

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİ
VE KAYGI DÜZEYİNİN İNCELENMESİ: ANKARA BÜYÜKŞEHİR
BELEDİYESİ ÖRNEĞİ**

HAZIRLAYAN

ELİF BÜŞRA YÜKSEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

ÖĞR. GÖR. DR. SEVAL BEKİROĞLU

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih:31 / 01 / 2022

Öğrencinin Adı, Soyadı: Elif Büşra YÜKSEL

Öğrencinin Numarası:21820250

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı

Programı: Sosyal Hizmet

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Öğretim Üyesi Dr. Seval BEKİROĞLU

Tez Başlığı: Evde Bakım Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 123 sayfalık kısmına ilişkin, 31 / 01 / 2022 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19'dur. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

.....

.....

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinde bana her konuda yardımcı olan Yaşlı Hizmet Merkezi yöneticilerine ve merkezde çalışan tüm personellere,

Çalışmama katılmayı kabul eden ve değerli katkılar sunan tüm evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylere,

Beni sürecin en başından en sonuna kadar yönlendiren, tüm deneyimlerini benimle içtenlikle paylaşan, yoğun programına rağmen benimle beraber titizlikle çalışarak büyük emek gösteren değerli danışmanım Öğr. Gör. Dr. Seval BEKİROĞLU'NA,

Tezim süresince bana her konuda tolerans gösteren, ihtiyacım olduğunda her sorumu içtenlikle yanıtlayan, değerli deneyimlerini paylaşan ve beni geliştiren, çok sevdiğim ve meslektaş olmaktan gurur duyduğum müdürüm, değerli abim SHU Fatih KARAŞAHİN'E,

Her zaman yanımda olan ve beni yüreklendiren değerli mesai arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca hep arkamda olan, maddi ve manevi tüm desteklerini bana bonkörce sunan değerli annem Pakize YILMAZ ve kıymetli babam Kerim YILMAZ'A, her zaman en iyi sırdaşım olan canım ablam Almıla YILMAZ'A,

Sürecin en başından beri birlikte yol aldığım, bunaldığım zamanlarda beni motive eden ve her zaman beni destekleyen hayat arkadaşım, eşim Sinan YÜKSEL'E teşekkür ederim, iyi ki varsınız.

ÖZET

Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı, 2022.

Dünyada bakım desteğine ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin sayısının her geçen gün artması ile birlikte yaşlılara yönelik bakım hizmetlerine olan ihtiyaç da önemli derece artmaktadır. Bu araştırmada, Ankara Büyükşehir Belediyesi örneğinde evde bakım hizmetleri alan yaşlıların yaşam kalitesinin ve kaygı düzeyinin incelenmesi amaçlanmıştır. Nicel araştırma deseni ile gerçekleştirilen bu çalışmanın araştırma örneklemini, 1 Mart - 30 Nisan 2021 tarihleri arasında Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezinden evde bakım hizmeti alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 yaş üstü 103 yaşlı birey oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen Soru Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) ve Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22 programı ile analiz edilerek yorumlanmıştır.

Bu çalışmanın katılımcıları çoğunlukla ilkokul mezunu (%62,1) kadınlardan (%78,6) oluşmaktadır. Katılımcılar çoğunlukla (%38,8) kardiyolojik hastalıklara ve fiziksel hastalıklara (%23,3) sahiptir. Evde bakım hizmetlerinden en çok sağlık hizmetini (%44,7) alan katılımcıların tamamına yakını (%93,1) aldığı evde bakım hizmetlerinden memnundur. Bununla birlikte katılımcılar aldıkları evde bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılmasını, temizlik hizmetlerinin sıklaşmasını ve boş zamanlarını geçirebilecekleri merkezlerin açılmasını talep etmektedir. Katılımcıların yaşam kalitesi ve geriatrik kaygı düzeyi düşüktür. Gelir durumu ve eğitim düzeyi arttıkça bireylerin yaşam kalitesi de artmaktadır. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan katılımcıların yaşam kalitesi hastalığı olanlara göre daha yüksektir. Daha yaşlı, kalp hastalığı bulunan ve birileri ile birlikte yaşayan katılımcıların kaygı düzeyleri daha yüksektir. Temizlik hizmeti alan yaşlı bireylerin kaygı düzeyi daha yüksek iken psikolojik destek hizmeti alanların kaygı düzeyi daha düşüktür. Araştırma bulguları, sayısı gittikçe artan evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında ve kaygı düzeylerinin azaltılmasında Ankara

Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezi tarafından verilen evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaşlı birey, evde bakım hizmeti, yaşam kalitesi, geriatrik kaygı.



ABSTRACT

Elif Büşra YÜKSEL, Investigation of Quality of Life and Anxiety Level of Elderly People Receiving Home Care Service: Ankara Metropolitan Municipality Example, Başkent University, Institute of Social Sciences, Department of Social Work, Social Work Master's Program, 2022.

With the increase in the number of elderly individuals in need of care support in the world, the need for care services for the elderly is also increasing significantly. In this study, it was aimed to examine the quality of life and anxiety level of the elderly who receive home care services in the example of Ankara Metropolitan Municipality. The research sample of this study, which was carried out with a quantitative research design, consisted of 103 elderly individuals over the age of 60 who received home care services from the Ankara Metropolitan Municipality Elderly Service Center between March 1 and April 30, 2021 and agreed to participate in the research. Questionnaire developed by the researcher, World Health Organization Quality of Life Module (WHOQOL-OLD) and Geriatric Anxiety Inventory (GQS) were used as data collection tools in the study. The data obtained were analyzed and interpreted with the SPSS 22 program.

The participants of this study are mostly primary school graduates (62.1%) women (78.6%). Participants mostly (38.8%) had cardiological diseases and physical diseases (23.3%). Almost all of the participants (93.1%) who received the most health care services (44.7%) from home care services were satisfied with the home care services they received. In addition, the participants demand that the quality of home care services they receive should be increased, cleaning services should be more frequent and centers where they can spend their free time. The quality of life and geriatric anxiety level of the participants were low. As income and education level increase, the quality of life of individuals also increases. The quality of life of the participants who do not have any chronic disease is higher than those who have the disease. Participants who are older, have heart disease, and live with someone have higher anxiety levels. While the anxiety level of elderly individuals receiving cleaning service is higher, the anxiety level of those receiving psychological support services is lower. The research findings reveal the importance of improving the home care services provided by the Ankara Metropolitan Municipality

Elderly Service Center in increasing the quality of life and reducing the anxiety levels of the elderly individuals who receive home care services.

Keywords: Old age, elderly person, home care service, quality of life, geriatric anxiety



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
I. BÖLÜM	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Kuramsal Çerçeve.....	2
1.1.1. Yaşlılık dönemi	2
1.1.2. Yaşlılık döneminde yaşanan sorunlar	6
1.1.3. Yaşlılıkta yaşam kalitesi	10
1.1.4. Yaşlılıkta kaygı.....	15
1.1.5. Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi ilişkisi	17
1.1.6. Yaşlılara yönelik bakım hizmetleri.....	18
1.2. Evde Bakım Hizmetleri ve Yaşlılık	19
1.2.1. Evde bakım hizmetlerinin tanımı ve bileşenleri	19
1.2.2. Evde bakım hizmetlerinin tarihçesi.....	22
1.2.3. Evde bakım hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları	23
1.2.4. Dünya’da sunulan evde bakım hizmetleri	24
1.2.5. Türkiye’de sunulan evde bakım hizmetleri	25
1.2.6. Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin yaşlı bireylere sunduğu evde bakım hizmetleri.....	26
1.2.7. Yaşlı bireyler için evde bakım hizmetinin önemi	28
1.2.8. Evde bakım hizmetlerinin yaşlıların yaşam kalitesi için önemi.....	30
1.2.9. Evde bakım hizmetlerinin yaşlıların kaygı düzeyi üzerindeki etkisi.....	31
1.3. Evde Bakım ve Sosyal Hizmet	31

1.4. Araştırmanın Problemi	34
1.5. Araştırmanın Amacı	35
1.6. Araştırmanın Önemi.....	36
1.7. Araştırmanın Varsayımları	37
1.8. Sınırlılıklar	37
II. BÖLÜM.....	38
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	38
2.1. Araştırmanın Modeli	38
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı.....	39
2.4. Verilerin Analizi.....	41
III. BÖLÜM	42
BULGULAR VE TARTIŞMA	42
3.1. Tanımlayıcı Bulgular	42
3.1.1. Sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular	43
3.1.2. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların hastalık durumlarına ilişkin bulgular	46
3.1.3. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların aldıkları hizmetlere ilişkin bulgular	47
3.2. İlişkisel Bulgular	50
IV. BÖLÜM.....	76
SONUÇ VE ÖNERİLER	76
4.1. Sonuç	76
4.2. Öneriler	78
KAYNAKLAR.....	80
EKLER	
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	
EK-2. SORU FORMU	
EK-3. GERİATRİK KAYGI ÖLÇEĞİ	

EK-4. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

EK-5. ETİK KURUL İZİN BELGESİ

EK-6. KURUM İZİN BELGESİ



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi ve Yaşam Biçimine İlişkin Bulgular	43
Tablo 3.2. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaş, Çocuk Sayısı ve Gelir Durumuna İlişkin Bulgular	44
Tablo 3.3. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Sahip Oldukları Hastalıklara İlişkin Bulgular	46
Tablo 3.4. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Bulgular	47
Tablo 3.5. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetlerini Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	48
Tablo 3.6. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetlerine Dair İstek ve Önerileri	49
Tablo 3.7. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Geriatrik Kaygı ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular	49
Tablo 3.8. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Cinsiyetleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	50
Tablo 3.9. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaşları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	52
Tablo 3.10. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Medeni Durumları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	53
Tablo 3.11. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	55
Tablo 3.12. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Gelir Düzeyleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	58
Tablo 3.13. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Çocuk Sayıları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	61
Tablo 3.14. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaşam Biçimleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	63

Tablo 3.15. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin İnanç Durumları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	65
Tablo 3.16. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Hastalık Durumları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	67
Tablo 3.17. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	70
Tablo 3.18. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Geriatrik Kaygı ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	74



I. BÖLÜM

GİRİŞ

Teknolojik alanda yaşanan gelişmeler, düşük doğum ve ölüm hızı, halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşmasının sonucunda ortalama yaşam süresi uzamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2050 yılında yaşlı nüfusunun 2 milyar olacağını ve bunun da %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağını tahmin etmektedir. Dünya ile paralel bir şekilde Türkiye'de yaşlı nüfus oranının 2025'te %11,0, 2030'da %12,9, 2040'ta %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir. (TÜİK, 2020). Yaşlı sayısının artmasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Hastalıkların başlamasıyla beraber yaşlı bireylerde fiziksel ve mental sağlık sorunlarının yaşanması, bireylere bakımın zorunlu hale gelmesine neden olmaktadır.

Günümüzde ailede özellikle kadınların çalışma hayatına katılması ile birlikte geleneksel rollerde değişim söz konusudur. Geçmişte yaşlıların bakım ihtiyacı aile içerisinde karşılanırken günümüzde profesyonel bakım hizmetlerine olan ihtiyaç artmıştır. Bununla birlikte yapılan araştırmalar yaşlı bireylerin kendi ev ortamında bakım hizmeti almayı istediklerini göstermektedir (Aksayan ve Çimete, 1998; Karahan ve Güven, 2002). Bu nedenle yaşlının alacağı evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesinin sonucu olarak yaşlı bireyin yaşam kalitesini arttırılması önemli bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlı bireylere nitelikli sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için, bakım hizmetlerini içeren kararlarda yaşlının söz sahibi olması, teknolojinin ilerleyerek hastalıkların tedavi edilmesi, engelliliğin ortadan kaldırılması ve yaşlı bireylerin yaşadıkları hanelerde hizmete ulaşmaları sağlanmalıdır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek hem bireyin hem de çevresindekilerin formal sistemlerden faydalanmasını sağlayarak evde sağlık hizmeti almaları teşvik edilmelidir (Beğer ve Yavuzer, 2012). Artan yaşam kalitesi ile birlikte, yaşlıların kaygı düzeyinin düşeceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada Ankara Büyükşehir Belediyesinden evde bakım hizmeti alan, yöneltilen sorulara anlayıp cevap verebilecek düzeydeki sağlıklı ve herhangi bir ruh hastalığı tanısı almamış yaşlı bireylerle yapılmış, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla

hazırlanan çalışma toplam dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde giriş bölümüne, araştırmanın kuramsal bölümüne, araştırmanın problemine, amacına, önemine, varsayımlarına, sınırlılıklarına ve tanımlarına yer verilmiştir. Araştırmanın kuramsal çerçevesinde; yaşlılık dönemi, yaşlılık döneminde yaşanan sorunlar, yaşlılıkta yaşam kalitesi, yaşlılıkta kaygı düzeyi, evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi ile ilişkisi, evde bakım kavramı, evde bakımın dünyadaki tarihsel gelişimi, evde bakım hizmetlerinin içerdiklerini, ülkemizde uygulanan evde bakım hizmetlerini, ülkemizde evde bakım hizmetinin tarihsel gelişimi, günümüzde verilen evde bakım hizmetlerini, evde bakımda sosyal hizmet mesleğinin önemi ve rolü konuları ele alınmıştır. Kuramsal çerçeve, evde bakım kapsamında sunulan hizmetleri ile sosyal hizmet ilişkisini bir araya getirmek üzere oluşturulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilmektedir. Çalışma, nicel araştırma yaklaşımı ile hazırlanmıştır. Bu bağlamda Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezi tarafından verilen evde bakım hizmetlerinden yararlanan toplam 103 katılımcı ile yarı yapılandırılmış bilgi anketi, GKÖ ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak uygulama tamamlanmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde, araştırma kapsamında elde edilen bulgulara ve tartışma bölümüne yer verilmiştir. Elde edilen bulgular, literatürdeki mevcut bilgiler ve araştırmacının kendi görüşleri doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmanın dördüncü olan son bölümünde ise sonuç ve öneriler kısmı yer almaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar ışığında getirilen öneriler sunularak çalışma sonlandırılmıştır.

1.1. Kuramsal Çerçeve

1.1.1. Yaşlılık dönemi

Yaş, bireylerin doğumlarından başlayıp yaşamlarının sonuna kadar ilerleyen zaman olarak tanımlanmaktadır. Yaş tanımı, biyolojik ve kronolojik yaş olmak üzere iki şekilde açıklanmaktadır. Kronolojik yaş herkeste aynı olduğu hâlde biyolojik yaş insandan insana değişir. Kronolojik yaş doğumdan itibaren yaşamın sonlanmasına kadar geçen sürenin toplamıdır. Biyolojik yaş ise yaşlılığın getirdiği değişimlerle yapı ve fonksiyonların farklılaşmasıdır.

Yaşlılık dönemi, yaşlanmayı içeren bir süreçtir. Bu doğrultuda yaşlılık kavramının açıklanması, konuyu daha anlaşılır hale getirecektir. Yaşlılık anlamca yaşlı olma durumu

ile ilerleyen yaşın gösterdiği değişimler olarak tanımlanmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Çocukluk ve ergenlikte olduğundan farklı olarak yaşlılık döneminin belirli bir süresi yoktur. DSÖ tarafından 65 yaş ve üzerindekilerin yaşlılık sürecinde olduklarını; bu sürecin kronolojik yaşa dayalı olarak üç farklı dönem içerisinde ele alınabileceği belirtilmiştir. Tabi ki bu sınıflama sadece zamana bağlı yaşın üzerinden olduğu gibi, her yaşlı için kesin ifadeler kullanmak doğru değildir.

Yaşlılık yaşam sürecinde büyüme ve gelişmeyi izleyen, genetik yapı ve  evre arasındaki etkileşimin en üst seviyede görüldüğü dönemdir. Bireylerde hem fizyolojik hem de ruhsal değişimlerin meydana geldiği, yaşamın çocukluk, gençlik, yetişkinlik dönemlerinin olduğu gibi olağan bir süreçtir. Yaşlılık ile birlikte algılama, bellek ve yaratıcılık yetenekleri kayba uğrar. Yaşlılık döneminin nerede başladığını fizyolojik ve psikolojik olarak belirlemek zordur (Pekcan, 2000).

Biyolojik ve kronolojik yaşlanmanın dışında, literatürde farklı yaşlılık tipleri bulunmaktadır:

Psikolojik yaşlanma: bireyin ruhsal durumunda değişikliklerin olması, isteksizliğin g r lmesi, dış etkenlere fazla alingan olma, çevresine karşı ilgisizlik ya da abartılı ilgili halde olma, hiçbir işe yaramama düşüncesi, umutsuzluk, yalnızlık, sağlık durumuna kafayı takma ile aşırı uğraşma ya da görmezden gelme gibi göstergeler, ruhsal/ psikolojik yaşlanmanın kapsamında yer almaktadır (Canatan, 2008).

Fizyolojik yaşlanma: Yaşlanma ile birlikte üretkenlikte ve fizyolojik süreçlerde giderek artan düşüşler görülmektedir. Vücut sistemi, kalp damar sağlığı, böbrekler ve sindirim sistemi, karaciğer, beyin, sinirler, akciğerler ve endokrin sistemde yetersizlikler ortaya çıkmaktadır (Hablemitoğlu ve  zmete, 2010).

Patolojik yaşlanma: Patolojik yaşlanma, olağan biyolojik yaşlılık sürecinden farklı olarak hastalıklara bağlı yaşlanmadır (Aslan ve Hocaog lu, 2017). Genellikle dış etmenlerin etkisiyle ortaya çıkan, olağan yaşlılık süreci ile etkileşen patolojik olayların (beslenme, sağlık, dış bakımı eksikliği, aşırı beslenmeye bağlı kilo artışı ya da anormal kilo kaybı, hareket eksikliği vb.) tamamını içermektedir.

Sosyo kültürel yaşlanma: Bireyin sosyal yaşamındaki rollerinin, statüsünün ve toplumdan beklentilerinin zamanla değişmesidir (Yerli, 2017).

Ekonomik yaşlanma: Yaşlılık döneminde, bireyler emeklilik dönemine girmiş ya da iş yaşamında eskiye göre aktif olamama nedeniyle gelirlerinde düşüş meydana gelmektedir. Ortaya çıkan bu durum sonrasında, yaşlı bireylerin yaşam tarzlarında değişiklikler meydana gelmektedir.

Yaşlılık döneminde insanların algıları da yaşa bağlı olarak değişmektedir. Yaşlılık döneminin kavrayabilmek için yaşlılığın fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal özelliklerini bilmek önemlidir (Yerli, 2017).

Fiziksel özellikler: Bireylerde yaşlanmayla birlikte kemik yapısında azalmalar görülür ve buna bağlı stresin artması kemiklerde kırılmaların ortaya çıkmasına sebep olur. Eklemelerde yavaşlık, kıkırdaklarda bazı bozulmalar meydana gelir. Yaşlılar, duruşlarında ve yürüyüşlerinde denge problemi yaşarlar (Gündüz, 2000). Yine bu dönem içerisinde yaşlanmayla bağlı olarak reflekslerin azalması ya da tamamen gitmemesi ile çok fazla zaman sonra yanıt vermektedir. Kas kütlelerinin azalması ciddi bir tehdit oluşturmamasına rağmen, fiziksel aktiviteleri yapmayı zorlaştırmakta ve aktivitenin düzeyini düşürmektedir (Stephard, 2002). Fiziksel aktiviteleri kısıtlanan yaşlılarda çabuk yorulma ve denge sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu gibi durumlar sonucunda yaşlılarda düşme olayı sık görülmektedir.

Zihinsel özellikler: Yaşlılıktaki sinir iletimindeki yavaşlama ve sinir hücrelerindeki kayıplar, dikkat, bellek ve tepkilerin gerilemesine neden olmaktadır. Yeni bilgi kazanma ve yerleştirme, düşünme, karar alma, düzgün konuşma ve hesaplama yapma gibi bilişsel yetenekler de yaşın artmasıyla birlikte değişime uğramaktadır. Yaşlılık süreci geçirenlerde zihinsel kapasitelerde düşme ve yeni olan olayları hatırlayamama durumdan kaynaklı öğrenmek zor hale gelmektedir. Ayrıca algılamalarda azalma ve dikkatsizlikler meydana gelmektedir (Eyüboğlu ve ark, 2012). Yaşlılarda görülen bilişsel fonksiyonlardaki zayıflama iki genel sorundan kaynaklanabilir: Birincisi, kan dolaşımındaki sıkışmadan dolayı beyne yeterli kanın gitmemesidir. İkinci olarak ise, bilişsel ve sosyal yönden yalıtılmış bir hayat sürenlerin, öğrenmeye hevesli, sosyal ve iletişime açık kişilere göre zihinsel açıdan daha erken çökmesidir. Bundan dolayı bedensel olarak aktif olan, çevresiyle iletişim halinde ve bağlantıda bulunan bireylerin yaşlılık sürecine girmesi bilişsel kapasitede önemli bir farklılığa yol açmaz (Cüceloğlu, 2006). Yaşlılık döneminde görülen zihinsel değişimler, herkes için kesin ve aynı olmamakla birlikte kişinin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, aile ve çevresi ile ilişkileri, kendine

has özellikleri, genetik yapısı, sahip olduğu hastalıkları ve psikolojik sağlığı gibi faktörler, bireyin yaşlılıktaki bilişsel becerilerini etkilemektedir.

Psikolojik özellikler: Yaş ilerledikçe, bireylerde ruhsal açıdan da farklılıklar görülmektedir. Yaşlanmanın ilk belirtisi, eskiye olan özlemin olması ve gittikçe artması, yaşlanmaya başlayan bireyle genç kuşaklar arasındaki mesafenin artmasıdır. Güncel konulara ve değişen hayata uyum sağlamada zorluk çeken yaşlılar geçmişe hasret duyarlar ve var olan alışkanlıklarını devam ettirmek isterler (Yerli, 2017). Bu dönemde yaşanan kayıplar, emeklilik dönemine geçiş, hastalıkların başlamasıyla fiziksel gücün azalması, tüm bu sebeplere bağlı olarak yaşamda değişimler gerçekleşir. Bu ve buna benzeyen faktörler karşısında her yaşlının aynı davranış gösterdiği söylenemez. Karşılaştıkları sorunlar karşısında yaşlılar, bireysel deneyimlerine ve kendi kişilik özelliklerine göre tutum ve davranış geliştirirler. Hangi kişilik ve özelliklerine sahip olursa olsun bireyler, yaşlılık döneminde bazı sorunlarla karşılaşır (Eyüboğlu ve ark, 2012). Yaşlılarda ölümlerin yaşanmasına bağlı olarak muhtaçlık düşüncesinin yaşanmasına, bu sebepten ötürü yakınlarına yük olma tedirginliği ve işe yaramama duygusu meydana gelir. Yine aynı dönem içerisinde yaşlılarda yaygın olarak görülen ölüm kaygısı, bireylerin sağlığını olumsuz etkileyerek psikolojik durumlarının bozulmasına yol açmaktadır.

Sosyal özellikler: Yaşlılık dönemine giren bireylerin, sosyal yaşamdan kendi geri çekme ve hayatın diğer evrelerinde meslek, kazan ve sağlık durumlarında rol ve statü değiştirilmesi olarak görülebilmektedir (Yerli, 2017). Yaşlılık döneminde en çok rastlanılan sosyal sorunlar arasında; çalışma yaşamından emekliliğe giriş ve alışma süreci, gelirin düşmesi ya da olmaması, eş kaybı, büyükanne-büyükbaba rolüne geçme, sosyal çevrede ve ilişkilerde bozulma, rol ve statü değişiklikleri bulunmaktadır (İçli, 2008). Yaşlılık dönemiyle birlikte değişen konumlarına uyum sağlamakta zorlanan yaşlıların psikolojik sağlıkları da bozulma gösterebilmektedir. Ailesiyle ya da yakınlarıyla birlikte olan, çevreleri ile ilişkilerini bozulmadan sürdürebilen ve yeterli sosyal desteği görebilen yaşlıların daha mutlu ve yaşam kalitelerinin yüksek olması beklenebilir. Fratiglioni ve ark. (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, olumlu sosyal ağlara sahip olmanın zihinsel gerilemelere karşı koruyucu olduğu ortaya çıkmıştır. Yine aynı çalışmada, yalnız olan yaşlılarda demans görülme riskinin daha fazla olduğu aktarılmıştır.

1.1.2. Yaşlılık döneminde yaşanan sorunlar

Yaşlılık döneminde ele alınan sorunlar, yaşlılığın tanımında olduğu gibi bir arada ele alınmaktadır. Yaş artışı ile ortaya çıkan farklılıkların yaşlılık sorunlarına yo açtığı ve bu sorunların her birinin birbirileri ile ilişkisi olduğu belirlenmiştir (Çetin,2019).

Yaşlılık döneminde bireylerin yaşadıkları sorunları sağlık sorunları, yaşlı ihmali ve istismarı, psiko-sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar, uyum sorunu ve bakım/barınma sorunu olarak ayrı başlıklar altında açıklamak, yaşlılık dönemini kavrayabilmek açısından önem taşımaktadır.

Sağlık sorunları: Nüfusun hızla yaşlanması bazı kronik hastalıkların görülme ihtimalinin artırmasına ve bundan dolayı toplum sağlığı için ciddi problemlerine yaşanmasına yol açmaktadır Gelişme sürecinde olan ülkelerdeki ölümlerin, 2020 yılına kadar yaşanmadan kaynaklı olabileceği ve bu ölümlerin dörtte üçünün yaşlılık sebebiyle olacağı öngörülmektedir (Tekin ve Kara, 2018). Yaşlılık döneminde çeşitli hastalıklar ortaya çıktığı bilinmektedir. Yaşlılıkta kronik hastalıkların olması ve çoğalması yaşlıların hayatını zorlaştırırken, yaşlı bireyler için bakım desteği alma gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Canatan, 2008).

Bireylerin özellikle yaşlılık döneminde daha önceden var olan ve sürekli yaşadıkları sağlık problemlerinin sonucunda, bakım alma ihtiyacı daha güç hale gelmektedir. Kurum bakımı alan yaşlı bireylerin yanında ona bakım sağlayan informel sisteminin de bakıma gereksinim duyduğu görülmektedir (Özdemir, 2017).

Yaşlı ihmali ve istismarı: Yaşlılık döneminde karşılaşılan sorunlar konusunda, özellikle yaşlı istismarı ve ihmali evrensel olarak tartışılan önemli bir sosyal sorundur. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde istismarın ve ihmalin belirtilerini ve risk gruplarını tespit etmek büyük önem taşımaktadır. İstismar ve ihmale maruz kalma tüm bireylerde görülebilir ancak özellikle mental yetersizliği bulunan, temel ihtiyaçlarını karşılamada güçlük çeken ve başkalarına bağımlı olan, depresyona sahip olan engeli bulunan ya da hasta olanların risk gruplarında olduğu söylenebilir (Akdemir, Görgülü ve Çınar, 2008).

Yaşlı bireyler aldıkları kurum bakımı ya da diğer hizmetlerde ihmal ve istismarla karşılaşabilir; kendi aile üyeleri ya da onlara bakım vermekle yükümlü kişiler tarafından da istismara ve ihmale maruz kalabilmektedirler.

Yaşlı ihmalî kişiyi en temel gereksinimleri olan beslenme, temizlik, barınma gibi temel ihtiyaçlarından mahrum etmek olarak tanımlanabilir. Akdemir, Görgülü ve Çınar(2008) yaşlı ihmalinin varlığını gösteren durumları şu şekilde ele almışlardır:

- Yaşlının bireyin temizliğinin yeterli olmaması, giyinme yardımıda eksiklik
- Yaşlı bireyin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının sağlanmaması
- Yaşlı bireyin sağlığını tehdit eden ve güvenliğini sağlamada güçlük
- Yaşlı bireyin bakımına gereken önemi göstermeme

Yaşlı istismarı ise en temel tanımıyla, yaşlıya kötü muamelede bulunma, yaşlının fiziksel ve psikolojik iyilik halini tehdit eden davranışları içermek olarak tanımlanabilir. Fiziksel istismar, vurmak, dövmek, tokat atmak, yaralamak ve yanlış ilaç verme gibi eylemlerle bireye kasıtlı zarar verme olarak tanımlanır. Fiziksel istismar oluşan morluklar, çürükler, geçmeyen yara izleri ile anlaşılabilir. Cinsel istismar, bireyin müsaadesi olmaması rağmen herhangi bir cinsel etkinliğine zorlanmasıdır. Başlıca cinsel istismar belirtileri olarak; açıklanamayan kanamalar, kanlı ve yırtık giysiler, belli yerlerdeki çürük ve morluklar, cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar ve buna bağlı organlarda ki enfeksiyonlar olarak sıralanabilir (Akdemir, Görgülü ve Çınar, 2008). Ekonomik istismar, bireyin elinden zorla kazancının alınması, ona para verilmemesi, maddi ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanabilir. Yaşlıların ekonomik istismara maruz kalması ise yaşlının emekli aylığının elinden alınması, mallarına el koyulması gibi şekillerde görülmektedir. Psikolojik istismar bireye bağırarak, hakaret etmek, küçük düşürmek, korkutmak ve tehdit etmek gibi eylemler psikolojik istismar grubuna girmektedir. Başlıca psikolojik istismar belirtileri arasında; yaşlının yöneltilen sorulara yanıt vermemesi ve iletişim kurmaması, sebepsiz endişe duyması, ilgi eksikliğinin bulunması, süregelen bedensel ve ruhsal sağlık problemleri yaşaması sayılabilir (Akdemir, Görgülü ve Çınar, 2008).

Psiko-sosyal sorunlar: Her birey dünyaya geldikten sonra, çevresinde bulunanlar ile karşılıklı bir hayat sürerken bu durum yaşlanma ile beraber bireylerin bakım gereksinimini ortaya çıkaran bir süreç haline gelir. Büyüme ile bağımsızlık elde eden bireylerin yaşlanınca yine birilerine bağımlı olmasıyla hayatının sonlanması arasındaki geçen zaman “toplumsal döngü” kavramını oluşturmaktadır. Yaşlılık döneminin içerisinde fiziksel sorunların yaşanmasıyla vücutta belirli azalmalar ortaya çıkar. Ortaya çıkan bu ve bunun

gibi durumların yaşlının psikolojik sağlığını etkilerken, bu uyum döneminin yaşlı açısından önemi inkar edilmemelidir (Karaali, 2017).

Yaşlılık dönemine giren bireylerin gençlik dönemleriyle kendilerini kıyaslaması ve bunun sonucunda olumsuz yargılara varması, kayıpların yaşanması, çocukların eğitim, iş ya da evlilik sonrasında evden ayrılmaları, uzun süren iş yaşamı ve aile sorunları sebebiyle yorgunluk, cinsel işlevlerde azalma, emeklilik dönemine giriş ve bununla birlikte gelirin azalması, kronik hastalıkların başlaması ve fiziksel hareket bağımsızlığının yitilmesiyle yaşlıların yaşam kalite düzeylerinde dalgalanmalar meydana gelmektedir. Bu dalgalanmalara uyum sağlamaya çalışırken yaşlı bireylerin zorlanmaları ve buna bağı psikolojik sorunlar yaşamaları görülebilmektedir.

Yaşlılık döneminde yaşanan toplumsal/sosyal problemler, sağlık alanındaki sorunlarından daha fazladır ve bu durum yaşanan diğer sorunların şiddetini arttırmaktadır (Danış, 2009).

Ekonomik sorunlar: Bireyler yaşlanma dönemi içerisine girdiklerinde daha az çalışmakta ya da emekli olmaktadır. Emeklilik sonrası yaşanan gelir düşüklüğü, hastalıkların başlaması, hayat şartlarının zorlaşması ve buna benzer problemlerin ortaya çıkmasıyla yaşlı bireyler ekonomik sorunlarla ve yoksullukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Yakınlarından, aile üyelerinden ya da başkalarından maddi destek alıyor olmak, yaşlı bireyleri olumsuz etkilemekte, buna bağı olarak psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlıların ailesinden, çocuklarından ya da yakınlarından herhangi bir destek görmemesi yetersizlik duygusunu ortaya çıkarmakta ve bireyin yaşam kalitesini pozitif yönde etkileyecek önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır (Çetin, 2019).

Günümüzde yaşlıların yaşadıkları problemler ülkeden ülkeye göre değişmekte ve dünya üzerindeki yaşlı sayısının giderek çoğalmasıyla, düşük kazanca sahip olma ve buna bağı yoksulluk riski tüm dünyada ortak bir sorun olarak gündeme gelmektedir. Yüksek refah seviyesine sahip ülkelerin aldığı önlemler bireylere yeterli kaynakları sağlayabilirken; düşük refah seviyesinde olan ülkelerdeki gelir dağılımındaki adaletsizlikler, yoksulluk problemine kesin bir çözüm bulunamaması, emekli maaşlarının düşük olması gibi etmenler, yaşlılık döneminde daha ağır yaşanan maddi problemler konunun ciddiyetini göstermekte ve değerlendirilme yapılmasını gerektirmektedir (Karadeniz ve Öztepe, 2013).

Uyum sorunu: Yaşlılık sürecinin her döneminde görülen farklılıklar, etkisine aldığı sosyal yaşamla beraber yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal, psikolojik, sosyal ve bilişsel anlamda bazı sorunlar yaşamasına ve yaşlılığın sosyal bir probleme dönüşmesine sebep olmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012; Kurt, Beyaztaş ve Erkol, 2010).

Toplum içerisindeki denge ve yardımlaşmayı olumsuz açıdan etkileyen faktörlerden birisi toplumsal hayata dahil olmayan ya da olamayan yaşlı bireylerdir (Kalınkara, 2016). Daha önceki yaşamında aktif olan bireylerin, yaşlanma ile birlikte rollerini ve statüsünü kaybetmesi sonucunda yaşlılar yalnızlaşma problemi yaşamaktadırlar (Kurt, 2008). Bu da yaşlının hem yakın çevresindekilerle hem de yaşadığı toplumla uyumunu bozmaktadır.

Çevresiyle ilişki kurmada güçlük geçen, spor ya da farklı bir faaliyette bulunma imkânı olmayan, sosyal organizasyonlara katılma olanağı bulunmayan yaşlılar, çevresindeki bireylerle yeni bağlar kuramamaktadır. Zaman içerisinde yakınlarını kaybeden yaşlılarda, ölümü kabullenmekte zorlananlar süreçten daha fazla etkilenmektedir. Arkadaşlarının ve yaşlılarının yaşlanması sonucunda, yaşın vermiş olduğu fiziksel yetersizlikleri olanlar sosyalleşme imkânı bulamamaktadır (Çetin, 2019).

Bakım ve barınma sorunu: Sanayileşen toplumlarda aileler giderek küçülmekte ve kalabalık hanelerde yaşama düşüncesi ortadan kalkmaktadır. Yeni düzende ailelerin yaşlısına kendi evinde bakım verme şansının kısıtlı olması ve kurum bakımının karşılanmasının pahalı olmasıyla, yaşlılık toplumsal bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Artan, 2012). Bakım sorunu, yaşlılıkta ortaya çıkan önemli sorunların başında gelmektedir.

Artan yaşlı sayısı ile birlikte görülen hastalıkların yayılma ihtimali artmış; yaşlı bireylerin yaşam kalitesi düşmüş ve yaşlıya bakım sağlama bir sorun haline gelmiştir. Yaşlıların süresi belli olmadan hastanede kalmasının maliyetli olduğu ve bireylerin psikolojik sağlığının bozulduğu görülmüştür. Bunun sonucunda bakım ve rehabilitasyon merkezi, huzurevi ve yaşlı merkezleri gibi kurumlar ortaya çıkmıştır. Ancak yaşlı bireylerin sosyal açıdan dışlanması, kendisini yalnız ve kimsesiz hissetmesi, belli bir kurumun koyduğu kurallara uyma zorunluluğundan rahatsızlık duymasıyla kurum bakımının yerine farklı seçenekler düşünülmüş, bu bağlamda evde bakım hizmetleri geliştirilmiştir (Çetin, 2019).

Günümüzde halen bazı yaşlılar ailesi ile hayatına devam etmektedir. Geleneksel toplum algısı ve beklentisi de bu yöndedir. Bu görüş, evindeki yaşlı için huzurevi bakımını tercih etmeyecek ailelerin dengelerinin bozulmasına, yaşlı bireyinde ruh sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir (Özdemir, 2017). Ülkemizde yaşlı bakımının, öncelikli olarak yaşlının ailesi tarafından karşılandığı bilinmektedir. Türkiye'nin gelenekçi düşünce ve toplum yapısı da yaşlının evinde ailesi/çocukları ile birlikte kalmasını öngörmektedir. İlerleyen teknoloji ile birlikte insanların ortalama yaşam süresinin uzamış, bunun neticesinde yaşlı nüfusun çoğalmıştır. Şehirleşme ve sanayileşme ile birlikte geleneksel aile içlerinde farklılıkların yaşanması, erkek egemen aile yapısından çekirdek aile yapısına geçişin yaşanması, zaman içerisinde kadınların daha çok iş yaşamına girmesi ve maddi kısıtlılıklar, yaşlısı olan aileler için bakım verme daha zor bir hale getirmiştir (Durgun ve Tümerdem, 1999;Karahan ve Güven, 2002).

1.1.3. Yaşlılıkta yaşam kalitesi

Genel tanımıyla yaşam kalitesi bireylerin fiziksel, bilişsel, duygusal, psikolojik ve sosyal refah düzeylerinin yüksek olmasını ifade eder (Baran,2008). DSÖ yaşam kalitesi kavramını “kişinin şahsi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve faydalarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması” şeklinde ifade etmiştir. Hoernquist yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, maddi, toplumsal ve yapısal alanda gereksinimlerin giderildiği bir dönem olarak ifade etmiştir. Szalai ise bu kavramı ‘bireyin hayatındaki iyi yönlerinin ve onu tatmin eden özelliklerinin değerlendirilmesi’ olduğunu söylemiştir.

Eser (2004)'e göre yaşam kalitesinin dört farklı boyutu bulunmaktadır:

- Kişisel alan (duygu ve düşünceler, inanç sistemi ve değerler, istekler, bireysel amaçlar, sorunlarla başa çıkma becerisi ve problem çözme becerisi vb.),
- Kişisel sosyal alan (aile durumu, eğitim, gelir ve iş düzeyi, toplumsal fırsatlar vb.),
- Fiziksel çevre alanı (hava, su kalitesi, fiziksel çevre ve güvenlik, tabiat örtüsü, çevre kirliliği vb.)
- Toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, eğitim ve sağlık hizmetleri, ulaşım olanakları, alışveriş vb.)

Yaşlıların yaşadıkları sağlık problemleri, sosyal uyumda güçlük, psikolojik sağlığını korumada zorluk çekmesi, var olan statüsünün değişerek ailede rol kaybı yaşaması ve bunların sonucunda da çeşitli sorunlar yaşaması, yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Yaşlılık dönemindeki algılamada zorlanma, kronik hastalıkların başlaması ve yaygınlığı, sürekli ilaç kullanımı, kaza sonucu ya da kendiliğinden felç geçirme, fiziksel ya da zihinsel yetersizlikler, ruh sağlığında bozulmaların sağlıkla alakalı risk faktörleri, yaşlı bireyin sağlığını ve bunun sonucunda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca yaşlı bireyin günlük rutinlerinde ve yaşamı hakkında aldığı kararlarında kimseye bağımlı olmamasının yaşam kalitesiyle doğrudan ilişkili faktörler olduğu belirtilmektedir (Çetin, 2019).

Yaşam kalitesini etkileyen genel faktörler ele alındığında,

Yaş: Yaş olgusu yaşlı bireyler açısından büyük önem taşımaktadır. Yaşlılık dönemi içinde olan bireyin, yaşam kalitesinin en çok düştüğü dönem olarak bilinmekte birlikte emeklilik, yalnızlık, hastalık ve sosyal katılımın azalması gibi süreçlerin yaşanmasıyla yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir.

Cinsiyet: Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak, kadın olma gelişmemiş ya da az gelişmiş ülkelerde, bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Özellikle, maddi özgürlüğü bulunmayan, eğitim düzeyi düşük olan kadınların, yaşam kaliteleri erkeklere göre hem sosyal hem de ekonomik alanda erkeklere göre daha düşüktür (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Medeni durum: Evli olmanın bireylere sosyal destek sağladığı, birileri ile birlikte yaşamının yaşam kalitesini yükselttiği görülmektedir. Bu duruma karşın hiç evlenmemiş ya da dul olan bireylerin dışlanma, yoksullukla karşı karşıya kalma ve depresyon riski ile karşılaşması durumu yaşam kalitesini azaltmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Eğitim: Yaşam kalitesini doğrudan etkileyen göstergelerden bir diğeri eğitimidir. Eğitim durumu bireyin gelişiminde, sahip olacağı işin niteliği ve buna bağlı olarak kazancı üzerinde doğrudan etkilidir.

Sağlık: Yüksek yaşam kalitesi düzeyine sahip olmak, görece iyi durumda olan sağlık standardına sahip olmayı gerekli kılmaktadır. İleri yaştaki yaşlılarda sağlık

durumunu yükseltmek ve korumak; günlük yaşamda birilerine bağımlı olmalarını engellemek ve hayata aktif şekilde katılımlarıyla ilişkili görünmektedir (Kalınkara, 2016).

Boş zaman etkinlikleri: Yaşlı bireyler için boş zaman etkinliklerinin “rahatlama, eğlenme ve geliştirme” olmak üzere üç amacı vardır. Bu amaçlar doğrultusunda, yapılacak uygulamalar yaşlıların yaşam kalitesinin artırılmasında önemli rol oynamaktadır. Kitap okuma, müzik dinleme, etkinliklere/toplantılara katılma, sinema ya da tiyatroya gitme, akran ve akraba ziyareti yapma, piknik, gezilere katılma gibi boş zaman etkinlikleri yaşam kalitesini arttırmaktadır. (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016)

Yaşlılık sürecinde meydana gelen yeteneklerle düşüş ve buna bağlı belirtilerle yaşlıların başa çıkması ve problemlerini çözerek hayatına devam etmesinin yaşam kalitesi sağlamada anahtar rol oynadığı söylenebilir. Yaşlı bireyin yaşadığı toplumla denge kurması, kendisini sevilen ve toplum tarafından onaylanan bir insan olarak görmesi, sağlıklı, mutlu, huzurlu, başarılı ve memnun bir yaşlılık dönemi geçirerek, yılların birikimini ve tecrübelerini genç nesillere aktararak, toplumsal yaşama destek sağlayabilmesi yaşlılıkta hedeflenen yaşam kalitesinin amaçlarıyla ilişkilidir (Danış, 2009).

Yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarındaki etkisinin eski dönemlere nazaran farklı hale geldiği bir süreçtir. Yaşlılık döneminde meydana gelen hastalık ve rahatsızlıklar bireylerin yaşamlarının her alanındaki işlevselliğini azaltmakta, yaşlı bireyin genel yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Hastalık durumu, rutin işlerde bağımsız olma, işlevsel kapasite, yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik ve medeni durum, çocuk sahibi olma ya da olmama, tek başına ya da birileri ile birlikte yaşama, faaliyetlere katılım gösterebilme, aile ve çevresi ile iletişimi, evde bakım ya da kurum bakım hizmeti alma, toplumsal statü ve roller yaşlılıkta yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Danış, 2009).

Yaşam kalitesinin diğer dönemlere göre en düşük hissedildiği dönem yaşlılık dönemidir. Bu dönem içerisinde geçmişte yaşanan olumsuzluklar, daha önceki kötü deneyimler ve başarısızlıklar, işlevsel bozukluklar, etkinliklere katılım göstermeme, fonksiyonel düşüş, fiziksel güçlerde zorlanma, uyku problemleri, düşme riski ve ruhsal problemler yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (Baş, 2019).

Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için risklerden korunma yolları ele alındığında,

- Bireyin yaşadığı topluma katılımının maksimum oranda sağlanması, yalnızlıktan kaçınma
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Sigara ve alkol kullanımının azaltılması ve önlenmesi
- Fiziksel aktivitelere katılım ve spor yapmaya teşvik
- Toplumsal katılım, kültürel faaliyetlere önem
- Kaza riskinin ortadan kaldırılması ve bilinçlenme
- Zamanına uygun ve gerekli ilaç kullanımı görülmektedir (Baş,2019).

Çalıştır ve ark. (2006) ise yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri siyasal, sosyal ve maddi olmak üzere üçe ayırmışlardır. Siyasal faktörler, bireyin sağlığının başlıca yaşam kalitesini etkilediği tezini onaylamaktadır. Süregelen hastalıklar, kaza, ameliyat ya da felç geçirme, fiziksel veya bilişsel yetersizlikler, psikolojik durumda bozulmalar yaşlı bireyin sağlığı ile beraber yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşlıların bedensel koşulları, fiziksel ve mental açıdan sınırlı olması, ekonomik açıdan yetersiz olması, aşırı yeme ya da hiç yememe problemleri, tek başına olma, bakım desteği alma zorunluluğu ve yaşlının istismarına (fiziksel, ekonomik, duygusal, cinsel, sosyal) yol açan faktörler yaşam kalitesini etkilemektedir. Emeklilikle beraber gelirin düşüklüğünün ya da hiç kazancı olmama gibi durumların yaşanması yaşam kalitesini etkileyen maddi problemler altında değerlendirilmektedir (Çetin,2019).

Çalıştır ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada, yaşın artmasıyla yaşam kalitesi azalmakta ve erkeklerin yaşam kalitesi algılarının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada iyi eğitim alma ve herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmanın yaşam kalitesini yükselttiği ifade edilmiştir. Yaşlılar arasında ekonomik durum iyileştikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir, tek başına yaşama durumunun yaşlının yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir.

Değirmenci Akal (2005) tarafından yaşlı bireyler arasında evde yaşayanlarla gerçekleştirdiği ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği araştırmada, yaş arttıkça bireylerin yaşam kalitesi puanlarının düştüğü ve kadınların erkeklere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulgularında yaşlıların kronik hastalıklarının sayısının artmasıyla da yaşam kalitelerinin düştüğü anlaşılmaktadır. Ortaya

ıkan diğ er bulgularda da, eğitim düzeyi yüksek olan, sosyal güvenceye ve yüksek gelire sahip yaşlıların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Risk faktörleri: Yaşam kalitesini etkileyen yapısal ve ruhsal faktörler dışında sosyal, kültürel ve maddi şartlarında yaşlı bireyler için önem arz ettiği bilinmektedir. Geçmiş yaşantısındaki deneyimlerini başkalarına aktarabilme ve yakınlarıyla, tanıdıkları, arkadaşları, akrabaları, komşuları ve toplumla bağ kurmada sorun yaşamayanların ruhsal sağlıkları daha iyi durumdadır. Ancak tek yaşayan, bedensel ve sosyal sağlığını yeterli görmeyenlerin içe kapanma ve toplumsal yalıtıma maruz kalma olasılığı daha fazladır. Öte yandan aylık geliri sadece emekli maaşına bağlı olanların, büyük harcama gerektiren sosyal ve kültürel aktivitelere katılabilmesi oldukça zordur (etin, 2019).

Yaşlılıkta yaşam kalitesi önceki gelişim dönemlerine göre farklılaşmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan süregelen hastalıklar, kaza, felç geçirme ve buna bağlı rahatsızlıklar yaşlının yaşamındaki etkinliklerini kısıtlayarak, yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır. Sağlık durumu, rutin işlerini kimseye muhtaç olmadan yerine getirme, fonksiyonel kapasite, yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik durum, medeni durum, tek başına ya da başkalarıyla birlikte yaşama, faaliyetlere katılımda bulunma, aile  yeleri ve çevreyle olan ilişkiler, oto kontrol sisteme sahip olma, evde bakım ya da kurum bakımı alma, sahip olunan sosyal roller ve statü yaşlılıkta yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörler olarak göze çarpmaktadır (Danış, 2009).

 zerdoğan,  . Yüksel, B. elik, M. Oymak, S. ve Bakar, C. (2018) tarafından Çanakkale’de 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında, kadınların, daha yaşlı olanların, kronik rahatsızlığı bulunanların, geçmişten pişmanlık duyanların, gelecekte beklenisiz olanların, maddi durumu kötülerin, günlük fiziksel aktivitelerinde birilerine bağımlı olanların ve tek başına yaşayan yaşlıların öncelikli olarak risk grubunda olduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmanın sonucu değerlendirildiğinde, bu risk faktörlerine sahip olan yaşlı bireylerin, yaşam kalitelerinin düşük olduğu yorumu yapılabilir.

Koruyucu faktörler:

- Sağlıklı olma (kronik hastalıkların yaşamı etkileyecek düzeyde olmaması ya da sağlıklı yaşlanmanın olması)
- Psikolojik halinin iyiliği

- Bağımsız hareket edebilme özgürlüğüne sahip olma
- Sosyal desteğin varlığı(aile, arkadaş, akraba ve komşu sistemleri)
- İletişim kurma becerisi(deneyimlerini aktarabilme, sorun çözme becerisi)
- Ekonomik güçlüğü bulunmama(yaşamı idame ettirecek kadar kazanca sahip olma)

1.1.4. Yaşlılıkta kaygı

Freud (1936) kaygıyı tehlike arz eden durumlar tepki verememe, etkili bir davranış gösterememe ve karşılık vermede bulunamama sonucu ruhsal yapıda bilinçsizce gelişen bir duygu olarak tanımlamıştır. Rogers'a (1959) göre ise kaygı, sebepsiz şekilde gerginlik ve huzursuzluk duyma halidir.

Kaygı bireyin yaşamını tehdit eden, ihtiyaçlarını karşılamasına engel olan, sosyal rol ve statüsünün saygınlığını yitirmesine yol açabilecek durumlar sonrasında ortaya çıkan bir duygudur. Fakat bireyler hemen her durumda, küçük problemlerde bile sürekli tedirginlik ve huzursuzluk yaşıyorlarsa kaygı bozuklukları görülmeye başlar. Yaşanan aşırı kaygı ve korku psikolojik ve fizyolojik sorunların yaşanmasına ve artmasına neden olur. Kişi problemlerini çözme de güçlük çektiğinde kaygı bozuklukları ortaya çıkar. Kaygı bozukluklarında panik bozukluklarda görüldüğü gibi kişinin alarma geçmesine, korku kadar şiddetli tepkiler vermesine neden olur (Şahin, 2019). Kimi araştırmalarda, kaygının depresyonla birlikte ifade edildiği görülür, depresyon da tıpkı kaygı durumunda ortaya çıkan umutsuzluk hali, iştahsızlık, derin üzüntü duyma, hareket edememe ya da bilinçli olarak hareketten kaçınma gibi belirtiler ortaya çıkabilir.

Yaşlılık dönemine giren bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bunların bir arada ortaya çıkması bilinmektedir. Hastalıkların başlaması ile sağlık durumunda bozulma, fiziksel hareket kısıtlaması, bağımsızlığı sağlamada zorlanma, gelir kaybı ve buna bağlı yoksulluk, yalnızlık, sosyal statünün değişmesi gibi etkenler yaşlıları ruhsal yönden olumsuz olarak etkilemektedir.

Psikososyal sorunlar ve buna bağlı ruhsal rahatsızlıklar bir bütün olarak yaşanmaktadır. Yaşlının psikososyal durumunu doğrudan etki altına alan faktörlerin yaşlının aylık kazancı, çocuk ve medeni durumu, yaşanan konut durumu, eğitim ve varsa engelliliğin derecesi ve türü, fiziksel şartları, hizmetlere ulaşımı, maddi yardıma gereksinim içinde olma gibi pek çok faktörün bir araya gelmesi bazı rahatsızlıkların

yaşanmasına neden olmaktadır (Yanardağ ve Şahin, 2019). Bireylerde yaşadıkları psikolojik sorunların şiddeti, olaylardan etkilenme düzeyleri gibi etmenlere bağlı olarak kaygı durumu ortaya çıkabilir.

Yaşlılarda hastalık derecesinde kaygının belirlenmesi ise değişen toplumsal, duygusal, sosyal, ruhsal ve fiziksel şartlarla ilgili olmaktadır. Bu süreçte eş ya da yakınlarından birinin ölmesi, hastalıklar ve fiziksel güç kaybı yaşama gibi problemler ortaya çıkmaktadır (Eroğlu ve ark, 2012). Dilbaz (2010) tarafından yapılan çalışmada, kaygı bozukluklarının araştırıldığında yaşlı bireylerde ortaya çıkma oranının %10-20 arasında ve bu oranın bunama hastalıklarının iki katı, kalıcı depresyonun ise 4-8 katı arasında ortaya çıktığını ifade etmiştir.

Yaşlılıkla birlikte biyolojik, sosyal ve psikolojik risklerin artması, yaşlıları daha zor durumlarla karşı karşıya bırakmaktadır. 65 yaş üstündeki bireylerle yapılan bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu bulunanların, 65 yaş altındaki aynı tanıyı almış hastalara göre daha şiddetli belirtilerle ruh sağlığı uzmanına başvurdukları görülmüştür (Eroğlu ve ark., 2012; Zubaroglu ve Şahin, 2019).

Artan yaşla birlikte kaygının duygusal, zihinsel ve davranışsal görünüşleri de farklılaşabilmektedir. Genç (18-30), orta yaş (31-59) ve yaşlı (60 ve üzeri) gruplarla yapılan bir araştırmada, genç ve yaşlıların depresyon ve pozitif duygularının farklılaştığı; gençlerin, yaşlılara göre daha çok suçluluk içeren ifadelerle kaygılarını belirttikleri bulgusuna ulaşılmıştır (Lawton, Kleban ve Dean, 1993).

Yaşlılarda kaygıya neden olan etmenler incelendiğinde;

- Olumsuz yaşam olayları (sevilen birinin vefat etmesi)
- Hastalıkların ortaya çıkması; fiziksel, zihinsel güç kaybı
- Emeklilik dönemine girmeye gelir seviyesinde düşme, yoksulluğun başlaması
- Sosyal destek verenlerin azlığı
- Yalnız yaşama nedeniyle beslenme ve barınmada yetersizlikler
- Ölüm korkusu

Yanardağ ve Şahin (2019) tarafından Burdur ilinde yaşlı bireylerde sürekli kaygı ve sürekli depresyon üzerine yapılan bir çalışmada; kadınların, emekliliği bulunmayanların,

sosyal yardım ve destek alanların, evlenmemiş bireylerin kaygı düzeyleri yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yine aynı araştırma sonuçlarına göre, engeli ya da rahatsızlığı bulunanların ve öğrenim durumu yetersiz olan bireylerin kaygı ve depresyon yaşama durumunun daha fazla görülebileceğini ifade etmiştir. Kırmızıoğlu ve ark. (2009), Türkiye'deki yaşlılarda kaygı bozukluğu görülme sıklığını inceledikleri çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bu çalışmada, Türkiye'deki yaşlılar arasında kaygı bozukluğunun yaygınlığı % 17,1 ve bu oranın yaşam boyu yaygınlığı da %18,6 olarak tespit edilmiştir (Akın, 2010).

Şenol (1989) yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkuları etkileyen etmenleri değerlendirildiği çalışmasında, örnekleme olan 120 yaşlıda, bireylerin ölümden kaygı duyduklarının ve bunun orta seviyede olduğunu; fakat 60–64 aralığındakilerin daha çok ölüm kaygısına sahip olduğu belirlenirken; daha yaşlı olanların 70 ve yukarı yaşlardaki diğerlerine göre daha düşük ölüm kaygısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bulguların yorumlanmasıyla yaşlılardaki ciddi bir sağlık sorunun olması, aylık kazanç ve cinsiyet etmenlerinin ölüm kaygı puanını etkilediği sonuçları bildirilmiştir.

Yukarıda ki araştırmalara göre, yaşlı bireylerde kaygı düzeyini belirleyen faktörlerin, en başta yaşlının sağlık durumu, çevresi ile olan ilişkileri, topluma sağlayabildiği uyum, ekonomik yönden bağımsız olması ve ihtiyaç duyduğu hizmetlere erişebilmesinin, kaygı düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Bireylerin yalnız olmaması, yakın çevresiyle birlikte ve kendisine sosyal destek veren yakınlarıyla beraber olması, var olan hastalıklarının tedavisinin düzenli yapılması ve bunu kontrol edecek sistemlerin ulaşılabilir olması, kişisel güvenliğinin sağlanması, maddi açıdan kimseye muhtaç olmaması, bağımsız hareket edebilmesi gibi olumlu faktörlere sahip olan yaşlıların kaygı düzeyinin düşük olduğu tahmin edilmektedir.

1.1.5. Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi ilişkisi

Yaşlılık döneminde sağlık sistemleri, sosyal fonksiyon sosyal yaşama aktif katılım, kişisel kontrol, karar verme, seçim yapma, kendini gerçekleştirme, sosyal destek, çevreyle kurulan ilişki ve iletişim süreçleri, bakım kalitesi, fiziksel çevre ve serbest zaman değerlendirme olanakları yaşlı bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde şekillendiren kavramların başında gelmektedir (Danış, 2009).

Yaşlılık döneminde, kaygıyı etkileyen etmenler üzerinde yukarıdaki bölümde detaylı şekilde durulmuştur. Bireyler, olumsuz yaşam olayları, düşük eğitim düzeyi ve

buna bağılı ekonomik yoksunluk, hastalıklara sahip olma, bağımsız hareket etme özgürlüğünün olmaması gibi olumsuz faktörlere sahip olduğunda, kaygı düzeyleri ve buna bağılı olarak yaşam kalitelerinde düşüklük ortaya çıkmaktadır.

Kavram olarak yaşam kalitesi, bireylerin kendi hayatlarından bekledikleri ile var olan koşullar arasındaki dengeyi göstermektedir. Yaşlılık dönemi, bireyin hareket kabiliyetinin kısıtlandığı, bu durumun bir sonucu olarak çevresine daha fazla bağımlı hale geldiği, psikolojik problemlerin daha sık yaşandığı ve bağımlılığın fazlaştığı bir devredir. Dolayısıyla yaş ile yaşam kalitesi arasında ters bir ilişki vardır (Türkoğlu ve Adıbelli, 2014).

Yaşam kalitesinin yükseltecek olan; bireyin sosyal çevresi ile ilişkisi, sağlık hizmetlerine erişimi, psikolojik iyilik halinin sağlanması ve devam ettirilmesi, boş zaman aktivitelerine zaman ayrılması gibi etmenlerin sağlanması, bireylerin kaygı düzeylerinde düşüşe neden olacaktır.

Souza ve ark. (2019)'nın yaptığı bir çalışmada, depresyon ve kaygı seviyeleri yüksek çıkanların, intihara meyilli bireyler olduklarını ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca çalışma sonucunda zihinsel, fiziksel ve sosyal bağımsızlığa sahip yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi yüksek çıkan yaşlıların, hem fiziksel sağlık hem de psikolojik sağlıklarının iyi durumda olduklarını ifade etmişlerdir.

1.1.6. Yaşlılara yönelik bakım hizmetleri

Yaşlı bakımında sadece sağlık hizmetleri değil, yaşlıya verilecek sosyal hizmetlerde önem taşımaktadır. Bu bağlamda yaşlılara yönelik hizmetler şu şekilde sıralanabilir;

Huzurevleri: Ekonomik güce sahip olmayan, kendine bakacak hiç kimsesi olmayan ve kendisine bakım verecek gücü de bulunmayanlara ücretsiz olarak, maddi gücü yerinde olan ama sosyal yoksunluk yaşayan yaşlılara ücreti karşılığında hizmet verilmektedir (Gürer ve ark, 2019).

Yaşlı kulüpleri ve yaşlı danışma merkezleri: Ailesi ile beraber ya da tek yaşayan 60 ve üzeri yaşlılara sağlık, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini gidermek için hizmet veren gündüzlü kurumlardır. Ayrıca bireyler merkezlerde psikolojik danışmanlık hizmetinden faydalanabilir, çeşitli konularda rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilir, farklı etkinlikler ve tıbbi sağlık destekleri gibi hizmetlerden de yararlanabilirler (Altay ve Emiroğlu, 2005).

Yaşlı dayanışma merkezleri: Yatılı bakıma gereksinimi duymayan, tek başına ya da ailesi ile birlikte yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini gidermek amacıyla kurulmuş yatılı hizmet vermeyen kuruluşlardır. Bu merkezlerde yaşlı bireylerin boş zamanlarını değerlendirmelerini sağlamak, çeşitli kurslara katılımını sağlamak, yaşam şartlarını geliştirmek ve iyileştirmek, danışmanlık vermek ve günlük aktivitelerini maksimum seviyede artırmak hedeflenmiştir (Altan ve Şişman, 2003).

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri: Günlük işlerini yapabilmek için başkasına gereksinim duyan yaşlıların gittiği merkezlerdir. Ruh sağlığı yerinde ve bulaşıcı bir hastalığı olmayan, yatağa bağımlı, engeli olan ve demansı bulunan yaşlıların bu merkezlerden yararlanmaları sağlanmaktadır. Ekonomik desteği olmayanların tedavileri devlet tarafından para almadan yapıp, tıbbi ihtiyaçları da ücretsiz giderilmektedir (Altan ve Şişman, 2003).

Evde bakım hizmeti: Fiziksel, sosyal, toplumsal ve psikolojik açıdan yardım ihtiyacı bulunanlara tedavi edici ve iyileştirici, koruyucu ve önleyici olarak sağlık ve sosyal hizmetlerin uzun süreli ve nitelikli biçimde kendi evlerinde hizmetlerin sunulmasıdır. İleri yaşta olan veya yatağa bağımlı bireylerin rehabilitasyonlarının sağlık kurumlarında değil, kişinin kendi evi ve aile ortamında yapılmasının hastanede yatış sürelerinin kısılmasını sağlarken, enfeksiyon risklerinin oluşmasına engel olmaktadır. Türkiye’de sayısı gittikçe artan yaşlı bireylerin ve yatağa bağımlı hastaların artışı sebebiyle evde bakım hizmetinin gerekli olmasına neden olmuştur. Dünya’da tarih öncesi zamanlarda, hastalara evde bakım hizmeti sağlanmakta ve son 50 yılda ABD’de başlamak üzere çok fazla yerde profesyonel evde bakım hizmeti verilmektedir. Son yüzyıl içerisinde ülkemizde 10 yıldır evde bakım hizmetlerinin değeri artmıştır (Hasgül, 2016).

1.2. Evde Bakım Hizmetleri ve Yaşlılık

Bu bölümde evde bakım hizmetlerinin tanımına, çeşitlerine, tarihçesine, dünyada ve Türkiye’de sunulan evde bakım hizmetlerine, Ankara Büyükşehir Belediyesinde sunulan evde bakım hizmetlerine, evde bakım hizmetlerinin yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi açısından önemine yer verilmiştir.

1.2.1. Evde bakım hizmetlerinin tanımı ve bileşenleri

En anlaşılır ifadeyle evde bakım hizmetleri ihtiyaç duyan bireylerin, bakım ihtiyaçlarının kendi evlerinde kalarak giderilmesidir. Bu hizmetler günlük işlere yardım,

fiziksel desteğe yardım, tıbbi tedavi ya da hemşirelik, süreğen hastalığı olan ya da sürecinde veya eksikliği bulunan kimselere kendi evlerinde sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler evde bakım alan hizmeti alan bireyin kendi evinde kalmasını tercih etmesine rağmen aile üyeleri ya da çevresindekiler tarafından nitelikli ve kolay bir şekilde verilemeyen bakım desteğini kapsamaktadır (Karahana ve Güven, 2002). DSÖ, evde bakımı formal ve informal bakım verenlerin hizmetleri ev ortamında sunması olarak belirtmiştir. Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005). 'ne göre ise evde bakım "Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması" olarak ifade edilmiştir. Ekici ve Özdemir (2003) ise evde bakımı, bireyin yaşamını direkt olarak etkileyen hastalıklarının, günlük yaşam etkinliklerine etkisinin minimuma indirilerek kısa zamanda en fazla görme becerisine, kişinin bağımsızlığını elde etmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasını hedef alan uzmanlar tarafından sunulan kapsamlı hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmıştır.

Evde bakım hizmetlerinde hedef ilk olarak bireyi yeniden sağlığına kavuşturmak, mevcut durumunu korumak ve yükseltmek için sağlık ve psikososyal hizmetleri kapsamlı şekilde vermektir. Bu hizmetler profesyonel olarak ya da aile bireyleri aracılığı ile bireyin evinde veya yaşadığı ortamda sunulur. Sunulan bu hizmetler, birey ve ailelerinin sağlık, sosyal ve bireysel ihtiyaçlarını günlük olarak giderebilmeyi amaçlayarak formal ya da informal bakım sağlayanlarla ile verilir. Formal bakım verenler evde sağlık bakımı ve diğer hizmetleri sunan ekipten oluşur. İnformal bakım verenler ise bireyin herhangi bir ücret vermediği aile üyeleri ya da yakınlarıdır. (Yılmaz ve ark., 2010; Karahana ve Güven, 2002).

Elevli (2012) evde bakım hizmetlerini şu şekilde ifade etmiştir:

- Hemşirelik hizmetleri, bireyin belirli aralıklarla uzman hemşirelerin sağlık kontrolüne tabii tutulmasını ve evinde aldığı sağlık hizmetlerini kapsar.
- Destek sağlık hizmetleri, fizik tedavi, el ve ayak bakımı, konuşma tedavisi ve terapisi gibi bireyin fiziksel bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olacak hizmetleri kapsar.
- Gündüz/gece bakımı, gereksinim halinde bireyin ihtiyaçlarına cevap verebilecek hizmetlerin bütünüdür.

- Kişisel bakımı sağlama, bireyin banyo yaptırılması, tırnakların ya da saçının kesilmesi, giyinmesine yardım edilmesi gibi rutin yaşam etkinliklerine yardımcı olan hizmetlerdir.
- Ev işlerine yardım, ev temizliği, ütü, yemek yapımı ve market ihtiyacının karşılanmasıyla birlikte fiziksel çevrenin güvenli hale gelmesini kapsar.
- Sosyal destek, alışveriş konusunda yardım edilmesi, sağlık randevularına ulaşımının sağlanması, faturaların ödenmesi, eş, akraba ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini gibi uygulamaları içermektedir.
- Gıda ve beslenme hizmeti, evlere yapılan yemek dağıtım hizmetlerini içermektedir.
- Son olarak danışmanlık hizmetleri ise bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile birlikte bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetleri içermektedir.

Evde bakım hizmeti sağlayan profesyonel ekip içerisinde doktor, hemşire, fizyoterapist, tıp teknisyeni, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve evde bakım personelleri yer almaktadır.

Evde bakım hizmetleri sınıflandırıldığında,

Birincisi; evde bakım, bireylere sadece sağlık hizmetlerinin verilmesini değil, eş zamanlı olarak gereksinimi bulunan sosyal hizmetleri de kapsamaktadır.

İkincisi; evde bakım, verilen süreye göre ayrışma göstermektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi gereksinimlerin giderilmesini kapsamaktadır ve hastalığın bitimi ile asıl hizmet iyileşme sürecinde verilir. Verilen hizmet süresi, en fazla 30 gündür. Daha uzun süreli verilen evde bakım hizmetlerinde tıbbi hizmetler yanında sosyal bakım ve destek hizmetlerini de içinde barındırmaktadır. Bu hizmette asıl amaç sosyal bakım vermektir ve en az altı ay bakıma gereksinim duyan bireyleri dahil etmektedir.

Sonuncusu ise; çeşitli meslek elemanlarının profesyonel olarak sağladıkları evde bakım ile bireye ailesinin sunduğu evde bakımdır (Yılmaz ve Şara, 2014; Oğlak, 2007).

1.2.2. Evde bakım hizmetlerinin tarihçesi

Evde bakım hizmetlerinin şu an ki konumuna gelmesi 1700’lü yıllarda manevi odaklı ev ziyaretlerine dayanmaktadır. Yapılan ziyaretler yoksul ve hasta bireylerle başlamış ve ilk olarak 1796 yılında Boston Dispanseri “hastalar konutlarından çıkmadan kendi evlerinde tedaviyle sağlığına kavuşabilirler” görüşü ile uygulamaya başlamıştır. Büyük devletlerin sundukları evde bakım hizmetleri ilk olarak 1898’de Los Angeles’ta yapılmıştır. Daha sonraki süreçlerde yapılan uygulamalar yaygınlaşmış ve evde bakım kavramının evrilmesine neden olmuştur. ABD’de 1950’li yıllardan itibaren ise psikiyatrik sosyal hizmet uygulanmaktadır. Sonrasında 1960’lı yıllara geldiğinde toplum ruh sağlığı bakış açısının ortaya çıkmasıyla evde bakım hizmetleri artmıştır. ABD’nin şu an ki durumda evde bakım hizmetleri önemli bir hizmet sektörü halindedir (Doğan, 2011).

Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetler olmak üzere iki ana boyutu vardır. Avrupa’da ki evde bakım hizmetleri uygulamalarında, bireylerin psikososyal sorunları ve sosyal hizmetler bileşenin üzerinde ABD’de olan uygulamaların aksine daha çok önem vermişlerdir. Başka bir Avrupa ülkesi olan Danimarka’da dünyadaki en kapsamlı ev ziyareti programı başlanılmış ve ilerleyen süreçler için uygulamalara örnek olmuştur. Dünyanın en kalabalık ülkesi olan Çin, verdiği evde bakım hizmetlerini informal bireyler aracılığı ile yaşlılara sunmuştur. Bu uygulamanın yapılması, ülkenin toplumsal örüntüsü ve dinamiklerinden kaynaklanmaktadır. Evde bakım hizmeti verenler bireyler, ailenin çevresi içinde evde sağlık hizmetini sunmak için eğitim almış kişilerdir. için. (Yılmaz ve ark, 2010).

Evde sağlık hizmetlerinin sosyal hizmet uzmanlarıyla birlikte gerçekleştirilmesi İkinci Dünya Savaşı sırasında ve sonraki süreçlerde yapılan ev ziyaretlerine dayanmaktadır. ABD’de savaş sonrasındaki kayıplarla hastanelerdeki sağlık çalışanlarının sayısı azalmış ve bunun sonucu olarak hastalar evde tedavi görmeye başlamışlardır. Hizmetlerin niteliği ve özellikleri gelişerek şimdiki haline gelebilmesine ortam hazırlamıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

Ev ziyaretlerinin dünyada çok önce başlaması ile evde bakım hizmeti kavramı önem kaydetmiştir. Hizmetin yayılıp sayılarının artmasının hizmetlere olan gereksinimin yanında, hastane yatışlarının gelişmiş ülkelerin ekonomik sorunu haline geldiği ve bireylerin yaşadıkları toplum içinde bakım almasına neden olmuştur (Yılmaz ve ark. 2010).

Yaşlı bireyler evde bakım hizmetlerine en çok ihtiyacı olan dezavantajlı gruptur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en hızlı gelişim gösteren ülke olan ABD’de evde bakım hizmetinden yararlananların çoğunlukla 65 ve üstü yaş grubundaki bireylerden oluştuğu ifade edilmektedir (Fadıloğlu, 2013).

1.2.3. Evde bakım hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları

Evde bakım hizmetlerinin avantajları şu şekilde sıralanabilir:

- Yaşlı bireyler gereksinim duydukları anda profesyonel sağlık ekibi tarafından aile üyeleri ile birlikte kendileri ev ortamlarında sağlık hizmetine ulaşabilmektedir.
- Ailenin ve bilinen çevrenin olması, evde bakım hizmetini yaşlı için çekici hale getirir.
- Evde bakım hizmetinde yaşlılar kendilerini daha rahat ve özgür hissetmektedir.
- Evde bakım hizmeti alan yaşlıların kendi kurallarına ve sınırlarına değer verilir.
- Kurum bakımı alan ya da hastanede olan yaşlı bireyler için her zaman enfeksiyon kapma riski varken, evde bakım hizmetlerinde bu risk daha azdır.
- Evde bakım hizmetlerinin maliyeti, diğer hizmetlere göre oldukça düşüktür.
- Evde bakım hizmeti, evlerinden çıkamayan ya da hizmetlere ihtiyaç duyan yaşlılara ulaşmada önemli bir rol oynamaktadır.
- Kendi yaşadığı ortamda yaşlının ailesiyle daha çok zaman geçirip daha fazla aktivitede bulunması ve çevresiyle olan iletişimi, sağlık problemlerinin düzelmesinde etki olabilir.
- Evde bakım hizmetleri, gereksiz hastane kullanımının önüne geçmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları:

- Evde bakım hizmetlerinin içinde verilen grupların hasta kişiler ya da yaşlı bireyler olmasından dolayı bir çok riski barındırmaktadır. Bu bağlamda hizmetler, nitelikli bir eğitimi, düzenli takibi ve denetim yapılmasını mecbur kılar.

- Evde bakım hizmeti verecek olan bakım personelinin, farklı bir ortamda bakım verecek olması verimliliği azaltabilir. Personeller, hasta ve ailesi arasında etkili bir etkileşim kurulamayabilirler.
- Evde bakım hizmeti alan yaşlı ve ailesi, özel yaşamlarına müdahale ediliyormuş duygusuna kapılabilirler.
- Yaşlısına informal hizmet veren bireyleri yaşlıyı giydirme, yemek ve temizlik yapma, banyo yaptırma, yaşlıyı kaldırma, çamaşır yıkama ve ütü yapma, ilaç takibi gibi günlük rutin işler ve bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu da bireyler üzerinde baskıya sebep olur.
- Yakınları aracılığı ile bakım alan yaşlıların, bakım alan konumunda olmaları ve hareketlerinin kısıtlı olması nedenleriyle psikolojik sağlıkları olumsuz etkilenebilir.
- Sağlık hizmeti alan yatağa bağımlı yaşlılarda evde bakım elemanının sürekli evde bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

1.2.4. Dünya’da sunulan evde bakım hizmetleri

Koçer ve Uysal (2008) Dünya’da yer alan sağlık hizmetlerini şu şekilde sıralamışlardır;

Hospiz hizmetleri (HospiceCare), ölümü beklenen yaşlıların, huzurlu ve onurlu bir ölüm sağlaması amacıyla kurulan kuruluşlardır. Bu kuruluşlar yaşlının ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin yanında, aynı zamanda yaşlının ailesi ya da ona bakım veren yakınlarını ölüm sürecine hazırlar ve onlara bilgiler verir.

Sub-akut bakım hizmetleri, yaşlıya kısa süreli tıbbi destek sağlayan kuruluşlardır. Bireylere hastalıklarının tedavisiyle birlikte rehabilitasyon hizmeti de sağlanır. Genel amaç, yaşlı bireyin kısa sürede tedavisini tamamlayıp eve dönmesidir.

Gündüz bakım merkezleri (DayCenters) bu merkezlerde genel amaç, yaşlının kendi kendine yetebilecek beceriler kazanması, bağımsız ve güçlü olması, kendisine olan saygısını arttırması ve iyilik halinin sağlanmasıdır. Gündüz bakım merkezleri; sosyal destek sağlayanlar, tedavi edici ve sağlık bakımı verenler ile demans tanısı alan yaşlılara sağlık ve sosyal hizmetler verilenler olmak üzere üçe ayrılır. Genel olarak bu merkezler,

sağlık hizmeti, sosyal destek, sorun çözme, boş zaman değerlendirme, hukuk ve mali danışmanlık yapma ve kişisel bakım gibi konularda bireylere yardım etmeyi amaçlar.

Yaşlı konuk evleri (ShelteredHousing / RetirementHousing), tek başına kalamayacak durumda olan yaşlılara verilen hizmet türüdür. Yaşlı konuk evlerinde, yaşlının yaşayacağı yer onun ihtiyacına göre düzenlenmiş, küçük bloklar halinde inşa edilen yapılardan oluşmaktadır. Bu kurumda yaşlılar, kendilerine ait odalarda, mutfak , banyo, sosyal alan gibi imkanlara sahiptirler.

Evde yardım hizmeti (Home Help Service), yaşlıların kendi evinde bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürmesini sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak için verilen hizmetlerin tümüdür. Bu hizmetler, ev temizliği, günlük ihtiyaçların karşılanması, bakım-onarım, alışveriş ve yemek yapma ve psikososyal destek hizmetleridir. Bunların dışında yaşlıya sıcak yemek götürme hizmetini de kapsamaktadır.

Eve yardımcı sağlama hizmeti (Home Attendant Service), ihtiyaç sahibi yaşlıya, banyo, temizlik, alışveriş, ev işleri ve yemek hazırlama ile görevli bir yardımcı eleman sağlayan hizmet türüdür.

Görüldüğü üzere, Türkiye’de olduğu gibi diğer ülkelerde de yaşlı bakımında tercih edilen çoğu uygulama, yaşlının kendi ev ortamında kalarak evde bakım hizmeti almasını sağlayan hizmetlerdir. Evde bakım hizmetlerinin çeşitli şekillerde uygulandığı ve giderek yaygın hale geldiği yukarıdaki bilgiler ışığında belirtilebilir. Günümüzde Almanya, Kanada, İngiltere, İspanya, Belçika, Lüksemburg, Japonya Suudi Arabistan Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Fransa, Yunanistan, Endonezya ve Hollanda gibi dünyanın farklı yerlerinde evde bakım hizmetleri verilmektedir (Akdemir, 2003).

1.2.5. Türkiye’de sunulan evde bakım hizmetleri

Türkiye’de uygulanan yaşlı hizmet programları dünyadaki uygulamalar kadar kapsamlı sayılmasa da bu uygulamalar huzur evleri, yaşlı bakım merkezleri, yaşlı danışma merkezleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı dayanışma merkezleri aracılığıyla bireylere sunulmaktadır.

Türkiye’de evde bakım çalışmaları ilk olarak özel sektörler aracılığı ile faaliyete geçmiştir. Şu an günümüzde verilen evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler ağırlıklı olarak; kamu hastanelerinin evde bakım birimleri, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri tarafından yürütülmektedir (Pınar, 2010).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulamaya geçmiştir. Ülkemizde evde bakım hizmetleri için en önemli adım 2004 yılında kamu hastaneleri tarafından evde bakım hizmetleri başlatılmıştır. Uygulamayı ilk kez yapan Balıkesir Devlet Hastanesi, evde bakım hizmetlerini yatağa bağımlı olan hastalar için ev ziyaretleriyle başlatmıştır (Altuntaş ve ark, 2010).

T.C Sağlık Bakanlığı, evde bakım hizmetlerinin sunumu ile ilgili yaptığı düzenlemelerde evde bakım kavramını kullanmış, daha sonraki süreçlerde evde sağlık terimini kullanmaya başlamıştır (Resmi Gazete, 2013). Evde bakım hizmetlerini yürüten diğer bir kurum olan, kavram olarak evde bakım terimini kullanmıştır (Aslan ve ark, 2018). T.C Sağlık Bakanlığına bağlı olarak yürütülen evde sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri ve ADSM bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri aracılığıyla sunulur. T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ise evde bakım hizmetlerini, sosyal yardımlar adı altında bireylere maddi destek olarak sağlamaktadır.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin sunumlarına yönelik yapılan yasal düzenlemeler:

- 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri sunumu hakkında Yönetmelik
- 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı ile yazı yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
- 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı yazı ile Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yer almaktadır (Bilge ve ark, 2014).

1.2.6. Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin yaşlı bireylere sunduğu evde bakım hizmetleri

Ankara Büyükşehir Belediyesinde evde bakım hizmetleri, 5 Eylül 1994 tarihinde hizmete açılan Yaşlılar Hizmet Merkezi tarafından vermektedir. Evde bakım hizmetlerinin amacı yaşlıların kendi evlerinde kalarak destek almasını, güçlenmesini ve topluma katılımını sağlamaktır.

Yaşlılar Hizmet Merkezi'nin hedefleri, yaşlıların günlük rutinlerini yapmalarında yardımcı olmak, bireylerin ihtiyaçlarını tespit etmek ve hizmete yönlendirmek, bireylere sağlıklı bir yaşlılık dönemi geçirmelerine katkıda bulunmaktadır. Bu hizmetler incelendiğinde;

Sosyal hizmetler, birimde sağlanan sosyal hizmetler, sosyal hizmet uzmanlarının verdiği hizmetleri kapsamaktadır:

- Başvuru yapan yaşlıların sosyal hizmet uzmanları tarafından incelemesinin yapılması,
- Yaşlılara yönelik hizmetlerin düzenlenmesi ve organizasyonların gerçekleştirilmesi,
- Yaşlıların isteklerine uygun geziler, kamplar ve faaliyetlerin yapılması.

Psikolojik destek hizmeti, psikologların evde bakım hizmeti alan yaşlılara stresle baş etme, sorun çözme, öfke kontrolü, uyum sorunları, iletişim problemleri ve aile çatışmaları gibi konularda verdikleri hizmetleri kapsar. İhtiyaç durumda ve üyelerden talep halinde grup çalışmaları yapılır. Daha ciddi ruhsal sorunu problemleri olanların tedavi için ilgili kuruma yönlendirilmesi sağlanır.

Rehberlik ve danışmanlık hizmetleri ise merkezde çalışan psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının, yaşlı bireylere sağlık, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarının belirlenmesine ve çözümünün sağlanmasına, ihtiyaçların değerlendirilmesine, ilgili konularda bilgilendirme çalışması yapılmasına ve gerekli durumlarda başka kurumlarla çalışılmasını kapsamaktadır.

Evde bakım hizmetleri, Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından yaşlı bireylere evde sağlık ve psikosoyal destek olmak üzere evde bakım hizmetlerinin iki bileşenini içeren hizmetler verilmektedir. Hizmetlerden yararlanmak için bireylerin Yaşlı Hizmet Merkezine şahsen başvuru yapmaları gerekmektedir. Yapılan başvurular merkezde çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından değerlendirilip dikkate alınmaktadır. Yapılan değerlendirme sonrasında haftada 2 ya da 3 kez olmakla birlikte evde bakım hizmeti, personeller tarafından verilmektedir. Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetleri içerisinde, doktor ve hemşire kontrolleri, fizik tedavi uzmanı, diyetisyen ziyaretleri ve ücretsiz ambulans hizmeti olmak üzere verilmektedir. Psikososyal hizmetler içerisinde de, temizlik hizmeti, berber hizmeti, bakım ve onarım tamirat hizmeti, günlük işlere yardım, yemek

yapımı ve sıcak yemek hizmetleri, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının evde yaptığı görüşmeleri kapsamaktadır.

Yaşlı Hizmet Merkezin evde bakım hizmetlerinin başvuru şartları:

Evde bakım hizmetinden yararlanmak isteyen 60 yaş ve üzeri tüm bireyler Yaşlı Hizmet Merkezi'ne bireysel olarak başvuruda bulunabilir. Başvurusu alınan yaşlının evine sosyal hizmet uzmanları tarafından gerçekleştirilen ev ziyareti sonrasında birey hakkında inceleme raporu tutulur ve durumu uygun halde hizmetten yararlanması sağlanır.

Bu hizmetler;

- Ev temizliği ve düzenleme
- Evde sağlık ve ücretsiz ambulans hizmeti
- Psiko-sosyal destek hizmetleri.
- Yemek yapımı, yaşlının banyo yapımına yardım, tırnak kesimi vb.
- Danışma ve dayanışma hizmetleri.
- Evde bakım ve onarım hizmeti (basit bakım onarım)
- Yardıma muhtaç yaşlılara destek hizmetleri (bakıma ve yardıma muhtaç bireylerin sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirilmesiyle tespit edilen gereksinimlerinin merkez aracılığıyla giderilmesi.

1.2.7. Yaşlı bireyler için evde bakım hizmetinin önemi

Günümüzde sürekli artan nüfus, kişi sayısına bağlı olarak hastane hizmetlerinin yetersiz kalması, uzun zaman hastane bakımı alanların yarattığı ekonomik yükler, sonraki süreçlerde tedavi alan bireylerde fiziksel, sağlık, psikolojik ve sosyal sorunlar görülebilmektedir. Bununla birlikte yaşlıların kendi evlerinde hizmet erişmek istedikleri söz konusudur. Bu doğrultuda kurumda verilen hizmetlerin, bireylere kendi konutlarında da sağlanabileceği gündeme gelmiştir (Yaşar, 2009).

Evde bakım enfeksiyon riskini azaltma, iyileştirmeyi hızlandırma, kuruma tekrar yatışları ve stresi azaltma, yaşam süresini uzatma, hastane sirkülasyonunu arttırma, bireye bağımsızlık ve özgürlük kazandırma, aile bütünlüğünü koruma, kişiye özel hizmet sunma, kurum hizmetinden sonra kesintisiz hizmet sunma, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırma gibi bir çok yararları bulunmaktadır. Ayrıca bireyin tanıdık çevresinde

hayatını devam ettirmesi, bildiği gibi etkinlikleri yapması ve bakımla ilgilenen formal hizmet verenlerin eğitim almasının yanında diğer hizmetlere göre ücreti daha makul karşılanan bir hizmettir (Akdemir, 2003).

Evde bakım hizmeti alan yaşlılarla ilgili çalışmalar incelendiğinde, Gölgeçen (1998) tarafından yapılan araştırmada; yaşlı bireylerin %6,5'inin tek başına banyo yapamadığı, %2,8'inin yardım olmadan giyinemediği, %1,4'ünün tuvalete yalnız gidemediği ve %8.5'inin altına yaptığını %35.9'unun alışveriş yaparken zorladığı, %44'ünün kendi yemeğini hazırlayamadığı, %20.3'ünün ev işlerini gerçekleştiremediği, %25.4'ünün çamaşırlarını yıkayamadığı ve %25.4'ünün ilaçlarını doğru şekilde ve zamanında sonucuna ulaşılmıştır. Bulgulara bakıldığında evde bakım hizmetlerinin günlük rutin işlerini yapamayan, uzun süreli sağlık bakım ihtiyacı içerisinde olan hastaların evde sağlık hizmeti almaları gerekmektedir. Tıbbi bakımının ve iyileşmesinin evde karşılanması sonucunda yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artacağı beklenmektedir. Bekaroğlu (1990)'nın yaptığı araştırmada, Trabzon'da evlerde kalan yaşlıların % 66.6'sının ailesi, çocukları ya da çocuklarıyla birlikte onların aileleri ile % 21.6'sının karısı/kocası ile, % 8'inin tek başına ve % 4.6'sının yakınlarıyla oturduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonucu değerlendirildiğinde, yaşlı bireyler çoğunlukla evde kalmayı tercih etmektedirler. Aksayan ve Çimete (1998) çalışmalarında yaşlı bireylerin yarısından fazlasının kendi evinde bakım hizmetini almayı istediklerini ve evde bakımı hizmetini alırken de aileleri ile birlikte olmayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Baran ve ark. (2005) yaptıkları araştırmalarında, yaşlıya evde bakım sağlayanların bireyin aile üyeleri olduğu, % 69,5'luk kesimin yaşlıya bakım vereninin çocuklarından birisinin olması gerektiğini ifade ederken, yaşlısına belirli bir ücret karşılığında ya da kurum bakımı almasını düşünenlerin sayısı azdır. Ek olarak çalışmaya katılanlardan % 93,8'lik kısım çocuklarının yanlarında olmasından hoşnut olduklarını söylemişlerdir. Görüldüğü gibi bu örnekte de yaşlılar kendi evlerinde kalmayı ve yakınlarıyla birlikte olmayı tercih etmektedirler.

Evde bakım hizmetlerinde yaşlılık sürecinde olan bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıkları, muhtaç durumda olmama, sosyal katılım, kişilerarası iletişim ve ilişkiler, sorunlarla başa çıkma ve gelişim özelliklerinin pozitif durumların yaşanmasına neden olmaktadır. Ek olarak evde bakım aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin kendi evi ve ortamında yaşamını sürdürebilmesine, kendini ispatlamasına yardımcı

olur (Bilge ve ark, 2014). Yaşlının kendi evinde temel ihtiyaçlarının yanında sosyal ve duygusal gereksinimlerinin de giderilmesi, ailesi ya da yakınları ile birlikte olması ve ihtiyaç duyduğu hizmetlerin yalnız ona özel sunulması, yaşlının iyilik halinin sağlanmasında ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli rol oynamaktadır.

1.2.8. Evde bakım hizmetlerinin yaşlıların yaşam kalitesi için önemi

2. Dünya Savaşı'ndan bu yana dünyada hızla artış gösteren yaşlı bireylerin sayısı, kendine has gereklilikleri ve isteklerinin oluşmasına ortam hazırlamıştır. Bu doğrultuda yaşlı popülasyona verilen hizmetlerde, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması hedeflenerek kapsayıcı bir anlayış ortaya çıkarmıştır (Çetin, 2019).

Yaşlı bireylere nitelikli sağlık hizmetinin verilmesi için, bakım hakkında verilen kararlarda yaşlı bireyin söz sahibi olması, yaşlı sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların iyileştirilmesi, engelliliğin düşürülmesi ve bireylerin kendi evlerinde hizmetlere ulaşımını sağlamak bir gereklilik haline gelmiştir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmede yapılacak en önemli adımlardan biride bireylerin ve ailelerinin formal ve informal şekillerde evde sağlık hizmetinden yararlanmalarına yardımcı olmaktır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Evde bakım hizmetlerinin neler olduğu ve yaşlıların hangi ihtiyaçlarını karşıladığı yukarıdaki bölümlerde ifade edilmiştir. Yaşlı bireyin, öncelikli olarak kendi ev ortamında bakım hizmeti alıyor olması, ihtiyaçlarının karşılanmasının yanında bireyi kendi çevresi içinde değerlendirilmesini kolaylaştıracak bu da yapılacak müdahalelerin kolaylaşmasını sağlayacaktır. Evde olan yaşlının sağlık durumunun ve aldığı ilaçların takibinin sağlık personeli tarafından yapılıyor olması, beslenme ve temizlik hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması, güvenliğinin sağlanması gibi hizmetler, yaşlının iyilik halini sağlayacak ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesini yükseltecektir. Sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek elemanları tarafından sağlanan psikolojik destek, bireyin sorunlarını çözmesine yardım ve başa çıkma becerilerinin geliştirerek, bireyi güçlendirecek; iyilik halinin sağlanmasına ve devam ettirmesine katkıda bulunacaktır. Özetle, evde bakım hizmetleri yaşlının ihtiyacına cevap verecek birçok hizmeti kapsamakta ve hizmetlerin geliştirilmesiyle yaşlıların yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir.

1.2.9. Evde bakım hizmetlerinin yaşlıların kaygı düzeyi üzerindeki etkisi

Oğlak (2007) uzun süreli evde bakım hizmetlerinin amacını bakım alma zorunluluğu bulunan süregen hastalığı olanların, yaşlı bireylerin ve engellilerin sağlıklarını korumak, bakım hizmetlerine ihtiyaç durumunu azaltmak, bireylere eğitim becerileri verilerek bağımsız olarak hayatlarını devam ettirmelerini sağlamak ve onlara nitelikli hizmetler sunmaktır. Buna göre, yaşlıların iyi hizmetlere erişiminin sağlanmasıyla gereksinimleri giderilip; kaygı düzeylerinde düşüklüğe, bunun yanında yaşam kalitelerinin de artmasına neden olacaktır.

Yapılan çalışmalara göre, yaşlı bireyler kendi evlerinde ve yakınlarıyla beraber kalmak istemektedirler. Evde bakım hizmetlerinde yaşlıya sosyal destek verenlerin yaşlının yakınında olarak, profesyonel ekiple birlikte bireyin gereksinim duyduğu beslenme, güvenlik, psikolojik destek gibi hizmetlerin yaşlının ihtiyacına göre verilmesi esastır.

Yaşlılık döneminde kaygıya neden olan etmenler olumsuz yaşam olayları, sosyal destek verenlerin olmaması ya da az olması, iletişim eksikliği, bozulan sağlık durumları, bağımsız hareket edebilme yetisinin kısıtlanması ve ekonomik yetersizlikler olarak ifade edilmiştir. Evde bakım hizmetlerinden faydalanan yaşlı bireyler, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmakta ve ilaç takipleri sağlık ekibi tarafından yapılmaktadır. Ayrıca yaşlının temizlik, beslenme, alışveriş gibi günlük ihtiyaçları karşılanmakta; kendisine meslek elemanları tarafından verilen psikosozal destekler ile birlikte toplumsal yaşama katılımı daha fazla sağlanmaktadır. Buna göre evde bakım hizmetlerinde gelişim sağlanması ve müracaatçıların ihtiyacına göre uygulamaların düzenlenmesi; bireyin kaygısını azaltacak ve iyilik halinin devamını sağlayacaktır.

1.3. Evde Bakım ve Sosyal Hizmet

Geleneksel kalabalık ailelerden daha küçük ailelere dönüşle, bireylerin ve özellikle yaşlı olanların bakım verecek kimselerinin olmamasıyla yalnızlaşması, bakım sorunu başta olmak üzere sosyal destek ve korunma gereksinimlerinin oluştuğu belirlenmiştir (Çetin, 2019). Bu durumun sonucunda sosyal hizmetlere olan talep artmıştır.

Gerontolojik sosyal hizmet yaşlı refahı sağlamak ve yaşlının yaşam kalitesini yükseltecek uygulamaların bütünü olarak görülmektedir. Çok yaşlı bireylerdeki iyilik halini engelleyen fiziksel, psikososyal, ailesel, kültürel, etnik, örgütsel ve toplumsal

durumların ortaya çıkmasını ve çıkan durumların çözümünün sağlanması gerontolojik sosyal hizmet kapsamındadır (Duyan, 2000;Onat, 2003).

Evde bakım hizmetlerini sağlayan profesyonel ekibin içinde yer alan sosyal hizmet uzmanları, hizmetlerde önemli derecede rol oynarlar. Hizmet sunumunda sosyal hizmet uzmanının işlevleri:

- Hasta ve ailesinin uyumuna olumlu ve olumsuz etki eden duygusal ekonomik, sosyal ve çevresel etmenleri araştırmak,
- Hasta ve ailenin koyduğu hedefler için vaka planı geliştirmek,
- Danışmanlık hizmeti vermek,
- Hastalara ve ailelere tıbbi durumlarıyla ilgili danışmanlık vermek, destek sağlamak ve bilgilendirmek,
- Hastanın gereksinim duyduğu kaynaklarını bilmek ve sağlamak,
- Algılama güçlüğü olan ya da engeli nedeniyle risk altında olanlara ihtiyaç duyduğu hizmetlere ve sistemlere ulaşımını sağlamak
- Hak savunuculuğu yapmak
- Diğer meslek elemanlarıyla koordine halinde çalışmak, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Tedavi bitimindeki süreci aile ve hasta ile birlikte planlamak (NASW, 1995).

Evde yaşayan yaşlıların durumlarını, kişisel özelliklerini, sorunlarını ve ihtiyaçlarını bilmek, yapılacak olan mesleki müdahaleleri kolay hale getirmektedir. Yaşlı bireyler rutin işlerini yapmada güçlük çekmekte, sağlık, sosyal ve ekonomik sorunlarla baş etmekte, randevulara gitmek, alışveriş, ev temizliği ve ütü yapmak, yemek yapmak ve ulaşımında bir çok problemle karşı karşıya kalmaktadırlar. Yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, iş durumu ve çevresinde kimlerle beraber yaşadığı gibi faktörler yaşlıların yaşadıkları sorunları şekillendirmektedir. Bu nedenle; yaşlı refahını sağlamak için öncelikli olarak yaşlının yaşamında var olan noktalara odaklanılması ve sorun olan yerlere müdahalede bulunulması gerekmektedir (Danış, 2006;Çavuş, 2013).

Evde bakım hizmetleri, sağlık ve sosyal hizmetler alan yaşlı ve ailesine, kendi ev ortamında koruyucu önleyici ve tedavi edici işlemlerin profesyonel bir ekip tarafından

sunulmasını içerir. Evde bakımda, hizmeti alan kişinin günlük yaşamını etkileyen sağlık halinin, bireye etkisinin minimuma indirmeyi amaçlar. Bu bağlamda en az zamanda, hastaya en çok fayda sağlayan uygulamalara, bireyin bağımsızlığına yeniden ulaşmasını sağlamak ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi esastır (Akdemir ve ark, 2011).

Evde bakım hizmetinin sadece yaşlının temel ihtiyaçlarının giderildiği bir hizmet olarak değil; yaşlı bireyin yaşam kalitesini yükseltecek olan uygulamaları da kapsadığı unutulmamalıdır.

Aktaş (2015), yaşlılarla yapılan sosyal çalışmalarda sosyal hizmet uzmanları açısından önemli olan bulguları şu şekilde sıralamıştır:

- 1) Sosyal hizmet mesleğinin üçlü saç ayağı olan bilgi beceri değer sisteminde çalışılması,
- 2) Kişinin olumlu özelliklerine odaklanması ve takdir edilmesi,
- 3) Bireyi ve çevresi içinde ele almak, müracaatçıların kendi sorununu en iyi bileninin kendisi olduğunun onaylanması
- 4) Müracaatçının güçlerine odaklanması ve teşvik edilmesi

Sosyal hizmet mesleği dezavantajlı grupların, bireylerin haklarını aramalarına yardımcı olmak, onların refah seviyelerini ve yaşam kalitelerini yükseltmek, toplumsal ve kamusal alanda bireylere danışmanlık etmek ve kişilerin iyilik halini sağlamak ve devam ettirmek gibi görevleri amaçlayan, çok disiplinli ve uygulamalı bir bilim dalıdır.

Evde bakım hizmetleri; sağlık ve sosyal hizmetlerinin iç içe geçtiği, profesyonel ekip üyelerinin işbirliği içinde, paylaşıma ve sürekli değerlendirmeye açık halde çalışarak, koruyucu, önleyici ve rehabilite edici hizmetler bütünüdür. Bakım gereksinimi içinde olan birey ve ailesinin sosyal, duygusal, fiziksel, ekonomik ve çevresel tüm faktörleri ile beraber ele alınmasını zorunlu hale getirdiğinden, ekip çalışmasını sağlamaktadır (Fadıloğlu, 2004). Evde bakım hizmeti alan bireylerin, verilen hizmetlerden en çok verimi almasını sağlamak, bunun sonucunda yaşam kalitesini arttırmak temel hedeflerden biridir. Bu duruma ek olarak hizmet veren informal bakıcıların ruhsal, sosyal ve ekonomik problemlerinin ortadan kaldırılması sosyal çalışmacının temel görevleri arasındadır (Karataş, 2017).

Evde bakım hizmetlerinin sunumunda, sosyal hizmet uzmanları yaşlı refahı için çalışmak, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin yükseltmek, bireyin toplumsal yaşama katılımını üst düzeyde sağlamak ve bağımsızlıklarını desteklemek için toplum temelli hizmet anlayışı ile çalışmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, evde bakım hizmetinden yararlanan müracaatçıyı düzenli şekilde takip etmeli, bireyin ihtiyaç duyduğu sosyal, sağlık ve güvenlik sistemlerine erişimini sağlamalı, ‘çevresi içinde birey’ yaklaşımını göz önünde bulundurarak, yaşlının en başta ailesini, yakınlarını ve etkileşimde olduğu insanları da değerlendirmelidir. Evde bakım hizmeti veren meslek grubunun diğer üyeleri ile koordine halinde çalışmalı, bireyi ve çevresini güçlendirerek, sorun çözme ve baş etme kapasitelerini arttırmalıdır.

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttıracak koşulları temin etmek, rutin işlerde başarı elde etmesini sağlayacak bir çevre hazırlamak yaşlılar için yaşamı daha anlamlı kılmak oldukça önem arz etmektedir. Yaşlıların nerede, ne şekilde yaşadığı, yaşadığı ortam ve çevrenin niteliğinin geliştirilmesi, yaşam kalitesini yükseltmede büyük önem taşımaktadır (Bulduk,2007;Yağcıoğlu, 2013).

Yaşlı bireylerin, artan yaşam kaliteleri ile hayata daha olumlu bakacakları; bu sayede sorunlarını çözmede başarılı ve psikolojik sağlıklarının da önemli ölçüde iyi durumda olacağı, elbette ki sosyal hizmet uzmanlarının yapacağı uygulamalar ile mümkün olacaktır. Yaşlıların kendi aile ortamında mutlu ve sağlıklı bir şekilde yaşam sürdürebilmeleri için sosyal hizmetin koruyucu uygulamalarının devamının sağlanması ve sosyal hizmet uzmanı tarafından vaka takiplerinin yapılması son derece önemlidir.

1.4. Araştırmanın Problemi

Evde bakım hizmetinin amacı, yaşlı bireylerin kendi ev ortamlarında aileleri ile birlikte kalarak bağımsızlıklarını sağlamak ve bireylerin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu bakımdan evde bakım hizmetleri sağlık ve sosyal hizmetlerin büyük bir kısmını kapsamaktadır (Öztop ve ark, 2008). Türkiye’de evde bakım hizmetleri sunumu T.C Sağlık Bakanlığı ve T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir. Diğer yandan uygulamaya bakıldığında ise yerel yönetimler ağırlıklı olmak üzere özel ve kamu hastaneleriyle birlikte, evde bakım hizmetlerinin özel evde bakım merkezleri aracılığıyla verildiği görülmektedir. T.C Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetleri daha fazla verilirken T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından verilen hizmetlerin, evde bakım ücreti adı altında daha çok maddi destek şeklinde verildiği söylenebilir. Yerel

yönetimler bazında uygulamaya bakıldığında ise özellikle belediyeler, evde sağlık ve psikososyal destek hizmetleri olmak üzere evde bakım hizmetlerinin iki bileşeninde bir araya getiren uygulamaları sağlamaktadır. Bu açıdan belediyeler tarafından daha kapsamlı evde bakım hizmetlerinin sunulduğu düşünülmektedir. Belediyeler özelinde evde bakım hizmetleri incelendiğinde özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyükşehir belediyelerinin daha kapsamlı ve gelişmiş hizmetleri verdiği söylenebilir. Araştırmanın evrenini oluşturan Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezi, Türkiye’de bu hizmeti uygulayan ilk büyükşehir olması nedeni ile de bu çalışma için özellikle tercih edilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin ilgili literatür incelendiğinde araştırmaların, daha çok formal ve informal hizmet verenlerle yapıldığı görülmektedir (Kulu ve Özsoy, 2020; Yeşiltaş ve Adıgüzel, 2016; Karataş, 2011). Diğer yandan hizmet alanlarla yapılan çalışmaların daha sınırlı olduğu söylenebilir. Hizmet alanlarla yapılan çalışmaların ise daha çok hizmet alanların profilini, aldıkları hizmetleri ve aldıkları hizmetlere dair düşüncelerini içeren tanımlayıcı çalışmalar olduğu söylenebilir (Naldöken ve Tırgil, 2019; Yörük, Çalışkan ve Gündoğdu, 2012). Yaşlılar özelinde ise yapılan çalışmaya rastlanmamakla birlikte evde bakım hizmetlerini en çok yaşlı bireylerin aldığı çalışmalarda görülmektedir. Evde bakım hizmetlerinin en önemli amacı bireylerin yaşam kalitesini arttırmak ve kaygı düzeyini azaltmaktır. Ancak ilgili ulusal literatür incelendiğinde evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin, doğrudan yaşam kalitesi ve kaygı düzeyini inceleyen çalışmalara rastlanılmamıştır. Buradan hareketle, evde bakım hizmetlerinin sunulduğu belediyelerden hizmet alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi durumuna ilişkin bilgiye olan gereksinim bu çalışmanın temel problemini oluşturmaktadır.

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, Ankara Büyükşehir Belediyesinden evde bakım hizmet alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin ve kaygı düzeyinin incelenmesidir. Bu genel amaca ulaşmak üzere aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- 1) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, yaşam biçimi, eğitim durumu, gelir ve inanç düzeyi) nasıldır?
- 2) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sağlık durumuna ilişkin bilgileri nelerdir?

- 3) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin evde bakım hizmeti alma sürecine ilişkin özellikleri nelerdir?
- 4) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan ortalamaları nasıldır?
- 5) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında nasıl bir ilişki vardır?
- 6) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sağlık durumları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında nasıl bir ilişki vardır?
- 7) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin evde bakım hizmeti alma süreci ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında nasıl bir ilişki vardır?
- 8) Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında nasıl bir ilişki vardır?

1.6. Araştırmanın Önemi

Yaşlı bireyler artan yaşla ve hastalıklarının çoğalmasıyla beraber bakıma daha çok gereksinim duymakta ve bakım alan konumunda birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşadıkları sorunlar nedeniyle yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri düşmekte ve kaygı düzeyleri artmaktadır. Ülkemizde diğer ülkelere kıyasla evde bakım hizmetlerinin yeni olduğu bilinmekte ve bu sebepten dolayı yapılan çalışmalar ulusal literatürü doldurmamaktadır. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların doğrudan kaygı düzeyleri ile yaşam kaliteleri inceleyen ve değerlendiren bu çalışma, alandaki nadir araştırmalardan biridir. Evde bakım hizmeti alan yaşlılarla ilgili Ankara Büyükşehir Belediyesi örneğinde yaşlı bireylerle yapılan hiçbir çalışma olmaması, yapılan bu araştırmanın başka bir yönünü de ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın evde bakım hizmetlerinin sunumunda aktif rol oynayan sosyal hizmet uzmanları ile birlikte gerçekleştirilmesinin de ayrıca önemli olduğu düşünülmektedir. Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin kaygı düzeyleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve sosyal hizmet bakış açısıyla yorumlanması, çalışma için

önem arz etmektedir. Ayrıca evde bakım hizmeti yararlanıcılarının hizmetlere ilişkin görüşleri ve beklentileri, verilen hizmetlerin ve bakım elemanlarının niteliğine dair bulguların ortaya konması ile birlikte hizmetlerin içeriği, hizmetlerin yaşlılar için önemi, hizmetlerin niteliği, hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler ve hizmetlerin iyileştirilip geliştirilmesi gereken noktalarına ilişkin önemli bilgiler elde edilecektir.

1.7. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının (Soru formu, Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form) evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyini değerlendirebilecek nitelikte olduğu varsayılmıştır.
- Araştırma kapsamında görüşülen yaşlı bireylerin veri toplama araçlarında yer alan sorulara içten ve doğru yanıtlar verdikleri varsayılmıştır.

1.8. Sınırlılıklar

Araştırmanın belli bir süre içinde tamamlanması gerekliliği ve sınırlı ekonomik olanaklar ile yürütülmesi araştırmanın önemli sınırlandırıcı unsurlarından biridir.

Araştırmanın bir diğer önemli sınırlayıcı unsuru ise dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi ile birlikte araştırmanın veri toplama sürecinin bir bölümünün telefon görüşmeleri ile gerçekleştirilmek zorunda kalınmasına ilişkindir. Bu yönüyle veriler katılımcıların paylaşmak istedikleri veya paylaşabildikleri ile sınırlanmıştır.

II. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın modeline, evrenine, katılımcılarına, araştırmada kullanılan veri toplama yöntemine ve aracına, verilerin analizine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma nicel araştırma yaklaşımı ile tamamlanmıştır. Nicel araştırma, çalışmanın amaçları odağında önceden kurulmuş hipotezleri test etmesi için büyük örneklemelerden nicel veriler elde eden, elde ettiği verileri istatistiksel olarak çözümleyen ve bulgularını genelleyerek sonuca varma amacı taşıyan araştırmalardır. Nicel veriler, bilimsel deney ya da gözlemlerden, alan çalışmalarında elde edilen gözlem, anket ya da yapılandırılmış mülakatlar aracılığıyla elde edilebilirler (Uğuzman, 2019).

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi incelenirken bu bireyler kendi ortamlarında incelenmeye ve ortaya koymaya çalışılmış, herhangi bir müdahale gerçekleştirilmemiş, var olan durum olduğu halde incelenmiştir. Bu yönüyle araştırma, geçmişte ya da hala var olan durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımı olan tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Ankara Büyükşehir Belediyesinden hizmet alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi, bu bireylerden oluşan evrenin tümüne ulaşmanın zor olduğu göz önünde bulundurularak Ankara Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmet alan yaşlı bireylerden oluşturulan örneklem grubu üzerinden incelendiğinden genel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Genel Tarama Modeli tekil ve ilişkisel taramalar olmak üzere ikiye ayrılır (Karasar, 2014). Bu çalışmada iki ya da daha fazla sayıda değişken arasında birlikte değişim varlığını ya da derecesini belirlemeyi amaçlayan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır (Karasar, 2002). Bu doğrultuda, Ankara Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve geriatrik kaygı düzeyinin bağımsız değişkenlerle (sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve hizmet alma süreci) ilişkisi incelenmiştir. Yaşam kalitesi ve geriatrik kaygı düzeyinin bağımsız değişkenlerle arasındaki ilişkiye bakılarak beraber değişime uğrayıp uğramadığını, eğer bir değişim var ise bunun nasıl olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini Ankara Büyükşehir Belediyesinden evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise kesitsel örneklem yöntemi ile 1 Mart 2021- 30 Nisan 2021 tarihleri arasında, Ankara'ya bağlı Çankaya, Altındağ, Yenimahalle ve Keçiören ilçelerinde ikamet edip Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezi Evde Bakım Hizmetleri biriminden evde bakım hizmeti alan, araştırmada kullanılan verilen toplama araçlarını cevaplayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olan (demans, alzheimer hastası olanlar dahil edilmemiştir) ve çalışmaya katılım göstermeyi kabul eden 60 yaş ve üzeri 103 yaşlı birey oluşturmaktadır.

Ankara'ya bağlı Çankaya, Altındağ, Yenimahalle ve Keçiören ilçelerinde ikamet edip Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezi Evde Bakım Hizmetleri biriminden 1 Mart 2021- 30 Nisan 2021 tarihleri arasında 586 yaşlı birey hizmet almıştır. Bu kişilerden 100'ü demans ve alzheimer hastası olduğundan çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 103 yaşlı bireyle çalışma gerçekleştirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırma verilerini toplanmasında araştırmanın etik açıdan uygunluğunu değerlendirmek üzere Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma kurulundan 23.02.2021 tarih ve 13536 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı alındıktan sonra Ankara Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığına çalışmanın gerçekleştirilmesi için gerekli izin talebinde bulunulmuş ve olumlu yanıt alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezi Evde Bakım Hizmetleri ile araştırmacı iletişime geçmiştir. Birim personelleriyle iletişime geçilerek araştırmanın amacı ve yönteminden bahsedilmiştir. Çalışmanın veri toplama araçlarının değerlendirilmesi amacıyla tüm veri toplama araçları için ön uygulama yapılmıştır. Veri toplama araçlarındaki yer alan soruların, anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 5 yaşlı bireyle ön uygulama yapılarak sorular yeniden gözden geçirilmiştir. Ön uygulamada elde verilen araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın verileri 1 Mart 2021-30 Nisan 2021 tarihleri arasında, her hafta salı ve cuma günleri yapılan ev ziyaretlerinde araştırmaya katılmayı kabul eden 20 yaşlı birey ile kendilerinin formları doldurması yoluyla toplanmıştır. Okumada güçlük çeken ve ailesinin

yardımlarını talep eden 42 yaşlının verileri, talep ettikleri kişiler tarafından ilgili maddeler okunup onların verdiği cevapların forma işlenmesi yoluyla toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. İlerleyen süreçte tüm ülkemizde COVID-19 salgını görölmesi ile birlikte virüsten korunma amacıyla ülke çapında karantinalar başladığından 41 katılımcı ile araştırmacı tarafından kalan formlar telefon görüşmesi yoluyla toplanmıştır. Toplamda 103 katılımcı ile araştırma tamamlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllölük esasına göre sağlanmış, katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmesinin yanı sıra araştırmacının kişisel iletişim bilgileri paylaşılmıştır.

Katılımcılara ilk olarak sosyodemografik özelliklerine ilişkin, araştırmacı tarafından oluşturulmuş yarı yapılandırılmış soru formu verilmiştir. Formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, aylık gelir, çocuk sayısı yaşanan kişi/kişiler, inanç düzeyi, sahip olunan hastalıklar, aldığı evde bakım hizmeti ve süresi, hizmetlerden memnun olma durumu, hizmet sunan personele ve belediyenin hizmetlerine ilişkin görüşleri içeren 19 soru yer almaktadır.

Daha sonrasında yaşlı bireylere Pachana ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen, Pamir Akın (2010) tarafından Türkçeye uyarlanan Geriatrik Kaygı Ölçeği doldurulmuştur. Ölçek, yaşlı bireylerde kaygı belirtilerini boyutsal bir şekilde ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin temel özelliği, hem kaygısı olan/olmayan grubu hem de genellenmiş kaygı bozukluğu olan/olmayan grubu ortaya çıkabilmektedir. Ölçeğin genellenmiş kaygı bozukluğu için kesim noktası 10/11 olarak belirlenmiştir. Buna göre, ölçek; “kaygı belirtileri ve genellenmiş kaygı bozukluğu > 10; sadece kaygı belirtileri < 10” şeklinde düzenlenmiştir. 20 maddeden oluşan ve “katılıyorum” ve “katılmıyorum” olmak üzere iki boyut üzerinden puanlanan ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Buna göre “katılıyorum” seçeneği için 1 puan, “katılmıyorum” seçeneği için 0 puan verilir. Ölçekten elde edilen puanlar 0 ile 20 arasında olup; alınan puan arttıkça, yaşlı bireylerde kaygının artmaktadır.

Araştırmada son veri toplama aracı olarak Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Formu, Eser ve ark. (2010) Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenirliliğini test etmişlerdir. Bu ölçek özerklik, geçmiş bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek ve yakınlık olmak 6 boyutu içermektedir.. Bu altı boyut şunlardır: “Duyusal işlevler” (1, 2, 10, 20, 26 ve 27 numaralı sorular), “Özerklik” (3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular), “Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri” (12, 13, 15, 19 ve 25 numaralı

sorular), “Sosyal katılım” (14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular), “ölüm ve ölmek” (6, 7, 8 ve 9 numaralı sorular) ve “Yakınlık” (21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular). Ölçekte toplamda 27 soru bulunmaktadır. Ölçek sonunda elde edilecek puanlar, 4–20 Aralığındadır. Alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de orantılı olarak artmaktadır.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu, Geriatrik Kaygı Düzeyi Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Formları 103 kişiye uygulandıktan sonra verilerin analizi için SPSS 22 programı kullanılmıştır.

Araştırma verileri analiz edilmeden önce her bir ölçek bazında eksik dataların kontrolü sağlanarak eksik veri analizi yapılmıştır. Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği sorularına verilen eksik cevapların EM ortalamalar değerlerinin 0.05’ten büyük olması nedeniyle eksik cevaplara grup ortalamalarının atanması sağlanmıştır(sadece 2 ankette bu uygulama yapılmıştır.). Bu işlem sonrasında ankete konu ölçek ve sorular üzerinden faktör ve güvenirlik analizleri yapılarak analizlere geçilmeden önce normallik varsayımları kontrol edilmiştir. Bu varsayımlar sırasıyla Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilk istatistik değerlerinin kıyaslanması, çarpıklık basıklık değerleri ve q-q plot grafiklerinin yorumlanması ile sağlanmıştır. Bu işlemler sonucunda sapan değerlere rastlanmamış olup datadan çıkartılması sağlanmıştır. Her bir varsayım bazında verilerin normallik koşullarına uyumu kontrol edilerek serinin normal dağılım göstermesi nedeniyle parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grup arasındaki fark bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup arasındaki fark tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Sürekli veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

III. BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümünde araştırmanın amaçları çerçevesinde elde edilen bulgular yer almaktadır. İlk olarak evde bakım hizmeti alan yaşlıların tanımlayıcı bilgilerine yer verilmiştir. Bu kapsamda evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, çocuk sayılarına, yaşam biçimlerine, inanç ve eğitim düzeylerine, gelir durumlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Sonrasında, evde bakım hizmeti alan yaşlıların sağlık durumlarına ve aldıkları evde bakım hizmetlerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir. Bu bölümün sonunda ise evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülünden (WHOQOL-OLD) elde ettikleri puanlarının ortalaması yer almaktadır.

İkinci bölümde ise evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri, evde bakım alma süreçleri ve hastalık durumu ile Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık durumları ve evde bakım hizmeti alma sürecine ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

3.1.1. Sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 3.1. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi ve Yaşam Biçimine İlişkin Bulgular

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	81	78,6
Erkek	22	21,4
Medeni Durum		
Evli	53	51,5
Bekar	50	48,5
Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar	16	15,5
İlköğretim	48	46,6
Lise	19	18,4
Ön Lisans ve Üzeri	20	19,4
Yaşama Biçimleri		
Aile/Akraba ile Yaşama	81	78,6
Yalnız Yaşama	22	21,4
TOPLAM	103	

Tablo 1. incelendiğinde, evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlı bireylerin %78,6'sı kadın, %21,4'nün ise erkek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %51,5'nin evli, %48,5'nin bekar olduğu görülmektedir. Bekar olan yaşlı bireylerinde, 10'nun hiç evlenmediği, 11'nin eşinden boşanmış olduğu, 22'sinin dul ve 7'sinin de eşinin vefat ettiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %46,6'sının ilköğretim mezunu, %19,4'nün ön lisans ve üzeri mezunu, %18,4'nün lise ve %15,5'nin okuryazar olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre evde bakım hizmeti alan yaşlıların, yarısına yakını ilkokul mezunudur. Katılımcıların yaşam biçimleri değerlendirildiğinde ise %78,6'sının birileri ile birlikte yaşadığı, %21,4'nün ise yalnız yaşadığı görülmektedir. Birileri ile birlikte yaşayan yaşlı

bireylerin 73'nün ailesi, 6'sının akrabası/yakını ve 2'sinin de bakım vereniyle yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaş, Çocuk Sayısı ve Gelir Durumuna İlişkin Bulgular

	Sayı	%
Yaş		
60-63 Arası	59	57,3
64 ve Üzeri	44	42,7
Gelir Düzeyi		
0-1900	29	28,2
2000-2400	29	28,2
2500-2900	24	23,3
3000 ve üzeri	21	20,4
Çocuk Sayısı		
0	18	17,5
1	20	19,4
2	30	29,1
3 ve üzeri	35	34,0
Toplam	103	

Tablo 2. incelendiğinde, evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlı bireylerin %57,3'ünün 60-63 yaş aralığında, %42,7'sinin de 64 ve üzeri yaş aralığındaki katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların aylık geliri 0-1900 TL arasında olanlar ile 2000-2400 TL arasında olanların oranları benzerdir (%28,2). Katılımcıların aylık geliri 2500-2900 TL arasında olanlar %23,3 ve aylık 3000 TL ve üzeri geliri olanlarında oranı %20,4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların çocuk sayıları incelendiğinde %17,5'nin hiç çocuğu olmadığı, %19,4'ü tek çocuk sahibi, %29,1'inin 2 çocuk sahibi ve %34'nünde 3 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu görülmektedir. Bu bilgilere göre, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin önemli bir çoğunluğunun (%82,5'i'nin) en az bir tane çocuğu bulunmaktadır.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kadınlardan oluşması, kadınların erkeklere göre bakım ihtiyacına daha fazla gereksinim duyduklarını düşündürmektedir. Bu durum erkeklerin bakım ihtiyacının kadınlar tarafından karşılanırken, kadınların bakım ihtiyaçlarını kendilerinin karşılamasıyla açıklanabilir. Erkeklerin yaşlılık döneminde bakımlarını çoğunlukla eşlerinin karşıladığı, toplumsal cinsiyet rollerinin getirdiği

sorumluklarla birlikte yaşı kadınların hem kendilerine hem de ailelerine bakım verdiği ve bakım rolünün kadınların üstlendiği bilinmektedir. Literatürde de (Tamer, 2017; Doğanay ve Güven, 2019) yaşlılara bakım verenlerin çoğunlukla kadınlardan oluştuğu bildirilmiştir. Bu bağlamda geleneksel bakım rolünün evde bakım hizmeti almada da cinsiyetler arası bir fark yarattığı söylenebilir. Söğüt ve Dündar (2017) tarafından Manisa’da yapılan bir çalışmada, evde bakım verenlerin %87,4’nün kadın olduğu, bakım alanların bakıcılarının % 67,1’nin birinci derece akrabası olduğu sonucunu elde etmiştir. Aynı şekilde Karataş (2011) çalışmasında, ev ziyareti yapılan hanelerde bakım hizmeti sağlayanların % 93,3’nün kadın olduğu ve yaşı bakımın evin hanımları tarafından sağlandığı bulgusuna ulaşmıştır. Önder ve ark. (2015) evde bakım hizmeti alan hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada, evde bakım hizmetinden yararlananların %59,6’sının kadın olduğunu tespit edilmiştir.

Evde bakım hizmeti alan yaşı bireylerin, yarısından biraz fazlasının evli olduğu belirlenmiştir. Ankara Büyükşehir Belediyesinden evde bakım hizmeti alanların %78,6’sının kadın olduğu tablo 1.’de görülmektedir. Bu bulguya göre evde bakım hizmet alan kadınların birçoğunun evli ve ailesi ile birlikte olduğu düşünülmektedir. Bekar olan ve yalnız yaşayan yaşlıların önemli bir kısmının erkek olduğunun tahmin edildiği, çünkü erkek yaşlıların yalnız ve kendisine bakım verecek birisi olmadığı için evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğu yorumu yapılabilir.

Yaşı bireylerin yaşadıkları dönemin özellikleri göz önüne alındığında, geçmiş dönemlerdeki okullaşma oranın düşüklüğü, kız çocuklarının okutulmaması, iş hayatına erken yaşta başlanması ve yoksulluğun önemli bir problem olmasından dolayı yaşı bireylerin eğitim seviyelerinin düşük olduğu yorumu yapılabilir. Nitekim 2018’de ülke genelinde yapılan eğitim durumu araştırmasına göre de, yaşı bireylerin %45,5’i ilkokul mezunu, %16,8’i okuryazar ve %18,3’ü lise mezunudur (TÜİK,2018). Araştırmanın bulgularına benzer şekilde Arslan (2011) evde yaşayan yaşlılar ile yaptığı çalışmasında, yaşı bireylerin %55’nin ilköğretim mezunu olduğunu bildirmiştir. Yaşı bireylerin eğitim düzeylerinin düşük çıktığı bir başka çalışmada (Akal, 2005), evde yaşayan yaşlıların %43,4’nün okur yazma bilmediği, %23,6’sının da ilkokul mezunu olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Evde bakım hizmeti alan yaşlıların gelir durumlarına bakıldığında, düşük gelir grubuna sahip bireylerin sayısı, diğer gruplara göre daha fazla olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Bu durum incelendiğinde, yaşlı bireylerin önemli bir kısmının iş hayatından ayrılarak emeklilik dönemine girdiği ya da hiçbir işte çalışmadığı için gelirlerinin düşük olduğu söylenebilir. Bu bulguyla bağlantılı olarak TÜİK(2020), nüfusun yaşlı kesimindeki işsizliğin 2015 yılında %2,5 olduğu bildirirken; bu oranın 2019 yılında %3,1 olduğunu tespit etmiştir.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%82,5) en az bir tane çocuğu bulunmaktadır. Geleneksel bakış açısı içerisinde toplumsal ve aile yapısında yaşlılara bakım verme sorumluluğu, evin çocuklarına ait ve çocuklar yaşlılığın bir sigortası olarak görülmektedir. Fakat tüm dünyanın ve ülkemizin geçirdiği toplumsal, sosyal ve ekonomik farklılıklar mecburi olarak bu algının terk edilmesine neden olmuştur (Türkan ve Sezer, 2017). Eski dönemlerde aileye bakım rolünün çocuklara ait olduğu ve sahip olunan çocuk yaşlılığın garantisi olarak görülmekteydi. Ancak günümüz koşullarına gelinliğinde bu durumun tam tersi olduğu, ailenin çocuklarına bakım verdiği ve yaşlı bakımının da kurumlara ya da profesyonel evde bakım hizmetine evrildiği görülmektedir. Dolayısıyla evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin çocuk sahibi olma ya da olmama durumunun evde bakım hizmeti alma durumlarını etkilemediği, çocuk sahibi olan yaşlı bireylerinde evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

3.1.2. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların hastalık durumlarına ilişkin bulgular

Tablo 3.3. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Sahip Oldukları Hastalıklara İlişkin Bulgular

Hastalık Türü	Sayı	Yüzde
Endokrin H.	19	18,4
Fiziksel H.	24	23,3
Göğüs H.	9	8,7
Kardiyolojik H.	40	38,8
Nörobiyolojik H.	11	10,7
Toplam	103	100.0

Tablo 3.'te evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sahip oldukları ya da geçirdikleri hastalıklar yer almaktadır. Buna göre yaşlı bireylerin, %18,4'nün endokrin hastalıklarına (diyabet, trioid), %23,3'nün fiziksel hastalıklara, %8,7'sinin göğüs hastalıklarına (koah, astım), %38,8'nin kardiyolojik hastalıklara(tansiyon, kalp) ve

%10,7'sinin nörobiyolojik hastalıklara (demans, alzheimer), %4,8'inin ise de geçmiş zamanlarda kanser tedavisi gördüğü ya da görmekte olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın kuramsal kısmında belirtildiği üzere, yaşlılık döneminde bireyler yaşlandıkça hastalıklarla karşılaşma ihtimali daha fazla olup aynı anda birden fazla hastalığa sahiptirler. Özmete (2017)'nin yaşlılık döneminde yaşanan sağlık sorunlarına yer verdiği araştırma sonuçlarına göre, yaşlı bireyler sırasıyla yüksek tansiyon (%55,1), romatizma (%38,6) ve kireçlenme (%33,8) gibi rahatsızlıklara sahiptirler. Yine aynı araştırma da yaşlıların % 31,1'i diyabet hastası; %25,9'u da kalp ve damar hastalıkları ile iskelet sistemi hastalıklarına, %20,6'sının ise kemik erimesi hastalığına sahip oldukları bildirilmiştir. Karaman ve ark.(2015) tarafından Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğünden evde sağlık hizmeti alan yaşlılarla gerçekleştirilen çalışmada yaşlı bireylerin %51,6'sının nörolojik, %12,8'inin solunum, %7,3'ünün endokrin, %7,2'sinin kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %6,4'ünün kanser ve türlerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Bununla birlikte çalışma örnekleminde evde bakım alan hizmeti alan yaşlılar arasından demans ya da alzheimer hastalığı bulunmayanlar ve mental olarak sağlıklı olan bireyler yer aldığı için çalışma bulgularında nörobiyolojik hastalığa sahip olan yaşlı sayısının az olduğu söylenebilir.

3.1.3. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların aldıkları hizmetlere ilişkin bulgular

Tablo 3.4. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Bulgular

Hizmet Türü	Sayı	Yüzde
Temel Bakım H.	26	25,2
Sağlık H.	46	44,7
Psikososyal H.	31	30,1
Toplam	103	100.0

Yukarıdaki tablo 4. göre evde bakım hizmeti alan yaşlıların aldıkları evde bakım hizmetleri değerlendirildiğinde, %44,7'sinin sağlık hizmetleri, %30,1'nin psikososyal hizmetler ve %25,2'sinin temel bakım hizmetleri aldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Temel bakım hizmetleri sıcak yemek, temizlik hizmeti, yemek ve banyo yapımı hizmeti, berber hizmeti ve bakım-onarım/tamirat işleri şeklinde verilmektedir. Sağlık hizmeti eve doktor ve hemşirenin gelerek yaşlıyı muayene etmesi, ücretsiz ambulans hizmeti ve ilaç takibi gibi işlemlerin yapılmasını, psikososyal hizmetler ise yaşlı bireylerin Ankara Büyükşehir

Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezinden aldıkları danışma hizmetlerini ve sosyal hizmet uzmanlarıyla psikologların ev ziyaretlerinde bireylerle gerçekleştirdiği görüşmeleri kapsamaktadır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nden alınan evde bakım hizmetleri değerlendirildiğinde, en sık alınan hizmetin sağlık hizmeti olduğu ortaya çıkmıştır. Yaşlılık döneminde bakım gereksinimi nedeniyle daha fazla ihtiyaç duyulması beklenen temel bakım hizmetlerinden yaşlı bireylerin daha fazla yararlanacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada temel bakım hizmetlerinin en az alınan hizmet türü olarak karşımıza çıkmıştır. Bu sonuç değerlendirildiğinde, verilen temel bakım hizmetlerinden özellikle temizlik, bakım-onarım ve diğer hizmetlerin sınırlı olduğu, hizmet sıklığının az ve verilen hizmetlerin yaşlı bireylerin ihtiyacını tam olarak karşılamadığı düşünülmektedir. Bizim bulgularımızla benzer şekilde Ankara'da evde bakım hizmeti gereksinimi olan yaşlıların demografik yapılarını değerlendirip incelemek amacıyla yapılan araştırmada, evde bakım hizmeti yararlanıcılarının %77,7'sinin muayene hizmetine ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Cindoruk, 2010; Yılmaz ve Şara, 2014). Temizlik hizmeti ile aynı şekilde evde bakım hizmeti alan yaşlıların psikososyal hizmetlerden yararlanma oranının düşük çıkması yine verilen hizmetlerin nitelikli olmadığı ve yaşlı bireylere yeterli düzeyde psikolojik destek verilmediği için bu hizmetin tercih edilmemesiyle açıklanabilir.

Tablo 3.5. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetlerini Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Memnuniyet Puanı	Sayı	Yüzde
5 puan verenler	69	%66,9
4 puan verenler	27	%26,2
3 puan verenler	7	%6,9
Toplam	103	100.0

Tablo 5. göre evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin aldıkları hizmetlere verdikleri puanlar incelendiğinde, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin %66,9'u hizmetlere 5 puan, %26,2'si 4 puan ve %6,9'u 3 puan vermişlerdir. Dolayısıyla evde bakım hizmeti yararlanıcılarının büyük bir çoğunluğunun verilen hizmetlerden memnun oldukları söylenebilir.

Tablo 3.6. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetlerine Dair İstek ve Önerileri

İstek-Öneri	Kişi sayısı
Temizlik hizmetinin sıklaşması	4
Hizmet personelinin daha verimli çalışması	6
Sosyal faaliyetlerinin yapılması	5
Güler yüzlü personel	7
Yaşlı kulüplerinin olması	1
Sıcak yemeklerin iyileştirilmesi	4

Yukarıdaki Tablo 6. evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin evde bakım hizmetlerine yönelik öneri ve istekleri değerlendirildiğinde, yaşlı bireyler hizmet personelinin güler yüzlü ve daha verimli çalışmasını, temizlik hizmetinin sıklaşmasını, COVID-19 salgını nedeniyle ara verilen sosyal faaliyetlerin tekrar yapılmasını, semtlerde birden fazla yaşlı kulüplerinin olmasını ve verilen sıcak yemek hizmetinin iyileştirilmesini talep etmişlerdir.

Tablo 3.7. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Geriatrik Kaygı ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

	N	Puan ort.
Geriatrik Kaygı	103	.106
Yaşam Kalitesi	103	3,382
Genel Sağlık Durumu	103	2,741
Fiziksel Sağlık	103	3,229
Psikolojik	103	2,870
Sosyal İlişkiler	103	3,064
Çevre	103	2,916
TOPLAM	103	

Tablo 7.'de görüldüğü gibi evde bakım hizmeti alan yaşlıların kaygı düzeylerine ve yaşam kalitelerini açıklayan sonuçlar ele alındığında, bireylerin kaygı düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlarda da yaşlı bireylerin düşük yaşam kalitesine sahip oldukları gözlemlenmiştir.

3.2. İlişkisel Bulgular

Bu bölümde, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri, evde bakım alma süreçleri ve hastalık durumu ile Geriatrik Kaygı Ölçeği (GKÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD) puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 3.8. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Cinsiyetleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	ss	t	p
Geriatrik Kaygı	Kadın	81	4,25	3,83	-.649	.518
	Erkek	22	4,86	4,25		
Yaşam Kalitesi	Kadın	81	82,42	13,45	1.986	.050*
	Erkek	22	76,08	12,53		
Genel Sağlık Durumu	Kadın	81	5,75	1,97	.928	.356
	Erkek	22	5,31	1,86		
Fiziksel Sağlık	Kadın	81	20,44	5,57	1.432	.155
	Erkek	22	18,63	3,77		
Psikolojik	Kadın	81	18,73	3,74	1.310	.193
	Erkek	22	17,54	3,82		
Sosyal İlişkiler	Kadın	81	9,32	1,67	1.488	.140
	Erkek	22	8,72	1,57		
Çevre	Kadın	81	28,17	3,47	2.643	.010**
	Erkek	22	25,85	4,22		

** $p < 0.01$ önem düzeyinde anlamlı

* $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı

Tablo 8. incelendiğinde, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile yaşam kalitesi toplam puanı ve çevre alt ölçeği haricindeki alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Çevre ($t_{(101)}=2.643$; $p<0.01$) alt boyutunda evde bakım hizmeti alan kadınların ölçek puanları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yaşlı bireylerin geriatrik kaygı ölçeği puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak Yanardağ ve Şahin (2019) yaşlılıkta depresyon ve sürekli kaygı üzerine yaptıkları araştırmalarında, kadınların kaygı ve depresyon puanlarının, erkeklere göre yüksek çıktığını bildirmişlerdir. Yine Coşkun (1998)'un çalışmasında da, kadınların erkeklere göre kaygı düzeyi daha yüksektir. Soydan ve ark. (2005) huzurevinde kalan yaşlılarla yaptıkları çalışmalarında, orta yaşlı ve ileri yaşlı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek anksiyete bozukluğu tespit etmişlerdir. Bakar (2012) yaşlı bireylerde depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, kadınların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeği çevre alt boyutu, bireylerin yaşadıkları fiziksel çevreden memnun olup olmadıkları, kişisel güvenliklerini, sosyal faaliyetlere katılım durumlarını, ulaşım ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği kapsamaktadır. Bu bağlamda evde bakım hizmeti alan kadınların, erkeklere göre içinde bulundukları çevrelerinden daha memnun oldukları yorumu yapılabilir.

Tablo 3.9. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaşları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Yaş	N	$\bar{x}$	ss	t	p
Geriatrik Kaygı	60-63 Arası	59	3,98	3,70	-1.190	.237
	64 ve Üzeri	44	4,91	4,15		
Yaşam Kalitesi	60-63 Arası	59	80,15	13,13	-.797	.427
	64 ve Üzeri	44	82,29	13,94		
Genel Sağlık Durumu	60-63 Arası	59	5,57	1,91	-.504	.615
	64 ve Üzeri	44	5,77	2,01		
Fiziksel Sağlık	60-63 Arası	59	19,67	5,32	-.845	.400
	64 ve Üzeri	44	20,56	5,23		
Psikolojik	60-63 Arası	59	18,54	3,58	.211	.833
	64 ve Üzeri	44	18,38	4,06		
Sosyal İlişkiler	60-63 Arası	59	9,11	1,85	-.530	.597
	64 ve Üzeri	44	9,29	1,39		
Çevre	60-63 Arası	59	27,23	3,45	-1.396	.166
	64 ve Üzeri	44	28,27	4,07		

***p<0.01 önem düzeyinde anlamlı*

**p<0.05 önem düzeyinde anlamlı*

Tablo 9. görüldüğü gibi evde bakım hizmeti alan yaşlıların, yaşlarına göre kaygı düzeyleri ve yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Her ne kadar gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak yeteri kadar desteklenmese de kaygı ölçeğinde 64 ve üzeri yaşındaki bireylerin kaygı puanlarının; 60-63 yaşındaki bireylere göre göreceli olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak literatürde, yaşın artmasıyla yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir. Özellikle fiziksel fonksiyon ve buna bağlı olarak rol kısıtlamasında yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir (Akal, 2005; Çalıştır, 2006; Sarı, 2013; Koltarla, 2008; Tel ve ark. 2011; Erkal ve ark. 2011; Yağcıoğlu, 2013). Evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerle yapılan araştırma sonuçlarına göre, 65-69 yaş aralığında olanların yaşam kalitesinin 85-89 yaş aralığında bulunanlara göre düşük olduğu bildirilmiştir (Uçakkuş ve Yıldırım, 2021). Danış (2009)'da, kurumlarda kalan yaşlıların

yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada, yaşın arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği bulgusunu elde etmiştir. Emiroğlu ve Şahin (2014) tarafından huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmada da, yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü bulgusu elde edilmiştir. Benzer şekilde Birtane ve ark. (2000) da huzurevinde kalan yaşlı bireylerin artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığını tespit etmişlerdir.

Bu çalışmanın göreceli de olsa evde bakım hizmeti alan yaşlıların kaygı düzeyinin yaş arttıkça kaygı düzeyinin de arttığı bulgusu, literatürde yaş ile yaşlıların kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişkinin olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (Eroğlu ve ark., 2012; Zubaroğlu ve Şahin, 2019). Yine bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde Akın (2010) huzurevinde kalan yaşlı bireylerin kaygı düzeylerini incelediği çalışmada, yaş ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bildirmemiştir. Altay ark.,(2016)'nın yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada da, yaşın yaşam kalitesi ve kaygı üzerinde bir etkisi olmadığını bulmuşlardır.

Tablo 3.10. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Medeni Durumları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Medeni Durum	N	$\bar{x}$	ss	t	p
Geriatrik Kaygı	Bekar	50	3,14	2,91	-3.291	.001**
	Evli	53	5,54	4,37		
Yaşam Kalitesi	Bekar	50	83,04	14,78	1.454	.149
	Evli	53	79,20	11,92		
Genel Sağlık Durumu	Bekar	50	5,98	2,02	1.631	.106
	Evli	53	5,35	1,84		
Fiziksel Sağlık	Bekar	50	21,30	5,41	2.370	.020*
	Evli	53	18,88	4,91		
Psikolojik	Bekar	50	18,84	3,87	.956	.342
	Evli	53	18,13	3,68		
Sosyal İlişkiler	Bekar	50	8,98	1,73	-1.269	.207
	Evli	53	9,39	1,59		
Çevre	Bekar	50	27,94	4,08	.686	.494
	Evli	53	27,43	3,41		

** $p < 0.01$ önem düzeyinde anlamlı * $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı

Tablo 10. da görüldüğü üzere geriatrik kaygı düzeyi ($t_{(101)}=-3.291$; $p<0.01$) ve yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan fiziksel sağlık ($t_{(101)}=2.370$; $p<0.05$) durumunda, medeni duruma göre yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Çıkan bulgular değerlendirildiğinde, evde bakım hizmeti alan ve evli olan yaşlı bireylerin kaygı düzeylerinin, bekar (dul, boşanmış, eşi vefat etmiş ya da hiç evlilik yapmamış) olanlara göre daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarında da her ne kadar sonuç istatistiksel olarak desteklenmese de evde bakım hizmeti alan ve evli olan yaşlı bireylerin, bekar olanlara göre yaşam kaliteleri düşük çıkmıştır.

Evde bakım hizmeti alan evli bireylerin bekar olan bireylere göre daha kaygılı ve yaşam kalitelerinin düşük çıkması, yaşlı bireylerin yaş itibariyle bakıma daha fazla gereksinim duyması ve buna bağlı olarak ihtiyaçlarının fazlalaşması, yaşlının hem kendi bakımı hem de eşinin bakımını gidermeye çalışması, hane içerisinde birden fazla kişinin yaşamasıyla kaynaklanan ekonomik sorunların olmasının, bu bulguların ortaya çıkmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamız bulgularına karşın, yaşlılık alanında konu ile alakalı çalışmalara göre, Altay ark. (2016)'nın yaşlılıkta yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında evli olan bireyler, evli olmayanlara göre yaşam kalite ölçeğinde tüm gruplarda daha yüksek puan elde etmişlerdir. Yanardağ ve Şahin (2019) araştırmasında bekar yaşlıların, kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. Coşkun (1998) araştırmasında, boşanmış ya da eşini kaybetmiş bireylerde kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bakar (2012)'ın çalışmasında da evli olan bireyler, evli olmayanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahiptirler. Ayrıca aynı araştırma sonuçlarında, cinsiyet değişkeni dışında dul ya da hiç evlilik yapmamış kişilerde yaşam kalitesini büyük oranda azalttığı ve elde edilen bulgunun yaş etkeni alakalı olabileceği ifade edilmiştir. Akbolat (2015) araştırması sonucunda da evli olan yaşlı bireyler, diğerlerine göre daha yüksek yaşam kalitesi puanı almışlardır. Ölüç (2007), araştırmasında yaşam kalitesi (SF-36) ölçeğinin alt boyutlarıyla da medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ifade etmektedir. Yine aynı çalışmada evlilerdeki fiziksel ve duygusal kısıtlılık, yalnız yaşayanlara (bekar, dul) göre daha azdır. Arslan (2011)'da çalışmasında, evli bireylerin yaşam doyumunun bekarlara göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir.

Bireyin medeni durumunun yaşam kalitesini etkilediği yukarıdaki bulgulara karşın Almeida ve Rodrigues (2008) bireyin, medeni durumunun yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı şekilde Ercan (2010) çalışmasında, bireyin medenî durumu ile yaşam kalite düzeyi herhangi bir ilişki bulamamıştır. Güncel bir araştırmada da evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin, medeni durumlarının yaşam kalitelerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Uçakkuş ve Yıldırım,2021).

Tablo 3.11. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	ss	F	p
Geriatrik Kaygı	Okur Yazar	16	4,06	2,61	.925	.432
	İlköğretim	48	4,98	4,20		
	Lise	19	4,27	3,81		
	Ön Lisans ve Üzeri	20	3,30	4,11		
Yaşam Kalitesi	Okur Yazar	16	72,25	10,09	13.224	.000**
	İlköğretim	48	76,81	11,09		
	Lise	19	88,16	12,71		
	Ön Lisans ve Üzeri	20	91,60	12,50		
Genel Sağlık Durumu	Okur Yazar	16	4,93	2,04	7.818	.000**
	İlköğretim	48	5,16	1,75		
	Lise	19	5,78	1,81		
	Ön Lisans ve Üzeri	20	7,30	1,55		
Fiziksel Sağlık	Okur Yazar	16	17,31	4,39	9.530	.000**
	İlköğretim	48	18,41	4,61		
	Lise	19	23,36	5,89		
	Ön Lisans ve Üzeri	20	23,05	3,91		
Psikolojik	Okur Yazar	16	15,93	2,95	10.645	.000**
	İlköğretim	48	17,50	3,35		
	Lise	19	20,22	3,53		
	Ön Lisans ve Üzeri	20	21,20	3,36		
Sosyal İlişkiler	Okur Yazar	16	8,43	1,41	2.511	.063
	İlköğretim	48	9,04	1,71		
	Lise	19	9,63	1,30		
	Ön Lisans ve Üzeri	20	9,75	1,86		

Çevre	Okur Yazar	16	25,62	3,01	8.497	.000**
	İlköğretim	48	26,68	3,34		
	Lise	19	29,15	3,11		
	Ön Lisans ve Üzeri	20	30,30	4,00		

***p<0.01 önem düzeyinde anlamlı *p<0.05 önem düzeyinde anlamlı*

Tablo 11’de görüldüğü üzere yaşam kalitesinin ($F_{(3,99)}=13.224$; $p<0.01$) evde bakım hizmeti alan yaşlıların eğitim düzeylerine göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu fark kendini genel sağlık durumu ($F_{(3,99)}=7.818$; $p<0.01$), fiziksel sağlık ($F_{(3,99)}=9.530$; $p<0.01$), psikolojik ($F_{(3,99)}=10.645$; $p<0.01$) ve çevre ($F_{(3,99)}=8.497$; $p<0.01$) alt boyutlarında da göstermiştir. Yaşam kalitesi ölçeğinde varyansların homojen dağılması nedeniyle gruplar arasındaki farklılık LSD post hoc testi ile kontrol edilmiştir. Genel ve alt boyutlar bazında bulgular incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça kişilerdeki yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında aldıkları puanların arttığı gözlemlenmiştir. Diğer yandan evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin, eğitim durumlarının kaygı düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu çalışmanın bulgularına göre, kaygı ile eğitim durumu arasında bir ilişki yok iken bazı çalışmalarda bu durumun tam tersine rastlanılmıştır. Bakar(2012)’ın konu ile bağlantılı olan çalışmasında düşük eğitim düzeyine sahip yaşlı bireylerin, depresyon puanları yüksek çıkmıştır.

Çalışma bulgularında evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin, eğitim düzeylerinin yükseldikçe yaşam kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı şekilde gelir düzeyinin arttıkça, evde bakım hizmet alan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin de arttığı bulgusu ifade edilmişti. Bu bağlamda iyi eğitim almış olan bireylerin daha iyi fırsatlara sahip olacağı ve daha rahat bir hayat sürdürebileceği düşünülmektedir. Sahip olunan işin, bireylerin eğitim düzeyine göre iyileşeceği ve görece daha fazla kazanç getireceği için, eğitim düzeyi ve gelir durumlarının yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörler olduğu yorumu yapılabilir. Bizim çalışmamızla paralellik gösteren araştırmalar incelendiğinde, Akbolat (2015) tarafından yapılan yaşlılık döneminde yaşam kalitesi araştırmasında, lisans ve ön lisans mezunu bireylerin, diğer gruplara göre yaşam kalitesi ölçeğinde daha yüksek puanlar aldığı ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada, okur-yazar olmayan bireylerin düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin, ilkokul mezunlarının sosyal katılım puanları, ortaokul mezunu olanlara göre

daha az çıktığı bildirilmiştir (Uçakkuş ve Yıldırım, 2021). Kurumlarda kalan yaşlıların yaşam kalitesinin ele alındığı başka bir araştırmada, öğrenim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Danış,2009). Yaşlı bireylerdeki yaşam kalitesi ve depresyonu araştırdığı çalışmalarında, yaşam kalitesinin bireyin öğrenim düzeyinden etkilendiğini, yaşam kalitesinin alt boyutlarıyla öğrenim durumu arasında bir ilişkinin olduğunu belirtmektedir (Akyol ark. 2010). Yine aynı çalışmanın bulgularına göre, yaşam kalitesi alt boyutlarından ruh sağlığı, bedensel ağrı, fiziksel ve sosyal işlevsellik, öğrenim düzeyi düşük bireylerde azalmaktayken öğrenim düzeyi yüksek bireylerde artmaktadır. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu (2011)' nun araştırmasında, yaşam kalitesi ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyinin, yaşam kalitesinin alt boyutlarından sosyal alt boyutla ilişkisine değinen araştırmacılar, öğrenim düzeyindeki artışla birlikte bireyin sosyal yönünün de arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Okyay ve ark.(2012) çalışmalarında yaşam kalitesi ve alt boyutlarının, öğrenim düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca araştırmalarının sonucunda yaşlıların, eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlardan daha çok puan aldıkları ifade etmişlerdir Sarı (2013)'nın çalışmasında da, bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Top ve ark. (2012) göre, yaşlıların eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Son olarak Akal (2005), evde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini ele aldığı çalışmasında eğitim düzeyinin arttıkça, yaşam kalitesi puanlarının arttığını tespit etmiştir.

Eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediğini belirten yukarıdaki yaşlılık çalışmalarına karşın, Yağcıoğlu (2013) WHOQOL-OLD ölçeğini kullandığı yaşlılıkta yaşam kalitesi araştırmasında, öğrenim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Sönmez ark.,(2007) de çalışmalarında yaşam kalitesinin, yaşlı bireylerin eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulgusuna ulaşmışlardır.

Tablo 3.12. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Gelir Düzeyleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Gelir Düzeyi	N	$\bar{x}$	ss	F	p
Geriatrik Kaygı	0-1900 Arası	29	4,01	2,51	.418	.740
	2000-2400 Arası	29	4,03	3,49		
	2500-2900 Arası	24	4,62	3,65		
	3000 ve Üzeri	21	5,09	5,97		
Yaşam Kalitesi	0-1900 Arası	29	74,52	11,70	6.530	.000**
	2000-2400 Arası	29	82,03	12,74		
	2500-2900 Arası	24	79,82	7,85		
	3000 ve Üzeri	21	90,19	16,77		
Genel Sağlık Durumu	0-1900 Arası	29	4,68	1,64	4.106	.009**
	2000-2400 Arası	29	5,96	1,70		
	2500-2900 Arası	24	5,79	1,84		
	3000 ve Üzeri	21	6,42	2,33		
Fiziksel Sağlık	0-1900 Arası	29	18,79	3,77	3.905	.011*
	2000-2400 Arası	29	21,00	5,44		
	2500-2900 Arası	24	18,16	4,79		
	3000 ve Üzeri	21	22,66	6,26		
Psikolojik	0-1900 Arası	29	16,52	3,41	6.703	.000**
	2000-2400 Arası	29	18,68	3,55		
	2500-2900 Arası	24	18,37	2,49		
	3000 ve Üzeri	21	21,00	4,39		
Sosyal İlişkiler	0-1900 Arası	29	8,75	1,68	4.378	.006**
	2000-2400 Arası	29	8,79	1,49		
	2500-2900 Arası	24	9,29	1,23		
	3000 ve Üzeri	21	10,23	1,92		
Çevre	0-1900 Arası	29	25,75	3,63	5.778	.001**
	2000-2400 Arası	29	27,58	3,17		
	2500-2900 Arası	24	28,20	2,43		
	3000 ve Üzeri	21	29,85	4,63		

** $p < 0.01$ önem düzeyinde anlamlı

* $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı

Yukarıda tablo 12.'de görüldüğü gibi yaşam kalitesinin ($F_{(3,99)}=5.257$; $p<0.01$) kişilerin gelir durumuna göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu farkın etkisi genel sağlık durumu ($F_{(3,99)}=4.106$; $p<0.01$), fiziksel sağlık ($F_{(3,99)}=3.905$; $p<0.05$), psikolojik ($F_{(3,99)}=6.703$; $p<0.01$), sosyal ilişkiler ($F_{(3,99)}=4.378$; $p<0.01$) ve çevre ($F_{(3,99)}=5.778$; $p<0.01$) alt boyutlarında da gözlemlenmiştir. Bu farkın nedeni yaşam kalitesi ölçeğinde varyansların homojen dağılmaması nedeniyle Games Howell post hoc testi ile incelenmiştir. Grup içinde 0-1900 TL arasında gelir düzeyine sahip bireylerin, yaşam kaliteleri en düşük olduğu grup olarak, diğer gelir düzeyine sahip bireylerden ayrıştığı görülmüştür. Diğer yandan geriatrik kaygı düzeyinin gelir düzeyine göre herhangi bir etkisinin bulunmadığı ve anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu çalışmanın bulgularında, kaygı ile gelir düzeyi arasında bir ilişki yok iken literatürde bu bulgunun tam tersine rastlanılmıştır. Coşkun(1998) çalışmasında, aylık gelirin arttıkça kaygı düzeyi puanın düştüğü bulgusunu elde etmiştir. Aynı şekilde Gülseren (2000)'nin benzer konuda huzurevinde gerçekleştirdiği çalışmasında, düşük gelir düzeyinin kaygıyı etkilediği ve buna bağlı olarak bireylerde depresyonu arttırdığı ortaya çıkmıştır. Yine aynı araştırmada, gelir düzeyinin yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Araştırmamıza katılan evde bakım hizmeti alan yaşlıların, en düşük gelire sahip olanlar, yaşam kalitesi ölçeğinde de düşük puan almışlardır. Ortaya çıkan bu bulgunun şaşırtıcı olmadığı ve kuramsal bölümde birçok kez ifade edildiği gibi, bireylerin belirli bir gelire sahip olması yaşam kalitelerini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bireyin sosyal güvencesinin olması, aylık belirli bir kazancı ve gelire bağlı olarak ihtiyaçlarını karşılayabilmesinin, yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir. Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak, evde yaşayan yaşlıların gelir durumu daha iyi olanların, yaşam kalitesi puanları düşük gelir grubunda olanlardan yüksek bulunmuştur (Akal,2005). Yine aynı çalışmada emeklilik gibi bir sosyal güvenceye sahip olanların, herhangi bir güvencesi olmayanlara göre yaşam kalite puanları yüksek çıkmıştır. Şahin ve Emiroğlu (2013) huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptıkları çalışmalarının sonucunda, aylık maaşı olan yaşlı bireylerin, herhangi bir geliri olmayanlara göre yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır. Herhangi bir gelire sahip olan bireyler, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında yüksek puan almışlardır. Bakar(2012)'a göre bireyin gelir düzeyi, yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerin başında gelmektedir. Aydın(2009)'ın çalışmasında

da, gelir düzeyi çok iyi olan yaşlıların yaşam kalitesi ölçeğinin (WHOQOL-OLD) alt boyutlarından yakınlık, sosyal katılım, özerklik, duyuşsal yetenek, geçmiş-bugün ve gelecek boyutlarında anlamlı derecede diğel gruplardan yüksek puan aldığı ortaya çıkmıştır. Arslan (2011) yaşlılıkta yaşam doyumunu ele aldığı çalışmasında, geliri yeterli olan bireylerin yaşam doyumlarının ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulgusunu elde etmiştir. Akbolat (2013)'ın araştırmasında en yüksek yaşam kalite puanını, en fazla gelire sahip olan grup almış ve gelirle yaşam kalitesi arasında doğrusal bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Doğan (2001)'a göre halen çalışma hayatı olan yaşlılar, çalışmayanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahiptir. Yaşlılıkla birlikte, emeklilik döneminin başlamasıyla gelir düşüşlerin yaşanması ve yaşlının çalışma hayatından çekilmesi bu bilgi ışığında verilebilir. Sarı(2013) ise çalışmasında, bireylerin sosyo ekonomik durumlarının iyileştikçe, yaşam kalitelerinin yükseldiğı bulgusunu elde etmiştir. Yaşam kalitesiyle ilişkili, detaylı bir araştırma olan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması(2008)'e göre herhangi bir gelire sahip olan yaşlıların yaşam kalitesinin, kazancı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Gelir durumunun düzeldikçe yaşam kalitesi puanlarının arttığını ifade eden yukarıdaki örneklere karşın; Yağcıoğlu(2013) yaşlılıkta yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmasında, gelirin yaşam kalitesi üzerinde bir etkisinin olmadığı sonucunu bulmuştur. Aynı şekilde, Dönmez (2010)'de araştırmasında yaşam kalitesiyle sosyo-ekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Yukarıdaki verilen örnekler içerisinde farklı görüşler olsa da, literatürde araştırmalarının çoğı gelir düzeyinin, yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu savunmaktadır. İhtiyaçlarını karşılayabilen bireylerin daha iyi bir yaşam sürdükleri ve sunulan hizmetlere daha kolay ulaştıkları düşünülürse gelir düzeyinin, bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğu yorumu yapılabilir.

Tablo 3.13. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Çocuk Sayıları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Çocuk Sayısı	N	$\bar{x}$	ss	F	p
Geriatrik Kaygı	0	18	4,05	2,79	1.532	.211
	1	20	3,16	2,55		
	2	30	4,20	4,82		
	3+	35	5,40	4,05		
Yaşam Kalitesi	0	18	82,61	11,69	.101	.959
	1	20	81,11	14,96		
	2	30	80,50	13,90		
	3+	35	80,73	13,55		
Genel Sağlık Durumu	0	18	6,00	2,00	1.174	.324
	1	20	5,40	2,11		
	2	30	6,06	1,77		
	3+	35	5,28	1,94		
Fiziksel Sağlık	0	18	21,77	4,54	.848	.471
	1	20	20,20	6,01		
	2	30	19,50	6,08		
	3+	35	19,57	4,40		
Psikolojik	0	18	18,67	2,95	.141	.935
	1	20	18,56	4,01		
	2	30	18,70	3,89		
	3+	35	18,14	4,04		
Sosyal İlişkiler	0	18	8,94	1,16	.965	.413
	1	20	9,45	1,95		
	2	30	8,86	1,94		
	3+	35	9,45	1,44		
Çevre	0	18	27,22	3,07	.469	.705
	1	20	27,50	3,88		
	2	30	27,36	3,63		
	3+	35	28,28	4,13		

***p<0.01 önem düzeyinde anlamlı*

**p<0.05 önem düzeyinde anlamlı*

Tablo 13.'e göre, geriatrik kaygı düzeyi ve yaşam kalitesinin evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin çocuk sayılarına göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda,

gruplar arasında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Her ne kadar ana boyutlar bazında gruplar arasında anlam bir fark anlamlı bulunmasa da yaşlı bireylerde çocuk sayısının artışına bağlı olarak geriatrik kaygı düzeyinde artış ve yaşam kalitesi puanlarında düşüş olduğu gözlemlenmiştir.

Eski dönemlerdeki anne ve baba bakımının evlatların sorumluluğunda olduğu görüşü değişmiş, bu durum günümüz koşullarında tam tersi hale gelmiştir. Günümüzde gelişen dünya ile birlikte ihtiyaçlar artış göstermekte, bunun sonucunda da bireylerin giderleri fazlalaşmaktadır. Araştırma sonucu değerlendirildiğinde, evde bakım hizmeti alan yaşlıların çocuk sayılarının artıkça kaygılarının arttığı, yaşam kalitelerinin ise düştüğü belirlenmiştir. İlerleyen yaşla birlikte bireylerin iş yaşamından çekilmesiyle ya da tamamen ayrılmasıyla aylık kazançlarının düştüğü, gelir düzeyinin kaygı ve yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Araştırma örnekleminin yaşlı ve çok yaşlı bireylerden olduğu düşünülürse, ailelerin çocuklarının, yaşamlarının en başından itibaren tüm eğitim masraflarını karşılaması, çocukları işe başlayana kadar ekonomik destek sağlamaları ve sonrasındaki süreçlerde de sürekli maddi destekte bulunmaları sonucunda yaşlı bireylerin kendi hayatlarına zaman ayıramadığı ve bu bağlamda ihtiyaçlarına öncelik veremedikleri düşünülebilir. Aynı şekilde artan çocuk sayısının, hanelerdeki ihtiyaçları arttıracak ve buna bağlı ebeveynlerin çocuklarına iyi bir hayat sağlayamama korkusunun olacağı tahmin edilmektedir.

Tablo 3.14. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Yaşam Biçimleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Yaşam Biçimi	N	$\bar{x}$	ss	t	p
Geriatrik Kaygı	Birileri ile B. Yaşayanlar	81	4,69	4,10	1.558	.122
	Yalnız Yaşayanlar	22	3,23	2,91		
Yaşam Kalitesi	Birileri ile B. Yaşayanlar	81	80,68	12,80	-.546	.586
	Yalnız Yaşayanlar	22	82,46	15,91		
Genel Sağlık Durumu	Birileri ile B. Yaşayanlar	81	5,54	1,89	-1.172	.244
	Yalnız Yaşayanlar	22	6,09	2,13		
Fiziksel Sağlık	Birileri ile B. Yaşayanlar	81	19,58	5,13	-1.782	.078
	Yalnız Yaşayanlar	22	21,81	5,56		
Psikolojik	Birileri ile B. B. Yaşayanlar	81	18,39	3,74	-.424	.672
	Yalnız Yaşayanlar	22	18,78	3,97		
Sosyal İlişkiler	Birileri ile B. Yaşayanlar	81	9,28	1,67	1.048	.297
	Yalnız Yaşayanlar	22	8,86	1,64		
Çevre	Birileri ile B. Yaşayanlar	81	27,88	3,42	1.087	.280
	Yalnız Yaşayanlar	22	26,90	4,76		

***p<0.01 önem düzeyinde anlamlı*

**p<0.05 önem düzeyinde anlamlı*

Tablo 14.'e göre evde bakım hizmeti alan yaşlıların geriatrik kaygı ve yaşam kalitesi düzeyinin, kişilerin yaşama biçimine göre yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda gruplar arasında farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Her ne kadar ana

boyutlar bazında gruplar arasında fark anlamlı bulunmasa da geriatrik kaygı ölçeğinde, birileri ile birlikte yaşayan katılımcıların kaygılarının daha yüksek; yaşam kalitelerinin de yalnız yaşayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin, yalnız yaşayan yaşlıların birileri ile birlikte yaşayanlara göre daha az kaygılı olduğu ve yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonucun çalışma için şaşırtıcı olduğu ve çıkan sonucun tam tersinin olacağı düşünülmekteydi. Yaşlı bireyin yalnız yaşamasının yaşamının her alanında onu birçok problemle karşı karşıya bırakacağı ve buna bağlı olarak kaygı duymasına neden olabileceği tahmin edilirken, sonuç farklı çıkmıştır. Yalnız yaşayan yaşlı bireyin kendine daha fazla vakit ayırdığı, ekonomik anlamda daha rahat tek başına geçinebildiği, boş zaman aktivitelerine zaman ayırdığı ve ihtiyaçlarını kolaylıkla karşılayabildiği çıkan bulguya göre düşünülebilir. Gelirini paylaşmak zorunda olan, hem kendi bakımının hem de yaşlı eşin bakımını gideren bireylerin yaşam kalitelerinin düşük ve buna bağlı kaygılarının yüksek olduğu yorumu yapılabilir. Günümüzde kalabalık ailelerden çekirdek aileye geçiş olması ve buna bağlı daha bireysel yaşanılması, çalışmadaki bu sonucun başka bir nedeni olarak da düşünülebilir.

Bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde, yalnız yaşayan yaşlıların diğer gruplara göre daha yüksek yaşam doyumuna sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmanın tartışma bölümünde bu bulgunun şaşırtıcı olduğu ama yalnız olan bireylerin ihtiyaçlarını daha rahat karşıladıkları, yalnız olma düşüncesinin yaşlıyı olumsuz olarak etkilemediği görüşü belirtilmiştir (Tel ve ark,2020). Başka bir çalışmada huzurevinde olan yaşlıların hayatlarında var olan sosyal desteklerinin, evde yaşayan yaşlılara göre daha az olduğu bulunmuştur (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Tablo 3.15. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin İnanç Durumları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	İnanç Durumu	N	$\bar{x}$	ss	F	p
Geriatrik Kaygı	Hafif Güçlü	21	4,57	4,17	.427	.654
	Orta Derece Güçlü	45	3,98	3,67		
	Son Derece Güçlü	37	4,76	4,09		
Yaşam Kalitesi	Hafif Güçlü	21	80,66	14,93	.086	.918
	Orta Derece Güçlü	45	80,64	14,92		
	Son Derece Güçlü	37	81,81	10,79		
Genel Sağlık Durumu	Hafif Güçlü	21	5,66	1,93	.017	.983
	Orta Derece Güçlü	45	5,62	2,08		
	Son Derece Güçlü	37	5,70	1,83		
Fiziksel Sağlık	Hafif Güçlü	21	20,66	4,75	.173	.842
	Orta Derece Güçlü	45	19,88	5,59		
	Son Derece Güçlü	37	19,91	5,28		
Psikolojik	Hafif Güçlü	21	18,28	4,38	.034	.967
	Orta Derece Güçlü	45	18,51	3,99		
	Son Derece Güçlü	37	18,54	3,20		
Sosyal İlişkiler	Hafif Güçlü	21	9,09	1,60	2.984	.055
	Orta Derece Güçlü	45	8,82	1,74		
	Son Derece Güçlü	37	9,70	1,50		
Çevre	Hafif Güçlü	21	26,95	4,15	.506	.604
	Orta Derece Güçlü	45	27,79	4,15		
	Son Derece Güçlü	37	27,94	2,95		

***p<0.01 önem düzeyinde anlamlı*

**p<0.05 önem düzeyinde anlamlı*

Tablo 15. incelendiğinde; geriatrik kaygı düzeyi ve yaşam kalitesinin, evde bakım hizmeti alan yaşlı kişilerin inanç durumlarına göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda gruplar arasında farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Geriatrik kaygı ve yaşam kalitesi ölçeklerinde gruplar bazında verilen puanların birbirine yakın olması nedeniyle inanç durumunun, gruplar üzerinde ayırt edici etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin inanç düzeyleri değerlendirildiğinde, bireyin inanç düzeyinin kaygı düzeyine ya da yaşam kalitesine herhangi bir etkiye bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, bireyin kaygı düzeyi ile dini inancı arasında bir ilişki olmadığı, kaygıyı doğrudan etkileyen diğer faktörlerin (gelir düzeyi, eğitim durumu vb.) birey üzerinde daha çok etkisinin olduğu tahmin edilmektedir. Aynı şekilde kuramsal bölümde ifade edildiği gibi, bireyin sağlık durumunun görece iyi olması, iyi bir çevrede yaşaması, ekonomik açıdan yeterli olması, maddi ve manevi tüm ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve sosyal desteğinin bulunması gibi faktörlerin, yaşam kalite düzeyini iyileştiren faktörlerden olduğu düşünülmektedir. İnanç düzeyinin yaşam kalitesine etki eden bir değişken olmadığı, ortaya çıkan bulgularımıza göre ifade edilebilir.

Literatürde, doğrudan evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi ile inanç durumlarının ilişkisi hakkında çalışma olmadığı göze çarpmaktadır. Buradan hareketle bu çalışmanın bulgularına göre genelleme yapılması doğru olmayabilir. Yaşlı bireylerle inanç durumlarına yönelik yapılan örnekler ele alındığında, Hökelekli (2008), çalışmasında ölüm kaygısı ve korkusunun bireyi dine daha meyilli hale getirdiği sonucuna ulaşmıştır. Bir başka çalışmada ise dindarlık seviyesinin arttıkça ölüm kaygısının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (Kayıklık 2002).

Literatürdeki çok az sayıda olan çalışmalara karşın doğrudan yaşlılıkta yaşam kalitesi ve dindarlık ilişkisini ele alan Akbolat (2013), araştırmasında dindarlık puanı artan bireylerin yaşam kalite puanlarının arttığı bulgusuna elde etmiştir. Araştırmada kullanılan dini hayat ölçeğinin duygu, davranış ve bilgi boyutlarından alınacak puanların yükseldikçe, yaşam kalitesi ölçeğinin geçmiş ve ölüm boyutlarından alınacak puanların da yükseldiği ifade edilmiştir. Aynı şekilde Yıldız (2006) çalışmasında dindarlıkla ölüm kaygısı arasında anlamlı derecede bir korelasyon tespit etmiş ve dindarlık ile yaşam kalitesinin, ölüm ve ölmek alt boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulgusunu elde etmiştir. Dağlı (2010) tarafından yapılan yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık araştırmasında, bireylerin dindarlık puanlarının yükseldikçe ölüm kaygılarının da yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yukarıdaki örnekler göz önüne alındığında, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin inanç düzeylerinde güçlü ve son derece güçlü olanların ölüm kaygısının yüksek olduğu, çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin ölüm ve ölmek alt boyutuyla arasında anlamlı bir ilişki olabileceği yorumu yapılabilir. Bireyin yaşamdan beklentisinin, belirli bir güç ve inanca bağlı olduğu düşünülürse; buna bağlı olarak ölümden ve ölümden sonraki

yaşam hakkında kaygı duyması olağan görülebilir. Aynı şekilde, ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayabiliyor olmayı dinsel bir inanca ya da güce dayalı inşa edenlerin, yaşamlarından memnuniyet duyması ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin yüksek olabileceği tahmin edilebilir.

Tablo 3.16. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Hastalık Durumları ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Tansiyon	Var (n=42)	Yok (n=61)	t	p
Geriatrik Kaygı	4,05 ± 4,22	4,61 ± 3,69	.719	.474
Yaşam Kalitesi	83,60 ± 13,76	79,33 ± 13,07	-1.592	.114
Genel Sağlık Durumu	5,98 ± 2,01	5,44 ± 1,88	-1.372	.173
Fiziksel Sağlık	20,50 ± 5,34	19,75 ± 5,25	-.703	.484
Psikolojik	19,17 ± 3,98	18,00 ± 3,58	-1.546	.125
Sosyal İlişkiler	9,52 ± 1,27	8,97 ± 1,87	-1.797	.075
Çevre	28,43 ± 3,73	27,16 ± 3,69	.075	.092
Şeker	Var (n=35)	Yok (n=68)	t	p
Geriatrik Kaygı	5,31 ± 3,87	3,90± 3,86	-1.760	.081
Yaşam Kalitesi	79,28 ± 12,66	81,98 ± 13,85	.966	.336
Genel Sağlık Durumu	5,31 ± 1,95	5,83 ± 1,93	1.297	.198
Fiziksel Sağlık	20,17 ± 4,46	20,00± 5,68	-.155	.877
Psikolojik	17,37± 3,30	19,04± 3,89	2.170	.032*
Sosyal İlişkiler	8,86± 1,55	9,37± 1,71	1.479	.142
Çevre	27,57 ± 3,88	27,73± 3,70	.214	.831
Kalp Hastalığı	Var (n=41)	Yok (n=62)	t	p
Geriatrik Kaygı	5,81 ± 4,34	3,44 ± 3,31	-2.969	.004**
Yaşam Kalitesi	76,53 ± 11,06	84,07 ± 14,13	3.024	.003**
Genel Sağlık Durumu	4,90 ± 1,73	6,16 ± 1,93	3.369	.001**

Fiziksel Sağlık	19,05 ± 3,97	20,73 ± 5,93	1.719	.089
Psikolojik	16,90± 2,75	19,52 ± 4,02	3.922	.000**
Sosyal İlişkiler	9,10±1,48	9,26 ± 1,79	.476	.635
Çevre	26,58± 3,85	8,40 ± 3,52	2.474	.015*
Fiziksel Hastalık	Var (n=31)	Yok (n=72)	t	p
Geriatrik Kaygı	5,26 ± 2,90	4,01± 4,23	-1.500	.137
Yaşam Kalitesi	75,00 ± 10,58	83,68± 13,78	3.472	.001**
Genel Sağlık Durumu	5,45± 1,91	5,75± 1,97	.711	.479
Fiziksel Sağlık	17,71± 3,99	21,07± 5,47	3.485	.001**
Psikolojik	17,06± 3,32	19,09 ± 3,82	2.558	.012*
Sosyal İlişkiler	8,19±8,19	9,63± 1,55	4.325	.000**
Çevre	26,58± 3,23	28,15± 3,87	1.979	.051

* $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı ** $p < 0.01$ önem düzeyinde anlamlı

Yukarıdaki tablo 16. evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler üzerinde kalp hastalığının etkisi incelendiğinde, geriatrik kaygı düzeyi ($t_{(101)}=-2.969$; $p<0.01$) ve yaşam kalitesi ($t_{(101)}=3.024$; $p<0.01$) ölçeğinin genel sağlık durumu ($t_{(101)}=3.369$; $p<0.01$), psikolojik ($t_{(101)}=3.922$; $p<0.01$) ve çevre ($t_{(101)}=2.474$; $p<0.01$) alt boyutları bazında gruplar üzerinde anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir.

Detaylı olarak incelendiğinde, kalp hastalığına sahip bireylerin geriatrik kaygı düzeylerinin yüksek ve yaşam kalitelerinin genel bazda ve genel sağlık durumu, psikolojik ve çevre alt boyutlarında olmak üzere daha düşük olduğu görülmektedir.

Fiziksel hastalığa sahip olma durumunun kişilerin geriatrik kaygı düzeylerinde ayırt edici bir rol oynamadığı görülmektedir ($p>0.05$). Diğer yandan bu hastalığa sahip olan ve olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi bazında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($t_{(101)}=3.472$; $p<0.01$). Bu farklılığın nedenleri incelendiğinde, fiziksel sağlık ($t_{(101)}=3.485$; $p<0.01$), psikolojik ($t_{(101)}=2.558$; $p<0.05$) ve sosyal ilişkiler ($t_{(101)}=4.325$; $p<0.01$) alt boyutlarında gruplar bazında ayırt edici noktalar olduğu görülmektedir.

Fiziksel hastalığa sahip olan bireylerin genel anlamda yaşam kalitelerinin ve fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt boyutları bazında daha düşük puana sahip oldukları

gözlemlenmiştir. Diğer bir deyişle, fiziksel hastalığı olan bireylerin özellikle fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler bakımından bu hastalığa sahip olmayan bireylere göre yaşam kalitelerinin daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Diğer hastalık türleri incelendiğinde, şeker ve tansiyon hastası olan ve olmayan bireylerin geriatrik kaygı düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Evde bakım hizmeti alan yaşlıların sahip olduğu hastalık durumuna göre, geriatrik kaygı ölçeğinde gruplar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmamız sonucunda, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin hastalık durumları ile kaygı düzeyleri arasında pozitif ya da negatif herhangi bir ilişki bulunmamasına karşın, kronik hastalıklar ile kaygı düzeyi arasında ilişki olduğunu ifade eden araştırmalarda mevcuttur. Coşkun(1998)'a göre birden fazla kronik hastalığı bulunan bireylerde kaygı bozukluğuna daha fazla rastlanılmaktadır. Benzer şekilde, Bahar(2005)'da çalışmasında kronik hastalığa sahip olma durumunun, yaşlı bireylerde kaygıyı arttırdığı sonucuna ulaşmıştır. Yanardağ ve Şahin(2019) çalışmasında, bireyin herhangi bir engelle ya da ciddi rahatsızlığa sahip olmasının kaygı ve depresyon düzeyini yükselttiği sonucuna ulaşmıştır.

Çalışmamızın sonucunda, belli bir hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu sonucu çıkmıştır. Bu sonuç içerisinde, fiziksel ve göğüs hastalıklarına sahip bireyler grup içinde en düşük yaşam kalite puanına sahiptir. Yaşlılık döneminde, bireylerin fiziksel hareketlerindeki yavaşlamalar ve buna bağlı düşmelerin olmasıyla kalıcı hasarlar ortaya çıkabilmektedir. Daha önceki bölümlerde ifade edildiği gibi, yaşlıların çeşitli sağlık sorunları yaşadıkları, bu sorunlar sonucunda bakıma muhtaç hale gelmeleri olağan olarak karşımıza çıkmaktadır. Birisine ya da birilerine bağımlı olmak, kendini başkalarına karşı yük gibi hissetmek ve bağımsız hareket edememek gibi düşüncelere sahip olan yaşlıların, psikolojik sağlıkları ve iyilik halleri bozulmakta buna bağlı olarak yaşam kaliteleri düşmektedir.

Bu çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde, evde sağlık hizmeti alan yaşlıları arasında artan hastalık sayısının, yaşam kalitesi puanlarının yükselmesine neden olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada gereksinim duydukları tıbbi cihaz sayısının azaldıkça duyuşal işlev alt boyutu ve özerklik alt boyutunda yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği bildirilmiştir (Uçakkuş ve Yıldırım,2021).

Yaşlılık alanında konuyla bağlantılı diğer örneklere bakıldığında, Dönmez(2010) araştırmasında, hastalık sahibi olan yaşlıların, kullandıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam

kalitelerinin düştüğünü ifade etmiştir. Durduran ve ark. (2018) tarafından yaşlılıkta yaşam kalitesi konulu çalışmalarında, kronik hastalığa sahip olan ve bu sebepten düzenli ilaç kullanmak zorunda olanların yaşam kaliteleri düşük çıkmıştır. Bakar(2012) çalışması sonucunda kronik hastalığa sahip olanların, hastalığı bulunmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu bulmuştur. Hastalık durumuna bağlı olarak ilaç kullanımının olduğu düşünülürse, yaşlı bireylerde birden fazla hastalığın yaygın olmasından dolayı sık ilaç kullanımı olduğu yorumu yapılabilir. Stenzelius ark., (2005) tarafından 75 yaş ve üzerinde olan yaşlıların, yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada; birilerinin bakımına gereksinim duyan ve onlara bağımlı olanların bilişsel ve fiziksel yönden daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir.

Arslan (2011) yaşam doyumu üzerine yaptığı çalışmasında, kronik hastalığa sahip olanların, olmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu tespit etmiştir. Doğan (2011) da, en az bir kronik rahatsızlığı bulunanların, hiç hastalığı olmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yine aynı çalışmada, en yüksek yaşam kalite puanını hiçbir hastalığı olmayan bireyler almıştır.

Tablo 3.17. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Aldıkları Evde Bakım Hizmetleri ile Geriatrik Kaygı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	Durum			
Temizlik	Var (n=74)	Yok (n=29)	t	p
Geriatrik Kaygı	4,96 ± 3,97	2,90 ± 3,36	-2.473	.015*
Yaşam Kalitesi	77,87 ± 11,96	89,24 ± 13,80	4.153	.000**
Genel Sağlık Durumu	5,25 ± 1,75	6,69 ± 2,05	3.542	.001**
Fiziksel Sağlık	18,73 ± 4,72	23,45 ± 5,16	4.437	.000**
Psikolojik	17,80 ± 3,58	20,21 ± 3,77	3.021	.003**
Sosyal İlişkiler	9,03 ± 1,65	9,62 ± 1,67	1.637	.105
Çevre	27,05 ± 27,05	29,28 ± 4,08	2.797	.006**
Sıcak Yemek	Var (n=24)	Yok (n=79)	t	p
Geriatrik Kaygı	4,21 ± 3,96	4,44 ± 3,92	.248	.805

Yaşam Kalitesi	76,08 ± 13,89	82,58 ± 13,04	2.106	.038*
Genel Sağlık Durumu	5,13 ± 2,17	5,82 ± 1,85	1.547	.125
Fiziksel Sağlık	20,00 ± 5,20	20,08 ± 5,33	.061	.951
Psikolojik	3,70 ± 3,53	19,03 ± 3,69	2.768	.007**
Sosyal İlişkiler	8,33 ± 1,83	9,46 ± 1,53	2.996	.003**
Çevre	25,96 ± 3,79	28,20 ± 3,59	2.642	.010**

Psikolojik Destek	Var (n=12)	Yok (n=91)	t	p
Geriatrik Kaygı	2,00 ± 2,08	4,70 ± 3,99	3.673	.001**
Yaşam Kalitesi	88,99 ± 10,34	80,02 ± 13,52	-2.210	.029*
Genel Sağlık Durumu	6,75 ± 2,01	5,52 ± 1,90	-2.096	.039*
Fiziksel Sağlık	22,17 ± 2,33	19,78 ± 5,50	-2.694	.011*
Psikolojik	20,25 ± 2,70	18,24 ± 3,84	-1.746	.084
Sosyal İlişkiler	9,58 ± 1,24	9,14 ± 1,71	-.858	.393
Çevre	30,24 ± 3,68	27,34 ± 3,64	-2.589	.011*

Sağlık H.	Var (n=11)	Yok (n=92)	t	p
Geriatrik Kaygı	5,09 ± 4,18	4,30 ± 3,89	-.634	.528
Yaşam Kalitesi	88,27 ± 12,90	80,21 ± 13,34	-1.902	.060
Genel Sağlık Durumu	6,36 ± 1,91	5,58 ± 1,94	-1.271	.207
Fiziksel Sağlık	22,54 ± 5,69	19,76 ± 5,18	-1.667	.099
Psikolojik	20,45 ± 3,35	18,24 ± 3,77	-1.858	.066
Sosyal İlişkiler	9,73 ± 1,27	9,13 ± 1,70	-1.122	.264
Çevre	29,18 ± 4,04	27,50 ± 3,69	-1.415	.160

Onarım	Var (n=15)	Yok (n=87)	t	p
Geriatrik Kaygı	5,67 ± 4,59	4,21 ± 3,76	-1.338	.184

Yaşam Kalitesi	78,40 ± 15,04	81,70 ± 13,18	.878	.382
Genel Sağlık Durumu	5,53 ± 1,76	5,69 ± 1,99	.284	.777
Fiziksel Sağlık	17,66 ± 6,56	20,57 ± 4,88	2.020	.046*
Psikolojik	17,40 ± 4,57	18,69 ± 3,63	1.223	.224
Sosyal İlişkiler	9,60 ± 1,95	9,16 ± 1,59	-.953	.343
Çevre	28,20 ± 3,23	27,58 ± 3,85	-.582	.562

* $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı ** $p < 0.01$ önem düzeyinde anlamlı

Tablo 17.'de geriatrik kaygı düzeyi ve yaşam kalitesinin, evde bakım hizmeti alan yaşlıların aldıkları hizmet türüne göre yapılan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda temizlik, sıcak yemek ve psikolojik destek hizmet türleri bazında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Temizlik hizmeti alma durumuna göre incelendiğinde, bu hizmeti alan kişilerin geriatrik kaygı düzeylerinin, almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($t_{(101)} = -2.473$; $p < 0.05$). Temizlik hizmeti almayan kişilerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ve bunun genel sağlık durumu ($t_{(101)} = 3.542$; $p < 0.01$), fiziksel sağlık ($t_{(101)} = 4.437$; $p < 0.01$), psikolojik ($t_{(101)} = 3.021$; $p < 0.01$) ve çevre ($t_{(101)} = 2.797$; $p < 0.01$) alt boyutlarında da etkisini gösterdiği gözlemlenmiştir.

Evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlıların temizlik hizmeti alanların, kaygı düzeylerinin yüksek çıkmasının sebepleri düşünüldüğünde, maddi durumu yeterli olan bireylerin temizlik hizmetini ücret karşılığında alırken maddi durumu olmayan yaşlının temizlik hizmeti aldığı tahmin edilmektedir.

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde, temizlik hizmeti almayanların yaşam kaliteleri daha yüksek grup olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bulgu incelendiğinde; verilen temizlik hizmetini kendi evini temizlemede zorlanan, sağlık sorunları yaşayan ve gelir düşüklüğü nedeniyle evine yardımcı alamayan yaşlı bireylerin, belediye tarafından verilen temizlik hizmetini aldığı düşünülmektedir. Bu bağlamda, geliri yeterli durumda olan ya da kendi işini yapabilen yaşlının temizlik hizmetine ihtiyaç duymadığı; bu durumu karşılamakta güçlük çekenlerin ise yaşam kalitesi düşük çıkmasının tahmin edilebilir olduğu görülmektedir.

Sıcak yemek hizmeti alma durumu incelendiğinde, gruplar arasındaki geriatrik kaygı düzeylerindeki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Diğer bir açıdan, sıcak yemek hizmeti alma ya da almama durumunun kişilerin kaygı düzeyleri noktasında ayırt edici bir etki yaratmadığı görülmektedir. Yaşam kalitesi bazında incelendiğinde, psikolojik ($t_{(101)}=2.768$; $p<0.01$), sosyal ilişkiler ($t_{(101)}=2.996$; $p<0.01$) ve çevre ($t_{(101)}=2.642$; $p<0.01$) alt boyutlarında kişilerin sıcak yemek hizmeti alma durumlarının gruplar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Bu farkın nedeni incelendiğinde, sıcak yemek hizmeti almayan kişilerin psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutlarında daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinden yararlanan yaşlılardan sıcak yemek hizmeti alan yaşlıların evinden çıkamayan, fiziksel sağlığı kötü durumda olan ve düşük gelir grubuna sahip olan bireylerden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sıcak yemek hizmetinin, son zamanlarda COVID-19 nedeniyle ev karantinası olan yaşlılara daha çok verildiği için ortaya çıkan bulgu şaşırtıcı olmamıştır.

Evde bakım hizmeti alan yaşlıların psikolojik destek hizmeti alma durumları incelendiğinde, geriatrik kaygı ($t_{(101)}=3.673$; $p<0.01$) ve yaşam kalitesi ($t_{(101)}=-2.210$; $p<0.05$) boyutlarında gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Psikolojik destek alan grubun kaygı düzeylerinin; almayan gruba göre daha düşük olduğu, yaşam kalitesi bazında genel sağlık durumu ($t_{(101)}=-2.096$; $p<0.05$), fiziksel sağlık ($t_{(101)}=-2.694$; $p<0.05$) ve çevre ($t_{(101)}=-2.589$; $p<0.05$) alt boyutlarında psikolojik destek alan kişilerin; yaşam kalitelerinin bu hizmeti almayan gruba göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Ankara Büyükşehir Belediyesinin verdiği psikolojik destek hizmetinin tam anlamıyla yeterli olmasa da yaşlı bireyleri olumlu olarak etkilediği ve onlara psikolojik sağlıklarını korumada yardımcı olduğu düşünülmektedir. Psikolojik sağlığı iyi olan bireylerin fiziksel sağlıklarının yerinde, diğerlerine göre görece daha iyi olduğu yorumu yapılabilir. Diğer yandan sağlık ve onarım hizmeti alma durumunun gruplar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 3.18. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Geriatrik Kaygı ile Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7
1 GeriatrikKaygı	-						
2 YaşamKalitesi	-.30**	-					
3 GenelSağlıkDurumu	-.46**	.73**	-				
4 FizikselSağlık	-.18	.85**	.47**	-			
5 Psikolojik	-.39**	.90**	.70**	.68**	-		
6 Sosyalİlişkiler	.06	.65**	.30**	.51**	.50**	-	
7 Çevre	-.22*	.82**	.61**	.48**	.70**	.51**	-

*kKorelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır *korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır ***

Geriatrik kaygı düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Geriatrik kaygı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında düşük düzeyde negatif yönlü ($r=-.30$, $p<.01$) ilişki olduğu görülmüştür. Kişilerde kaygı düzeyi arttıkça, yaşam kalitelerinde %30'luk bir oranda azalma olduğu gözlemlenmiştir.

Geriatrik kaygı düzeyi ile yaşam kalitesinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde ise, genel sağlık durumu ile orta düzeyde negatif yönlü ($r=-.46$, $p<.01$), psikolojik alt boyutu ile düşük düzeyde negatif yönlü ($r=-.39$, $p<.01$) ve çevre alt boyutu ile düşük düzeyde negatif yönlü ($r=-.22$, $p<.05$) ilişki olduğu görülmüştür. Diğer yandan geriatrik kaygı düzeyi ile fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 18.'e göre, bireylerin kaygı düzeylerinin arttıkça yaşam kalitelerinde düşüşün ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Genel sağlık alt boyutunda, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin sağlık durumları ile kaygı düzeyleri arasında ters yönlü ilişki gözlemlenmiştir. Çalışmada görece sağlıklı olan yaşlı bireylerin, kaygı düzeylerinin düşük çıkması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Aynı şekilde psikolojik sağlık alt boyutunda yaşlının sağlıklı durumda olmasının, kaygı düzeyinin düşük olduğunu düşündürmektedir.

Çevre alt boyutunda, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyin fiziksel çevresinin iyi durumda olması, güvenli bir yerde yaşaması ve bununla birlikte sosyal çevresinin de iyi durumda olması kaygı düzeyinde azalmayı sağlamaktadır.

Daha önceki bölümler ve kuramsal kısımda söz edildiği gibi, yaşam kalitesi yüksek olan bireylerin daha iyi koşullarda yaşadığı, çevrelerinin iyi durumda olduğu, sosyal desteklerinin var olduğu ve psikolojik sağlıklarının iyi durumda olduğu vurgulanmıştır.

Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin, bireyin yaşamında eksiksiz olması durumunda kaygının az olacağı tahmin edilmektedir. Buna göre kaygı düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki olduğu söylenebilir.

Bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer olarak yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiyi açıklayan nadir çalışmalardan biri olan Souza ve ark.(2019) araştırmalarında, depresyon ve kaygı seviyeleri yüksek çıkanların, intihara meyilli bireyler olduklarını ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca zihinsel, fiziksel ve sosyal bağımsızlığa sahip yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.



IV. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde öncelikle araştırmanın sonuçlarına, sonrasında ise bu sonuçlar doğrultusunda oluşturulan önerilere yer verilmiştir.

4.1. Sonuç

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ve kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada katılımcılar çoğunlukla kadınlardan oluşmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 63,42 olup ve çoğu evlidir. Katılımcıların yarısından fazlası ilköğretim mezunu olup ve aylık gelirleri ortalama 2400 TL'dir. Büyük bir bölümü aileleri ile yaşamakta olup en az bir tane çocuğu bulunmaktadır. En çok kardiyolojik ve fiziksel hastalıklara sahiptirler. En çok aldıkları evde bakım hizmet türü sağlık hizmetleridir. Alınan diğer evde bakım hizmetlerini sırasıyla psikososyal ve temizlik hizmetleridir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu aldıkları evde bakım hizmetlerinden memnun olup evde bakım hizmeti veren personelin güler yüzlü olmasını, daha özverili çalışmasını ve verilen hizmetlerin sıklığının artmasını talep etmektedir. Katılımcılardan sıcak yemek hizmeti alanlar ise yemeklerin iyileştirilmesini talep etmişlerdir. Telefonla görüşme yapılan yaşlıların neredeyse yarısı, sosyal faaliyetlerin yeniden başlamasını ve yaşlı merkezlerin sayılarının çoğaltılmasını istemişlerdir.

Evde bakım hizmeti alan yaşlıların evli, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar, çocuğu bulunanlar, aileleri ile yaşayanlar, fiziksel ve kalp hastalığına sahip olanlar ve temizlik hizmeti alanların yaşam kaliteleri düşüktür. Katılımcıların yaş, cinsiyet ve inanç durumlarının yaşam kaliteleri ile üzerinde bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bununla birlikte bekâr olanların, eğitim ve gelir düzeyi iyi durumda olanların, yalnız yaşayanların, temizlik hizmeti almayan fakat psikolojik destek hizmeti alanların yaşam kaliteleri yüksektir.

Evde bakım hizmeti alan yaşlıların kaygı düzeyi incelendiğinde ise, daha yaşlı olanların, evli ve çocuğu bulunanların, temizlik hizmeti alanların ve kalp hastalığı bulunanların kaygı düzeyi yüksek çıkmıştır. Cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu ve inanç

düzeşinin yaşlıların kaygı durumunda bir farklılık yaratmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte psikolojik destek hizmeti alanların kaygı düzeyleri düşük bulunmuştur.

Sonuç kısmının son aşamasında ise yaşam kalitesi ölçeğı ile geriatrik kaygı ölçekleri arasındaki ilişkinin ters orantılı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonucun araştırma için şaşırtıcı olmadığı, kuramsal bölümlerde de ifade edildiğı üzere yaşlı bireylerde yaşam kalitesini artmasıyla kaygı düzeyinin düşeceği tahmin edilmiştir.



4.2. Öneriler

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak geliştirilen öneriler şu şekildedir:

- Evde bakım hizmetlerinden psikolojik destek hizmeti alanların kaygı düzeyleri düşük, yaşam kaliteleri yüksek çıkmıştır. Bunun bir sonucu olarak verilen psikolojik destek hizmetinin sıklığının artırılması, iyileştirilmesi ve niteliğinin geliştirilmesi bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Psikolojik destek hizmetinin sunumu sırasında bazı aksaklıklar ortaya çıkmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ve psikologların aynı gün içerisinde birçok kez eve gitmeleri sonucunda, hizmetten yeterli verim alınamamaktadır. Bu bağlamda alanda çalışacak meslek elemanlarının istihdamı artırılmalı, hizmet alanların önerileri doğrultusunda yapılan ev görüşmelerinin sadece ‘psikolojik destek’ hizmeti amacıyla yapılan görüşmeler şeklinde düzenlenmesi gerekmektedir.
- Hizmetlerle ilgili meslek elemanlarının koordineli olarak çalışması sağlanmalı, bu bağlamda yapılan toplantılara sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların düzenli katılımının olması önem arz etmektedir.
- Sosyal hizmet uzmanları evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler ve aileleri ile birlikte görüşmeler yapmaları, yaşlıyı ‘çevresi içinde birey’ yaklaşımıyla ele alarak yaşlıya uygun bir müdahale planlamalıdır. Evde bakım hizmetinde verilen psikolojik desteğin, kapsamlı bir vaka planına dönüşmesi gerekmektedir.
- Verilen evde bakım hizmetlerinin sıklığının az olması nedeniyle hizmetlerden yararlanan (temizlik hizmetleri) yaşlıların ihtiyaçları tam olarak karşılanamamaktadır. Bu bağlamda, evde bakım hizmetlerinin ihtiyaç ve personel durumuna göre sürekliliği sağlanmalı ve denetimlere tabi tutulmalıdır.
- Evde bakım hizmet personellerine davranış ve tutum konusunda, eğitici seminerler verilmeli, hem bakım veren personellerin hem de bakım alan yaşlıların geri dönüşleri dikkate alınarak hizmetler gözden geçirilmelidir.

- Evde bakım hizmetlerinde karşılaşılan sorunlarla ilgili olarak sosyal hizmet uzmanlarının yaşlının ihtiyacına yönelik hizmetlere, kurum ve kuruluşlara ulaşımını sağlamalı, gerekiyorsa farklı alanlardaki meslek elemanlarına müracaatçının havalesini sağlamalıdır.
- Sayısı az olan ve faaliyetlerine pandemi nedeniyle ara veren yaşlı merkezlerinin, sayılarının artmaları, yaşlının boş zamanlarını değerlendirecek uygulamalara daha fazla yer vermeleri gerekmektedir.
- Evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyini değerlendiren çalışmaların az olması nedeniyle alanda ki bilgi eksikliğinin giderilmesi için konuyla bağlantılı çalışmalara ağırlık verilmelidir.
- Yapılan bu çalışma Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezinden evde bakım hizmeti alan yaşlılar ile sınırlıdır. Türkiye genelinde yaşlılara evde bakım sağlayan kurum ve kuruluşlarla daha geniş ve nitelikli çalışmaların yapılmasıyla, gittikçe sayısı artan evde bakım hizmeti yararlanıcılarının hizmetlere erişimini kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

- Adak, D.(2003). Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: Kadınlar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2(6), 81-90.
- Akbaş, E., Yiğitoğlu, G., ve Çunkuş, N. (2019). Yaşlılıkta sosyal izolasyon ve yalnızlık. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 15(26), 4542-4552.
- Akbolat, A. (2014). *Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi ve dindarlık ilişkisi* (yayımlanmış yüksek lisans tezi). Şanlıurfa Üniversitesi, Şanlıurfa.
- Akdemir, N. (2003). *Evde bakım*. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı (ss. 63-65). Antalya: Türk Geriatri Vakfı Yayını.
- Akdemir, N., Görgülü, N., ve Çınar, N. (2008). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15(1), 68-75.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.
- Aksayan, S. ve Çimete, G. (1998). *Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri*. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı.(1.baskı) İstanbul: MÜ Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi.
- Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri. *I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı*, 24-26 Eylül, İstanbul.
- Akyol, Y., Durmuş, D., Doğan, C., Bek, Y., ve Cantürk, F. (2010). *Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population*. *Turk Jorunal Rheumatol*, 1, 165-173.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 76-84.
- Altan, Ö. ve Şişman, Y. (2003). Yaşlılık ve Türkiye’de yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *İş Hukuku ve İktisat Dergisi (KAMU-İŞ)*, 7(2), 19-53.
- Altay, B. ve Emiroğlu, N. (2005). Yaşlılık hizmetleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 22(4), 165–170.

- Altıparmak S. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3). 159-164.
- Altuntaş, M., Yılmaz, T.T., Güçlü, Y.A., ve Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzde uygulama şekilleri. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 20 (3). 153-8.
http://www.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_20_3_153_158.pdf
- Aslan, D. (2009). Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı: Kadın sağlığı bakışı. Yazılı Bildiri. *Gazi Üniversitesi Yaşlı Kadın Sempozyumu Bildiri Kitabı* (ss.1-6). Ankara,
- Aslan, M ve Hocaoglu, Ç. (2007). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Aslan, Ş., Uyar, S., ve Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 45-56.
- Arslan, N.H. (2011). *Yaşlıların yaşadıkları ortama göre yaşam kalitesi ve yaşam düzeylerinin karşılaştırılması* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Arslan, Ş., Gökçe Kusal, Y. (1999). Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Geriatri*, 2(4), 173-178.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5.baskı) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aydın, S. (2009). *Gaziantep ili Şehit Kamil ve Şahinbey merkez ilçelerinde yaşayan 65 yaş ve üstü popülasyonda yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Aydın Yıldırım, T. ve Altay, B. (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin öz bakım gücü ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 16-24.
- Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (6), 227-239.
- Bakar, N. (2012). *Yaşlı bireylerde depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Erzincan Üniversitesi, Erzincan.

- Baran, A. (2008). Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (2), 86-97.
- Baran, A.G., Kalinkara, V., Aral, N., Baran, G., Akın, G., Özkan, Y. (2005). Yaşlı ve aile ilişkileri: Ankara örneği. *Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları No:127* (ss.114-140) .Ankara.
- Baş, A. (2019). *Evde yaşayan yaşlıların aktif yaşlanma ve yaşam kalitesi yönünden değerlendirilmesi* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Baysan, N. P. (2008). *Yaşlıların yaşlılık algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler* (Yayımlanmış uzmanlık Tezi), Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.
- Beğer, T ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*. 1-3. http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf
- Bekaroğlu, M. (1990). Çekirdek aile gerçeği ve yaşlılık. *1.Aile Şurası Bildirileri*. (ss.279-284) Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, Ankara.
- Bilge, U., Elçioğlu, Ö., Ünalacak, M., ve Ünlüoğlu, İ. (2014). Türkiye’de yaşlı evde bakım hizmetleri (derleme). *Euras J Fam Med*, 3(1), 1-8. https://www.researchgate.net/profile/Ilhami_Unluoglu/publication/297707691_Turkiye'de_Yasli_Evde_Bakim_Hizmetleri/links/56f6dd3108ae38d710a1bfd5/Tuerkiye'de-Yasli-Evde-Bakim-Hizmetleri.pdf
- Birtane, M., Tuna,H., Ekuklu,G., Uzunca,K., Akçi,C., ve Kokina,S. (2000). Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(4), 141-145.
- Boylu, A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar Ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/232472>
- Canatan, A. (2008). *Sosyal yönleriyle yaşlılık*. (1.Baskı). Ankara: Palme Yayıncılık.
- Cüceloğlu, D. (2006). *İnsan ve davranışı: psikolojinin temel kavramları* (15.baskı). İstanbul:Remzi kitabevi,

- Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H., ve Cantürk, A. (2006). Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1), 30-33.
- Çavuş, F.Ö. (2013). *Yaşlılara yönelik evde Bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Çoban, M., Esatoğlu, A.E. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 12(2), 109-120.
- Coşkun, M. (1998). *Samsun il merkezinde yaşayan yaşlıların sürekli kaygı düzeyleri ve bazı sosyoekonomik etmenleri*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Çetin, S. (2019). *Yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlılık algısında sosyal hizmetin rolü: Ankara örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Danış, M.Z. (2005). Toplum temelli bakım anlayışı. *Özveri Dergisi*, 2(1), 445-459.
- Danış, M. Z. (2007). Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. Erişim tarihi: 14 Ekim 2020. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf
- Danış, M.Z. (2009). *Kurumlarda kalan yaşlıların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler: Ankara örneğinde bir alan araştırması*. (Yayımlanmış doktora tezi) Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Dağlı, E. (2010). *Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Değirmenci Akal, Ç. (2005). *Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Dilbaz, N. (2010). *Geriatrik hastalarda anksiyete bozuklukları ve tedavisi*. Araştırma sunumu, 26 - 30 Mayıs 2010, KKTC.
- Doğan, H. (2011). *Samsun ili Tekkeköy ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

- Doğan, O. (2001). Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2 (1), 41-46.
- Doğanay, G., Güven, S. (2019). Ailede yaşlı bakımı rolünü üstlenen kadınlar ve görüşleri: Giresun ili örneği. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(21), 343-357. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ksbd/issue/50850/599975>
- Dönmez, G. (2010). *Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Durgun, B. ve Tümerdem, Y. (1999). Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Geriatri* 2(3), 115-120.
- Durduran, Y., Okka, B., Şafak, Ş., Karaoğlu, N., ve Uyar, M. (2018). Yaşlılıkta yaşam kalitesi değerlendirilmesi: kamu hastanesine başvuranlar örneği. *Genel Tıp Dergisi*, 28(3), 113-120.
- Duyan, V. (2000). Yaşlılık ve gerontolojik sosyal hizmet. Erkan, G. ve Işıkhani, V. (Ed.), *Anropoloji ve yaşlılık: Prof. Dr. Vedia Emiroğlu' na armağan kitabı*. (118-124), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu yayını, Ankara.
- Ekici, B., ve Özdemir, S. (2003). Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik forumu*, 6(4), 27-36.
- Elevli, E. (2012). *Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tespit edilmesi konusunda bir araştırma*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Ercan, N. (2010). *Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Eroğlu, M.Z., Annagür, B., ve İçbay, E. (2012). Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 18(3), 143-147,
- Erkal, S., Şahin., H. ve Sürgit, E. (2011). Examination of the relationship between the quality of life and demographic and accidentrelated characteristics of elderly people living in a nursing home. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 14(1), 45-53.

- Eser, E. (2004). Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. *1.Sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu bildiriler kitabı* (1. baskı) içinde (ss 4-6). 8-10 Nisan 2004, İzmir.
- Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., ve Fidaner, C. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 1-10.
- Eyüboğlu, C., Şişli, S., Kartal, M. (2012). Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. *Türk Family Physician*, 3(1), 18-22.
- Fadıloğlu, Ç. (2013). *Evde sağlık ve bakım*. Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*, New York: Norton,
- Gülseren, Ş., Koçyiğit, H., Bay, H., Kültür,Ş., Memiş,A., ve Vural,N.(2000). Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2000, 3(4), 133-140.
- Gürer, A., Çırpan, F., ve Özlen, N. (2019). Yaşlı bakım hizmetleri. *Journal of Health Services and Education*, 3(1), 1-6. DOI: 10.35333/JOHSE.2019.44
- Gözübüyük Tamer, M. (2017). Yaşlı hastalarına bakım veren kadınların deneyimleri ışığında “Evde Bakım Hizmetinin” değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Araştırmaları*, (1)26, 157-186. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/turkiyat/issue/30359/488218>
- Habletmitoğlu, Ş. ve Özmete, E. (2010). *Yaşlı refahı: Yaşlılar için sosyal hizmet*, Ankara: Kilit Yayınları.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2008*. (Yayın No: NEE-HÜ.09.01). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
- Hökelekli, H. (1992). Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4(4), 57-85.
- Işıkkhan, V. (2019). Yaşlılara yönelik sosyal hizmet sunumlarında neredeyiz?. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (74-77).

<https://www.sdplatform.com/Dergi/1247/Yaslilara-yonelik-sosyal-hizmet-sunumlarinda-neredeyiz.aspx>

- İçli, G. (2008). Yaşlılar ve yetişkin çocuklar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(1), 29-38.
- Kadushin, G., & Egan, M., (2004). An exploratory-Descriptivestudy of home health social work practice underthemedicareprospectivpayment system. *Journal of Social Work in LongTermCare* (3), 43-56.
- Kalınkara, V. (2016). *Temel gerontoloji yaşlılık bilimi* (3.Baskı). Ankara: Atlas Basım.
- Karaali, G.B. (2017). *Türkiye’de yaşlı refahına ilişkin uygulamaların aktif yaşlanma kavramı çerçevesinde değerlendirilmesi* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Karadeniz, O., Öztepe, N.D. (2013). Türkiye'de yaşlı yoksulluğu. *Çalışma ve Toplum*. 77-102. <https://www.calismatoplum.org/makale/turkiyede-yasliyoksullugu#gsc.tab=0>
- Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatri*, 5(4), 155-158.
- Karakuş, G., Öztürk,Z., Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Karaman, D., Kara, D., ve Atar, N. (2015). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 347-359.
- Karataş, Z. (2011). Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Rize Üniversitesi, Rize.
- Karataş, Z. (2017). *Sosyal hizmette uygulama alanları*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi yayını. s.225.
- Kayıklık, H. (2002). Bireysel dindarlığın psikolojik kaynakları. *Dini Araştırmalar*, 13(5), 27-40.
- Kılıççı, Y. (1988). Yaşlılığın uyum sorunları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 3(3), 41-45.

- Kırmızıoğlu, Y., Doğan, O., Kuğu., N. ve Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1026-1033.
- Koçer, A ve Uysal, A. (2008). Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri ve evde bakım. *Aile Ve Toplum*. 10(4), 121-127. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/198153>
- Koltarla, S. (2008). *Taksim eğitim ve araştırma hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- Kulu, M. ve Özsoy, F. (2020). Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri. *Çukurova Tıp Dergisi*, 45(1), 29-38.
- Kurt, G. (2008). *Türkiye’de yaşlılık olgusuna sosyolojik bir bakış: Sivas il örneği*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Kurt, G., Beyaztaş, F., ve Erkol, Z. (2010). Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2), 32-39.
- Lawton, M. P., Kleban, M.H., & Dean, J. (1993). Affect and age: cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology and Aging*, 8 (2), 165-175.
- Long, P.H. (1960). On the quantity and quality of life. *Medieval Times*. 88. 613-619.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York.: Longman,
- Müftüler, G.H. (2018). Yaşlılar açısından yaşlılık gerçeği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 95-97.
- Tirgil, M ve Naldöken, Ü. (2019). Hasta ve hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden beklenti ve memnuniyet düzeyleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6 (2), 122-135.
- Okyay, P., ve ark. (2012). Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 178-88.
- Onat, Ü. (2003). Yaşlanma ve sosyal hizmet. Kalınkara, V. (Ed.), 2. *Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı* (1. baskı) içinde (ss.69-80), Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği yayını, Denizli.
- Ölüç, F. (2007). *Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi*. (Uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.

- Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S. ve Bakar, C. (2018). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 16 (2) , 90-105.
- Önder, T., Anuk, T., Kahraman, Ş., ve Yıldırım, A. (2015). Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(3), 342-345. DOI: 10.5798/diclemedj.0921.2015.03.0586.
- Özdemir, H. (2017). *Yaşlıların belediyelerce verilen hizmetlere bakış açısı*. (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Özmete, E. (2017). *Türkiye'de kuşaklararası dayanışmanın değerlendirilmesi projesi: bilgi notu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Öztop, H., Şener, A., Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), 39-49. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/21799/234270>
- Öztürk, Y.E., Şentürk, Ş. ve Macit, Y. (2017). Evde bakım hizmeti alan engelli bireye sahip ailelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi: Amasya örneği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1) , 48-67.
- Uçakkuş, P. ve Yıldırım, T. (2021). Evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 319-334. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/62974/853954>
- Tel, H., Hizmetli, S., Tel, H. ve Yıldırım, M. (2011). Osteoartritli yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14,(1), 63-67.
- Top, M., Eriş, H., ve Kabalcıoğlu, F. (2012). Quality of life (QOL) and attitudes toward aging in older adults in Şanlıurfa, Turkey. *Research on Aging*, 20(10), 1-30.
- Türkan, M. ve Sezer, S. (2017). Yaşlı yoksulluğunun yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar: Muğla örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 4(4), 35-57. DOI: 10.30803/adusobed.356218.
- Pamir Akın, D. (2010). *Huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik kabul düzeyi ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkiler* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Resmi Gazete, 10 Mart 2005. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”.(Erişim Tarihi: 31.10.2020).
<https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/Eklenti/19150/0/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik-10032005-tarihli-ve-25751-sayili-resmi-gazetepdf.pdf>
- Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, 28539 sayılı “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”. (Erişim Tarihi: 31.10.2020).
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/03/20150311-4.htm>
- Rogers, C. (2003). Client centredtherapy (New Ed.). London: Constable&Robinson.
- Sarı, E. (2013). *Edirne merkezinde ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlılarda yaşam kalitesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Solmaz, T., Altay, B. (2019). *Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri*, 6(2), 150-157.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/sagakaderg/issue/46295/543557>
- Souza, E.C., Rodrigues, R.A.S., Fett, C.A., & Piva, A.B. Theeffects of physicalactivity on anxiety, depression, andquality of life in elderly people living in thecommunity. *Trends Psychiatry Psychother.* (Erişim tarihi: 9 Kasım 2020.)
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223760892019000100005&script=sci_abstract&tlng=pt
- Soydan, M., Altıparmak, S. ve Karadeniz, G. (2005). Huzurevinde kalan yaşlılarda anksiyete durumu ve ilişkili risk faktörleri (Bir Huzurevi Örneği). *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 8(8). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spcd/issue/21112/227390>.
- Söğüt, D. ve DüNDAR, P. (2017). Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 15(1), 37-46.
- Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M. ve ark. (2007). İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), 145-153.
- Stenzelius, K., Westergren,. A, Thorneman G., Hallberg., IR. (2005). Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Archives Gerontology and Geriatrics*. 85–102.

- Şahin, E. ve N, Emiroğlu. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1). 57–66.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 6(10), 117-135. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/896292>
- Şenol, C. (1989). *Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Tel, H., Koç, M., Tel Aydın., H. (2020). Evde yaşayan yaşlılarda yalnızlık, yaşam doyumu ve ölüm kaygısının belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* (özel sayı). 1-10. DOI: 10.21733/ibad.760027.
- Torlak, S.E. ve Yavuzçehre, P.S. (2008). Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.
- TÜİK, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2015-2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2020-37227>
- Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(3), s.195.
- Türkan, M. ve Sezer, S. (2017). Yaşlı yoksulluğunun yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar: Muğla örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(4), 35-57. DOI: 10.30803/adusobed.356218
- Türkoğlu, N ve Adıbelli, D. (2014). Yaşlılarda yaşam kalitesi ölçeğinin (CASP-19) Türk toplumuna adaptasyonu. *Akad Geriatri*, (2014) 6, 98-105.
- Yağcıoğlu, R. (2013). *Huzurevinde kalan 65 yaş üstü yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Yanardağ, M., Şahin, S. (2019). Yaşlı bireylerde sürekli kaygı ve sürekli depresyon üzerine bir inceleme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 37-55. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsh/issue/42783/516681>
- Yaşar, E.Ş. (2009). *Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.

- Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 1278-1285.
- Yeşiltaş, A. ve Adıgüzel, O. (2016). Evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının memnuniyeti. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 7(1), 863-880 .
- Yıldırım, A, ve Hacıhasanoğlu, R.(2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
- Yıldız, M. (2006). *Ölüm Kaygısı ve Dindarlık*. İzmir: İlahiyat Vakfı Yayınları,
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125-132.
- Yılmaz, M. ve Şara, E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1 (2), 117-127.
- Yörük S., Çalışkan T., Gündoğdu H. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 12-15.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

“Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği” isimli bu araştırma, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı öğretim görevlisi Dr. Seval BEKİROĞLU danışmanlığında, Ankara Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığında görev yapan sosyal hizmet uzmanı Elif Büşra YÜKSEL tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak gerçekleştirilmektedir. Bu araştırmayı, Ankara Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığından aldığım izinle yapmaktayım. Bu çalışmanın amacı, evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenip, değerlendirilmesidir.

Bu araştırmaya sizin vereceğiniz katkılar, araştırmanın amacının gerçekleştirilmesi ve çözüm önerileri geliştirilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyeceği gibi size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Bize verdiğiniz bilgilerin gizliliği kesinlikle korunacaktır. Sayfanın altında iletişim bilgilerim yer almaktadır. İsterseniz çalışmanın sonuçlarını öğrenmek için benim ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Katılmayı kabul ederseniz size tarafımdan yapılandırılmış Kişisel Bilgi Formunu, Geriatrik Kaygı Ölçeğini(20 madde) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülünü(24 madde) uygulamak istiyorum. Görüşme için 20-40 dakikalık bir süre öngörmekteyim.

Katılımınız ve emeğiniz için teşekkür ederim.

(Katılımcının Beyanı)

Katılımcı olarak davet edildiğim araştırmayla ilgili yukarıda yer alan bilgileri okudum, sözlü olarak dinledim. Görüşme sürecine dair aklıma takılan sorular hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirildim ve yapılan açıklamaları anladım. Bana tanınan yeterli düşünme süresinden sonra yapılan katılım davetini kabul ederek hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın araştırmaya büyük bir gönüllülük içerisinde katılmak istediğimi beyan ediyorum.

Katılımcı

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmza:

Araştırmacı

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmza:

EK-2. SORU FORMU

SORU FORMU

- 1) Yaşınız:.....
- 2) Cinsiyetiniz
☐ Kadın ☐ Erkek
- 3) Medeni durumunuz nedir?
☐ Hiç evlenmemiş ☐ Evli
☐ Boşanmış ☐ Dul..... ☐ Eşi vefat etmiş
- 4) Öğrenim durumunuz nedir?
☐ Halen okuyorum (lütfen eğitim aldığınız düzeyi belirtiniz).....
☐ Okur- yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise
☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
- 5) Hanenizin aylık ortalama geliri.....
- 6) Gelir miktarınızın ihtiyaçlarınızı karşılamaya yettiğini düşünüyor musunuz?,
☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır
- 7) Kiminle yaşıyorsunuz?
☐ Ailem ile yaşıyorum ☐ Yalnız yaşıyorum
☐ Akraba/yakınım ile yaşıyorum ☐ Bakım verenle yaşıyorum (bakıcı vs.)
☐ Diğer (belirtiniz).....
- 8) Var ise sahip olduğunuz çocuk sayısı:
- 9) Var ise sahip olduğunuz kardeş sayısı:
- 10) Dini inanç sisteminizi düşündüğünüzde kişisel bağlılığınızı/inancınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Güçlü değil ☐ Hafif güçlü ☐ Orta derecede güçlü ☐ Son derece güçlü
- 11) Tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?
☐ Evet (Lütfen belirtiniz) ☐ Hayır
☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet(şeker hastalığı)
☐ Kalp hastalığı ☐ Fiziksel hastalıklar(felç gibi)
☐ Mental hastalıklar(demens,alzheimer)
- 12) Evde bakım hizmetini ne zamandan beri alıyorsunuz?.....
- 13) Ankara Büyükşehir Belediyesinden hangi sıklıkla evde bakım hizmeti alıyorsunuz?
☐ Her gün ☐ Haftada bir-iki
☐ Ayda bir-iki ☐ Yılda bir-iki

14) Ankara Büyükşehir Belediyesinden aldığınız evde bakım hizmetiaşağıdakilerden hangisidir?

- () Temizlik H. () Sıcak yemek () Psiko-sosyal destek () Yemek ve banyo
() Sağlık H. () Berber () Danışma ve dayanışma H. () Bakım ve onarım () Diğer (Lütfen belirtiniz).....

15) Belediye tarafından verilmesini istediğiniz başka bir hizmet var mıdır?

- () Evet (Lütfen belirtiniz)..... () Hayır

16) Belediyeden aldığınız hizmetleri düşündüğünüzde memnuniyet düzeyinizi 1'den 5'e kadar bir puanla değerlendirseniz kaç puan verirsiniz?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17) Evde bakım hizmeti personeline ilişkin memnuniyet düzeyinizi 1'den 5'e kadar bir puanla değerlendirseniz kaç puan verirsiniz?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18) Belediyeden evde bakım hizmeti almaya başladıktan sonra hayatınızda neler değişti, hizmetlerin size kattıkları nelerdir?

.....
.....
.....

19) Aldığınız hizmetlere dair önerileriniz var mı, var ise bunlar nelerdir?

.....
.....
.....

EK-3. GERİATRİK KAYGI ÖLÇEĞİ

GERİATRİK KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçekte yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki maddeleri yanıtlayınız. Eğer maddenin genel olarak sizi tanımladığını düşünüyorsanız "**KATILIYORUM**"; eğer maddenin genel olarak sizi tanımlamadığını düşünüyorsanız "**KATILMIYORUM**" seçeneklerini işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

	KATILIYORUM	KATILMIYORUM
Çoğu zaman endişe içindeyim.		
Karar almakta zorlanırım.		
Çoğunlukla tedirgin hissederim.		
Gevşeyip rahatlamakta zorlanırım.		
Genellikle endişelerim yüzünden bir çok şeyden zevk alamam.		
Ufak tefek şeyler keyfimi çok kaçırır.		
Sık sık içimde bir şeyler pır pır eder.		
Evhamlı biri olduğumu düşünüyorum.		
Önemsiz şeyler için bile endişelenmekten kendimi alamıyorum.		
Çoğunlukla kendimi gergin hissederim.		
Aklımdan geçenler beni sık sık endişelendirir.		
Endişelerim nedeniyle mide sıkıntısı çekerim.		

Gergin bir insan olduğumu düşünüyorum.		
Her zaman en kötü şeyin olacağını beklerim.		
Çoğu zaman içimin titrediğini hissedirim.		
Evhamlarımın hayatımı engellediğini düşünüyorum.		
Çoğunlukla endişelerimin baskısı altında kalır ve ne yapacağımı bilemem.		
Bazen midemde kocaman bir düğüm varmış gibi hissedirim.		
Çok fazla endişelendiğim için bir şeylerden mahrum kalırım.		
Çoğunlukla kendimi üzgün hissedirim.		

EK-4. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ YAŞLI MODÜLÜ (KISA FORM)

(Yaşam Kalitesi modülünü geliştiren ve Türkçeye uyarlayan Eser ve Ark.2010)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Her bir soru için **5 farklı yanıt** bulunmaktadır; bunlardan en sizin için en uygun olanı seçmelisiniz.

Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1) Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2) Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3) Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?					
4) Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
5) Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
6) Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7) Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
8) Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9) Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10) Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
11) Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
12) İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
13) Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?					
14) Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15)Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?					

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16)Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
17)Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
18)İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
19)Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20)Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21)Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22)Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
23)Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
24)Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
25)Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26)Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27)Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					

EK-5. ETİK KURUL İZİN BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.02.2021-13536



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Akademik Değerlendirme Koordinatörlüğü

Sayı : E-62310886-604.01.01-13536
Konu : Elif Büşra Yüksel'in Etik Onay
Başvurusu Hk.

23.02.2021

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.02.2021 tarih ve 9871 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Büşra Yüksel'in, Öğretim Görevlisi Dr. Seval Bekiroğlu'nun danışmanlığında yürütmekte olduğu "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışması, değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

Kurul Başkanı

Ek: Değerlendirme Formu



Sayı : 17162298.600-26
Konu : Tez Çalışması

17 ŞUBAT 2021

İlgili Makama

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Büşra Yüksel'in, Öğretim Görevlisi Dr. Seval Bekiroğlu'nun danışmanlığında yürütmekte olduğu "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışması, değerlendirilmiş ve yapılmasında bir sakınca olmadığı tespit edilmiştir.
Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Baskent Üniversitesi Sosyal ve Beseeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu

Ad, Soyad	Değerlendirme	İmza
Prof. Dr. M. Abdülkadir Varoğlu	Olumlu/ Olumsuz	
Prof. Dr. Kudret Güven	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Ali Sevgi	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Işıl Bulut	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun	Olumlu/ Olumsuz	
Prof. Dr. Can Mehmet Hersek	Olumlu/ Olumsuz	
Prof. Dr. Özcan Yağcı	Olumlu/Olumsuz	

Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Büşra Yüksel'in, Öğretim Görevlisi Dr. Seval Bekiroğlu'nun danışmanlığında yürütmekte olduğu "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının yapılabileceği; ancak, araştırmada kullanılan ölçeklerin sahiplerinden izin alınması gerektiği görüşündeler.

Prof. Dr. Özcan Yağcı, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Büşra Yüksel'in, Öğretim Görevlisi Dr. Seval Bekiroğlu'nun danışmanlığında yürütmekte olduğu "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin İncelenmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait tasarımın uygun olduğu düşüncelerini iletmışlerdir.

EK-6. KURUM İZİN BELGESİ



T.C.
ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Sosyal ve İdari İşler Şube Müdürlüğü

Sayı : 78970093-020-E.16174

10/09/2020

Konu : Elif Büşra YILMAZ Yüksek Lisans Tezi
Çalışması

BAŞKANLIK MAKAMINA

Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Sosyal ve İdari İşler Şube Müdürlüğünde Sosyal Hizmet Uzmanı olarak görev yapan Elif Büşra YILMAZ'ın Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde "Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Kaygı Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin Değerlendirilmesi: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği" konulu yüksek lisans tezi için Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğünden evde bakım hizmeti alan yaşlılar ile görüşmeler yapılabilmesi ve anket çalışmasını uygulayabilmesi için görevlendirilmesi hususunu OLUR' larınıza arz ederim.

OLUR
10/09/2020

e-imzalıdır

Halit ÖZDİLEK
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkan V.

Ek: Dilekçe (1 Sayfa)

Adres:
Telefon: (0312) 507 23 22 Faks: (0312) 507 23 22
Kep Adresi: ankara buyuksehir belediyesi@hs01.kep.tr Elektronik Ağ: http://www.ankara.bel.tr/

Derya ÖZER
Personel
Dahili :

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi https://ehyssorgu.ankara.bel.tr adresinden 8KSA-AR6H-0f0f kodu ile yapılabilir.