlıların depresif durumu ve kaygı düzeylerine etki edecek sorular bulunması ve talep edilen kuruluşlarda son dönemde çok sayıda araştırmanın yapılmış olması nedeniyle, söz konusu talep uygun değerlendirilmemiştir” şeklinde belirtilmiştir (Bkz. EK-1).

Bu nedenlerden dolayı çalışma, özel huzurevlerinde, yatağa bağımlı olmayan ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilen kişi sayısının en fazla olduğu, Ankara ili sınırları içerisinde bulunan, Akyurt Vakfı Yaşam evi ve Polatlı (Vakıf) Huzurevinde yürütülmüştür. Her iki kurumdaki da çalışmanın yürütülmesine dair yazılı izin yazısı alınmıştır (Bkz. EK-2, EK-3).

Araştırmanın müdahale grubunu Ankara ili Akyurt ilçesinde yer alan Akyurt Vakfı Yaşam evinde yaşayan yaşlılar oluşturmuştur. Akyurt Vakfı Yaşam evinin müdahale grubu olarak seçilme nedeni, vakıf huzurevleri arasında gülme terapisine katılabilecek en fazla kişiye sahip olan kurum olmasıdır. Yaşam evi özel yaşam birimleri ve özel bakım ünitesi ile toplamda 80 oda, 85 yatak kapasitelidir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde normal bakım alan 65 kişi (38 erkek, 27 kadın), özel bakım alan 13 kişi (8 erkek, 5 kadın) toplamda ise 78 kişi bulunmaktadır. Huzurevinde iki yönetici, bir sosyal çalışmacı, üç hemşire, bir doktor,

bir psikolog, on bakım ve temizlik elamanı çalışmaktadır. Hemşireler 24 saatlik nöbet tutmakta olup, gece ve gündüz vardiyasında bir hemşire görev yapmaktadır.

Araştırmanın kontrol grubunu ise Ankara ili Polatlı ilçesinde yer alan Polatlı (Vakıf) Huzurevinde yaşayan kişiler oluşturmuştur. Akyurt Yaşam evinden sonra çalışmaya katılım koşullarını sağlayan, en fazla kişiye sahip huzurevi olduğu için kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Huzurevi 146 yatak kapasitesine sahiptir. Çalışmanın yapıldığı sırada normal bakım alan 37 kişi (11 erkek, 16 kadın), özel bakım alan 38 kişi (17 erkek, 21 kadın) toplamda ise, 75 kişi bulunmaktadır. Huzurevinde iki yönetici, bir sosyal çalışmacı, üç hemşire, bir doktor ve bir psikolog, on bakım ve temizlik elamanı çalışmaktadır. Hemşireler 24 saatlik nöbet tutmakta olup, gece ve gündüz vardiyasında bir hemşire görev yapmaktadır.

Çalışmanın yürütüldüğü her iki kurumunda Huzurevine kabul yaşı 50 yaştır. Huzurevlerinde kalan her birey kurum çatısı altında “yaşlı” olarak nitelendirilmektedir. Huzurevleri özel huzurevi olduğu için yaşlılar huzurevinde kalabilmek için ödeme yapmaktadırlar. Çalışmanın yapıldığı her iki kurumda yaşlılar da hemşireler tedavi ağırlıklı hizmet vermekte, pansumanı olan yaşlıların pansumanlarını değiştirmekte, ilaçları biten yaşlıların reçetelerinin yazdırılması ve yaşlıların vital bulgularının takibini yapmaktadır. Tedavi saatleri dışında hemşireler hemşire odasında bulunmaktadır. Huzurevinde kalan bireyler sağlıkla ilgili bir sorunları olduğunda, hemşire odasına gelerek ya da bakıcılar aracılığıyla sorunlarını iletebilmektedirler. Kurumda kalanların psiko-sosyal, fiziksel ve ruhsal durumlarının izlenmesi, sorunlarının çözümüne yardımcı olunması, bireylerin yakın çevresi ile olan sosyal ilişkilerinin düzenlenmesi, bireyler için sosyal, kültürel, eğitsel ve sportif etkinlikler düzenlenmesi ve bu etkinliklere katılımının sağlanması sosyal hizmet çalışanları tarafından yapılmaktadır. Bu kapsamda kurumlarda gezi, yemek, piknik, sinema ve özel günleri kutlama etkinlikleri (yaşlılar haftası, anneler günü-babalar günü, yılbaşı) gibi faaliyetlerin yanı sıra; el işi uğraşları ve örgü grupları oluşturulmuştur. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde her iki huzurevinde de kadınlar günü kutlamaları yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, uygulama süresince (02 Mart – 25 Mayıs 2015) Akyurt Vakfı Yaşam evi ve Polatlı (Vakıf) Huzurevinde kalan bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın çalışma grubunun belirlenmesi için örneklem büyüklüğü G*Power programı kullanılarak hesaplanmıştır. Bu program yardımıyla gülme terapisi uygulandığında yaşam kalitesine etkisindeki ortalama değişim (müdahale grubu öncesi 66.00 ± 11.84 ; sonrası 79.94 ± 12.03 kontrol grubu öncesi 67.19 ± 13.54 ; sonrası 66.19 ± 11.17) öngörülerek tahmini bir örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (34). Bu doğrultuda çalışmaya 62 kişi (müdahale ve kontrol grupları için 31 kişi) alındığında % 95 güvenle % 90 güç elde edileceği hesaplanmıştır.

Araştırma Grupları

- Müdahale Grubu: Gülme terapisinin uygulandığı grup
- Kontrol Grubu: Rutin hizmet alan grup

Çalışma, araştırma süreci ve planlanan girişimlerin anlatılmasından sonra Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız, iletişim sorunu olmayan bireyler çalışma kapsamına alınırken, huzurevi kayıtlarına göre depresyon, kontrol edilemeyen diyabet, koroner arter hastalığı olmayan bireyler çalışma kapsamına alınmamıştır. Çalışma 70 kişi ile yürütülmüştür. Akyurt Vakfı Yaşam evinden çalışmaya katılan 35 kişi, çalışmanın müdahale grubunu oluştururken, Polatlı Huzurevinden katılan 35 kişi ise çalışmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışma sırasında müdahale grubundan, bir kişinin vefat etmesi, iki kişinin ise yoğun bakımda tedavi görmesi nedeniyle müdahale grubu 32 kişi ile tamamlanmıştır. Kontrol grubunu temsil eden 35 kişiden ise, bir kişinin vefat etmesi, bir kişinin kurumdan ayrılması nedeniyle çalışmanın kontrol grubu 33 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1’ de, yaşam biçimi davranışları ve sağlık durumları Tablo 3.2’de, çocukları ve yakınları ile olan ilişkileri Tablo 3.3’ de, kurumda kalma nedenleri ve kurumun bazı özelliklerine yönelik düşünceleri ise Tablo 3.4’ de verilmiştir.

Tablo. 3.1. Çalışma Grubuna Ait Bazı Tanımlayıcı Özellikler.

Özellik	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyetleri				
Kadın	16	50,0	15	45,5
Erkek	16	50,0	18	55,5
Yaş				
50-59	3	9,4	6	18,2
60-69	13	40,6	9	27,3
70-79	9	28,1	13	39,4
80-89	7	21,9	5	15,2
Medeni durumu				
Bekar	2	6,30	7	21,2
Evli	7	21,9	5	15,2
Dul	16	50,0	15	45,5
Boşanmış	7	21,9	6	18,2
Öğrenim durumu				
Okuryazar Değil	4	12,5	4	12,1
Okuryazar	3	9,4	3	9,1
İlkokul	5	15,6	16	48,5
Ortaokul	4	12,5	4	12,1
Lise	10	31,3	4	12,1
Üniversite	6	18,8	2	6,1
Meslek				
Küçük esnaf	1	3,0	2	7,0
İş buldukça çalışan	4	12,0	4	13,0
Yüksek eğitilmiş ücretli	4	12,0	11	32,0
Memur- büro çalışanı	7	21,0	5	16,0
Niteliksiz işlerde çalışanlar	4	12,5	1	4,0
İşsiz	13	40,0	9	28,0
Sosyal Güvence				
SSK	12	37,5	6	18,2
Yeşil Kart	0	0,0	2	6,1
Bağ-kur	5	15,6	9	27,3
Emekli Sandığı	13	40,6	13	39,4
Yok	2	6,3	3	9,1
Gelir Durumu				
Var	29	90,6	28	84,80
Yok	3	9,4	5	15,20
TOPLAM	32	100,0	33	100,0

Tablo.3.2. Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Durumları

Özellikler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanısı konmuş hastalık durumu				
Kronik Hastalığı olmayan	8	25,0	8	24,2
1-2 tane kronik hastalığı olan	24	75,0	25	75,8
Sigara kullanma durumu				
Kullanmıyor	24	75,0	28	84,8
Kullanıyor	8	25,0	5	15,2
Düzenli egzersiz yapma durumu				
Evet	8	75,0	3	9,1
Hayır	24	25,0	30	90,9
TOPLAM	32	100,0	33	100,0

Tablo.3.3. Huzurevinde Kalan Bireylerin Çocukları ve Yakınları İle Olan İlişkileri.

Özellikler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	28	87,5	24	72,7
Hayır	4	12,5	9	27,3
Çocuklarıyla görüşme durumu				
Çocuğu Yok	4	12,5	9	27,2
Sık Görüşüyorum	12	37,5	4	12,1
Seyrek Görüşüyorum	13	41,0	15	45,5
Hiç Görüşmüyorum	3	9,0	5	15,2
Ankara'da yaşayan yakını olma durumu				
Akrabası Yok	2	6,2	4	12,1
Sık Görüşüyorum	16	50,0	6	18,2
Seyrek Görüşüyorum	11	34,5	18	54,6
Hiç Görüşmüyorum	3	9,3	5	15,1
TOPLAM	32	100,0	33	100,0

Tablo.3.4. Huzurevinde Kalan Bireylerin Kurumda Kalma Nedenleri ve Kurum Özelliklerine Yönelik Bazı Düşünceleri.

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu	
Özellikler	Sayı	%	Sayı	%
Kurumda kalma süresi				
1 Yıldan Az	15	46,9	11	33,3
1-3 yıl	13	40,6	16	48,6
4-6 yıl	3	9,4	4	12,1
7 Yıl ve Üzeri	1	3,1	2	6,0
Kurumda kalma nedeni				
Kendi Bakımını Tek başına Yapamama	13	40,6	11	33,3
Hiç Kimsesinin Olmaması	4	12,5	2	6,1
Aile Tarafından Kabul Edilmeme	5	15,6	11	33,3
Aileye Yük Olmak İstememe	10	31,3	9	27,3
Kurumda sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu				
Memnun	28	87,5	32	97,0
Memnun değil	4	12,5	1	3,0
Sağlık personeline 24 saat boyunca ulaşma durumu				
Evet	30	93,8	33	100,0
Hayır	2	6,3	0	0,0
Bireylerin kurum çalışanları ile ilişki durumu				
İyi	26	81,2	32	93,9
Orta	4	12,5	1	6,1
Kötü	2	6,3	0	0,0
Bireylerin birbirleri ile ilişki durumu				
İyi	20	62,5	27	81,8
Orta	8	25,0	5	15,2
Kötü	4	12,5	1	3,0
Kurum koşullarından memnuniyet durumu				
Memnun	28	87,5	30	90,9
İdare eder	3	12,5	2	6,1
Fena değil	0	0,0	1	3,0
Kurumda sosyal aktivite durumu				
Evet	13	40,6	7	21,2
Hayır	19	59,4	26	78,8
Kurumdaki aktivitelere katılma isteği				
İsteksiz	4	12,5	15	45,5
Bazen istekli	16	50,0	12	36,4
Her zaman istekli	12	37,5	6	18,2
TOPLAM	32	100,0	33	100,0

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Form ve Araçları

Verilerin toplanması amacıyla; huzurevinde kalan bireylerin ve huzurevlerinin özelliklerini tanımlamak ve kapsamlı olarak değerlendirebilmek için araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen Tanımlayıcı Bilgi Formu (Bkz. EK 5) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için EK 6’ de yer alan Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa- Form 36 (SF-36) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan huzurevinde kalan bireyi ve huzurevi özelliklerini tanımlayan Tanımlayıcı Bilgi Formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm tanıtıcı bilgilerin olduğu; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence durumu, gelir durumunu kapsamaktadır. İkinci bölüm huzurevinde kalan bireylerin yaşam biçimi davranışları ve sağlık durumlarının değerlendirildiği; tanısı konulmuş bir hastalığının olup olmadığı, sigara kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumu sorularından oluşmuştur. Üçüncü bölüm huzurevinde yaşayan bireylerin çocukları, yakınları ile olan ilişkilerini (çocuğunun ve Ankara’da yaşayan yakınının olup olmadığı, çocukları ile görüşme durumu) son bölüm ise, kurumda kalma nedenleri ve kurum özelliklerine yönelik bazı düşünceleri (huzurevinde kalma süresi, huzurevinde kalma nedeni, kurumda sunulan sağlık hizmeti ve huzurevi koşullarından memnuniyet durumu, 24 sağlık personeline ulaşma, çalışanlar ve sakinlerle ilişki durumu, kurumdaki sosyal aktiviteler ve sosyal aktivitelere katılma durumu)’ne yönelik sorulardan oluşmuştur (6, 57-70). Tanımlayıcı Bilgi Formu katılımcılara sadece ön testte uygulanmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa- Form 36 (SF-36)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, yaşa, hastalık durumuna veya bir tedaviye özel olmayan, genel olarak bakım sonuçlarını ölçmek, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (107). Ware tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş olan SF-36’nın özelliklerinin birisi de bireyin

kendini değerlendirme ölçeği olmasıdır (108). 36 soru içeren ölçek, Fiziksel ve Mental sağlığı içeren iki ana başlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve ruh sağlığı olmak üzere 8 alt ölçekten oluşmuştur (109). Her bir alt ölçek 0- 100 arasında puan almakta olup, 0 kötü sağlık durumunu ifade ederken, 100 puan sağlık durumunun iyi olduğunu ifade etmektedir (110).

Birçok ülkede geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılan SF-36'nın, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile 1999 yılında yapılmıştır. Güvenirlilik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayıları 0,7324–0,7612 arasında bulunmuştur (111). Ölçek ilk geçerlik güvenirliği yapıldıktan sonra herhangi bir değişime uğramamıştır.

Yürütülen çalışmada örneklem sayısı yeterli olmadığı için cronbach alpha bakılamamış olup, son dönemde yapılan pek çalışmada ise ölçeğin cronbach alpha değeri tekrardan hesaplanmıştır (112,113). Pınar'ın 2005 yılında Kanseri hastaları ile yaptığı geçerlilik güvenirlik çalışmasında ise SF-36'nın test-retest değeri 0.94, iç tutarlılığında cronbach alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur (112). Karabuğa-Yakar ve Pınar'ın 2013 yılında Kanseri hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesi ölçeği Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında SF-36 ölçeğinin iç geçerliliği yeniden değerlendirilmiş olup Cronbach alfa kat sayıları fiziksel fonksiyon ana alt ölçeği için 0.90 ve mental fonksiyon için 0,87 bulunmuştur (113). Bulunan bu değerler ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir.

3.5. Araştırmanın Ön uygulaması

Araştırmanın ön uygulamasına başlamadan önce, araştırmacı, 21 Eylül 2014 tarihinde Eser Mutlu tarafından Ankara Radisson Blue otelde düzenlenen 8 saatlik “Laughter Yoga” kursuna katılmıştır. Kurs sonrasında araştırmacıya Laughter Yoga sertifikası verilmiştir (EK 7). Laughter yoga sertifikası alan araştırmacı, araştırma verilerinin toplanmasında kullanılacak olan veri toplama formlarının kapsam geçerliliğini kontrol etmek ve uygulama programının içeriğinin işleyip işlemediğini değerlendirmek amacıyla 28-29 Ocak tarihlerinde Hasvak Yaşlı Bakım Merkezinde ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama için kurum yönetiminden sözel izin

alındıktan sonra, kurumdaki yaşlılara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı doğrultusunda açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden on yaşlıyla ön uygulama yapılmıştır.

Yaşlılara uygulama öncesi tanıtıcı bilgi formu ve yaşam kalitesi ölçeği SF-36 uygulanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği her kişi için ortalama 15 dakikada doldurulmuştur. 28.01.2015 tarihinde 2 oturum, 29.01.2015 tarihinde 2 oturum gülme terapisi uygulanmıştır. Terapi sonrasında son test olarak SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tekrar uygulanmıştır. Uygulama sonrasında Tanıtıcı bilgi formunda bulunan; 24. soruya “Huzurevinin sağladığı koşullardan memnunsunuz? Sorusunun cevaplarına () idare eder seçeneği eklenmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırmanın uygulama basamakları aşağıda verilmiştir.

Ön oturum (2.03.2015). Ön oturum başlarken, bireylere gülme terapisinin ne olduğunu anlatan araştırmacı tarafından hazırlanan 15 dakikalık sunum yapılmıştır. Sunum sonrası, gülme terapisi ile ilgili 3 farklı video izletilmiştir. Videolar toplamda 25 dakika sürmüştür. Bireylere programa katılmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve katılmak isteyenlerin isimleri listelenmiştir. Katılmak isteyenlere ertesi gün ön test yapılacağı bilgisi verilmiştir.

3.03.2015 tarihinde Akyurt Vakfı Yaşam evinde çalışmaya katılmak isteyen 35 kişiye ön test uygulanmıştır.

Ön oturum (4.03.2015). Çalışmaya katılmak isteyen 35 kişiye 30 dakika gülme terapisi egzersizleri gösterilmiş ve birlikte yapılmıştır. Cep telefonu, takdir etme, sıcak çorba gülme egzersizleri, sarılma gülmesi ve kuş gülmesi egzersizleri, anlamsız konuşma ile diyalog kurulması egzersizi, ağrı ve acılarına gülme egzersizi yaptırıldı. Egzersiz sonrası katılımcıların izlemekten zevk aldıkları filmler belirlenmiştir. Kemal Sunal ve Sadri Alışık’ ın başrollerde oynadığı filmler ve Yeşilçam filmleri yaşlılardan tarafından izlenmek istenen filmler olarak not edilmiştir.

Ön oturum (6.03.2015). Çalışmaya katılmak isteyen 35 kişi ile bir önceki oturumdaki egzersizler tekrarlanmış ve yeni egzersizler (cep telefonu, takdir etme, sıcak çorba, milk shake, aslan gülmesi, diş fırçalama, selamlama gülmesi, tartışma

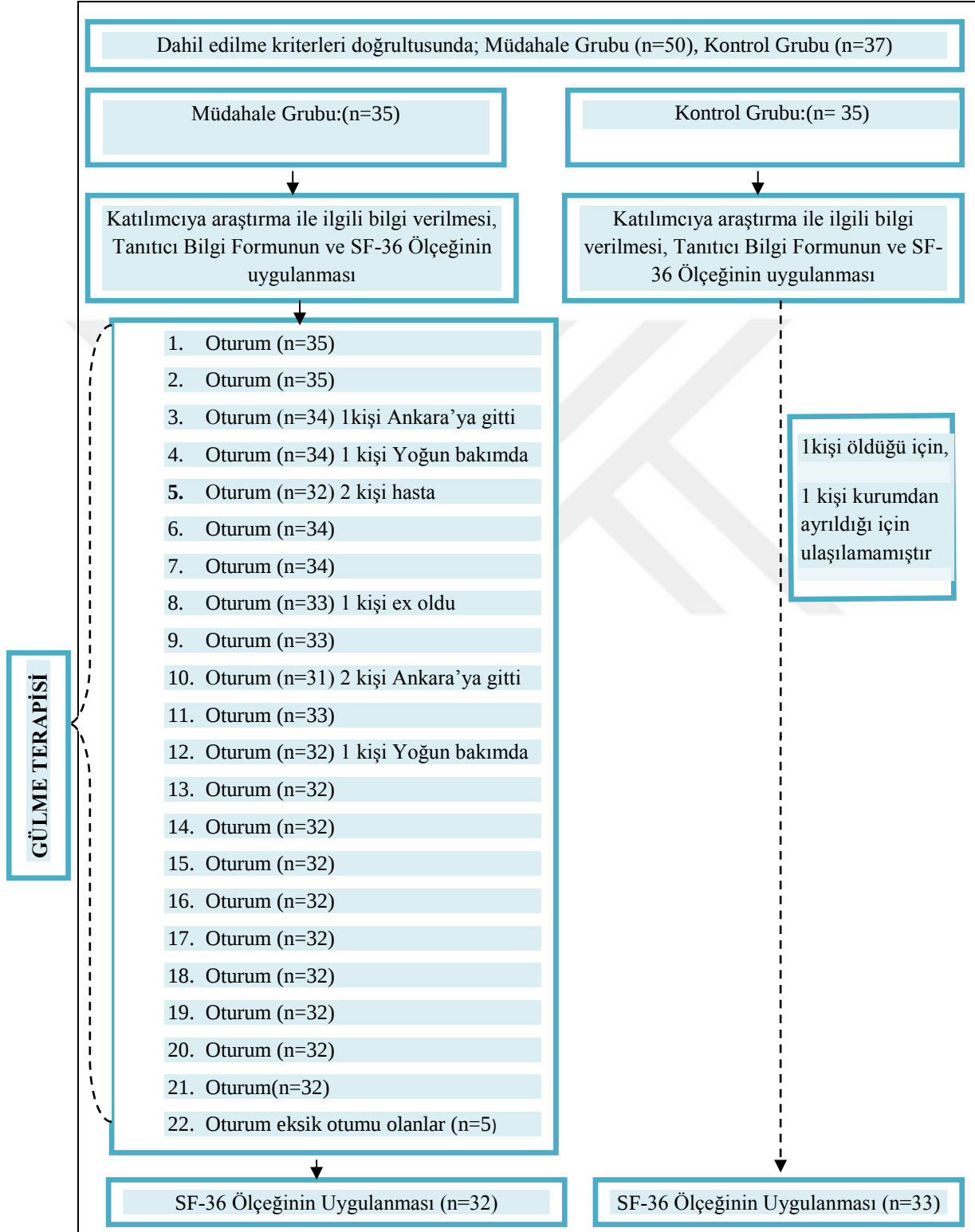
gölmesi, bugi bugi gülme teknikleri ve gargara egzersizleri) yaptırılmıştır. Gülme terapisi egzersizleri katılımcılar ile birlikte 30 dakika yapılmıştır.

7.03.2015 tarihinde Polatlı Huzurevinde bulunan, araştırma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 35 huzurevi sakinine ön test uygulanmıştır.



Araştırmanın uygulama şeması ve uygulama basamakları aşağıda verilmiştir.

Araştırmanın Akış Şeması



1. Oturum (9.03.2015)

Terapinin yapılacağı alan, moderatör tarafından katılımcılar gelmeden önce havalandırılmış, aydınlatması için ışıklar kontrol edilmiş ve katılımcıların oturma düzenlerini ayarlanmıştır. Terapi toplam haftada 2 gün, toplamda 21 oturum olarak planlanmış ve 3 aylık bir süresi kapsamıştır. Her bir oturum yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür.

Moderatör terapiye katılan grup ile terapi alanında toplanmıştır. Tüm katılımcılardan isimlerini ve doğum yerlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları istenmiştir. Daha sonra katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiştir. Eller çırpıtılıp, 10 dakika vücut esneme hareketleri yaptırılmış, yaşlıların ayağa kalkarak birbirleri ile selamlaşmaları sağlanmıştır. Katılımcıların, ellerini çırparken 1,2,1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritminde ritim tutarak yüksek sesle gülmeleri sağlanmıştır. Derin nefes egzersizi ve devamında cep telefonu ve kızarken gülme egzersizleri yaptırılmış, toplantı gözlerin kapalı tutulup 2 dakika sonra açılması ile sonlandırılmıştır.

2. Oturum (12.03.2015)

Araştırma grubunda olan 35 huzurevi sakini ile film izleme alanında toplanılmıştır. Film öncesi 5 dakika nefes egzersizleri yaptırılmış, ardından yaşlılara Türkçe seslendirmeli Patch Adam filmi izlettirilmiştir.

3. Oturum (16.03.2015)

Moderatör terapiye katılan grup ile terapi alanında toplanmıştır. Katılımcılardan isimlerini ve doğum yerlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları istenmiş, kendini tanıtan her katılımcı diğer katılımcılar tarafından alkışlanmıştır. Katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş, eller 1,2, 1,2,3, ritmi ile çırpıtılmıştır. Sonraki aşamada vücut esneme hareketleri yaptırılmış ve ellerini çırparken yüksek sesle gülmeleri sağlanmıştır. Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde eller tekrar çırpıtılmış, devamında derin nefes egzersizleri, param yok egzersizi, aslan gülmesi, kızarken gülme ve milk shake egzersizleri yaptırılmıştır. Oturum katılımcıların geri bildirimleri ile sonlandırılmıştır.

Geri bildirim olarak, oldukça eğlendiklerini ve en çok aslan gülmesi ve milk shake egzersizlerini sevdiklerini ifade etmişlerdir.

4. Oturum (19.03.2015)

Araştırma grubunda olan 35 kişi ile film izleme alanında toplanılmıştır. Film öncesi 5 dakika nefes egzersizleri yaptırılmıştır. Katılımcılara Hababam Sınıfı filmi izlettirilmiş, film sonrası şarkı söylemek isteyen bir katılımcının şarkısına eşlik edilerek oturum kapatılmıştır.

Oturum sonunda katılımcıların çoğu, filmi izlemenin uykularını getirdiklerini söyledikleri için programın sonraki aşamalarından film izleme oturumu kaldırılmıştır.

5. Oturum (23.03.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmıştır. Katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş ve ellerini 1,2, 1,2,3 ritmi ile çırpmaları istenmiştir. Katılımcılara vücut esneme hareketleri yaptırılmış, hareketler bittikten sonra Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi eşliğinde ellerini tekrar çırpılması ve bunu yaparken gülümsemeleri istenmiştir. Derin nefes egzersizleri ile gülme egzersizlerine hazırlık yapılmış, sonrasında sıcak çorba gülmesi, aslan gülmesi, bugi bugi gülme ve milk shake egzersizleri yaptırılmıştır. Egzersizler sonlandırıldığında katılımcıların birbirlerinin elini tutması istenerek birlikte dilek dilemeleri istenmiş, dilekler istendikten sonra kabul olmuş gibi sevinmeleri söylenmiştir.

Bazı katılımcıların gülerek, bazılarının ayağa kalkarak sevinç göstermesi gözlenmiştir.

6. Oturum (27.03. 2105)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve yüz kaslarını rahatlatmak için yaptırılan komutlar ile oturum başlatılmıştır. Isınma egzersizi olarak 1,2, 1,2,3, ritmi ile yaşlıların elleri çırpılmıştır. Katılımcılara vücut esneme hareketleri yaptırılmış ve devamında 1,2, 1,2,3 ritmi ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde ellerinin farklı bölgelerde çırpılması istenmiştir (kafalarının üstünde, sağ ve sol taraflarında). Katılımcılarla kutu kutu pense çocuk oyunu oynanmıştır. Devamında nefes egzersizleri yaptırılmış ve gülme egzersizlerine geçilmiştir. Katılımcılara milk shake,

param yok, cep telefonu ve takdir etme egzersizleri yaptırılmıştır. Katılımcıların ele ele tutuşması istenmiş bu oturumda aileleri için birer dilekte bulunulması söylenmiştir. Oturum katılımcıların dileklerinin kabul olmuş gibi sevinmeleri ile kapatılmıştır.

7. Oturum (30.03. 2105)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve ilk katılımcıdan kendi ismini söylemesini ve yanındaki katılımcıdan ise hem kendi ismini hem de kendinden bir önceki katılımcının ismini söylemesi istenmiştir. Her katılımcı kendi ismini ve bir önceki katılımcının ismini söyledikten sonra kendilerini alkışlamaları istenmiştir. Katılımcılara yüz kaslarını rahatlatmak için yaptırılan komutlar ile oturum devam etmiş devamında vücut esneme hareketleri yaptırılmıştır. Katılımcılardan 1,2, 1,2,3, ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi ile ellerini çırpmaları istenmiştir. Hep birlikte yapılan el çırpma egzersizlerinden sonra katılımcılara nefes egzersizleri yaptırılmış, devamında milk shake egzersizi, selamlama gülmesi, tartışma gülmesi ve bugi bugi gülme teknikleri yaptırılmıştır. Oturum katılımcıların söylemek istedikleri bir şarkı ile sonlandırılmıştır.

8. Oturum (3.04. 2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmıştır. Katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş ve ellerini 1,2, 1,2,3, ritmi ile çırpmaları istenmiştir. Bu ritmlere Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi de eklenerek katılımcılar gülme terapisi egzersizlerine hazırlanmıştır. Sonraki aşamada vücut esneme hareketleri yaptırılmış ve ellerini çırparken yüksek sesle gülmeleri sağlanmıştır. Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde eller tekrar çırpılmıştır. Sonraki aşamada derin nefes egzersizleri yaptırılmış, milk shake, sarılma gülmesi, kuş gülmesi, anlamsız konuşma ile diyalog kurulması egzersizi yaptırılmıştır. Egzersizler sonlandırıldığında katılımcıların birbirlerinin elini tutması istenerek birlikte dilek dilemeleri istenmiş, dilekler istendikten sonra kabul olmuş gibi sevinmeleri söylenmiştir.

Bazı katılımcıların gülerek, bazılarının yanındaki katılımcının elini tutarak sevinç göstermesi gözlenmiştir.

9. Oturum (6.04. 2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve yüz kaslarını rahatlatmak için yaptırılan komutlar ile oturum başlatılmıştır. Isınma egzersizi olarak 1,2, 1,2,3 ritmi ile yaşlıların elleri çırpıtılmıştır. Katılımcılara vücut esneme hareketleri yaptırılmış ve devamında 1,2, 1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi eşliğinde ellerin farklı bölgelerde çırpıtılması istenmiştir (kafalarının üstünde, sağ ve sol taraflarında). Katılımcılara kutu kutu pense çocuk oyunu oynanmıştır. Devamında nefes egzersizleri yaptırılmış ve gülme egzersizlerine geçilmiştir. Milk shake, anlamsız konuşma ile diyalog kurma gülmesi, aslan gülmesi ve diş fırçalama gülmesi egzersizleri yaptırılmış. Oturum katılımcıların dinlenmesi ile kapatılmıştır.

10. Oturum (10.04. 2015)

Moderatör terapiye katılan grup ile terapi alanında toplanmıştır. Tüm katılımcılardan isimlerini ve doğum yerlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları istenmiştir. Daha sonra katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiştir. Eller çırpıtılıp, vücut esneme hareketleri yaptırılmıştır. Katılımcıların ayağa kalkarak birbirleri ile selamlaşmaları sağlanmıştır. Katılımcıların, ellerini çırparken Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritminde ritim tutarak yüksek sesle gülmeleri sağlanmıştır. Katılımcılara derin nefes egzersizleri ve devamında milk shake, anlamsız konuşma ile diyalog kurma, ağrı ve acılarına gülme egzersizi yaptırılmıştır. Gülme egzersizleri sonrası yaşlıların, ellerini çırparken Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritminde ritim tutarak yüksek sesle gülmeleri sağlanmıştır. Egzersizler sonlandırıldığında katılımcıların birbirlerinin elini tutması istenerek birlikte dilek dilemeleri istenmiş, dilekler istendikten sonra kabul olmuş gibi sevinmeleri söylenmiştir.

11. Oturum (13.04.2015)

Moderatör terapiye katılan grup ile terapi alanında toplanmıştır. Katılımcılardan isimlerini ve doğum yerlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları istenmiş, kendini tanıtan her katılımcı diğer katılımcılar tarafından alkışlanmıştır. Katılımcılara yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş, eller 1,2, 1,2,3 ritmi ile çırpıtılmıştır. Sonraki aşamada vücut esneme hareketleri yaptırılmış, devamında Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde eller tekrar çırpıtılmıştır. Program doğrultusunda milk

shake, sarılma, cep telefonu ve takdir etme gülme egzersizleri yaptırılmış, oturum katılımcıların dinlenmesi ile kapatılmıştır.

12. Oturum (16.04.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmıştır. Katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş ve ellerini 1,2, 1,2,3 ritmi ile ellerini çırpmaları istenmiştir. Katılımcılara vücut esneme hareketleri yaptırılmış hareketler bittikten sonra Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi eşliğinde eller tekrar çırpılmıştır. Katılımcıların ellerini çırparken gülümsemeleri istenmiş, sonrasında milk shake, tokalaşma, kuş gülmesi ve anlamsız konuşma ile diyalog kurma egzersizi yaptırılmıştır. Egzersizler sonlandırıldığında katılımcıların birbirlerinin elini tutması istenerek birlikte dilek dilemeleri istenmiş, dilekler istendikten sonra kabul olmuş gibi sevinmeleri söylenmiştir.

Katılımcıların bazılarının ayağa kalkarak sevinçlerini gösterdikleri gözlenmiştir.

13. Oturum (20.04.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve yüz kaslarını rahatlatmak için yaptırılan komutlar ile oturum başlatılmıştır. Isınma egzersizi olarak 1,2, 1,2,3, ritmi ile katılımcıların elleri çırpılmış, katılımcılara vücut esneme hareketleri yaptırılmıştır. Devamında 1,2, 1,2,3 ritmine Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi de eklenerek eller çırpılmıştır. Katılımcılara nefes egzersizleri yaptırılarak, gülme egzersizlerine geçilmiştir. Milk shake, aslan gülme, piyangodan para çıktı, diş fırçalama ve gargara egzersizleri yaptırılmıştır. Oturum katılımcılardan alınan geribildirim ile sonlandırılmıştır.

Katılımcılar gülme egzersizlerinin kendilerini çok eğlendirdiğini ve ısınma hareketlerini artık daha rahat yapmaya başladıklarını ifade etmiştir.

14. Oturum (24.04.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve yüz kaslarını rahatlatmak için yaptırılan komutlar ile oturum başlatılmıştır. Isınma egzersizi olarak 1,2, 1,2,3, ritmi ile katılımcıların elleri çırpılmış, vücut esneme hareketleri yaptırılmış, devamında Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde ellerin vücudun farklı bölgelerinde çırpılması

istenmiştir (kafalarının üstünde, sağ ve sol taraflarında). Sonra nefes egzersizleri yaptırılmış ve gülme egzersizlerine geçilmiştir. Katılımcılara milk shake, sarılma, kuş gülmesi ve anlamsız konuşma ile diyalog kurma egzersizleri yaptırılmıştır. Katılımcıların ele ele tutuşması istenmiş bu oturumda gerçekleşmesini çok istedikleri bir dilekte bulunmaları söylenmiştir. Oturum katılımcıların dileklerinin kabul olmuş gibi sevinmeleri ile kapatılmıştır.

15. Oturum (27.04.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve oynatılacak olan isim oyunu ile ilgili kısa bir açıklama yapılmıştır. Moderatörün kendi ismini ve kurum müdürünün ve sosyal çalışmacının ismini söylemesi ile oyun başlatılmış, sonraki katılımcı hem moderatörün hem de kurum müdürünün ismini söyleyerek devam etmiştir. Sonuçta her katılımcı kendi ismi ile birlikte önceki iki katılımcının ismini söylemiştir. İsim söyleme oyunu bittikten sonra katılımcıların kendilerini alkışlamaları istenmiştir. Sonrasında katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için verilen komutlar ile oturum devam etmiş, 15 dakika vücut esneme hareketleri yaptırılmıştır. Katılımcılardan 1,2, 1,2,3, ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi ile ellerini çırpmaları istenmiştir. Hep birlikte yapılan el çırpma egzersizlerinden sonra katılımcılara nefes egzersizleri yaptırılmıştır. Katılımcılardan tekrardan Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi ile ellerini çırpmaları istenmiş, devamında milk shake, selamlama, tartışma ve bugi bugi gülme egzersizleri yaptırılmıştır. Oturum katılımcıların söylemek istedikleri bir şarkı ile sonlandırılmıştır.

16. Oturum (30.04.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmıştır. Katılımcılara yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş ve ellerini 1,2, 1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi ile çırpmaları istenmiştir. Sonraki aşamada vücut esneme hareketleri yaptırılmış ve ellerini çırparken yüksek sesle gülmeleri sağlanmıştır. Aynı ritimler eşliğinde el çırpma hareketleri yinelenmiş, sonrasında derin nefes egzersizleri yaptırılmıştır. Milk shake, sarılma, tokalaşma, kuş gülmesi ve anlamsız konuşma ile diyalog kurulması egzersizleri yaptırılmıştır. Egzersizler sonlandırıldığında katılımcılardan birbirlerinin elini tutması istenerek birlikte dilek dilemeleri istenmiş, dilekler istendikten sonra kabul olmuş gibi sevinmeleri söylenmiştir.

Bazı katılımcıların gülerek, bazılarının yanındaki katılımcının elini tutarak sevinç göstermesi gözlenmiştir.

17. Oturum (04.05.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve yüz kaslarını rahatlatmak için yaptırılan komutlar ile oturum başlatılmıştır. Isınma egzersizi olarak 1,2, 1,2,3 ritmi ile yaşlıların elleri çırpıtılmıştır. Katılımcılara vücut esneme hareketleri yaptırılmış ve devamında 1,2, 1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde ellerinin vücutlarının farklı bölgelerinde çırpıtılması istenmiştir (kafalarının üstünde, sağ ve sol taraflarında). Sonra nefes egzersizleri yaptırılmış ve gülme egzersizlerine geçilmiştir. Milk shake, param yok, aslan gülmesi ve diş fırçalama gülme egzersizleri yaptırılmış. Egzersizler sonlandırıldığında katılımcıların birbirlerinin elini tutması istenerek birlikte dilek dilemeleri istenmiş, dilekler istendikten sonra kabul olmuş gibi sevinmeleri söylenmiştir. Oturum katılımcılar dinlendikten sonra sonlandırılmıştır.

18. Oturum (08.05.2015)

Moderatör terapiye katılan grup ile terapi alanında toplanmıştır. Tüm katılımcılardan isimlerini ve doğum yerlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları istenmiştir. Daha sonra katılımcıların yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiştir. Eller çırpıtılıp, vücut esneme hareketleri yaptırılmıştır. Katılımcıların ayağa kalkarak birbirleri ile selamlaşmaları sağlanmıştır. Katılımcıların, ellerini çırparken 1,2,1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritminde ritim tutarak yüksek sesle gülmeleri sağlanmıştır. Katılımcılara derin nefes egzersizleri sonrası milk shake, anlamsız konuşma ile diyalog kurulması, ağrı ve acılarına gülme egzersizleri yaptırılmıştır. Gülme egzersizleri sonrası katılımcıların, tekrardan ellerini çırparken Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritminde ritim tutarak el çırpmaları ile oturum sonlandırılmıştır.

19. Oturum (15.05.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmıştır. Katılımcılara yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş ve ellerini 1,2,1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha ritmi eşliğinde çırpmaları istenmiştir. Katılımcılara vücut esneme hareketleri ve derin nefes egzersizleri yaptırılmıştır. Devamında milk shake, sarılma, kuş gülmesi ve anlamsız konuşma ile diyalog kurma egzersizi yaptırılmıştır. Egzersizler

sonlandırıldığında katılımcılardan birbirlerinin elini tutması istenerek birlikte dilek dilemeleri istenmiş, dilekler istendikten sonra kabul olmuş gibi sevinmeleri söylenmiştir.

20. Oturum (11.05.2015)

Moderatör terapiye katılan grup ile terapi alanında toplanmıştır. Katılımcılardan isimlerini ve doğum yerlerini söyleyerek kendilerini tanıtmaları istenmiş, kendini tanıtan her katılımcı diğer katılımcı tarafından alkışlanmıştır. Katılımcılara yüz kaslarını rahatlatmak için komutlar verilmiş, eller 1,2, 1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde çırptırılmıştır. Sonraki aşamada vücut esneme hareketleri, derin nefes egzersizleri ve gülme egzersizleri (milk shake, param yok, cep telefonu, takdir etme ve aslan gülmesi egzersizleri) yaptırılmıştır. Oturum yaşlılardan birini şarkı söylemesi ile sonlandırılmıştır.

21.Oturum (18.05.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanmıştır. Oturum katılımcıların yüz kaslarının rahatlatılması ile başlatılmış devamında ısınma egzersizleri, derin nefes egzersizleri ile devam etmiştir. Ho, Ho, Ha, Ha, Ha, 1,2, 1,2,3 ritimleri eşliğinde katılımcılardan ellerinin çırpılması istenmiştir. Devamında milk shake, anlamsız konuşma ile diyalog kurulması, ağrı ve acılarına gülme ve aslan gülmesi yaptırılmıştır. Egzersizler tamamlandığında tekrar Ho, Ho, Ha, Ha, Ha, 1,2, 1,2,3 ritimleri eşliğinde eller çırpılmıştır. Oturum katılımcılara dinletilen Ankara Oyun Havası eşliğinde oynanarak kapatılmıştır.

Katılımcılara oturumların sonlandırıldığı söylendiğinde üzüldüklerini ifade etmişlerdir.

22. Oturum (20.05.2015)

Katılımcılar ile terapi salonunda toplanılmış ve yüz kaslarını rahatlatmak için yaptırılan komutlar ile oturum başlatılmıştır. Isınma egzersizi olarak 1,2, 1,2,3 ve Ho, Ho, Ha, Ha, Ha eşliğinde ellerin farklı bölgelerde çırptırılması istenmiş (kafalarının üstünde, sağ ve sol taraflarında). Katılımcılara vücut esneme hareketleri yaptırılmış ve 1,2, 1,2,3 ritmi ile eller çırptırılmıştır. Devamında nefes egzersizleri ve gülme egzersizlerine geçilmiştir. Katılımcılara milk shake, sarılma, kuş gülmesi ve

anlamsız konuşma ile diyalog kurma egzersizleri yaptırılmıştır. Oturum katılımcılara dinletilen Ankara Oyun Havası eşliğinde oynanarak kapatılmıştır.

Katılımcılara oturumların sonlandırıldığı ifade edilmiştir.

20-22 Mayıs 2015 Akyurt Vakfı Yaşam evindeki katılımcılara son test uygulanmış ve katılımcılara katılım sertifikaları dağıtılmıştır.

24 -25 Mayıs Polatlı (Vakıf) Huzurevindeki katılımcılara son test uygulanmış ve katılım sertifikaları dağıtılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın kurumlarda yürütülebilmesi ve kurum izinlerinin alınabilmesi için önce Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmaları Etik Kuruluna başvurulmuş ve araştırmanın uygulanabileceğine dair 17.12.2014 Tarih ve 16969557/18 sayılı etik kurul kararı alınmıştır (EK 8). Çalışmanın yürütülmesi için kurum izinleri her iki kurumun müdürleri tarafından verilmiştir (EK 2; EK 3). Çalışmaya katılan bireylere Aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır (EK 4).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımsız değişkeni huzurevinde kalan bireylere uygulanan girişim yani gülme terapisi iken, bağımlı değişken ise huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesi puanlarıdır.

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama $\pm$ standart sapma, sayı ve yüzdelik gösterimi ile ortanca minimum-maksimum değerleri kullanılmıştır.

- ✓ Müdahale ve kontrol grubunu oluşturan huzurevinde kalan bireylerin gülme terapisi uygulama öncesi ve uygulama sonrası, “Genel Skor” değerlerinin önce-sonra değerleri arasındaki farklar normal dağılıma uyduğundan, “Genel Skor” puan farkı eşleştirilmiş (paired-t test) t testi ile değerlendirilmiştir.
- ✓ Müdahale ve kontrol grubunu oluşturan huzurevinde kalan bireylerin gülme terapisi uygulama öncesi ve sonrası “yaşam kalitesi ölçek alt alanlarda”, normal dağılım göstermeyen alt boyutlarda Mann–Whitney U testi kullanılmıştır.

Normal dağılım gösteren alt boyutlara ait değerler için parametrik bir test olan Bağımsız Gruplarda iki örneklem t testi kullanılmıştır.

- ✓ *Gülme terapisinin yaşam kalitesine etkisinin huzurevinde kalan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilirken, yaşam kalitesi alt boyutlarında;*
- ✓ Normal dağılım gösteren değerlerin, cinsiyet, düzenli egzersiz gibi iki düzeyi olan kategorik değişkenlerin düzeyleri arasında istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde, Bağımsız Gruplarda iki örneklem t testi; medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence gibi iki düzeyi olan kategorik değişkenlerin düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığının incelenmesinde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Test sonrasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunda, farkı yaratan grubun hangisi olduğunun belirlenmesi için ikili karşılaştırma testlerinden "Tukey" testi uygulanmıştır.
- ✓ Normal dağılım göstermeyen değerler için istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde parametrik olmayan bir test olan Mann–Whitney U, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal- Wallis Testi sonrasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunda, farkı yaratan grubun hangisi olduğunun belirlenmesi için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.
- ✓ Bu testlerde istatistiksel anlamlılık için p değeri **p<0,05** olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Bir hemşirelik girişimi olarak uygulanan gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur.

1. Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisi
2. Gülme terapisinin yaşam kalitesine etkisinin huzurevinde kalan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi

4.1. Gülme Terapisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu bölümde hemşirelik girişimi olarak uygulanan gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisini gösteren bulgular yer almaktadır. Tablo 4.1.' de müdahale ve kontrol grubunun gülme terapisi öncesi yaşam kalitesi ölçeği puanları gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Gülme Terapisi Uygulama Öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Skor Puanlarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Grup	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Min	Max	p	t
Genel skor	Müdahale	89,34	20,63	91,00	44	138	0,892	-
	Kontrol	90,06	21,62	86,00	56	132		

Tablo 4.1.'de müdahale ve kontrol grubunu oluşturan katılımcıların gülme terapisi öncesi yaşam kalitesi "Genel skor" puanlarının dağılımı yer almaktadır. "Genel Skor" puan farkının dağılımı normal olduğu için "Genel Skor" puan farkı bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Uygulama öncesi müdahale ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeği Genel Skor puanları arasında anlamlı bir fark ($p=0,892$) bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.' de müdahale ve kontrol grubu gülme terapisi uygulama öncesi yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubunun Gülme Terapisi Uygulama Öncesi Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Grup	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Min	Max	p	Test
Fiziksel Fonksiyon	Müdahale	21,63	5,99	21,00	11	29	0,802	U* 547
	Kontrol	21,76	6,03	20,0	12	30		
Fiziksel Rol	Müdahale	5,16	1,68	4,00	4	8	0,427	U*478
	Kontrol	4,88	1,57	4,00	4	8		
Vücut Ağrısı	Müdahale	6,28	2,75	7,00	2	11	0,605	t*-0,522
	Kontrol	6,61	2,24	7,00	2	11		
Genel Sağlık	Müdahale	14,91	3,56	15,0	8	23	0,527	t* -0,635
	Kontrol	15,48	3,76	16,0	10	23		
Toplam Fiziksel Sağlık	Müdahale	47,97	10,69	50,0	26	70	0,778	t*-0,283
	Kontrol	48,73	10,87	48,0	30	67		
Ruh Sağlığı	Müdahale	19,5	6,04	19,5	5	30	0,876	t* 0,156
	Kontrol	19,27	5,65	18,0	8	30		
Emosyonel Rol	Müdahale	3,84	1,22	3,0	3	6	0,932	U*522,5
	Kontrol	3,88	1,31	3,0	3	6		
Sosyal Fonksiyon	Müdahale	6,03	2,20	6,50	2	10	0,846	t*-0,195
	Kontrol	6,12	1,40	6,00	3	10		
Canlılık	Müdahale	12,00	4,97	11,5	5	24	0,966	t*-0,42
	Kontrol	12,06	6,47	10,0	4	24		
Toplam Mental Sağlık	Müdahale	41,38	12,25	41,5	18	68	0,989	t* 0,013
	Kontrol	41,33	12,84	38,0	22	65		

***U:Mann–Whitney U**

***t:Bağımsız Gruplarda İki Örneklem t Testi**

Tablo 4.2.' de Huzurevinde kalan bireylerin gülme terapisi uygulama öncesi yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. “ Fiziksel Fonksiyon”, “Fiziksel Rol” ve “Emosyonel Rol” alt boyutlarına ait değerlerin müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde, öncelikle söz konusu değerlerin müdahale ve kontrol grubunda

normal dağılıp dağılmadığı incelenmiş ve değerlerin normal dağılmadığı görülmüştür. Bu nedenle bu alt boyutlara ait değerlerin iki farklı bölgede istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde parametrik olmayan bir test olan Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. Yapılan analize göre “Fiziksel Fonksiyon”, “Fiziksel Rol”, “Emosyonel Rol” alt boyutlarına ait değerlerin deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak farklı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). “Vücut Ağrısı”, “Genel Sağlık”, “Ruh Sağlığı”, “Sosyal Fonksiyon”, “Canlılık” alt boyutları ile “Toplam Fiziksel Sağlık” ve “Toplam Mental Sağlık” ana alt boyutlarına ait değerlerin müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde, öncelikle söz konusu değerlerin müdahale ve kontrol grubunda normal dağılıp dağılmadığı incelenmiş ve değerlerin normal dağıldığı görülmüştür ($p>0,05$). Bu nedenle bu alt boyutlara ait değerlerin iki farklı bölgede istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde parametrik bir test olan Bağımsız Gruplarda iki örneklem t testi kullanılmıştır. Yapılan analize göre “Vücut Ağrısı”, “Genel Sağlık”, “Toplam Fiziksel Sağlık”, “Ruh Sağlığı”, “Sosyal Fonksiyon” ve “Canlılık” alt boyutlarına ait değerlerin müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak farklı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Huzurevinde kalan bireylerin gülme terapisi uygulama öncesi yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Gülme Terapisi Uygulama Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Skor Puanlarının Dağılımı

Yaşam kalitesi ölçeği	Grup	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Min	Max	p	t
Genel skor	1	125,18	11,49	124,50	85	140	0,000	7,756
	2	93,00	20,78	86,00	55	128		

Tablo 4.3.’ de müdahale ve kontrol grubunu oluşturan katılımcıların gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi “ Genel Skor” puanlarının dağılımı yer almaktadır. Son test “Genel Skor” puanları müdahale ve kontrol grubunda normal dağıldığından, parametrik bir test olan bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Yapılan analiz

sonunda toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$)

Huzurevinde kalan bireylerin gülme terapisi uygulama sonrası yaşam kalitesi ölçeği genel skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubunun gülme terapisi uygulama sonrası yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puanlarının dağılımı sunulmuştur.

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Grup	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max	p	Test
Fiziksel Fonksiyon	Müdahale	26,28	3,97	18	30	0,000	U*241,5
	Kontrol	21,57	5,31	10	30		
Fiziksel Rol	Müdahale	7,62	1,18	4	8	0,000	U*193,5
	Kontrol	5,09	1,80	4	8		
Vücut Ağrısı	Müdahale	10,18	1,14	6	11	0,000	t*5,663
	Kontrol	7,60	2,34	2	11		
Genel Sağlık	Müdahale	18,18	2,45	11	22	0,000	t*4,264
	Kontrol	14,93	3,59	8	21		
Toplam Fiziksel Sağlık	Müdahale	62,28	6,65	40	70	0,000	t*6,051
	Kontrol	49,21	10,40	27	70		
Ruh Sağlığı	Müdahale	25,40	3,73	14	30	0,000	t*5,874
	Kontrol	17,9	6,27	5	28		
Emosyonel Rol	Müdahale	5,71	0,728	3	6	0,000	U*182
	Kontrol	3,87	1,36	3	6		
Sosyal Fonksiyon	Müdahale	9,12	9,50	5	10	0,000	t*5,952
	Kontrol	6,66	1,97	3	10		
Canlılık	Müdahale	20,18	3,93	8	24	0,000	t*6,589
	Kontrol	11,87	6,04	4	24		
Toplam Mental Sağlık	Müdahale	60,43	7,22	38	70	0,000	U*91,5
	Kontrol	40,33	13,36	15	61		

***U:Mann–Whitney U**

***t:Bağımsız Gruplarda İki Örneklem t Testi**

Tablo 4.4 de Huzurevinde kalan bireylerin gülme terapisi uygulama sonrası yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. “Fiziksel

Fonksiyon”, “Fiziksel Rol”, “Emosyonel Rol” alt boyutları ve “Toplam Mental Sağlık” ana alt boyutuna ait değerlerin müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde, öncelikle söz konusu değerlerin müdahale ve kontrol grubunda normal dağılıp dağılmadığı incelenmiş ve değerlerin normal dağılmadığı görülmüştür ($p<0,05$). Bu nedenle bu alt boyutlara ait değerlerin iki grup için istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde parametrik olmayan bir test olan Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. Yapılan analize göre “. “Fiziksel Fonksiyon”, “Fiziksel Rol”, “Emosyonel Rol” alt boyutları ve “Toplam Mental Sağlık” ana alt boyutuna ait değerlerin müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). “Vücut Ağrısı”, “Genel Sağlık”, “Ruh Sağlığı”, “Sosyal Fonksiyon”, “Canlılık” alt boyutlarına ve “Toplam Fiziksel Sağlık” alt ana alt boyutuna ait değerlerin müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde, öncelikle söz konusu değerlerin normal dağılıp dağılmadığı incelenmiş ve değerlerin normal dağıldığı görülmüştür ($p>0,05$). Bu nedenle bu alt boyutlara ait değerlerin istatistiksel olarak farklı olup olmadığının incelenmesinde parametrik bir test olan Bağımsız Gruplarda iki örneklem t testi kullanılmıştır. Yapılan analize göre “Vücut Ağrısı”, “Genel Sağlık”, “Ruh Sağlığı”, “Sosyal Fonksiyon”, “Canlılık” alt boyutlarına ve “Toplam Fiziksel Sağlık” alt ana alt boyutuna ait değerlerin müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Huzurevinde kalan bireylerin gülme terapisi uygulama sonrası yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

4.2. Gülme Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Araştırmada gülme terapisi uygulanmasından sonra yaşam kalitesindeki puan farkı değişiminin müdahale ve kontrol grubundaki huzurevinde kalan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ilişkisi değerlendirilmiştir. Tablo 4.5.’ de yaşa göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubunun Yaşa Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimi Dağılımı

		Yaş							
		Müdahale Grubu				Kontrol Grubu			
		50-59 (n=3)	60-69 (n=13)	70-79 (n=9)	80-89 (n=7)	50-59 (n=6)	60-69 (n=9)	70-79 (n=13)	80-89 (n=5)
Fiziksel Fonksiyon	xx	25,67	27,54	26,44	24,00	23,83	24,00	20,15	18,20
	Median	29,00	29,00	29,00	25,00	26,00	25,00	19,00	18,00
	ss	6,66	3,38	4,07	3,51	4,67	5,41	4,54	6,06
	Min	18	19	19	19	17	16	14	10
	Max	30	30	29	29	28	30	29	27
	test değeri	f=1,26				f=2,186			
	p	0,307				0,111			
Fiziksel Rol	xx	8,00	7,69	7,11	8,00	5,33	6,22	4,31	4,80
	Median	8,00	8,00	8,00	8,00	4,00	8,00	4,00	4,00
	ss	0,00	1,11	1,76	0,00	2,07	2,11	1,11	1,79
	Min	8	4	4	8	4	4	4	4
	Max	8	8	8	8	8	8	8	8
	test değeri	$\chi^2=2,738$				$\chi^2=6,193$			
	p	0,434				0,103			
Vücut Ağrısı	xx	10,67	10,31	9,67	10,43	9,33	8,56	6,31	7,20
	Median	11,00	11,00	10,00	11,00	9,50	9,00	7,00	7,00
	ss	0,58	0,86	1,66	0,98	1,63	2,40	2,14	1,79
	Min	11	9	6	9	7	4	2	5
	Max	1	11	11	11	11	11	9	9
	test değeri	$\chi^2=1,756$				f=3,707			
	p	0,237				0,023			
Genel Sağlık	xx	18,67	19,00	17,44	17,43	15,33	16,44	14,77	12,20
	Median	19,00	19,00	18,00	18,00	14,50	18,00	15,00	12,00
	ss	3,51	1,83	3,21	1,90	3,56	4,53	2,65	3,27
	Min	15	15	11	14	12	10	11	8
	Max	22	22	21	19	21	21	20	17
	test değeri	f=1,011				f=1,614			
	p	0,402				0,208			
Ruh Sağlığı	xx	28,33	26,69	23,33	24,43	19,17	19,44	17,23	15,40
	Median	30,00	27,00	25,00	26,00	21,00	17,00	16,00	14,00
	ss	2,89	2,29	5,03	3,10	5,67	6,19	7,06	5,64
	Min	25	22	14	20	12	12	5	8
	Max	30	30	29	28	24	28	28	22
	test değeri	f=2,547				f=0,553			
	p	0,076				0,651			
Emosyonel Rol	xx	5,67	5,62	5,67	6,00	4,00	4,22	3,69	3,60
	Median	6,00	6,00	6,00	6,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	ss	0,58	0,77	1,00	0,00	1,55	1,48	1,32	1,34
	Min	5	4	3	6	3	3	3	3
	Max	6	6	6	6	6	6	6	6
	test değeri	$\chi^2=2,267$				$\chi^2=1,109$			
	p	0,519				0,775			
Sosyal Fonksiyon	xx	9,67	9,08	8,56	9,71	7,83	7,78	5,46	6,40
	Median	10,00	9,00	9,00	10,00	8,50	8,00	5,00	6,00
	ss	0,58	1,19	1,81	0,49	1,94	1,99	1,71	0,55
	Min	9	6	5	9	5	5	3	6
	Max	10	10	10	10	10	10	8	7
	test değeri	$\chi^2=3,431$				f=4,288			
	p	0,330				0,013			
Canlılık	xx	24,00	21,23	18,11	19,29	15,00	11,56	10,69	11,80
	Median	24,00	22,00	20,00	20,00	16,00	11,00	10,00	14,00
	ss	0,00	2,65	5,58	2,75	6,16	4,04	7,22	6,02
	Min	24	15	8	15	6	6	4	4
	Max	24	24	24	22	22	18	24	18
	test değeri	f=2,521				f=0,689			
	p	0,078				0,566			
Genel Skor	xx	130,6	127,15	116,33	119,29	99,83	98,22	82,62	79,6
	Median	137	126	124	122	96	103	77	81
	ss	13,65	56,97	15,73	8,53	18,48	22,54	19,38	21,149
	Min	115	115	85	103	78	67	55	58
	Max	140	138	133	127	126	128	116	108
	test değeri	f=2,404				f=1,947			
	p	0,089				0,144			

Tablo 4.5. 'de yaşa göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Yaşa göre yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” ve ölçek alt alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ancak “Ruh sağlığı”, “Emosyonel Rol”, “Sosyal Fonksiyon” ve “Canlılık” alt alanlarından oluşan “Toplam Mental Sağlık” ana alt puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post Hoc "Tukey" testi ile, “50-59” yaş aralığının “Toplam Mental Sağlık” puan ortalamasının “60-69 ”, “70-79” ve “80-89” yaş aralığı puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6.' da cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

		Cinsiyet			
		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu	
		kadın (n=16)	erkek (n=16)	kadın (n=15)	erkek (n=18)
Fiziksel Fonksiyon	xx	25,31	27,25	20,00	22,89
	Median	27,50	29,00	19,00	24,50
	ss	3,86	3,98	4,57	5,66
	Min	19	18	14	10
	Max	30	30	29	30
	test değeri	U=82,5		t=-1,591	
	p	0,086		0,122	
Fiziksel Rol	xx	7,75	7,50	4,00	6,00
	Median	8,00	8,00	4,00	6,00
	ss	1,00	1,37	0,00	2,06
	Min	4	4	4	4
	Max	8	8	4	8
	test değeri	U=120		U=67,5	
	p	0,78		0,013	
Vücut Ağrısı	xx	10,25	10,13	14,13	15,61
	Median	11,00	10,50	14,00	15,00
	ss	1,34	0,96	2,72	4,15
	Min	6	9	10	8
	Max	11	11	18	21
	test değeri	U=109		t=-3,476	
	p	0,491		0,002	
Genel Sağlık	xx	18,25	18,13	15,33	16,44
	Median	19,00	18,00	14,50	18,00
	ss	2,65	2,34	3,56	4,53
	Min	11	14	12	10
	Max	22	22	21	21
	test değeri	t=1,142		t=-1,228	
	p	0,915		0,229	
Ruh Sağlığı	xx	25,69	25,13	16,80	18,83
	Median	26,00	27,00	16,00	18,50
	ss	2,55	4,70	6,24	6,34
	Min	21	14	5	8
	Max	30	30	28	28
	test değeri	t=0,421		t=-,925	
	p	0,057		0,362	
Emosyonel Rol	xx	5,88	5,56	3,80	3,94
	Median	6,00	6,00	3,00	3,00
	ss	0,50	0,89	1,37	1,39
	Min	4	3	3	3
	Max	6	6	6	6
	test değeri	U=104,5		U=128	
	p	0,381		0,817	
Sosyal Fonksiyon	xx	8,88	9,38	5,60	7,56
	Median	10,00	9,00	5,00	7,50
	ss	1,71	0,62	1,81	1,69
	Min	5	8	3	5
	Max	10	10	9	10
	test değeri	U=128		t=-3,212	
	p	1,00		0,003	
Canlılık	xx	19,38	21,00	10,80	12,78
	Median	20,00	22,50	10,00	13,50
	ss	3,98	3,85	6,47	5,68
	Min	8	12	4	4
	Max	24	24	24	22
	test değeri	U=85,5		t=-,9350	
	p	0,11		0,357	
Genel Skor	xx	121,38	117,32	81,4	96,33
	Median	124	127	78,00	97,00
	ss	11,283	12,652	16,732	22,703
	Min	85	96	55	58
	Max	140	138	112	128
	test değeri	t=-,634		f=-,038	
	p	0,531		0,870	

Tablo 4.6.'da cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı verilmiştir.

Müdahale grubunda cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeğinin “Genel Skor” ve ölçek alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Bu doğrultuda gülme terapisi uygulamasının huzurevinde kalan bireylerin cinsiyetine göre yaşam kalitesinde bir değişim göstermediği ortaya konmuştur.

Tablo 4.7.' de medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.



Tablo 4.7. Müdahale ve Kontrol Grubunun Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

	Medeni Durum								
		Müdahale Grubu				Kontrol Grubu			
		bekar (n=2)	evli (n=7)	dul (n=16)	boşanmış (n=7)	bekar (n=7)	evli (n=5)	dul (n=15)	boşanmış (n=6)
Fiziksel Fonksiyon	xx	27,50	28,00	25,31	26,43	24,43	21,40	19,73	23,00
	Median	27,50	29,00	26,00	29,00	25,00	21,00	18,00	23,00
	ss	2,12	2,24	4,29	4,86	4,86	4,16	5,73	4,78
	Min	26	24	19	18	16	17	10	18
	Max	29	30	30	30	30	27	30	28
	test değeri	f=0,802				f=1,483			
Fiziksel Rol	p	0,503				0,24			
	xx	8,00	7,43	7,75	7,43	6,29	5,60	4,27	5,33
	Median	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	4,00	4,00	4,00
	ss	0,00	1,51	1,00	1,51	2,14	2,19	1,03	2,07
	Min	8	4	4	4	4	4	4	4
	Max	8	8	8	8	8	8	8	8
Vücut Ağırlığı	test değeri	$\chi^2=0,764$				$\chi^2=6,671$			
	p	0,858				0,083			
	xx	10,50	10,29	10,06	10,29	8,71	7,40	6,67	8,83
	Median	10,50	11,00	11,00	11,00	10,00	7,00	7,00	9,00
	ss	0,71	0,95	1,39	0,95	2,29	1,14	2,66	1,33
	Min	10	9	6	9	6	6	2	7
Genel Sağlık	Max	11	11	11	11	11	9	11	11
	test değeri	$\chi^2=0,08$				f=2,075			
	p	0,994				0,125			
	xx	19,50	18,43	17,50	19,14	16,00	14,80	14,27	15,50
	Median	19,50	18,00	18,00	20,00	17,00	15,00	14,00	15,00
	ss	2,12	1,90	2,78	2,12	3,92	3,90	3,31	4,28
Ruh Sağlığı	Min	18	16	11	15	10	11	8	11
	Max	21	22	22	21	21	21	21	20
	test değeri	f=,983				f=,405			
	p	0,415				0,75			
	xx	28,00	23,14	25,50	26,71	18,71	17,40	17,40	18,67
	Median	28,00	23,00	26,00	27,00	17,00	15,00	17,00	17,50
Emosyonel Rol	ss	0,00	6,04	2,85	2,22	5,53	7,73	6,64	6,44
	Min	28	14	20	24	12	8	5	12
	Max	28	30	30	30	25	28	28	28
	test değeri	f=1,548				f=,102			
	p	0,224				0,958			
	xx	5,00	5,14	6,00	5,86	3,86	3,60	4,20	3,33
Sosyal Fonksiyon	Median	5,00	6,00	6,00	6,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	ss	1,41	1,22	0,00	0,38	1,46	1,34	1,52	0,82
	Min	4	3	6	5	3	3	3	3
	Max	6	6	6	6	6	6	6	5
	test değeri	$\chi^2=8,801$				$\chi^2=1,926$			
	p	0,032				0,588			
Canlılık	xx	7,00	9,71	8,94	9,57	7,00	6,40	6,27	7,50
	Median	7,00	10,00	9,00	10,00	8,00	6,00	7,00	7,50
	ss	2,83	0,49	1,29	0,79	2,45	1,52	1,98	1,87
	Min	5	9	6	8	3	5	3	5
	Max	9	10	10	10	10	9	10	10
	test değeri	$\chi^2=6,414$				f=633			
Genel Skor	p	0,093				0,600			
	xx	21,50	20,71	19,13	21,71	12,57	10,00	11,80	12,83
	Median	21,50	22,00	20,00	23,00	11,00	7,00	12,00	11,50
	ss	2,12	4,35	4,15	3,30	6,37	6,52	5,92	6,88
	Min	20	12	8	15	4	4	4	6
	Max	23	24	24	24	22	18	24	22
	test değeri	f=,841				f=,225			
	p	0,483				0,878			
	xx	127	122,86	120	127,14	97,57	86,6	72,55	95
	Median	127	127	124	125	105	82	81	93,5
	ss	4,24	14,416	12,416	9,263	24,865	23,26	21,758	13,885
	Min	124	96	85	115	67	60	55	78
	Max	130	137	140	138	126	123	128	116
	test değeri	f=,630				f=,746			
	p	0,602				0,533			

Tablo 4.7.' de Müdahale ve Kontrol Grubunun medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı yer almaktadır.

Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ölçek puanlarındaki “Genel Skor” ve ölçek alt alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmazken sadece “Emosyonel Rol” alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post Hoc ile, “Emosyonel Rol” alt ölçeği puan ortalamasının dul ve boşanmışlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8.' de huzurevinde kalan bireylerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubunun Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

		Düzenli Egzersiz			
		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu	
		evet (n=8)	hayır (n=24)	evet (n=3)	hayır (n=30)
Fiziksel Fonksiyon	xx	25,88	26,42	24,33	21,30
	Median	26,00	29,00	27,00	19,00
	ss	3,31	4,23	5,51	5,31
	Min	19	18	18	10
	Max	30	30	28	30
	test değeri	t=-,542		t=,941	
	p	0,745		0,354	
Fiziksel Rol	xx	7,50	7,67	6,67	4,93
	Median	8,00	8,00	8,00	4,00
	ss	1,41	1,13	5,33	1,72
	Min	4	4	2	4
	Max	8	8	4	8
	test değeri	U=92		U=25,5	
	p	0,881		0,235	
Vücut Ağrısı	xx	9,75	10,33	10,00	7,37
	Median	10,50	11,00	11,00	7,00
	ss	1,75	0,87	1,73	2,28
	Min	6	9	8	2
	Max	11	11	11	11
	test değeri	U=82		t=1,933	
	p	0,564		0,062	
Genel Sağlık	xx	18,25	18,17	18,67	14,57
	Median	19,00	18,00	20,00	14,00
	ss	3,33	2,18	3,22	3,46
	Min	11	14	15	8
	Max	22	22	21	21
	test değeri	t=,083		t=1,965	
	p	0,935		0,101	
Ruh Sağlığı	xx	25,13	25,50	19,33	17,77
	Median	26,00	27,00	20,00	16,50
	ss	2,85	4,03	5,03	6,44
	Min	21	14	14	5
	Max	29	30	24	28
	test değeri	t=-,375		t=,407	
	p	0,810		0,687	
Emosyonel Rol	xx	6,00	5,63	3,97	3,97
	Median	6,00	6,00	16,50	3,00
	ss	0,00	0,82	6,44	1,40
	Min	6	3	5	3
	Max	6	6	28	6
	test değeri	t=375		t=-3,778	
	p	0,036		0,001	
Sosyal Fonksiyon	xx	8,50	9,33	8,33	6,50
	Median	9,00	10,00	9,00	6,50
	ss	1,93	0,96	2,08	1,93
	Min	5	6	6	3
	Max	10	10	10	10
	test değeri	U=74		t=1,564	
	p	0,357		0,128	
Canlılık	xx	18,75	20,67	13,33	11,73
	Median	20,00	22,00	13,00	10,50
	ss	5,12	3,46	8,51	5,92
	Min	8	12	5	4
	Max	24	24	22	24
	test değeri	t=-1,917		t=,432	
	p	0,239		0,669	
Genel Skor	xx	119,75	123,71	103,67	88,13
	Median	125	124	103,00	85,00
	ss	15,332	10,691	22,00	21,07
	Min	85	96	82	55
	Max	136	140	126	128
	test değeri	t=-,812		t=1,214	
	p	0,423		0,234	

Tablo 4.8.’ de Müdahale ve Kontrol Grubunun düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubunun düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğini “Genel Skor” ve alt alan puan farklarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9.’da Müdahale ve Kontrol Grubunun çocukları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.



Tablo 4.9. Müdahale ve Kontrol Grubunun Çocukları İle Görüşme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

		Çocukla Görüşme Durumu					
		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		sık görüşüyorum (n=12)	seyrek görüşüyorum (n=13)	görüşmüyorum (n=7)	sık görüşüyorum (n=4)	seyrek görüşüyorum (n=14)	görüşmüyorum (n=15)
Fiziksel Fonksiyon	xx	24,92	27,15	27,00	21,50	20,93	22,29
	Median	25,00	29,00	28,00	22,50	19,00	22,50
	ss	4,32	3,67	3,83	6,56	4,64	5,95
	Min	19	18	19	14	15	10
	Max	30	30	30	27	30	30
	test değeri	$\chi^2=2,059$			f=,223		
	p	0,357			0,801		
Fiziksel Rol	xx	7,67	7,38	8,00	4,00	5,07	5,43
	Median	8,00	8,00	8,00	4,00	4,00	4,00
	ss	1,16	1,50	0,00	0,00	1,83	1,99
	Min	4	4	8	4	4	4
	Max	8	8	8	4	8	8
	test değeri	$\chi^2=1,252$			$\chi^2=1,945$		
	p	0,535			0,378		
Vücut Ağrısı	xx	10,33	9,85	10,57	7,50	7,20	8,07
	Median	11,00	9,00	11,00	8,00	7,00	8,00
	ss	1,44	0,99	0,79	1,73	2,51	2,37
	Min	6	9	9	5	2	4
	Max	11	11	11	9	11	11
	test değeri	$\chi^2=3,981$			f=,489		
	p	0,137			0,618		
Genel Sağlık	xx	18,42	17,85	18,43	14,75	15,13	14,79
	Median	18,50	18,00	18,00	15,00	15,00	14,50
	ss	3,06	2,30	1,72	2,63	3,52	4,10
	Min	11	14	16	12	11	8
	Max	22	21	21	17	21	21
	test değeri	f=,201			f=,038		
	p	0,819			0,963		
Ruh Sağlığı	xx	26,42	24,00	26,29	15,25	18,40	18,14
	Median	27,00	25,00	28,00	16,00	16,00	17,00
	ss	2,50	4,56	3,40	8,46	7,15	4,79
	Min	22	14	21	5	8	12
	Max	30	30	30	24	28	25
	test değeri	f=1,619			f=,399		
	p	0,215			0,675		
Emosyonel Rol	xx	5,83	5,69	5,57	4,50	3,80	3,79
	Median	6,00	6,00	6,00	4,50	3,00	3,00
	ss	0,58	0,86	0,79	1,73	1,37	1,31
	Min	4	3	4	3	3	3
	Max	6	6	6	6	6	6
	test değeri	$\chi^2=1,173$			$\chi^2=0,929$		
	p	0,556			0,628		
Sosyal Fonksiyon	xx	8,92	9,38	9,00	5,75	6,60	7,00
	Median	9,50	9,00	10,00	6,50	6,00	7,50
	ss	1,51	0,65	1,83	1,89	1,84	2,18
	Min	6	8	5	3	3	3
	Max	10	10	10	7	10	10
	test değeri	$\chi^2=0,150$			f=,621		
	p	0,928			0,544		
Canlılık	xx	19,92	20,23	20,57	12,00	12,27	11,43
	Median	20,50	20,00	22,00	12,00	12,00	10,5
	ss	4,64	3,63	3,74	8,17	6,10	5,83
	Min	8	12	15	4	4	4
	Max	24	24	24	20	24	22
	test değeri	f=0,059			f=,067		
	p	0,943			0,936		
Genel Skor	xx	122,42	121,54	125,43	85,25	89,40	90,93
	Median	124	125	125	89,00	84,00	93,5
	ss	13,767	12,447	58,952	23,824	21,192	22,214
	Min	85	96	113	55	60	58
	Max	140	138	137	108	128	126
	test değeri	f=,238			f=,105		
	p	0,790			0,901		

Tablo 4.9’da Müdahale ve Kontrol Grubunun çocukları ile görüşme durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımına yer verilmiştir.

Müdahale grubunun düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğini “Genel Skor” ve alt alan puan farklarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10’ da Müdahale ve Kontrol Grubunun kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.



Tablo 4.10. Müdahale ve Kontrol Grubunun Kurumda Kalma Süresine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

		Kurumda Kalma Süresi								
		Müdahale Grubu				Kontrol Grubu				
		1 yıldan az (n=15)	1-3 yıl (n=13)	4-6 yıl (n=3)	10 yıldan fazla (n=1)	1 yıldan az (n=11)	1-3 yıl (n=16)	4-6 yıl (n=4)	7-9 yıl (n=1)	10 yıldan fazla (n=1)
Fiziksel Fonksiyon	xx	26,47	26,15	26,00	26,00	22,73	20,50	23,00	24,00	18,00
	Median	27,00	29,00	29,00	26,00	19,00	19,00	23,00	24,00	18,00
	ss	3,29	4,69	6,08	0,00	4,77	5,96	5,23	0,00	0,00
	Min	19	18	19	26	18	10	18	24	18
	Max	30	30	30	26	30	30	28	24	18
	test değeri	f=0,020				$\chi^2=2,937$				
Fiziksel Rol	p	0,996				0,568				
	xx	7,73	0,00	5,33	8,00	4,73	5,00	5,00	8,00	8,00
	Median	8,00	0,00	4,00	8,00	4,00	4,00	4,00	8,00	8,00
	ss	1,03	0,00	2,31	0,00	1,62	1,79	2,00	0,00	0,00
	Min	4	0	4	8	4	4	4	8	8
	Max	8	0	8	8	8	8	8	8	8
Vücut Ağrısı	test değeri	$\chi^2=12,286$				$\chi^2=5,667$				
	p	0,002				0,225				
	xx	10,13	10,62	8,67	10,00	7,36	7,19	8,75	9,00	11,00
	Median	10,00	11,00	9,00	10,00	7,00	7,00	9,00	9,00	11,00
	ss	0,92	0,77	2,52	0,00	2,11	2,53	2,06	0,00	0,00
	Min	9	9	6	10	4	2	6	9	11
Genel Sağlık	Max	11	11	11	10	11	11	11	9	11
	test değeri	f=2,787				$\chi^2=4,174$				
	p	0,059				0,383				
	xx	18,47	18,23	15,67	21,00	15,45	13,75	15,50	20,00	21,00
	Median	19,00	18,00	18,00	21,00	15,00	13,50	15,00	20,00	21,00
	ss	2,36	2,01	4,04	0,00	3,56	3,04	4,43	0,00	0,00
Ruh Sağlığı	Min	14	15	11	21	11	8	11	20	21
	Max	22	22	18	21	21	19	21	20	21
	test değeri	f=1,656				$\chi^2=5,756$				
	p	0,199				0,218				
	xx	24,27	26,69	24,67	28,00	18,18	17,38	16,25	28,00	20,00
	Median	26,00	27,00	24,00	28,00	16,00	16,50	16,50	28,00	20,00
Emosyonel Rol	ss	4,59	2,39	3,06	0,00	7,71	5,09	7,14	0,00	0,00
	Min	14	23	22	28	5	11	8	28	20
	Max	30	30	28	28	28	25	24	28	20
	test değeri	f=1,205				$\chi^2=2,897$				
	p	0,326				0,575				
	xx	5,67	5,77	5,67	6,00	3,45	4,13	3,75	6,00	3,00
Sosyal Fonksiyon	Median	6,00	6,00	6,00	6,00	3,00	3,00	3,00	6,00	3,00
	ss	0,90	0,60	0,58	0,00	1,04	1,50	1,50	0,00	0,00
	Min	3	4	5	6	3	3	3	6	3
	Max	6	6	6	6	6	6	6	6	3
	test değeri	$\chi^2=0,461$				$\chi^2=4,383$				
	p	0,794				0,357				
Canlılık	xx	9,40	9,23	8,67	5,00	6,36	6,44	7,00	9,00	10,00
	Median	10,00	10,00	9,00	5,00	6,00	6,50	6,50	9,00	10,00
	ss	1,06	1,17	0,58	0,00	2,06	1,96	1,41	0,00	0,00
	Min	6	6	8	5	3	3	6	9	10
	Max	10	10	9	5	10	10	9	9	10
	test değeri	$\chi^2=3,482$				$\chi^2=4,570$				
Genel Skor	p	0,175				0,334				
	xx	19,73	21,38	17,33	20,00	11,64	10,94	14,50	18,00	13,00
	Median	20,00	22,00	22,00	20,00	10,00	10,50	16,00	18,00	13,00
	ss	3,92	2,73	8,08	0,00	7,35	4,94	7,72	0	0
	Min	12	15	8	20	4	4	4	18	13
	Max	24	24	22	20	24	20	22	18	13
Genel Skor	test değeri	f=0,992				$\chi^2=2,107$				
	p	0,411				0,716				
	xx	121,87	126,08	112,00	124,00	89,91	85,31	93,75	123,00	103,00
	Median	124	125	119	124	86,00	80,00	94,5	123,00	103,00
	ss	12,432	6,601	24,269	0	22,13	18,98	28,125	0	0
	Min	96	115	85	124	55	58	60	123	103
Genel Skor	Max	138	140	132	124	128	118	126	123	103
	test değeri	f=1,217				f=,904				
	p	0,322				0,475				

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları

Tablo 4.10.’ da Müdahale ve Kontrol Grubunun kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı yer almaktadır.

Müdahale grubundaki katılımcıların kurumda kalma süresine göre yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” ve ölçek alt alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmazken sadece “Fiziksel Rol” alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post Hoc ile, “10 yıldan fazla” ve “1-3 yıl” kurumda kalanların “Fiziksel Rol” puan ortalamasının “1 yıldan az” ve “4-6 yıl” kurumda kalanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11.’ de Müdahale ve Kontrol Grubunun birbirleriyle olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.11. Müdahale ve Kontrol Grubunun Birbirleriyle Olan İlişki Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarındaki Değişimin Dağılımı

		Huzurevi Sakinleri ile ilişki Durumu					
		Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
		iyi (n=20)	orta (n=8)	kötü (n=4)	iyi (n=27)	orta (n=5)	kötü (n=1)
Fiziksel Fonksiyon	xx	26,50	24,38	29,00	21,89	20,60	18,00
	Median	27,50	25,00	29,00	20,00	19,00	18,00
	ss	3,50	5,29	0,82	5,39	5,68	0,00
	Min	19	18	28	10	14	18
	Max	30	30	30	30	27	18
	test değeri	f=2,005			f=,343		
	p	0,153			0,713		
Fiziksel Rol	xx	7,60	7,50	8,00	5,33	4,00	4,00
	Median	8,00	8,00	8,00	4,00	4,00	4,00
	ss	1,23	1,41	0,00	1,92	0,00	0,00
	Min	4	4	8	4	4	4
	Max	8	8	8	8	4	4
	test değeri	$\chi^2=0,499$			f=1,364		
	p	0,779			0,271		
Vücut Ağrısı	xx	10,05	10,38	10,50	7,67	7,60	6,00
	Median	10,50	11,00	11,00	8,00	8,00	6,00
	ss	1,28	0,92	1,00	2,48	1,82	0,00
	Min	6	9	9	2	5	6
	Max	11	11	11	11	10	6
	test değeri	$\chi^2=0,723$			f=,232		
	p	0,696			0,794		
Genel Sağlık	xx	18,50	17,13	18,75	15,00	15,40	11,00
	Median	19,00	18,00	19,00	15,00	15,00	11,00
	ss	2,74	1,55	2,22	3,86	1,52	0,00
	Min	11	15	16	8	14	11
	Max	22	19	21	21	17	11
	test değeri	f=1,017			f=,630		
	p	0,375			0,54		
Ruh Sağlığı	xx	25,35	26,25	24,00	18,04	19,20	8,00
	Median	26,00	27,00	25,00	17,00	18,00	8,00
	ss	3,94	2,38	5,29	6,12	6,72	0,00
	Min	14	22	17	5	12	8
	Max	30	29	29	28	28	8
	test değeri	f=,474			f=1,391		
	p	0,627			0,265		
Emosyonel Rol	xx	5,70	5,63	6,00	3,85	4,20	3,00
	Median	6,00	6,00	6,00	3,00	3,00	3,00
	ss	0,80	0,74	0,00	1,35	1,64	0,00
	Min	3	4	6	3	3	3
	Max	6	6	6	6	6	3
	test değeri	$\chi^2=1,144$			$\chi^2=0,697$		
	p	0,564			0,706		
Sosyal Fonksiyon	xx	8,90	9,38	9,75	6,74	6,40	6,00
	Median	9,00	9,50	10,00	7,00	6,00	6,00
	ss	1,52	0,74	0,50	2,09	1,67	0,00
	Min	5	8	9	3	5	6
	Max	10	10	10	10	9	6
	test değeri	$\chi^2=1,515$			f=,114		
	p	0,469			0,892		
Canlılık	xx	19,50	22,13	19,75	11,89	13,40	4,00
	Median	20,00	22,00	20,50	11,00	14,00	4,00
	ss	4,50	1,55	3,59	5,47	8,88	0,00
	Min	8	20	15	4	4	4
	Max	24	24	23	22	24	4
	test değeri	f=1,325			f=1,010		
	p	0,282			0,376		
Genel Skor	xx	122,1	118,56	125,75	90,41	90,8	60,00
	Median	125	122,5	126	86,00	92,00	60,00
	ss	14,205	5,007	10,243	21,9	16,82	0
	Min	85	115	113	55	68	60
	Max	140	130	138	128	112	60
	test değeri	f=0,149			f=-0,038		
	p	0,862			0,87		

Tablo 4.11.’ de Müdahale ve Kontrol Grubunun birbirleriyle olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki değişimin dağılımı gösterilmiştir.

Müdahale grubundaki yaşlıların birbirleri ile olan ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” ve alt alan puan farklarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).



5. TARTIŞMA

5.1. Gülme Terapisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Kalitesine Etkisi

Literatürde gülme terapisi ile ilgili oldukça fazla araştırmaya rastlanırken, gülme terapisinin orta yaş ve yaşlının yaşam kalitesine etkisini değerlendiren çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmalar kendi içlerinde değerlendirildiğinde bazılarında gülme terapisi ile yaşam kalitesi arasında olumlu ilişki bulunmuşsa da bazılarında gülme terapisi yaşam kalitesini etkilememiştir.

Bir hemşirelik girişimi olarak huzurevinde kalan bireylere uygulanan gülme terapisinin bireylerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, müdahale grubundaki bireylerin yaşam kalitesi genel skor puanı (Bkz. Tablo 4.3) ve yaşam kalitesi alt boyut (Bkz. Tablo 4.4) puanlarının gülme terapisi sonrası yükseldiği belirlenmiştir. Huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesi genel skoru ve her alt boyutu ile istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar çalışmanın hipotezini destekler niteliktedir. Benzer şekilde, Cha ve Hong'un orta yaş kadınlarda, haftada beş kez ve toplamda iki hafta uygulanan gülme terapisinin serotonin, depresyon ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile yaptıkları yarı deneysel çalışmada, başlangıçta düşük olarak ölçülen yaşam kalitesi puanlarının, 10. görüşme sonrası yükseldiği belirtilmiştir (114). Hiroski ve arkadaşlarının haftada bir ve 10 ardışık hafta uygulanan gülme terapisinin ve egzersiz programının 60 yaş ve üzerindeki bireylerde fizyolojik ve psikolojik sağlığına etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, yaşlıların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanları artmıştır. Çalışmada gülme terapisi ve egzersiz programının birlikte uygulanarak yaşlının fizyolojik ve psikolojik sağlığına olumlu etkilerinin olduğunu ortaya konmuş olup, çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir (115). Lebowitz'in kronik akciğer tanısı alan yaşlılarda gülme terapisinin yaşlının, kardiyopulmoner fonksiyonlarına, psikolojik sağlığına ve sağlık durumuna etkisini inceleyen doktora tez çalışmasında, gülme terapisinin yaşlının, negatif duygularının, anksiyetesinin ve depresyonun azalmasına, pozitif duygularının artmasına ve yaşlının yaşam kalitesinin yükselmesine neden olduğu belirtilmiştir (116). Literatürde, araştırma sonuçlarını destekleyen çalışmaların yanı sıra, sonuçların farklı olduğu

çalışmalara da rastlamak mümkündür. Ganz ve Jacobs’ un, gülme terapisinin yaşlının fiziksel ve mental sağlığına olan etkisinin değerlendirmek amacıyla yaptıkları yarı deneysel araştırmada, müdahale ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, gülme terapisini ile anksiyete, depresyon ve genel iyilik hali durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken, gülme terapisini ile genel sağlık, yaşam kalitesi ve psikolojik stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (117).

Ko ve Youn’ un haftada bir ve toplamda bir ay uygulanan gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin depresyon, bilişsel fonksiyon, uyku ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları, müdahale ve kontrol gruplu çalışmaları sonuçlarına göre, gülme terapisini sonrası müdahale grubundaki yaşlıların depresyon düzeylerinde azalma görölürken, bilişsel fonksiyon, uyku ve yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmamıştır (36). Bu durum yaşlılara uygulanan gülme terapisini oturum sayılarının fazla olması ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.

Yaşlılara uygulanan gülme terapisinin bireyin yaşam kalitesini arttıran bu çalışmada, yaşam kalitesi alt alan ölçek puanları irdelenmiş olup, müdahale grubundaki bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarından “Fiziksel Fonksiyon” alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (Bkz. Tablo 4.4).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt alanı “Fiziksel Fonksiyon” ile bireyin yıkanma, giyinme ve en zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme durumu değerlendirilmektedir. Rahnama ve Chitsaz’ın parkinsonlu 45 yaş üstü bireylerde yaptıkları randomize kontrollü deneysel tasarımı ı çalışmada, haftada üç ve sekiz hafta uygulanan gülme terapisini sonrası müdahale grubundaki bireylerin, motor fonksiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Aynı çalışmada gülme terapisini sonrası bireylerin denge durumlarında artış olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (118). Ko ve Youn’ un haftada bir ve toplamda bir ay uygulanan gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin depresyon, bilişsel fonksiyon, uyku ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları, müdahale ve kontrol gruplu çalışma sonuçlarına göre, gülme terapisini sonrası müdahale grubundaki

yaşlıların, fiziksel fonksiyon alt alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Çalışma sonunda gelecek araştırmaların uygulama sürelerinin daha uzun bir dönemi kapsayacak şekilde yapılması önerilmiştir (36). Galantino ve arkadaşlarının yaşları 35-60 arasında değişen araştırma grubuna hafta iki kere, altı hafta uyguladıkları gülme yogası programının, kronik bel ağrısına etkisini değerlendiren randomize kontrollü çalışmada, fonksiyonel ölçüm puanlarından, denge ve esneklik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlenmiştir (119). Gülme terapisi oturumlarının, yoga egzersizlerini içeriyor olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Yaşlılara uygulanan gülme terapisi sonrası, ön test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından “Fiziksel Rol” alan puanları değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği “Fiziksel Rol” alt alanı ile fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük etkinliklerde sorun olup olmamasını değerlendirir. Supekar ve arkadaşlarının, gülme terapisi kulüplerinin toplumda sağlığı geliştirmedeki rolünü belirlemek amacıyla 50 yaş üzeri bireylerde yaptıkları deneysel çalışmada, müdahale ve kontrol grubu yaşam kalitesi fiziksel rol alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (120). Bu sonuç çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Ko ve Youn’un haftada bir ve toplamda bir ay uygulanan gülme terapisinin huzurevinde yaşayan yaşlının depresyon, bilişsel fonksiyon, uyku ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları, müdahale ve kontrol gruplu çalışma sonuçlarına göre, gülme terapisi sonrası müdahale grubundaki yaşlıların, fiziksel rol alt alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (36). Gülme terapisi oturum sayılarının artmasının yaşlının fiziksel rol alt alan puanlarını arttırmış olduğu düşünülebilir.

Yaşlılarda uygulanan gülme terapisi sonrası, ilk test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından “Vücut Ağrısı” alan puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği alt alanı “Vücut Ağrısı” bireyin ağrısının olup olmadığını ve bu ağrıya bağlı kısıtlılık durumunu değerlendirmektedir. Supekar ve arkadaşlarının, gülme terapisi kulüplerinin toplumda sağlığı geliştirmedeki rolünü belirlememek amacıyla yaptıkları müdahale ve kontrol gruplu çalışmada, müdahale

ve kontrol grubu yaşam kalitesi vücut ağrısı alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (120). Tse ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlılara hafta bir, sekiz haftalık gülme terapisinin yaşlının kronik ağrısına ve mutluluğu durumuna etkisini değerlendiren ilk test- son test deney kontrol gruplu, yarı deneysel tasarımlı başka bir çalışmasında, müdahale grubundaki yaşlıların ağrı puanlarının azaldığı ve mutluluk puanlarının arttığı, istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir (121). Sonuçlar çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Gülme terapisi oturumlarının yoga egzersizlerini içermesi ve bireyler için düzenli egzersiz olanağı sağlaması, bireylerin vücut ağrısını azalttığı düşünülebilir.

Huzurevinde yaşayan bireylere uygulanan gülme terapisi sonrası, ön test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından “Genel Sağlık Algısı” alan puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği “Genel Sağlık” alt alanı ile bireyin sağlığına yönelik genel algı durumu değerlendirir. Birey sağlığının mükemmel olduğuna ya da sağlığının kötü ve giderek kötüleşeceğine olan inancı sorgulanmaktadır. Supekar ve arkadaşlarının, gülme terapisi kulüplerinin toplumda sağlığı geliştirmedeki rolünü belirlemek amacıyla yaptıkları müdahale ve kontrol gruplu çalışmasında, müdahale ve kontrol grubu yaşam kalitesi genel sağlık algısı alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (120). Ghodsbin ve arkadaşlarının haftada iki kez toplamda 6 hafta uyguladıkları gülme terapisinin yaşlının genel sağlığına olan etkisini değerlendiren randomize kontrollü çalışmasında, gülme terapisi sonrası müdahale grubundaki yaşların genel sağlık puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (82). Benzer şekilde, Celso ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık durumu, yaşam doyumu ve mizahla başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, mizahla başa çıkma ile sağlık durumu arasında istatistiksel olarak doğrudan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (122). Bu durum mizah kullanımının bir başa çıkma stratejisi olarak yaşlıların sağlıklı kalması için geçerli bir yöntem olabileceğini düşündürmektedir.

Huzurevinde kalan bireylere uygulanan gülme terapisi sonrası, ilk test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından “Ruh Sağlığı” alan puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği alt alanı “Ruh Sağlığı” bireyin kendini sakin, mutlu, rahat ya da sinirli ve depresyonda hissetme durumunu değerlendirir. Çalışma sonuçlarına benzer şekilde, Lee ve Eun’nun gülme terapisinin uzun süreli bakım kuruluşlarında yaşayan yaşlıların uyku, depresyon ve ağrı durumlarına etkisini değerlendiren ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı çalışmasında, haftada iki kere, toplamda dört hafta uygulanan gülme terapisi sonrası deney ve kontrol grubundaki yaşlıların depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya konmuştur (123). Kondrant ve arkadaşlarının, depresyon tanısı alan yaşlılarda gülme terapisi etkinliğini araştıran sekiz oturum şeklinde planlanan yarı deneysel tasarımlı çalışmada, yaşlıların gülme terapisi sonrası depresyon ve kötü ruh hallerinde azalma görülmüştür (39). George ve Jacob’un yaşlılara uygulanan gülme terapisinin depresyon üzerine etkisini değerlendiren ön test son test kontrol gruplu, yarı deneysel tasarımlı çalışmada, müdahale grubundaki yaşlıların depresyon seviyeleri, kontrol grubundaki yaşlılara göre istatistiksel olarak azalmıştır (124). Hirsch ve arkadaşlarının ICD- 10 sınıflamasına göre seçilen depresyon tanılı yaşlılarda gülme terapisinin klinik bağlamda etkilerini araştırmak üzere ön test son test deney kontrol gruplu, yarı deneysel tasarımlı ampirik çalışmada, müdahale grubunun depresyon seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma bulunmuştur. Yine aynı çalışmada gülme terapisi sonrası, ön test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun Geriatrik depresyon skalası alt boyutlarından, neşe, ciddiyet, kötü ruh hali ve yaşam memnuniyeti alan puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (125). Depresyon patogeneğinde ve hipotalamus hipofiz adrenokortikal sistem bozukluklarının normalleşmesinde rol oynayan, özellikle serebral bölgelerin uyarılmasında etkili olan gülme depresif semptomlara karşı etkili bir şekilde mücadele edebilmektedir. Gülmenin ruh halini olumlu olarak etkilediği ve stresli durumların negatif etkilerini azalttığı ortaya konmuştur (126).

Huzurevinde kalan bireylere uygulanan gülme terapisi sonrası, ilk test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından

“Emosyonel Rol” alan puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği “Emosyonel Rol” alt alanı ile emosyonel sorunların iş ya da günlük etkinlikleri etkileme durumu değerlendirilmektedir. Benzer şekilde, Houston ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan yaşlıların gülmeyi kullanarak psikolojik iyilik hallerinin geliştirilmesini amaçlayan müdahale ve kontrol gruplu çalışmasında, gülme aktivitelerine katılan müdahale grubunun anksiyete seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş bulunmuştur (127). Marziali ve arkadaşlarının yaşlılarda fiziksel ve psikolojik sağlık ile başa çıkmada gülmenin rolünü değerlendiren çalışmada, depresyon, anksiyete ile ilgili başa çıkmada gülmenin önemli bir rol oynadığı ve bu önemliliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (128). Krebs ve arkadaşlarının yaş ortalaması 52,5 olan çalışma grubuna uyguladıkları gülme terapisinin kişilerin davranışına etkisini değerlendiren random seçilmiş tek grup ön test- son test yarı deneysel tasarımdaki çalışma sonuçlarına göre, gülme egzersizi sonrası yaşlıların stres puanlarında azalma görülürken, ruh hallerinde, enerjilerinde nefes almada farkındalık seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenmiştir (129). Çalışmalar araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışma grubuna uygulanan gülme terapisi sonrası, ilk test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından “Sosyal Fonksiyon” alan puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği alt alanı “Sosyal Fonksiyon” fiziksel ve sosyal sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinlikleri yürütme durumlarını değerlendirmektedir. İleri yaşlar artan fiziksel kısıtlanmalar olsa bile hala aktivite gerçekleştirme zamanı olarak kabul edilebilir. Aktivitelere yüksek katılımın sürdürülmesi yaşlıların toplumdan kopmamalarını ve günlük yaşamlarında daha bağımsız katılımlarını sağlar (130). Everard ve arkadaşlarının aktivite ve sosyal destek ilişkisinin 224 yaşlının fonksiyonel sağlığına olan etkisini değerlendiren çalışmada, yapılan korelasyon sonucu aktivite ve sosyal destek ile yaşlının fiziksel ve mental sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (131). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda gülme terapisinin ajitasyona, depresyona, davranış bozukluklarına, sosyal katılıma ve yaşam kalitesine olan etkinliğini

değerlendirmek amacı ile yapılan bir araştırmada depresyon ve yaşam kalitesinde anlamlı değişiklikler gözlenmemişken, ajitasyonu önemli derecede azalttığı ve yaşlıların birbirleri ile olan etkileşimlerini artırdığı ortaya konmuştur (35). Gülme terapisi grup oluşturulmasını ve karşılıklı etkileşimi geliştiren bir girişimdir. Bu durum grup üyeleri arasındaki uyumu yükselterek, kalıcı bir etki sağlamaktadır (95).

Huzurevinde kalan bireylerin uygulanan gülme terapisi sonrası, ilk test ve son test sonuçlarına göre müdahale grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından “Canlılık” alan puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği “Canlılık” alt alanı bireyin kendini enerjik, canlı ya da yorgun bitkin hissetme durumunu değerlendirir. Benzer şekilde, Cha ve Hong’un orta yaş kadınlarda iki hafta ve hafta beş kere olmak üzere uygulanan gülme terapisinin, immunoglobulinler, kortizol hormonları ve gülme skorlarına etkisini değerlendiren ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı çalışmada, gülme terapisi sonrası müdahale grubunda immunoglobulinler ve gülme skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (132). Deshpande ve Verma’ nın yaşlılara uygulanan gülme terapisinin mutluluk ve yaşam doyumuna etkisini araştıran deney kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı çalışmada, müdahale grubundaki yaşlıların yaşam doyum puanları ve mutluluk puanları kontrol grubuna göre, daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (133). Mi-Suk ve arkadaşlarının yaşlılarda sekiz oturum uygulanan gülme terapisinin yaşlının ruh haline ve yaşam doyumuna etkisini değerlendiren ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı çalışmasında, müdahale grubundaki yaşlıların, negatif duygu durum puanlarının kontrol grubundaki yaşlılardan daha düşük olduğu ve yaşam doyum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulunan bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (134). Mathieu’nin yaşlılarda haftada bir toplamda on hafta gülme terapisi uygulayarak yaşlının yaşam doyumunu etkisini araştıran ilk test-son test deney kontrol gruplu, yarı deneysel tasarımlı çalışmasında, müdahale grubundaki yaşlıların yaşam doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (135).

5.2. Huzurevinde Kalan Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Gülme Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Müdahale grubunun yaş gruplarına göre gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Genel Skor” ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.5) Ancak “Ruh sağlığı”, “Emosyonel Rol”, “Sosyal Fonksiyon” ve “Canlılık” alt alanlarından oluşan “Toplam Mental Sağlık” ana alt puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post Hoc test ile, “50-59” yaş aralığının “Toplam Mental Sağlık” puan ortalamasının “60-69”, “70-79” ve “80-89” yaş aralığı puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda, gülme terapisi 50-59 yaş aralığındaki bireylerin yaşam kalitesini diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak daha anlamlı düzeyde etkilemiştir. Zaninotto ve arkadaşlarının 50 yaş ve üzeri 11 392 kişinin, yaşam kalitesini etkileyen faktörler değerlendirilirken, 50-60 yaşındaki bireylerin yaşam kalitesi ortalama puanı daha ileri yaştaki bireylerin yaşam kalitesi ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışma sonuçları doğrultusunda, yaş arttıkça yaşlıların yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptanmıştır (136). Martin ve Kuiper’ in günlük gülme oluşumunun yaşları 17 ile 79 arasında değişen kişilerde yaş, cinsiyet ve A tipi kişilik davranışları ile ilişkisini araştıran çalışmalarında, kadın ve erkeklerde gülme sıklığı arasında fark bulunmazken, yaşlı kadınların genç kadınlara göre daha az gülme eğiliminde olduğu saptanmıştır (137). Martin ve Kuiper’ in araştırma sonuçları doğrultusunda, 50-59 yaş grubundaki bireylerin daha fazla gülme eğilimleri olduğu ve gülme terapisinin bu eğilimi harekete geçirdiği için toplam mental sağlık alt ana puan ortalamalarındaki artışın daha fazla olduğu düşünülebilir. Literatürde gülme terapisinin farklı yaş gruplarına etkisini belirleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Müdahale grubunun huzurevinde kalan bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeğinin “Genel Skor” ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.6) Çalışma sonuçları doğrultusunda, gülme terapisi sonrası müdahale grubundaki kadın ve erkeklerin SF-36 yaşam kalitesi “Genel Skor” puan ortalamaları kontrol grubundaki kadın ve

erkeklerden daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmada müdahale grubundaki kadınların “Genel Skor” puan ortalamaları erkeklerin “Genel Skor” puan ortalamalarından daha yüksektir. Martin ve Kuiper’ in günlük gülme oluşumunun yaşları 17 ile 79 arasında değişen kişilerde yaş, cinsiyet ve A tipi kişilik davranışları ile ilişkisini araştıran çalışmalarında, kadın ve erkeklerde gülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (137), Crawford’ da göre, erkeklerin daha çok gülünecek şeyler ortaya çıkardıkları, kadınların da daha çok güldüğünü belirtilmiştir (138). Hayaski ve arkadaşlarının 26,368 yaşlıda gülme ile sosyo-ekonomik statü, sosyal katılım ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında, kadınların erkeklere göre daha fazla gülme eğiliminde olduğu saptanmıştır (139). LaFrance ve arkadaşlarının cinsiyet farklılıklarında gülmeyi araştıran meta analiz çalışmasında, kadınların erkeklerden daha çok gülümsediklerini ve güldüklerini belirtmişlerdir (140). Kadınların daha sık güldüğü varsayımına dayanarak, gülme terapisinin kadınların gülme sıklığının artmasına neden olmuş olabileceği düşünülebilir. Literatürde gülme terapisinin cinsiyete göre etkisini belirleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Müdahale grubunun medeni durumlarına göre gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Genel Skor” ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.7). Ancak çalışma grubunun medeni durumlarına göre gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Emosyonel Rol” alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post Hoc test ile, “Emosyonel Rol” alt ölçeği puan ortalamasının evlilerde diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Joung ve arkadaşlarının, medeni durum açısından fiziksel ve mental sağlığa etkisi olan aracı faktörlerin incelenmesini araştıran çalışmada, evli kişilere sağlanan duygusal desteğin evli olmayan kişilere göre daha fazla olmasından dolayı emosyonel ve sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur (141). Yiengprugsawan ve arkadaşlarının mutluluk, mental sağlık ve sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, evli yetişkinlerin mental sağlık ve mutluluk puan ortalamaları diğer gruplardan daha fazla bulunmuştur (142). Ben-Zur’ un medeni durum ile yalnızlık, iyi olma ve iyimserlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında,

evli bireylerin, yaşam doyumu, iyimserlik sosyal kabul puan ortalamaları diğer medeni durumlara göre daha yüksek bulunurken, yalnızlık ve negatif etki daha düşük bulunmuştur (143). Yapılan çalışmalar doğrultusunda, emosyonel destek puanları yüksek olan grupta, gülme terapisinin etkisi daha belirgin olarak ortaya çıkmış olabilir. Literatürde gülme terapisinin medeni durumlarına göre direkt etkisini belirleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Müdahale grubunun düzenli egzersiz yapma durumlarına göre gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Genel Skor” ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.8). Ancak “Emosyonel Rol” alt ölçeği puan ortalamasının düzenli egzersiz yapanların, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Koopmans ve arkadaşlarının 1012 yaşlı üzerinde mutluluğun mortalite üzerindeki etkisini değerlendiren 15 yıllık izlem çalışmasında mutluluk ve fiziksel aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş fiziksel aktivite yapanların daha mutlu olduğu ifade edilmiştir (144). Hiroski ve arkadaşlarının haftada bir ve 10 ardışık hafta uygulanan gülme terapisinin ve egzersiz programının yaşlının fizyolojik ve psikolojik sağlığına etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, gülme terapisinin hem fizyolojik hem de psikolojik yararları olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada yaşlıların egzersiz programlarına uzun süre katılımını artırmak için pozitif duygulanım kazanacağı gülme gibi etkinliklerin egzersizlere ilave edilmesi önerilmiştir (115). Gülme terapisi, yoga ve gülme egzersizlerinin birleşiminden oluştuğu için çalışma süresi kapsamında, düzenli egzersiz yapanların, terapiye daha kolay uyum sağladıkları düşünülürse, emosyonel durumlarındaki değişimin çalışma sonuçlarına olumlu olarak yansıdığı düşünülebilir.

Müdahale grubundaki bireylerin çocukları ile görüşme durumuna göre gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Genel Skor” ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.9). Gülme terapisi bireylerin çocukları ile görüşme durumunu etkilememiştir. Literatürde gülme terapisinin bireylerin çocukları ile görüşme durumuna etkisini belirleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Müdahale grubundaki bireylerin kurumda kalma sürelerine göre gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Fiziksel Rol” alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır (Bkz. Tablo 4.10). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post Hoc ile, “1 yıldan az” ve kurumda kalanların “Fiziksel Rol” puan ortalamasının “1-3 yıl” “4-6 yıl” ve “10 yıldan fazla” kurumda kalanların puan ortalamasından “daha yüksek olduğu” belirlenmiştir. Çalışma sonucuna göre, kurumda kalma süresi arttıkça gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Fiziksel Rol” alt alan puan ortalamaları azalmıştır. Huzurevine taşınan yaşlılarda zamanla sağlıklarında bozulma ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına olan bağımlılığın arttığı sıkça görülmektedir (145). Kişilerin huzurevlerine kabul yaşının 50 olduğu bu çalışmada, huzurevinde daha uzun süre kalanların yaş olarak da daha ileri yaşlarda olduğu bilinmektedir. Yaş ile “Fiziksel Rol” arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça “Fiziksel Rol” kısıtlılığı artmaktadır. Literatür doğrultusunda, uzun süre huzurevinde kalan yaşlıların “Fiziksel Rol” puan ortalamasının diğer gruplardan daha düşük olması beklenen bir durumdur. Literatürde kurumda kalma süresine göre gülme terapisinin yaşam kalitesine olan etkisini direkt olarak belirleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Müdahale grubundaki katılımcıların birbirleri ile olan ilişki durumuna göre gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4.11). Gülme insanlar arası iletişim ve etkileşimde oldukça önemli bir araçtır. İnsanların sosyal ilişkilerinde rahatça niyetlerini açıklamasına, duyularını ifade edebilmesine yardım eder. Ayrıca bir grubun parçası olabilmek, diğer insanlar tarafından kabul edilmek ve olumlu etkileşim sağlayabilmek için bir sinyal olarak kullanılır (146). Nevuteli ve arkadaşlarının 11 234 yaşlının hastalıkların, sosyo-ekonomik durumun, sosyal ilişkilerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmasında, aile ve arkadaş ilişkilerinin, arkadaşları ile güvenli temas içerisinde olmalarının yaşlının yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (147). Scott ve arkadaşlarının depresif ve anksiyetesi olan yaşlılarda bir psikoterapi aracı olarak gülme terapisi, yapmış oldukları odak grup çalışmasında grup liderleri ve üyeleri arasında bir bağ oluşturmuştur (148). Gülme terapisi uygulama şekli olarak yaşlıların birbirleri ile

olan etkileşimlerini artıran bir girişim olmasına rağmen çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Huzurevinde kalan bireylere, gülme terapisi uygulanarak, bu girişim sonrası bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırma hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlara göre;

Müdahale grubu için;

- Gülme terapisi sonrası müdahale grubundaki kişilerin SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” puanının ve her alt alan puanlarının (Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Vücut Ağrısı, Genel Sağlık, Ruh Sağlığı, Emosyonel Rol, Sosyal Fonksiyon, Canlılık, Toplam Mental Sağlık Toplam Fiziksel Sağlık) yükseldiği ve puan farkındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo) ($p<0.05$),
- Müdahale grubunun **yaşa gruplarına göre** gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Genel Skor” puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı ancak “Ruh sağlığı”, “Emosyonel Rol”, “Sosyal Fonksiyon” ve “Canlılık” alt alanlarından oluşan “Toplam Mental Sağlık” puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunduğu (Bkz. **Tablo 4.5**) ($p<0.05$),
- Müdahale grubunun **medeni durumlarına göre** gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Emosyonel Rol” alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunduğu (Bkz. Tablo 4.7) ($p< 0.05$),
- Müdahale grubunun **düzenli egzersiz yapma durumlarına göre** gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Emosyonel Rol” alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunduğu (Bkz. Tablo 4.8) ($p< 0.05$),
- Müdahale grubundaki **kişilerin kurumda kalma sürelerine göre** gülme terapisi sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin “Fiziksel Rol” alt alan puan

ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunduğu (Bkz. Tablo 4.10) ($p < 0.05$),

- Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesi ölçeği alt alan puanları ile cinsiyet (Bkz. Tablo 4.6), çocukları ile görüşme durumu (Bkz. Tablo 4.9), bireylerin birbirleri ile olan ilişki durumu (Bkz. Tablo 4.11) ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Kontrol grubu için;

- Gülme terapisi sonrası müdahale grubundaki kişilerin SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği “Genel Skor” puanının ve her alt alan puanlarının (Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Vücut Ağrısı, Genel Sağlık, Ruh Sağlığı, Emosyonel Rol, Sosyal Fonksiyon, Canlılık, Toplam Mental Sağlık Toplam Fiziksel Sağlık) azaldığı ve puan farkındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo) ($p < 0.05$),

6.2. Öneriler

Huzurevinde kalan bireylere, bir hemşirelik girişimi olarak gülme terapisi uygulanarak, bu girişim sonrası bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Uygulamaya yönelik öneriler:

- Huzurevlerinde yaşayan bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için gülme terapisinin kullanılması,
- Gülme terapisi hemşirelerin sağlığı geliştirmedeki rolüne entegre edilerek kullanılmasının yaygınlaştırılması önerilir.

İlerde yürütülecek olan çalışmalara yönelik öneriler:

- Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrol gruplu deneysel çalışmaların yapılması,
- Gülme terapisinin huzurevinde kalan bireylerin yaşam kalitesine etkisini değerlendiren farklı sosyokültürel yapı gösteren huzurevlerinde daha büyük örneklem gruplarını ele alan araştırmaların yapılması önerilir.
- Gülme terapisinin yaşam kalitesine etkisinin sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi,

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Good health adds life to year. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. United Nations. World Population Prospects: The 2015 revision, Key Findings and Advance Tables. New York: United Nations; 2015.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar Elderly Statistics 2014. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2014.
4. World Health Organization. World Report on Aging and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler. Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi Başkanlığı; 2015.
6. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye' de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı; 2007.
7. Danış ZM. Türkiye'de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. Journal of Society & Social Work. 2009;20(1).
8. Baltes M, Baltes PB. Health, Control and Ageing. London: The Psychology Press; 2014.
9. Hedayati RH, Hadi N, Mostafavi L, Akbarzadeh A, Montazeri A. Quality of Life Among Nursing Home Residents Compared With the Elderly at Home. Shiraz University of Medical Sciences. 2014;15(4):e22718
10. Nikmat A, Hawthorne G, Al-Mashoor HS. The comparison of quality of life among people with mild dementia in nursing home and home care—a preliminary report. Dementia. 2015;14(1):114-25.
11. Drageset J, Nygaard AH, Eide EG, Bondevik M, Nortvedt WM, Natvig KG. Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. Health and Quality of Life Outcomes. 2008;6(85):1-9.
12. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Türk Geriatri Dergisi. 2006;9(1):34-40.
13. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2006;43(3):293-300.
14. Andrews RG. Care of older people: Promoting health and function in an ageing population. British Medical Journal. 2001;322(1):728-9.
15. Edelman CL, Mandle CL, Kudzma EC. Health promotion throughout the life span, eighth edition. Canada: Elsevier, Mosby; 2013.

16. Lima MG, Barros, MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(3):485-93.
17. Park CL, Braun, T, Siegel T. Who practices yoga? A systematic review of demographic, health-related, and psychosocial factors associated with yoga practice. *J Behav Med*. 2015;38(3):460-71.
18. Bussing A, Michalsen A, Khalsa SB, Telles S, Sherman K.J. Effects of yoga on mental and physical health: a short summary of reviews. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:165410.
19. Chapman KL, Bredin SSD. An introduction to philosophy, practice, and the role of yoga in health promotion and disease prevention. *Health & Fitness Journal of Canada*. 2010;3(2):13-21.
20. Chen KM, Chen MH, Lin MH, Fan JT, Lin HS, Li CH. Effects of yoga on sleep quality and depression in elders in assisted living facilities. *Journal of Nursing Research*. 2010;18(1):53-61.
21. Cohen L, Warneke C, Fouladi RT, Rodriguez MA, Chaoul-Reich A. Psychological adjustment and sleep quality in a randomized trial of the effects of a Tibetan yoga intervention in patients with lymphoma. *Cancer*. 2004;100(10):2253-60.
22. Evans S, Moieni M, Lung K, Tsao J, Sternlieb B, Taylor M, Zeltzer L. Impact of Iyengar yoga on quality of life in young women with rheumatoid arthritis. *The Clinical journal of pain*. 2013;29(11):988.
23. Kataria M. Laughter Clubs. 2005 [10.10.2015]. Erişim adresi: <http://laughteryoga.org/>
24. Morreall J. Taking Laughter Seriously. Morreall J, editor. Albany: State University of New York Press; 1983.
25. Berger PL. Redeeming laughter: The comic dimension of human experience. . intrusion Tc, editor. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston: Jouve; 2014.
26. MCGhee PE, Goldstein J. The Psychology of humor. D. BE, editor. United Kingdom: Academic press; 1972.
27. Williams A. Sick humour, healthy laughter: The use of medicine in Rabelais's jokes. *The Modern Language Review*. 2006;101(3):671-81.
28. Mora-Ripoll R. Potential health benefits of simulated laughter: a narrative review of the literature and recommendations for future research. *Complement Ther Med*. 2011;19(3):170-7.
29. Sharma SP. Laughter: The Secret of Good Health. P. SS, editor. New Delhi: Pustak Mahal; 2005.
30. Prickett EB. Managing patients' laughter and humor in oncology interviews: Justifying wellness as an interactional achievement. East Eisenhower Parkway: Faculty of San Diego State University; 2014.

31. Chung HJ. The effect of laughter therapy on infertility stress and anxiety of women receiving in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 2011;96(3):195-6.
32. Hayashi T, Urayama O, Hori M, Sakamoto S, Nasir UM, Iwanaga S. et al. Laughter modulates prorenin receptor gene expression in patients with type 2 diabetes. *J Psychosom Res*. 2007;62(6):703-6.
33. Kimata H. Laughter elevates the levels of breast-milk melatonin. *J Psychosom Res*. 2007;62(6):699-702.
34. Oh Hyun E. Effects of laughter therapy on depression, quality of life, resilience and immune responses in breast cancer survivors. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41(3):285-93.
35. Low LF, Brodaty H, Goodenough B, Spitzer P, Bell JP, Fleming R, et al. The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosSES and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open*. 2013;3(1):e002072.
36. Ko HJ, Youn CH. Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11(3):267-74.
37. Jung HW, Youn CH, Cho NR, Lee MK, Lee JB. The Effect of Laughter Therapy on Sleep in the Community-dwelling Elderly. *Korean Journal of Family Medicine*. 2009;30(7):511- 8.
38. Shahidi M, Mojtahed A, Modabbernia A, Mojtahed M, Shafiabady A, Delavar A, et al. Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(3):322-7.
39. Konradt B, Hirsch RD, Jonitz MF, Junglas K. Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(8):850-7.
40. Ganz FD, Jacobs JM. The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatr Nurs*. 2014;35(3):205-11.
41. Astedt-Kurki P. Humour in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;20(1):183-8.
42. McCreaddie M, Wiggins S. The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *J Adv Nurs*. 2008;61(6):584-95.
43. Borglin G, Edberg A, Rahm HI. The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*. 2005;19(2):201-20.
44. Jones ED, Beck-Little R. The Use of Reminiscence Therapy for the Treatment of Depression in Rural-Dwelling Older Adults. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002;23(3):279-90.
45. Miller CA. Nursing for wellness in older adults. Miller CA, editor. Cleveland, Ohio: Wolters Kluwer Health; 2012.

46. Bond J. Quality of life and older people. London: Open University Press; 2004.
47. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 1995;41(10):1439-46.
48. Levine S, Croog SH. What constitutes quality of life? A conceptualization of the dimensions of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. 1984;1(1):46-58.
49. Romney DM, Brown RI, Fry PS. Improving the quality of life: Recommendations for people with and without disabilities. Romney D, editor. *Netherland: Kluwer Academic Publishers*; 2012.
50. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*. 2004;24(5):675-91.
51. Mollenkopf H, Walker A. *Quality of life in old age: International and Multi-Disciplinary Perspectives* *Netherland: Springer*; 2007.
52. WHOQOL g. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1403-9.
53. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). *Geneve: Report on WHO consultation*; 1998.
54. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. England: John Wiley & Sons; 2013.
55. Ferrans CE. *Definitions and conceptual models of quality of life: Measures, Methods and Applications*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2005.
56. Hanestad BR. Errors of measurement affecting the reliability and validity of data acquired from self-assessed quality of life. *Scandinavian journal of caring sciences*. 1990;4(1):29-34.
57. Thompson WW, Zack MM, Krahn GL, Andresen EM, Barile JP. Health-related quality of life among older adults with and without functional limitations. *American journal of public health*. 2012;102(3):496-502.
58. Molzahn A, Skevington SM, Kalfoss M, Makaroff KS. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*. 2010;19(2):293-8.
59. Milte CM, Thorpe MG, Crawford D, Ball K, McNaughton SA. Associations of diet quality with health-related quality of life in older Australian men and women. *Experimental gerontology*. 2015;64(1):8-16.
60. Renaud J, Levasseur M, Gresset J, Overbury O, Wanet-Defalque MC, Dubois MF. et al. Health-related and subjective quality of life of older adults with visual impairment. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(11):899-907.

61. Baernholdt M, Hinton I, Yan G, Rose K, Mattos M. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Quality of Life Research*. 2012;21(3):527-34.
62. Simpson AN, Simpson KN, Dubno JR. Health-related quality of life in older adults: effects of hearing loss and common chronic conditions. *Healthy Aging Research*. 2015;4(4):1-5.
63. Bielderma A, De Greef MHG, Krijnen WP, Van der Schans CP. Relationship between socioeconomic status and quality of life in older adults: a path analysis. *Quality of Life Research*. 2015;24(1):1697-705.
64. Molzahn AE, Kalfoss M, Makaroff KS, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age and ageing*. 2011;40(2):192-9.
65. De Vries NM, Van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Rikkert MO, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MWG. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2012;11(1):136-49.
66. Langlois F, Vu TTM, Chassé K, Dupuis G, Kergoat MJ, Bherer L. Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2013;68(3):400-4.
67. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Vergani C. Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. *Health & social care in the community*. 2012;20(1):32-41.
68. Theeke LA, Goins RT, Moore J, Campbell H. Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians. *The Journal of psychology*. 2012;146(1-2):155-71.
69. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Pina G, Rossi SV, Vergani C. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011;9(72):1-10.
70. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(2):23-35.
71. Årestedt K, Saveman BI, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013;12(1):69-77.
72. Webb E, Blane D, McMunn A, Netuveli G. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;65(6):542-7.

73. Lindquist R, Snyder M, Tracy MF. Complementary & alternative therapies in nursing. New York: Springer; 2013.
74. Awick EA, Wójcicki TR, Olson EA, Fanning J, Chung HD, Zuniga K, et al. Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*. 2015;24(2):455-62.
75. De Siqueira Rodrigues BG, Cader SA, Torres NVOB, De Oliveira EM, Dantas EHM. Pilates method in personal autonomy, static balance and quality of life of elderly females. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2010;14(2):195-202.
76. Lawrence E, Sax C, Navarro KF, Qiao M. Interactive games to improve quality of life for the elderly: Towards integration into a wsn monitoring system. *Second International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine*; 2010: Netherlands Antilles.
77. Taylor-Piliae RE, Hoke TM, Hepworth JT, Latt LD, Najafi B, Coull BM. Effect of Tai Chi on physical function, fall rates and quality of life among older stroke survivors. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2014;95(5):816-24.
78. Oken BS, Zajdel D, Kishiyama S, Flegal K, Dehen C, Haas M, et al. Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: effects on cognition and quality of life. *Alternative therapies in health and medicine*. 2006;12(1):40-7.
79. Gonçalves LC, De Souza Vale RG, Barata NJF, Varejão RV, Dantas EHM. Flexibility, functional autonomy and quality of life (QoL) in elderly yoga practitioners. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011;53(2):158-62.
80. Meyer M, Baumann S, Wildgruber D, Alter K. How the brain laughs: Comparative evidence from behavioral, electrophysiological and neuroimaging studies in human and monkey. *Behavioural brain research*. 2007;182(2):245-60.
81. Ko YJ, Hyun MY. Effects of laughter therapy on pain, depression, and quality of life of elderly people with osteoarthritis. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(4):359-67.
82. Ghodsbin F, Ahmadi ZS, Jahanbin I, Sharif F. The effects of laughter therapy on general health of elderly people referring to jahandidegan community center in shiraz, iran, 2014: a randomized controlled trial. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2015;3(1):31-8.
83. Seaward BL. Humor's healing potential. *Health Prog*. 1992;73(3):66-70.
84. Strean WB. Laughter prescription. *Canadian Family Physician*. 2009;55(10):965-7.
85. Pearce JMS. Some neurological aspects of laughter. *European neurology*. 2004;52(3):169-71.
86. Morrell J. A new theory of laughter. *Philosophical Studies*. 1982;42(2):243-54.

87. Gruner CR. The game of humor: A comprehensive theory of why we laugh. United States: Transaction publishers; 2000.
88. Mulder MP, Nijholt A. Humour research: state of art. Netherlands Technical Report. Enschede: University of Twente; 2002.
89. Beattie J. The Works of James Beattie: Essays (Vol. 5): Hopkins and Earle; 1809.
90. Hargie O. The handbook of communication skills. New York: Psychology Press; 1997.
91. Watson C. Comedy and social science: towards a methodology of funny. New York and London: Taylor & Francis group; 2015.
92. Cousins N. Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient. United States of America: WW Norton & Company; 1979.
93. Ripoll RM, Casado IQ. Laughter and positive therapies: modern approach and practical use in medicine. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (English Edition). 2010;3(1):27-34.
94. Field T. Yoga clinical research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2011;17(1):1-8.
95. Kataria M. Laugh for no reason (2011 version). Lokhandwala Complex: Madhuri International; 2011.
96. Kataria M. Certified laughter yoga teacher training manual. Bangalore: Laughter Yoga International University; 2012.
97. Lundy KS, Janes S. Community health nursing: Caring for the public's health. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2009.
98. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
99. O'Neill P. Caring for the older adult: A health promotion perspective. United States of America: Saunders; 2002.
100. Aldwin CM, Gilmer DF. Health, illness, and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives. New York: Springer; 2013.
101. Kazer MW, Murphy K. Nursing case studies on improving health-related quality of life in older adults. New York: Springer; 2015.
102. Raphael D. Health promotion and quality of life in Canada: Essential readings. Canada: Canadian Scholars Press; 2010.
103. Dugan DO. Laughter and tears: best medicine for stress. *Nursing forum* 1989;24(1):18-26.
104. Isola A, Åstedt-Kurki P. Humour as experienced by patients and nurses in aged nursing in Finland. *International journal of nursing practice*. 1997;3(1):29-33.
105. Davidhizar R, Schearer R. Humor: No geriatric nurse should be without it. *Geriatric Nursing*. 1992;13(5):276-8.

106. Greenberg M. Therapeutic play: developing humor in the nurse-patient relationship. *Journal-New York State Nurses Association*. 2003;34(1):25-31.
107. Ware JE, S, CD. The MOS SF-36 item Short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
108. Eser E, Aydemir Ö. Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2014;20(1):10-7.
109. Ware JE, Gandek B. Overview of the Sf-36 health survey and the international quality of life assessment (ıqola) project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):903-12.
110. Burholt V, Nash P. Short form 36 (Sf-36) health survey questionnaire: normative data for wales. *Journal of Public Health*. 2011;33(4):587–603.
111. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Reliability and validity of the Turkish version of Short-form (Sf-36). *Turkish J Drugs Therapy*. 1999;12(1):102-6.
112. Pınar R. Reability and construct validity of the Sf-36 Turkish cancer patients. *Qual Life Res*. 2005;14(1):259-64.
113. Karabuga-Yakar H, Pınar R. Reliability and validity of turkish version of the caregiver quality of life index cancer scale. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(7):4415-9.
114. Cha MY, Hong HS. Effect and path analysis of laughter therapy on serotonin, depression and quality of life in middle-aged women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015;45(2):221-30.
115. Hirosaki M, Ohira T, Kajiura M, Kiyama M, Kitamura A, Sato S, Iso H. Effects of a laughter and exercise program on physiological and psychological health among community-dwelling elderly in Japan: Randomized controlled trial. *Geriatrics & gerontology international*. 2013;13(1):152-60.
116. Lebowitz KR. The effects of humor on cardiopulmonary functioning, psychological well-being, and health status among older adults with chronic obstructive pulmonary disease [Doctoral dissertation]. Columbus, Ohio: The Ohio State University; 2002.
117. Ganz FD, Jacobs JM. The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing*. 2014;35(3):205-11.
118. Rahnama N, Chitsaz A. Effects of eight weeks laughter yoga training on motor function, balance, and flexibility in subjects with Parkinson's disease. . *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2013;9(39-47).
119. Galantino ML, Bzdewka TM, Eissler-Russo JL, Holbrook ML. The impact of modified Hatha yoga on chronic low back pain: a pilot study. *Alternative therapies in health and medicine*. 2004;10(2):56-9.
120. Supekar NR, Shimpi AP, Madane AV, Rairikar SA, Shyam AK, Sancheti PK. Role of laughter clubs in promotion of health in community (A case control study). *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*. 2014;8(2):110-4.

121. Tse MM, Lo AP, Cheng TL, Chan EK, Chan AH, Chung HS. Humor therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*. 2010;2010.
122. Celso BG, Ebener DJ, Burkhead EJ. Humor coping, health status, and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. *Aging & Mental Health*. 2003;7(6):438-45.
123. Lee KI, Eun Y. Effect of laughter therapy on pain, depression and sleep with elderly patients in long term care facility. *Journal of Muscle and Joint Health*. 2011;18(1):28-38.
124. George JR, Jacob V. A study to assess the effectiveness of laughter therapy on depression among elderly people in selected old age homes at Mangalore. *International Journal of Nursing Education*. 2014;6(1):152-4.
125. Hirsch RD, Junglas K, Konradt B, Jonitz MF. Humor therapy in the depressed elderly: results of an empirical study. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2010;43(1):42-52.
126. Fonzi L, Matteucci G, Bersani G. Laughter and depression: hypothesis of pathogenic and therapeutic correlation. *Rivista di Psichiatria*. 2009;45(1):1-6.
127. Houston DM, McKee KJ, Carroll L, Marsh H. Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. *Aging & Mental Health*. 1998;2(4):328-32.
128. Marziali E, McDonald L, Dconahue P. The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*. 2008;12(6):713-8.
129. Krebs S, Stanegler Herodež Š, Pajnkihar M. Communicational method of impact of exercise of laughter yoga “on the elderly behaviour. *Informatologia*. 2014;47(2-3):135-44.
130. Lewis SC. Elder care in occupational therapy. United States of America: Slack Incorporated; 2003.
131. Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(4):S208-S12.
132. Cha MY, Hong HS. Effects on the laughter score, cortisol and immunoglobulin of laughter therapy in middle aged women. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 2013;15(4):230-6.
133. Deshpande A, Verma V. Effect of laughter therapy on happiness and life satisfaction among elderly. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2013;4(1):153-63.
134. Mi-Suk S, KyungMin P, Heeok P. The effects of laughter-therapy on moods and life satisfaction in the elderly staying at care facilities in South Korea. *J Korean Gerontol Nurs*. 2013;15(1):75-83.

135. Mathieu SI. Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants. *Activities, Adaptation & Aging*. 2008;32(2):134-48.
136. Zaninotto P, Falaschetti E, Sacker A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English longitudinal study of ageing. *Quality of Life Research*. 2009;18(10):1301-9.
137. Martin RA, Kuiper NA. Daily occurrence of laughter: Relationships with age, gender, and Type A personality. *Humor*. 1999;12(1):355-84.
138. Crawford M. Gender and humor in social context. *Journal of Pragmatics*. 2003;35(9):1413-30.
139. Hayashi K, Kawachi I, Ohira T, Kondo K, Shirai K, Kondo N. Laughter and subjective health among community-dwelling older people in japan: Cross-Sectional analysis of the japan gerontological evaluation study cohort data. *The Journal of nervous and mental disease*. 2015;203(12):934-42.
140. LaFrance M, Hecht MA, Paluck EL. The contingent smile: a meta-analysis of sex differences in smiling. . *Psychological bulletin*. 2003;129(2):305.
141. Joung IM, Stronks K, Van De Mheen H, Van Poppel FW, Van der Meer JBW, Mackenbach JP. The contribution of intermediary factors to marital status differences in self-reported health. *Journal of Marriage and the Family*. 1997;59(2):476-90.
142. Yiengprugsawan V, Somboonsook B, Seubsman SA, Sleigh AC. Happiness, mental health, and socio-demographic associations among a national cohort of Thai adults. *Journal of happiness studies*. 2011;13(6):1019-29.
143. Ben-Zur H. Loneliness, optimism, and well-being among married, divorced, and widowed individuals. *The Journal of psychology*. 2012;146(1-2):23-36.
144. Koopmans TA, Geleijnse JM, Zitman FG, Giltay EJ. Effects of happiness on all-cause mortality during 15 years of follow-up: The Arnhem elderly study. *Journal of Happiness Studies*. 2010;11(1):113-24.
145. Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burns E. Rehabilitation for older people in long-term care. *The Cochrane Library*. 2009;1(1):1-106.
146. Camazine S. *Self-Organization in Biological Systems*. Princeton: Princeton University Press; 2003.
147. Nevuteli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages evidence from the English longitudinal study of aging (Wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60(1):357-63.
148. Scott CV, Hyer LA, McKenzie LC. The healing power of laughter: The applicability of humor as a psychotherapy technique with depressed and anxious older adults. *Social Work in Mental Health*. 2015;13(1):48-60.

8. EKLER

Ek 1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Uygulama Red Yazısı

Prof.Dr. Gölümser Kubyay'a



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı: 73595336-605.01-6781
Konu: Veri Toplama (Nilgün KURU)

15/01/2015

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
(Hemşirelik Fakültesi)
06100 Sıhhiye/ANKARA

İlgi : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinin 01/12/2014 tarih ve 1586 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Nilgün KURU'nun "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Gülme Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu araştırmanın ön uygulamasını 15-29 Aralık 2014 tarihleri arasında Ümitköy Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde, 01/31 Mart 2014 tarihleri arasında ise Seyranbağları Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde uygulayabilme talebi Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün ekte gönderilen görüşleri doğrultusunda olumlu değerlendirilememiştir.

Bilgileriniz ve gereğini rica ederim.

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır

Tarih : 16.1.01.2015

Doç. Dr. Mustafa DURMUŞ
Bakan a.
Daire Başkanı

Arzu KESKİN
Mamur

EKLER :
1 Sayfa

DAĞITIM :

Gereği: Hacettepe Üniversitesi - Hemşirelik Fakültesi
Bilgi: Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Söğütözü Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon : 5722
e-posta : scetin@aile.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : S. ÖZKURT ÇETİN Sosyal Çalışmacı
Fax :
Elektronik Ağ: www.aile.gov.tr



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ACELE ve GÜNLÜDÜR
12/01/2015

Sayı: 71969520-605-4149
Konu: Araştırma, Veri Toplama Talebi (Hacettepe
Üniversitesi Nilgün KURU)

EĞİTİM VE YAYIN DAİRESİ BAŞKANLIĞINA

İlgi : 04/12/2014 tarihli ve 73595336-605.01-179749 sayılı yazı

İlgi yazınızda, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Nilgün KURU'nun, "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Gülme Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu araştırmasını, 15-29 Aralık 2014 tarihleri arasında Ümitköy Huzurevi YBRM'nde, 01/31 Mart 2014 tarihleri arasında ise Seyranbağları Huzurevi YBRM'nde uygulayabilme talebi bildirilmiştir.

Araştırma talebine ilişkin ilgi yazı ve ekleri Genel Müdürlüğümüzce incelenmiş olup, uygulamanın çok sayıda oturumu ve uzun bir süreci içermesi, içeriğinde yaşlıların depresif durumu ve kaygı düzeylerine etki edecek sorular bulunması ve talep edilen kuruluşlarda son dönemde çok sayıda araştırmanın yapılmış olması nedeniyle, sözkonusu talep uygun değerlendirilmemiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Avni ÖZKAYA
Genel Müdür V.

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Söğütözü Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon : 03127057194
e-posta : bkarakus@aile.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : B. KARAKUŞ Sosyal Çalışmacı
Fax : 03127057198
Elektronik Ağ: www.aile.gov.tr

Ek 2. Akyurt Vakfı Yaşamevi Kurum İzin Yazısı

15.02.2015

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına

“Yaşlılara Uygulanan Gülme Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli projenin uygulama kısmı Akyurt Vakfı Yaşamevinde yapılacaktır.

Saygılarımla,



Akyurt Vakfı Yaşamevi

Kurum Müdürü

Zeynep NEFES

Ek 3. Polatlı Huzurevi Kurum İzin Yazısı

15.02.2015

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına

“Yaşlılara Uygulanan Gülme Terapisinin, Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli projenin uygulama kısmı Polatlı Huzurevinde (Vakıf) yapılacaktır.

Saygılarımla,

Polatlı Huzurevi (Vakıf)

Kurum Müdürü
POLATLI
06-38-141
1991
POLATLI HUZUREVİ
Sorumlu Müdür
Jale TUNACAN

Ek 4. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Müdahale Grubu)

Sayın Katılımcı

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

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, sizinle birlikte gülme terapisi grup toplantıları yaparak, gülme terapisinin yaşam kaliteniz üzerinde ki etkisini inceleyerek olumlu etkisinin bulunması durumunda yaşlı bakımevlerinde gülme terapisinin günlük yaşlı bakım hizmetlerine eklenerek yaşlı sağlığının geliştirilmesinde ve yaşlı yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabilmesini sağlamaktır.

Araştırmacı çalışma sürecine başlarken siz sayın katılımcıya 65 yaş üzeri bireyi tanımlayıcı bilgi formu ve yaşam kalitesi ölçeği anketini uygulayacak sonrasında haftada iki kez toplamda 16 oturum gülme terapisi grup toplantıları yapılacaktır. 16 oturum tamamlandıktan sonra tekrar sizlere yaşam kalitesi ölçeği uygulanacaktır. Çalışma sonunda elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılacaktır ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde huzurevi koşullarınızda hiç bir değişiklik olmayacak aynı hizmeti almaya devam edeceksiniz.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi Nilgün Kuru tarafından gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Çalışma süresince tüm soru ve sorunlarınızla ilgili 0554 683 2365 numaralı telefondan, Nilgün Kuru’ ya ve 532 614 9723 numaralı telefondan sorumlu araştırmacı Gülümser Kublay’ a 24 saat boyunca ulaşabilirsiniz.

Şimdiden vereceğiniz bilgiler, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Görüşme tanığı

Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.İmza:

Prof. Dr. Gülümser Kublay

Doktora Öğrencisi Nilgün Kuru

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)

Sayın Katılımcı

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

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, sizinle birlikte gülme terapisinin yaşam kaliteniz üzerindeki etkisini inceleyerek olumlu etkisinin bulunması durumunda yaşlı bakımevlerinde gülme terapisinin günlük yaşlı bakım hizmetlerine eklenerek yaşlı sağlığının geliştirilmesinde ve yaşlı yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabilmesini sağlamaktır.

Araştırmacı çalışma sürecine başlarken siz sayın katılımcıya 65 yaş üzeri bireyi tanımlayıcı bilgi formu ve yaşam kalitesi ölçeği anketini uygulayacak gülme terapisi alan grup ile planlanan 16 oturum tamamlandıktan sonra sizlere yaşam kalitesi ölçeği tekrardan uygulanacaktır. Çalışma sonunda elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılacaktır ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde huzurevi koşullarınızda hiç bir değişiklik olmayacak aynı hizmeti almaya devam edeceksiniz.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi Nilgün Kuru tarafından gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Çalışma süresince tüm soru ve sorunlarınızla ilgili 0554 683 2365 numaralı telefondan, Nilgün Kuru’ ya ve 532 614 9723 numaralı telefondan sorumlu araştırmacı Gülümser Kublay’ 24 saat boyunca ulaşabilirsiniz.

Şimdiden vereceğiniz bilgiler, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel. İmza:

Prof. Dr. Gülümser Kublay

Doktora Öğrencisi Nilgün Kuru

Katılımcının Beyanı

“Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Gülme Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı bu çalışma Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Doktora tez çalışması olarak yapılmaktadır. Nilgün Kuru tarafından yürütülen bu çalışmanın; yaşlılara uygulanan gülme terapisinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin bulunması durumunda; yaşlı bakımevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin artırılmasında gülme terapisinin günlük yaşlı bakım hizmetlerine eklenerek yaşlı sağlığının geliştirilmesinde ve yaşlı yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabileceği açıklanmıştır. Vereceğim yanıtların çalışmanın gerçeği yansıtmasında ne denli önemli olduğu ve bu çalışmanın vereceğim katkılarla gerçekleşebileceği vurgulanmıştır. Araştırmaya katılma durumunda kişisel bilgilerimin ve verdiğim tüm bilgilerin gizli kalacağı güveni oluşturulmuştur.

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

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

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

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

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

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir. Bu görüşme sonunda çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılımdan son derece memnun olduğumu bildiririm.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Prof. Dr. Gülümser Kublay

Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Doktora Öğrencisi Nilgün Kuru

Ek 5. Huzurevinde Kalan Bireyleri Tanımlayıcı Bilgi Formu

HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERİ TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Bu anket, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Öğrencisi Nilgün Kuru tarafından ‘Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Gülme Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi’ konulu tez çalışmasının uygulaması amacıyla yapılmaktadır.

Soru kağıdı No:

- 1- Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 2- Doğum Yılıınız:
- 3- Medeni durumunuz: Bekar () Evli () Dul () Boşanmış ()
- 4- Eğitim durumunuz: Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul () OrtaOkul () Lise () Üniversite ()
- 5- Mesleğiniz.....
- 6- Sosyal güvenceniz:SSK () Yeşil Kart () Bağ-kur () Emekli sandığı () Yok () Diğer ()
- 7- Aylık düzenli gelir durumunuz: Gelirim var . () Gelirim yok.()
- 8- Sigara kullanıyor musunuz? Evet () evet ise günde kaç adet.....Hayır ()
- 9- Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır
- 10- Evet ise, nedir?.....
- 11- Çocuğunuz var mı?.....
- 12- Çocuğunuz var ise görüşme sıklığınız nedir? ()Sık görüşüyorum ()Seyrek görüşüyorum () Görüşmüyorum
- 13- Ankara'da yaşayan herhangi bir yakınınız var mı? ()Evet ise, yakınlık derecesi..... ()Hayır
- 14- Cevabınız evet ise yakınlarınızla görüşme sıklığınız nedir? ()Sık görüşüyorum ()Seyrek görüşüyorum ()Görüşmüyorum

15- Kurumda kalma nedeniniz nedir? () Kendi bakımımı tek başıma yapamadığım için () Hiç kimsem olmadığı için () Ailem tarafından kabul edilmediğim için () Aileme yük olmak istemediğim için

16- Kurumda kalma süreniz ne kadardır?
1 yıldan az () 1-3 yıl () 4-6 yıl () 7-9 yıl () 10 yıldan fazla ()

17- Huzurevinde size yönelik aktiviteler düzenleniyor mu?
() Evet ,...Evet ise neler
() Hayır

18- Kurumdaki sosyal etkinliklere katılma istekliliğiniz nedir?
() isteksiz
() Bazen istekli
() Her zaman istekli

19- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? () Evet () Hayır

20- Huzurevinde sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?
() Memnunum () Memnun değilim

21- Huzurevinde sağlık personeline 24 saat boyunca ulaşabiliyor musunuz?
() Evet () Hayır

22- Huzurevi çalışanları ile ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
() İyi Orta () Kötü ()

23- Huzurevi sakinleri ile ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
() İyi () Orta () Kötü

24- Huzurevinin sağladığı koşullardan memnun musunuz?
() Evet () Hayır () idare eder

Ek 6. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İstedığınızden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağır normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insanıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



This is to certify that NILGUN KURU

M/Calais

Date 21.09.2014

gnd

Escer Motu
Laughter Yoga Teacher

Place Ankara

Ek 8. Etik Kurul İzin Yazısı



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

Sayı : 16969557 -18

08.12.2014

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 17.12.2014 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2014/18
Proje No : GO 14/609 (Değerlendirme Tarihi: 17.12.2014)
Karar No : GO 14/609 - 10

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü öğretim üyelerinden Prof.Dr. Gülümser KUBİLAY'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş.Gör. Nilgün KURU'nun doktora tezi olan GO 14/609 kayıt numaralı ve "*Huzur Evinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Gülmeye Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Nurtan Akarsu (Başkan) | 9. Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu (Üye) | İZİNLİ |
| 5. Prof. Dr. Çeñk Sökmensüer (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | İZİNLİ |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 13. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsnv Turnagöl (Üye) | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| | 15. Av. Meltem Önurlu (Üye) |

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Nilgün KURU
Doğum yeri ve tarihi : 13.11.1985
Uyruğu : TC.
İletişim adresi ve telefon : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
+905546832365

II- Eğitimi

Doktora :2016 Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Yüksek Lisans :2011 Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Lisans :2007 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik
Lise :2003 Gülten Ali Ziya Anadolu Lisesi Fen Bilimleri

III- Mesleki Deneyim

Hemşire Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı/ Ankara 2007-2012
Arş. Gör. Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu 2012-2014
Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 2014- devam

IV- Bilimsel Faaliyetleri

Yayınları:

Diğer Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- 1.Freitas, H., Paixão N., **Kuru, N.**, Câmara, P. (2015). Ser Estudante do Programa de Erasmus+ ... diferentes realidades entre a prática de enfermagem dos Sistemas de Saúde Comunitários da Turquia e de Portugal (Região Autónoma da Madeira). *Magazine Nursing Digital*. Erişim:<http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/ser-estudante-do-programa-de-erasmus.pdf>
- 2.**Kuru N**, Katsaras T. (2016). Job Satisfaction and Perceived Self-Efficacy among Greek Nurses. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. 5(9):08-14

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

1. Kılıç S., Uçar M., Seymen E., İnce S., Ergüvenli Ö., Yıldırım A., Portakal N. ve **Kuru N.** Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 200-204
2. **Kuru N.**, PİYAL B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Araştırma/Research Article TAF Prev Med Bull* 2012; 11(3): 287-298
3. **Kuru N.**, Piyal B. Bir Hastaneye Başvuran Koroner Arter Hastalarından Oluşan Çalışma Grubunun Sağlık Denetim Odağı Algıları ve İlişkili Etmenler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2012;24(1):23-31
4. Kuru N, **Kuru N** ve Akman B. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki 4-8 yaş grubundaki çocuklara ve ailelerine verilen ağız ve diş sağlığı eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015;1 (Nosuppl2): 632-639
5. Çopur Ö. E., **Kuru N.**, Seyman C. Ç. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalara Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2015;2(1): 51-55
6. **Kuru N.** To be a PHD Candidate at Erasmus Program at the Health Centre of Monte 5 July to 7th August, 2015. *Turkish Journal of Public Health*. 2016; 14(3):188-190.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. Çopur Ö. E., **Kuru N.**, Seyman C. Ç., Kublay G. Overview of Evidence Based Practice in Nursing. *6th International Nursing Management Conference*. Poster Bildiri 27-29 Ekim 2014
2. **Kuru N.**, Şahin E.N., Emiroğlu N.O. Evaluating The Studies Dealing With Healthy Workplace Environment Of Healthcare Staff In Terms Of Some Of Their Characteristics. *6th International Nursing Management Conference*. Poster Bildiri 27-29 Ekim 2014

3. Şahin E.N., **Kuru N.**, Emiroğlu N.O. Evaluating the dissertations related to nursing and job satisfaction. *6th International Nursing Management Conference*. Poster Bildiri 27-29 Ekim 2014
4. **Kuru N**, Elderly And Laughter Teraphy. IV. *TÜRYAK Uluslararası “Uzun ve Aktif Yaşam” Kongresi*. Sözel Bildiri. 13-14 Mart 2015
5. **Kuru N**, Changing Family Structure and Aging. IV. *TÜRYAK Uluslararası “Uzun ve Aktif Yaşam” Kongresi*. Sözel Bildiri. 13-14 Mart 2015
6. Kuru N, **Kuru N ve Akman B**. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki 4-8 yaş grubundaki çocuklara ve ailelerine verilen ağız ve diş sağlığı eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. III. Uluslar arası Katılımlı Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi. Poster Bildiri. 11-12-13 Mayıs 2015
7. **Kuru N**, Katsaras T. “Job satisfaction and perceived Self- efficacy Among Greek Nurses” 1.Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. Sözel Bildiri. 6-7 Mayıs 2016
8. Emiroğlu N. O, Çopur Ö.E., **Kuru N**. Ülkemizde 2012-2014 yılları arasında sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen şiddet olaylarının değerlendirilmesi. 1.Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. Sözel Bildiri. 6-7 Mayıs 2016
9. Emiroğlu N. O, **Kuru N.**, Çopur Ö.E, Türkiye’de 2009-2016 yılları arasında iş sağlığı hemşireliği alanında çalışılan lisanüstü tezlerin değerlendirilmesi. 1.Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. Sözel Bildiri. 6-7 Mayıs 2016

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. **Kuru N**, Piyal B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. IV. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi*. Sözel Bildiri. 4-6 Nisan 2013.
2. **Kuru N**, PİYAL B. Otizm Tanılı Çocukların Anne-Babalarının Yaşam Kaliteleri ve Sosyal Destek Algıları. 16. *Halk Sağlığı Kongresi*. Poster Bildiri. 27-31 Ekim 2013

Projeler

1. 2016 Nisan- 2017 Nisan. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeterliliklerinin Geliştirilmesi: kültürlerarası duyarlılık ve küresel vatandaş olma

Katıldığı kongreler, sempozyum vb.

- 2-3 Mayıs 2013.** Amerikan Tıp Hukuku ve Tıp Etiği Uluslar Arası. Ankara, Dinleyici.
- 13 Mayıs 2013.** Değişen Sağlık Sistemi İçerisinde Hemşirenin Yeri. Ankara, Dinleyici.
- 20-22 Mayıs 2013.** Öyp Kongresi II. Ankara, Dinleyici.
- 4-6 Nisan 2013.** IV. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Antalya, Sözel Bildiri.
- 27-31 Ekim 2013.** 16. Halk Sağlığı Kongresi. Antalya, Poster Bildiri.
- 7-9 Kasım 2013.** Çocuk ve Bilgi Güvenliği Kongresi. Ankara, Dinleyici.
- 13-15 Mayıs 2014.** Türk Silahlı Kuvvetleri Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara, Dinleyici
- 8-9 Eylül 2014.** Okul Sağlığı Sempozyumu “Okul Sağlığında Ağız ve Diş Sağlığı”. Ankara, Dinleyici.
- 18 Eylül 2014.** 5.Ulusal İlk Yardım Sempozyumu “Afet ve Acil Durumlarda İlk Yardımın Önemi”. Ankara, Dinleyici.
- 1 Ekim 2014.** Farklı Yönleri İle Yaşlılığa Bakış Konferansı. Ankara, Dinleyici.
- 27-29 Ekim 2014.** 6.Uluslararası Hemşirelik Yönetim Kongresi. Bodrum, Poster (2).
- 13-14 Mart 2015.** IV. TÜRYAK Uluslararası “Uzun ve Aktif Yaşam” Kongresi. İstanbul, Sözel Bildiri (2)
- 11-13 Mayıs 2015.** III. Uluslararası Katılımlı Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi. Ankara, Poster Bildiri.
- 6-7 Mayıs 2016.** 1.Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi. Kocaeli, Sözel Bildiri.
- 6-10 Haziran 2016.** HAMER Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi Kursu. Katılımcı