SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı

EVDE BAKIM ÖDENEĞİNİN 65 YAŞ ÜSTÜ YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: ADIYAMAN ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Bedriye BOZAT

Sivas
Haziran 2019

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı

EVDE BAKIM ÖDENEĞİNİN 65 YAŞ ÜSTÜ YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: (ADIYAMAN ÖRNEĞİ)

Yüksek Lisans Tezi

Bedriye BOZAT

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Murat Şakir CEYHAN

Sivas
Haziran 2019

KABUL VE ONAY

Üniversite:	**: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi**
Enstitü	**: Sosyal Bilimler Enstitüsü**
Ana Bilim Dalı	**:** Sosyal Hizmet
Tezin Başlığı	**: Evde Bakım Ödeneğinin 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi: (Adıyaman Örneği)**
Savunma Tarihi	**: 31.05.2019**
Danışmanı	**: Dr. Öğr. Üyesi Murat Şakir CEYHAN**

	Unvanı - Adı Soyadı	**İmza**
Jüri Başkanı	**: Doç. Dr. Vehbi ÜNAL**	Çelimser
Üye	**: Doç. Dr. Bekir KOCADAŞ**	
Üye	**: Dr. Öğr. Üyesi Murat Şakir CEYHAN**	

Oy Birliği ☐

Oy Çokluğu ☒

Bedriye BOZAT tarafından hazırlanan Evde Bakım Ödeneğinin 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi: (Adıyaman Örneği) başlıklı tez, kabul edilmiştir. …./…./…….

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi;

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

27./06/2019

Bedriye BOZAT

B. Bozat

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vii**
ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **xi**
ÖZET ..... **xiii**
ABSTRACT ..... **xv**
GİRİŞ **1**
BÖLÜM I **5**
1.1. Araştırmanın Temel Problemi 5
1.1.1. Alt Problemler 5
1.2. Araştırmanın Amacı 5
1.3. Araştırmanın Önemi 6
1.4. Araştırmanın Temel Hipotezi ve Alt Hipotezler 8
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 8
1.6. Tanımlar 9
BÖLÜM II **11**
YÖNTEM **11**
2.1. Araştırmanın Modeli 11
2.2. Araştırmanın Çalışma Evreni ve Örneklemi 11
2.3. Veri Toplama Araçları 11
2.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 12
BÖLÜM III **13**
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE **13**
3.1. Yaşlılığa Kavramsal Yaklaşım 14
3.1.2. Yaşlılık Döneminin Özellikleri 17
3.1.2.1. Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri 17
3.1.2.2. Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri 19
3.1.3. Yaşlılık Dönemi Sorunları 19
3.1.3.1. Bunaklık (Demans) 20
3.1.3.2. Depresyon 21

3.1.3.3. Yaşlı Hizmetleri ve Bakım Sorunu 22
3.1.3.4. Ekonomik Sorunlar 24
3.1.3.5. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon Sorunu 26
3.1.3.6. Yaşlı İstismarı ve İhmali Sorunu 27
3.1.4. Yaşlılık Demografisi 27
3.1.5. Dünya'da Yaşlanma 28
3.1.6. Türkiye'de Yaşlanma 29
3.2. Yaşlılık Kuramları 31
3.2.1. Programlanmış Yaşlanma Teorileri 31
3.2.2. Aşınma ve Yıpranma Teorisi 32
3.2.3. Serbest Radikalleri Teorisi 32
3.2.6. Etkinlik Teorisi 33
3.3. Yaşlı Bakım Hizmetleri 33
3.4. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı ve Özellikleri 35
3.4.1. Demografik Değişiklikler 37
3.4.2. Sosyal Değişim 37
3.4.3. Epidemiyolojideki Değişiklikler 38
3.4.4. Bilim ve Teknik Yenilik 38
3.4.5. Politika Öncelikleri ve Seçimleri 39
3.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı 39
3.5.1. Özürlülük Nedeniyle Evde Bakım 40
3.5.2. Kronik Hastalık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık 44
3.5.3. Yaşlılık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık 51
3.6. Evde Bakım Hizmetinin Türkiye'de Gelişimi 53
3.7. Yaşam Kalitesi 57
3.7.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi 57
3.7.2. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Unsurlar 59
3.7.3. Yaşlının Sağlık Durumu ile Yaşam Kalitesi İlişkisi 60
BÖLÜM IV 63
BULGULAR VE YORUMLAR 63
4.1. Birinci Alt Problemlere İlişkin Bulgular 63
4.2. WHOQOL-OLD-TR Modülüne İlişkin Bulgular 77

4.2.1. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular 78
4.2.2. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular 81
4.2.3. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular 82
4.2.4. Beşinci Alt Problemlere İlişkin Bulgular 85
4.2.5. Altıncı Alt Problemlere İlişkin Bulgular 89
4.2.6. Yedinci Alt Probleme İlişkin Bulgular 90
BÖLÜM V 93
SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER 93
KAYNAKLAR 103
EKLER 117
Ek 1. Kişisel Anket Bilgi Formu 117
Ek 2. Yaşam Kalitesi Ölçeği 121
Ek 3. Anket İzin Onayı 127
Ek 4. Araştırma Talebi Yazısı 129
ÖZ GEÇMİŞ 131

KISALTMALAR DİZİNİ

AÇSH	**:** Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
DPT	**:** Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
EYHGM	**:** Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
GYA	**:** Günlük Yaşam Aktiviteleri
KOAH	**:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SGK	**:** Sosyal Güvenlik Kurumu
STK	**:** Sivil Toplum Kuruluşu
TUİK	**:** Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	**:** Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL-OLD.TR	**:** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlılık Versiyonu Türkçe Sürümü
EBH	**:** Evde Bakım Hizmeti

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Cinsiyet Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 63
Tablo 2. Evde Bakım Hizmeti Alanların Yaş Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 64
Tablo 3. Evde Bakım Hizmeti Alanların Eğitim Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 64
Tablo 4. Evde Bakım Hizmeti Alanların Medeni Durum Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 65
Tablo 5. Evde Bakım Hizmeti Alanların Çocuk Sayısı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 65
Tablo 6. Evde Bakım Hizmeti Alanların Torun Sayısı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 66
Tablo 7. Evde Bakım Hizmeti Alanların Aylık Gelir Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 66
Tablo 8. Evde Bakım Hizmeti Alanların Aylık Gelir Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 67
Tablo 9. Evde Bakım Hizmeti Alanların Sosyal Güvenlik Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 68
Tablo 10. Evde Bakım Hizmetini Kim Yapıyor Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 68
Tablo 11. Evde Bakım Hizmeti Alanların Oturulan Konutun Kime Ait Olduğu Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 69
Tablo 12. Evin Mimari Yapısı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 70
Tablo 13. Yaşlının Evde Kendine Ait Odasını Olması Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 70
Tablo 14. Evde Bakım Hizmeti Öncesi ve Sonrası Yakınlarının İlgisinde Bir Değişiklik Olması Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu 71
Tablo 15. Evde Bakım Hizmeti Sonrası Nasıl Bir Değişim Olduğuna Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu 72
Tablo 16. Evde Bakım Hizmetinden Memnun Olma Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu 72

Tablo 17. Evde Bakım Hizmeti Neden Memnun Olunmadığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu 73
Tablo 18. Kurum Bakımı Talep Etme Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu 73
Tablo 19. Evde Bakım Hizmeti Alanların Kurum Bakımını Bilme Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı..... 74
Tablo 20. Evde Bakım İçin Verilen Ücretin Nerede Harcandığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı 74
Tablo 21. Evde Bakım Ücreti Öncesinde Yaşlıya Kimin Baktığına Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı..... 75
Tablo 22. Bakım Ücreti Olmadan Yaşlıya Kimin Baktığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu 76
Tablo 23. Evde Bakım Hizmeti Ücretinin Kesilme Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu..... 76
Tablo 24. Devletin Evde Bakım Hizmeti Yardımı Nasıl Değerlendirildiği Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu..... 77
Tablo 25. Duyusal İşlevler Alt Boyutu İle Yaşlılara Bakım Hizmeti Verme Durumuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 78
Tablo 25.1. Varyansların homojenliği testi tablosu..... 78
Tablo 25.2. Evde bakım hizmeti alanların bundan memnun olma değişkeni ilen duyusal işlevler alt boyutundaki Tek Yönlü Anova Tablosu..... 78
Tablo 25.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi 79
Tablo 26. Duyusal İşlevler ve Bunların Kaybının Yaşam Kalitesine Yaptığı Etkiler Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Analiz Tablosu 80
Tablo 28. Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Boyutu Yüzde ve Frekans Tablosu..... 82
Tablo 29. Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri Alt Ölçeği İle Yaşanılan Evin Kime Ait Olduğuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 83
Tablo 29.1. Varyansların homajenliği testi Tablosu..... 83
Tablo 29.2. Bakım hizmeti alanların yaşanılan evin kime ait olduğu ile geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt ölçeği arasında yapılan tek yönlü Anova Tablosu..... 83

Tablo 29.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi 83
Tablo 30. Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri Alt Ölçeği İle Yaşlılara Devletin Bakım Hizmetinden Memnun Olmalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu..... 84
Tablo 30.1. Varyansların Homojenliği Testi Tablosu..... 84
Tablo 30.2. Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri Alt Ölçeği ile Yaşlılara Devletin Bakım Hizmeti Verme Durumuna İlişkin Tek Yönlü Anova Tablosu..... 84
Tablo 30.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi 85
Tablo 31. Sosyal Katılım Boyutuna İlişkin Yüzde ve Frekans Tablosu 86
Tablo 32. Bakım Hizmeti Alanların Sosyal Katılım Alt Ölçeği ile Yaşlıların Eğitim Durumuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 86
Tablo 32.1. Varyansların Homojenliği Testi Tablosu..... 87
Tablo 32.2. Bakım Hizmeti Alanların Eğitim Değişkeni ile Sosyal Katılım Alt Ölçeği Arasında Yapılan Tek Yönlü Anova Tablosu..... 87
Tablo 33. Yaşlıların Evde Bakım Hizmetinden Memnun Olma Değişkeni İle Sosyal Katılım Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu..... 88
Tablo 33.1. Varyansların Homojenliği Testi Tablosu..... 88
Tablo 33.2. Devletin Evde Bakım Hizmeti Verme Değişkeni ile Sosyal Katılım Alt Boyutu Arasında Yapılan Tek Yönlü Anova Tablosu..... 88
Tablo 33.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi 89
Tablo 34. Ölüm ve Ölmek Boyutuna İlişkin Yüzde ve Frekans Tablosu 90
Tablo 35. Yakınlık Boyutuna İlişkin Yüzde ve Frekans Tablosu 91
Tablo 36. WHOQOL-OLD Modülü Alt Boyutlarının Betimsel İstatistik Değerleri 91

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1. Kronik Bakım Modeli Bileşenlerinin Etkinliğini Gösteren Girişimler ve Sonuçları 50

ÖZET

Bu çalışma, Adıyaman ilinde evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstü yaşlıların bakımı için bakıcılarına ödenen evde bakım ödeneğinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, Adıyaman Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Sosyal Hizmet Merkezi'nce yapılan inceleme sonucunda evde bakım hizmeti alması uygun görülen 65 yaş üstü bakıma muhtaç 120 yaşlı ve ailesi ile yürütülmüştür. Örnekleme grubunun belirlenmesinde ise "Basit Seçkisiz Örnekleme" yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi anket formu ve yaşlıların yaşam kalitesini belirmek için ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçme araçları yaşlılarla ve onlara bakmakla yükümlü olan veya diğer aile bireyleri ile yapılan görüşme sonucunda toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 20.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Anket formunun analizinde yüzde, frekans ve Çapraz tablo (crosstabs) ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin analizinde ise t-testi ve Tek Yönlü ANOVA ile analizi yapılmış ve hipotez testlerinde alfa yanılma düzeyi $p< 0.05$ olarak belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda yaşlıların yaşam kalitesini sosyal destek, yaş, meslek, eğitim durumu, gelir durumu ve medeni durumun etkilediği belirlenmiştir. Bireylerin sosyal destek düzeyi ve umut düzeyleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaşlının sosyal desteğinin yüksek olması algılanan umut düzeyini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Evde Bakım, Yaşam Kalitesi, Yaşlı Hizmetleri, Sosyal Hizmet

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study is to examine the effect of home care allowance, which is paid to the caregivers of elderly people aged over 65 years living in the City of Adıyaman, on the quality of life.

The study was conducted among 120 elderly people aged over 65 years, who were deemed to be eligible for home care services as a result of the examination conducted by Social Service Center of Adıyaman Family and Social Policies Directorate, and their families. The random sampling method was used to create the study's sampling group. Data were collected by using the demographic personal information questionnaire form prepared by the researcher and the World Health Organization Quality of Life Elderly WHOQOL-OLD Module questionnaire for measurement of elderly people's quality of life. Elderly people and their families were interviewed one-on-one to gather the data. Then, the data collected was evaluated by SPSS 20.0 windows program and the percentage was calculated.

It was determined that social support, age, occupation, education, income status and marital status had an impact on the elderly people's quality of life. A statistically significant positive correlation was found between the level of social support and the level of hope. According to these results, the high level of social support of the elderly increases the perceived level of hope.

Key words: Elderly, Home Care, Quality of Life, Elderly Services, Social service

GİRİŞ

İnsanların fiziksel ve mental kapasitelerindeki azalma olarak tanımlanan yaşlanma kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir. İnsanoğlu geçmişten bugüne kadar yaşlanmayı geciktirmek, durdurmak veya hep genç kalmak için pek çok çaba göstermektedir. Tarihin en eski yazılı destanlarından Gılgamış Destanında da Uruk Kralı Gılgamış, ölümsüzlük otunu ararken pek çok çaba harcamış olmasına karşın soruna çözüm bulamadığı için insanın büyük bir ad bırakmakla ölümsüzlüğe erişebileceğini kabul etmek durumunda kalmıştır (Anonim 2016).

Günümüzde toplumların refah seviyesinin yükselmesi, yeterli beslenme ve sağlıklı gıdaya ulaşmadaki olanakların artmasının yanında sosyo-ekonomik koşulların gittikçe iyileşmesi sonucunda yaşam süresi de artmaktadır. Ayrıca tıp bilimindeki gelişmeler ile hastalıkların önlenmesi veya erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması için koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin yaşam süresinin uzamasında önemli katkısı olmaktadır. Gelinen aşamada, doğurganlık hızı ve bebek ölüm hızı azalmış ve bireylerin ortalama yaşam süresi uzamıştır. Yaşlı nüfus dünyada ilk defa 1998 yılında çocukların oranını geçmiştir. Belirtilen yılda, yaşlı nüfus oranı %19.1'e yükselirken, çocuk nüfus oranı %18.8'de kalmıştır. Günümüzde artık gelişmekte olan ülkelerde de yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Yaşı 60 ve üzerinde olan nüfusun 1998-2050 yılları arasında 9 kattan daha fazla artacağı tahmin edilmektedir. Yakın bir gelecekte dünyadaki 600 milyon yaşlı bireyin yaklaşık 2/3'ü gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Bu oran 1960'larda yaklaşık %50 olarak gerçekleşmiştir (Kurt 2008: 1). Demografik veriler dünya nüfusunun yaşlanma oranının yıllar geçtikçe arttığını ve bu durumun devam edeceğini göstermektedir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde yaşlanan nüfusun refahını arttırmaya yönelik tedbirler, politikalar ve hizmetler geliştirme yönünde bilimsel çalışmalara önem vermektedir. Ülkemiz genç nüfusu ile övünmekle birlikte demografik veriler yaşlı nüfus sayısının hızla arttığı gerçeğini yansıtmaktadır.

Günümüzde kentleşme, göç ve toplumsal değişimler, ailenin geleneksel yapısını etkilemiş ve geniş aileden çekirdek aileye dönüşüm hızlanmıştır. Bu nedenle yaşlı bireylerin bakımı konusunda aile içinde sorunlar yaşanabilmektedir. Yakın bir

geçmişte, yaşlı bakımı çoğunlukla, yaşlının eşi, kızı veya gelini tarafından gerçekleştirilirken, günümüzde kadınların çalışma yaşamında daha çok yer almalarından dolayı, yaşlı aile büyükleri ile ilgilenecek ve bakımının gerçekleştirilmesi için bakım için mesai sonrası yeterli zaman kalmamaktadır. Diğer taraftan kadının çalışmadığı ailelerde ise çoğu zaman yaşlı bakımı sorun olmakta, aile içi tartışmalardan dolayı yaşlılar istenmemekte ve hak etmedikleri davranışlara maruz kalabilmektedirler. İşte bu noktada devreye yaşlı dostu sosyal politikalar ve yaşlı bakım hizmetleri girmektedir.

Toplumun görevi, yaşlı bireylerin tıbbi ve sosyal gereksinimlerini karşılayarak, yaşlıların refah düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. maddesinin ilk bendinde "Herkes kendinin iyi olması ve sağlık için yeterli yaşam standartlarına; yaşlılıkta da gıda, giyim, ev, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik haklarına sahiptir" denilmektedir. Bu ise yaşlanan bir nüfusun yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin toplumsal ve ekonomik açıdan hayati önem taşıdığının somut bir göstergesidir (Danış 2009: 33).

Ülkemizde son yıllarda tarım sektöründeki daralma nedeniyle köylerden kent merkezlerine nüfuz akışı hızlansa da, yaşlıların köklerinden ve hatıralarından uzaklaşmadan ailesi ve akrabaları ile bağı korunarak bakım ihtiyaçlarının yakınları tarafından karşılanıp desteklenmesi evde bakım hizmetinin temelini oluşturmaktadır. Bakıma muhtaç yaşlıların bakımını gerçekleştiren aile üyesine devlet tarafından bakım ücreti verilerek evde bakımı desteklenmektedir. Yaşlılara yönelik verilen evde bakım hizmetinin yaşlıların memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisi ile ilgili yaşlının ve ailesinin gözünden değerlendirilmesi ile ilgili bilimsel bilgi eksikliği problem oluşturmaktadır. Sonuç itibariyle bireylerin kaliteli yaşam sürmesi başarılı ve sağlıklı bir biçimde yaşlanması, sadece onların bireysel özellikleri ile değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak sağlık, sosyal, ekonomik ve psikolojik yöndeki destek hizmetleri ile de yakından ilişkilidir (Çavuş 2013: 78). Evde bakım hizmetinin geliştirilmesi bir gereksinim ve gereklilik olarak görülmektedir.

Evde bakım hizmetleri ilk olarak Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) başlatılmış ve 1796 yılında, hemşireler evde hasta bakımı gerçekleştirmenin yanında ailelere bakım konusunda eğitim vermişlerdir. Bu hizmet daha sonra başta Almanya,

Fransa ve Hollanda olmak üzere zaman içerisinde gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde de yaygınlaşmıştır (Danış 2004: 59; Yaşar 2009: 23). ABD'de evde bakım hizmeti sağlayan özel kurumların sayısı 1990'lı yıllarda 15.000 ve sağlık çalışanı sayısı 700.000 ulaşmıştır (Yılmaz vd. 2010: 126). Avrupa ülkeleri arasında en eski evde bakım yasası 1968 yılında Hollanda'da yürürlüğe girmiştir. Avrupa ülkelerinde evde bakım daha çok kamu hizmeti olarak sunulmaktadır.

Türkiye'de, henüz iyi organize olmuş bir evde bakım sistemi gelişmemiştir. Evde bakım ile ilgili sağlık uygulamaları olmasına karşın bu hizmetin yetersiz ve eksik olduğu söylenebilir. Halkın sağlık hizmetlerine ilişkin ilk uygulamalar Cumhuriyetin kurulmasıyla 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile başlamıştır. Bu kanunda bulaşıcı hastalıkların evde tanısı ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi, evde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi gibi hükümler konulmuştur (Çavuş 2013: 55). Ülkemizde 2003 yılında başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" aile hekimlerinin gezici sağlık hizmetleri kapsamında evlere ziyaretler düzenlemesini içermiştir. Belediyelerin evde bakım hizmetine katkı sağlaması amacıyla 2004 yılında yaşlı, düşkün, engelli ve dar gelirlilere sosyal yardım verilmesi zorunlu kılınmıştır.

Bu çalışma ile evde yakınları tarafından bakılan yaşlılar için ödenen evde bakım hizmeti ücretinin yaşlının yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünce yaşlı bakımı hizmetleri için sağlanan ücretin 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesini yükselteceği varsayılmıştır.

Araştırma genel tarama türünde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Adıyaman'da yaşayan, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nün evde bakım hizmeti ödeneği ile desteklenen yaşlıların demografik özellikleri ile yaşam kaliteleri belirlenmeye çalışılmıştır. Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü meslek elemanlarından oluşturulan bakım heyetleri tarafından yapılan incelemeler neticesinde Adıyaman ilinde Evde Bakım Hizmetinden 2017 yılı itibarı ile 1521 kadın 846 erkek toplam 2928 kişi faydalanmaktadır. Araştırmaya evde bakım hizmeti verilmesi uygun bulunan ve yakınlarının verdiği bakım hizmeti ücret ile desteklenen 65 yaş ve üstündeki 120 kişi katılmıştır. Konuya ilişkin bilgi araştırmacı tarafından

geliştirilen ve 24 maddeden oluşan anket ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan WHOQOL-OLD Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından 65 yaş üstü yaşlı bakım hizmeti alan kişi ve/veya bu kişiye bakım hizmetini vermekle yükümlü olan görevli veya akrabalarıyla yapılan yüz yüze görüşme sonucunda ölçme araçlarına kodlama ile gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS programı ile çözümlenmiştir.

Ülkemizde yaşlılara yönelik yaşam kalitesinin belirlenmesine ilişkin akademik çalışmalar artmakla birlikte özelikle bölgesel ve şehir temelli çalışmaların oldukça sınırlı olduğu söylenebilir. Bu çalışma, Adıyaman Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nün evde bakım hizmeti ücreti ile desteklenen yaşlıların yaşam kalitesinde nasıl bir değişimin olduğunun belirlenmesi ve konuya ilişkin politikalar geliştirme ve uygulamalarına katkı sağlayacağı için önemli olduğu düşünülmektedir.

BÖLÜM I

Bu başlık altında araştırmanın problemi tanımlanmış, amaçları ve önemi ortaya konulmuş, hipotezleri, sınırlılıklara ve tanımlara yer verilmiştir.

1.1. Araştırmanın Temel Problemi

Adıyaman il merkezinde evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstündeki kişilerin, evde bakım ödeneğinin yaşlıların yaşam kalitesine olan olumlu etkilerinin incelenmesidir.

1.1.1. Alt Problemler

1. Adıyaman'da evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşam kalitesinde belirleyici olan hane halkının demografik, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri nelerdir?

2. Yaşlıların duyusal işlevlerini kaybetmesi yaşam kalitesini nasıl etkilemektedir?

3. Yaşlılar kendi başlarına ne kadar özerk ve kendi kendilerine ne kadar yeterli yaşayabilmektedirler?

4. Yaşlıların yaşamdaki başarılardan elde edilen doyum ve geleceğe bakışları nasıldır?

5. Yaşlılar özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine ne kadar katılabilmektedirler?

6. Yaşlıların ölüme ve ölmeye ilişkin endişeleri, kaygıları ve korkuları nasıldır?

7. Yaşlıların başkaları ile kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerileri nasıldır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, genel olarak evde yakınları tarafından bakılan yaşlılar için ödenen evde bakım hizmeti ücretinin yaşlının yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Sosyal hizmet alanında uzun yıllar yaptığım çalışma, deneyim ve birikimlerde yaşlılara yönelik verilen evde bakım hizmetinin, yaşlı yaşam kalitesine etkisi, alandaki ihtiyaçların ve sorunlarının belirlenmesi için araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Evde bakım hizmetinin yaşlının yaşantısına etkisi, bilinçli, doğru ve gerektiği gibi kullanılıp kullanılmadığına dair sorular artmıştır. Bu nedenle çalışmamız ile evde bakım hizmetinin yaşlının yaşam kalitesine doğrudan ilişkisini ortaya koymayı hedefliyoruz. Ayrıca bu araştırma ile evde bakım hizmetinin ihtiyaçları karşılayıp karşılamadığı ve bu hizmetin yaşlının yaşantısına etkin şekilde etkisi olup olmadığının ölçülmesi de yer almaktadır.

Evde bakım hizmet veren aile yakınlarının, akraba ve vasilerin bakım hizmetini verirken duyarlılıkları ve yaşlı ihtiyaçlarının doğru karşılanıp karşılanmadığının tespit edilmesi de amaçlarımız arasındadır. Ayrıca evde bakım hizmetinin yeterli olup olmadığı, amaca uygun kullanılıp kullanılmadığı, ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığını dair soruları cevaplandırılmaya çalışılmıştır.

Dünya ve ülkemizin nüfusu hızlı bir yaşlanma sürecine girmiştir. İnsanoğlu doğumundan ölümüne kadar geçen sürede hayatını sağlıklı bir şekilde devam ettirme çabası içindedir. Bu devamlılık sürecinde sağlıklı ve aktif yaşlanma kavramı ön plana çıkmaktadır. Ülkemizde yaşlılara yönelik yaşam kalitesi belirlenmesine yönelik araştırmalar sınırlı düzeydedir (Yağcıoğlu 2013: 31). Bu araştırma ile evde bakım hizmeti almakta olan yaşlıların yaşam kalitesi ölçülmeye çalışılacaktır.

Bu amaca ulaşmak için 65 yaş ve üstü ve bakıma gereksinimi olan kişiler ile evde bu yaşlılara bakmaktan sorumlu olan görevli ya da aynı evde yaşayan yakın akrabalarıyla görüşülerek konu hakkındaki iki ölçme aracını mülakat ile doldurmaları sağlanmıştır. Ulaşılan araştırma sonuçları ve geliştirilen önerilerin özellikle Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın bu hizmetin değerlendirilerek konuya ilişkin politika geliştirme ve uygulama süreçlerine katkı sağlayacağı beklenmektedir

1.3. Araştırmanın Önemi

Yaşadığı ortamda bakıma muhtaç ve ekonomik yoksunluk içindeki engelliye ve yaşlıya bakım hizmeti modeli olarak da bilinen evde bakım hizmeti; sadece sosyal bilimlerde değil, sağlık alanında da yürütülmektedir. Literatür incelendiğinde yapılan

çalışmaların daha çok, evde verilen sağlık hizmeti ve yaşlıya bakım veren kişiler ile ilgili olduğu, evde bakım hizmetinin yaşlının ihtiyaçları doğrultusunda, günlük yaşamlarını yerine getirme durumlarına göre, tümüyle değerlendirildiği ve yaşlı bireylerden, verilen hizmeti değerlendirmelerine ilişkin araştırmaların yapılmadığı görülmüştür. Bu nedenle ki, araştırmanın kuramsal düzeydeki bu boşluğa katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Yaşlılar devletlerin gelişmesi açısından önemli yaş gruplarıdır. Burada önemli olan yaşlı bireylere sunulan hizmetlerle bakım ihtiyaçlarının karşılanarak mutlu ve sağlıklı yaşlanma süreci gerçekleştirmektir. Yaşlıya verilen bu hizmetlerin, onların gözünden değerlendirilmesi ve yaşadıkları durumlar hakkında onların yorumlarına başvurulması da araştırmanın önemini ortaya koymaktadır (Çavuş 2013: 79).

Türkiye'de sosyal bilimler alanında genel olarak "sağlık" konusu özelde de "yaşlanma ve yaşlılık olgusu" üzerinde -sosyal bilimlerin diğer konularına kıyasla- yeterli çalışma yapıldığını söyleyemeyiz. Daha çok sağlık bilimleri (tıp, beslenme, psikiyatri, hemşirelik vb.) alanında çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ülkemizde yaşlanma ve yaşlılık olgusu ile ilgili kongre ve konferanslar ilk defa 2001 yılında kurulan Türk Geriatri Vakfı'nın öncülüğünde düzenlemiştir. Bu kongre ve konferanslarla daha çok sağlık alanı perspektifinden hareketle yaşlanma ve yaşlılık olgusu konusu irdelenmiş ve çözüm önerileri sunulmuştur. Konunun sadece tıbbi alana sığdırılamayacağı anlaşıldıktan sonra sosyal bilimlerin ilgi alanına girmiştir.

Bu kapsamda son yıllardaki demografik değişimler, sosyal bilimler alanında da konunun önemini ve ivediliğini gündeme getirmiştir. Bu nedenle üniversitelerde yaşlılık ve yaşlanma olgusuyla ilgili çeşitli akademik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda yaşlanma ve yaşlılık olgusunun dinamikleri ortaya konularak somut çözüm önerileri üzerinde durulmaktadır. Yaşlıya yönelik verilen çeşitli hizmetlerin ihtiyaca uygun olarak eşgüdümlü olarak bir bütün içinde verilmesi hizmetin etkin ve verimli olarak verilmesi konusunda büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın, Adıyaman Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nün evde bakım hizmeti ücreti ile desteklenen yaşlıların yaşam kalitesinde nasıl bir değişimin olduğunun belirlenmesi ile ilgili kurumun konuya ilişkin politikalar geliştirme ve uygulamalarına katkı sağlayacağı için önemli olduğu düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Temel Hipotezi ve Alt Hipotezler

Adıyaman il merkezinde evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstündeki kişilerin, evde bakım ödeneğinin yaşlıların yaşam kalitesine olumlu etkileri vardır.

1- Adıyaman'da evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşam kalitesine, hane halkının demografik, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri etkilemektedir.

2- Yaşlıların duyusal işlevlerini kaybetmesi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

3- Yaşlılar kendi başlarına özerk ve kendi kendilerine yeterli bir biçimde yaşamaları mümkün değildir.

4- Yaşlıların yaşamdaki başarılardan elde edilen doyum ve geleceğe bakışlarını olumlu etkilemektedir.

5- Yaşlılar özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine kısıtlı katılabilmektedirler.

6- Yaşlıların ölüme ve ölmeye ilişkin endişeleri, kaygıları ve korkuları vardır.

7- Yaşlıların başkaları ile kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerileri vardır.

Evde bakım desteğinin yaşlıların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan ve 24 sorudan oluşan anket ile Dünya Sağlık Örgütünce geliştirilen WHOQOL-OLD-TR Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğine bakım hizmetinden faydalanan yaşlılar ile onların bakımından sorumlu kişiler soruları samimi ve doğru bir biçimde cevaplamış araştırmacıya doğru bilgiler verilmiştir. Araştırma verileri uygun teknik veri analiz yöntemleri ile çözümlenmiştir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Literatürde yaşlılık dönemi başlangıcı kronolojik olarak 65 yaş ve üstü kabul edildiğinden araştırma sürecinde, 1 Mart 2017 - 30 Eylül 2017 tarihleri arasında bu yaş gruptaki kişilerden bilgi toplanmıştır.

Araştırmada verileri Adıyaman il merkezinden elde edildiği için bu araştırmadan elde edilen verilerin tüm ülkeye genelleme iddiası bulunmamaktadır.

Bu çalışma aynı zamanda Adıyaman Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nde görevli kişi tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırma sürecinde araştırmacı evde bakım hizmeti biriminde görev yapmıştır.

1.6. Tanımlar

Bakım; hayatın bir döneminde, kronik hastalık ya da yeti yetersizliğinden dolayı ihtiyaç duyulan bir hizmettir. Bakım hizmeti; kişinin bakım ihtiyacı seviyesine göre öz bakımlarının yapılması, beslenme, bir yerden başka yere geçişinin desteklenmesi gibi günlük yaşam aktivitelerini ve varsa tedavilerinin desteklenmesini içermektedir. Bakıma duyduğumuz ihtiyaç süreli ya da sürekli olabilmektedir. Bu hizmet, belirli bir ücret karşılığında ya da yakınlar tarafından verilmektedir. Bakım ihtiyacında olan bireylere bakım hizmeti kurumsal olarak: evde bakım hizmetleri, gündüzlü hizmetler, toplum temelli bakım hizmetleri şeklinde (Umutevi/Yaşamevi), huzurevi, bakımevi, yaşam destek merkezlerinde (hospis) verilmektedir (Özgöbek, Sönmez 2014: 421).

Yaşam Kalitesi: Bireyin kendi durumunu, yaşamını sürdürdüğü yer, zaman, kültür ve değerler sistemi içinde bir bütün olarak algılayış biçimini ifade eder. Duyusal yetiler (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma), otonomi (kendi kararını verme, geleceği kontrol etme inancı, bireyin özgürlüğüne çevrenin saygısı, istenen şeylerin ne ölçüde yapılabildiği), geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler (gelecekten umutlu olma, başarılı bir hayat sürdürebilme imkânı, saygınlık, başarılan şeylerden hoşnutluk), sosyal katılım (her gün yapılan işlerin derecesi, zamanı kullanma biçimi, yapılan faaliyetlerin miktarından duyulan memnuniyet, toplumsal faaliyetler), ölüm ve ölmek (ölüme ilişkin kaygı ve korkular), yakınlık (dostluk ve arkadaşlık duygusu, hissedilen sevgi, sevme ve sevilme imkânı) olmak üzere altı alanı içerir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği: Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)'nin ek modülü olarak, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilen, 2002 yılında Türkçeye uyarlanan, altı alan ve 24 sorudan oluşan WHOQOL-Old TR ölçeğini ifade eder.

Yaşam Kalitesi Puanı: Araştırma kapsamındaki yaşlıların, WHOQOL-Old TR ölçeğinden alacakları toplam skora göre durumlarını ifade eder.

Yaşlı: Evinde aile üyeleri, akrabaları veya yasal vasileri tarafından bakılan altmış beş yaş ve üzerinde olan, yaşlılık ve kronik hastalık nedeniyle engelli durumdaki bakıma gereksinim duyan bireyi ifade eder.

Anksiyete: Sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumudur. Yaşla birlikte kaygı duyarlılığı da artar.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma genel tarama türünde yürütülmüş betimsel bir çalışmadır. Bir grubun belirli özelliklerini belirlemek için verilerin toplanmasını amaçlayan çalışmalara tarama araştırması denir (Büyüköztürk vd. 2012). Adıyaman'da yaşayan, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünün evde bakım hizmeti ücreti ile desteklenen yaşlıların demografik özellikleri ile yaşam kaliteleri belirlenmeye çalışılmıştır.

2.2. Araştırmanın Çalışma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini, Adıyaman il merkezinde sınırlandırılmış olup bakıma muhtaç durumda 65 yaş üstü ağır bedensel, zihinsel, ruhsal engelli durumuna gelen evde bakım hizmetinden faydalanan 2017 yılı itibariyle 1521 kadın 846 erkek toplam 2367 kişi oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise şehir merkezinde yaşayan ve evde bakım hizmeti alan 65 yaş üzerindeki 67 kadın 53 erkek toplam 120 yaşlı oluşturmaktadır. Örnekleme yöntemi olarak, basit seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme yönteminde, her birimin eşit seçilme şansı bulunmakta ve bir bireyin seçimi diğer bireylerin seçimini etkilememektedir. Temsil edici bir örneklemin seçiminin geçerli ve en iyi yollarından biri seçkisiz örneklemedir (Büyüköztürk vd, 2012: 85). Sorulara cevap verebilecek durumda olanlar ile kendilerine bakım hizmeti veren kişiler evleri ziyaret edilerek ölçme araçları bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze yapılan görüşme neticesinde uygulanmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri iki ölçme aracı ile elde edilmiştir.

Birinci ölçme aracı anket olup araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Ankette evde bakım desteği alan 65 yaş üzerindeki kişinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu çocuk ve torun sayısı, aylık gelir ve kaynakları, sosyal güvencesinin olup olmadığı, evde kakımı kimlerin gerçekleştirdiği, oturduğu konutun kime ait

olduğu, mimari yapısı, ayrı bir odasının olup olmadığı, bakım desteğinden sonra yaşlıya ilginin değişip değişmediği, bakım hizmetinden memnun olma durumu, kurum bakımı hakkında bilgisinin olup olmadığı ve kurum bakımı almak isteyip istemediği yer almaktadır. Ayrıca ankette evde bakım için ekonomik destek verilmeden önce hastaya kimin baktığı, alınan bakım ücretini ne için harcadıkları, bakım ücreti kesilirse ne yapacağı ve devletin evde bakım yardımı hakkındaki düşünceleri sorulmuştur.

İkinci ölçme aracı ise WHOQOL-OLD modülü, beşli Likert formunda hazırlanan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü Türkçe (kısa formatı) sürümü kullanılmıştır. Ölçek Türkçe'ye (Eser vd, 2010) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci boyutu 3, ikinci boyutu 5 ve diğer dört boyutu 4'er sorudan oluşmaktadır. Alt ölçeklerin isimleri ve Cronbach Alpha İç Tutarlık (α) değerleri şu şekildedir: Duyusal İşlevler (α=0.88) , Özerklik (α=0.68), "Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri (α=0.73), "Sosyal Katılım (α=0.76)", "Ölüm ve Ölmek (α=0.75)" ve "Yakınlık (α=0.82)" alt boyutudur. Bu çalışmada ise ölçeğin bütün maddelerine ilişkin Cronbach Alpha α= 0.81'dir.

2.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Verilerin analizi SPSS 20.0 programı ile yapılmıştır. Anket formunun analizi yüzde, frekans ve çapraz tablo (crosstabs) ile çözümlenmiştir. WHOQOL-OLD modülü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin analizinde ise t-testi ve Tek Yönlü ANOVA ile analizi yapılmış ve hipotez testlerinde alfa yanılma düzeyi $p< 0.05$ olarak belirlenmiştir. ANOVA testinin ön şartı olan varyansların homojenliği Levene's testi gerçekleştirilmiştir. ANOVA sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizinde LSD çoklu karşılaştırma testi tercih edilmiştir. LSD testi grupların farklı örneklem sayısına sahip olması ve ayrıca bu testin α hata payını kontrol altında tutma özelliğinden dolayı tercih edilmiştir.

BÖLÜM III

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Evde bakım hizmetleri 1800'lü yıllarda Amerika Birleşik Devletlerinde başlamış ve yaşlı nüfusun, engellilik düzeyi yüksek olduğu gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde başta Almanya, Hollanda, Belçika, Danimarka, Fransa, Kanada ve İngiltere vs. zaman içerisinde yaygınlaşmıştır (Danış 2004: 59). Amerika'da 1796 yılında, hemşireler evde hasta bakımı gerçekleştirmenin yanında ailelere bakım konusunda eğitim vermişlerdir. Ayrıca anne adaylarına doğum öncesi ve sonrası bakım hizmeti ve bebek bakımı konusunda eğitim vermişlerdir. Hemşirelerin bakım ücretleri gönüllü hayırsever kuruluşlarca karşılanmıştır (Yaşar 2009: 23). ABD'de evde bakım şirketlerinin sayılarında 1990'lı yıllarda büyük artış olmuş ve o yıllarda 15.000 evde bakım şirketi ve 700.000 sağlık çalışanı evde bakım hizmeti vermiştir (Yılmaz vd. 2010: 126). Avrupa'da evde bakım hizmetleri nispeten yeni olmasına karşın çoğunlukla kamu hizmeti olarak sunulmaktadır. Birlik ülkelerinden Danimarka, Hollanda ve İngiltere geniş bir evde bakım alt yapısına mevcuttur. Danimarka'da her beş hanenin birinde 65 yaş ve üzeri bir kişiye destek sağlanmaktadır. Bu ülkede bu sektörde istihdam edilenlerin sayısı 27 bin kişi olup, 65 yaş üzeri her bin kişiye 35 kişi düşmektedir (Yaşar 2009: 24). Avrupa ülkeleri arasında en eski evde bakım yasası 1968 yılında Hollanda yürürlüğe girmiştir. Kişinin sağlık sorununun olması ve fonksiyonel bir özrünün bulunması hizmetin sunulmasında yeterli görülmüştür. Hollanda'da bireyin gereksinimi olan bakım türü tespit edilmesinde ülkede tek bir protokol uygulanmaktadır. Almanya'da Evde bakımla ilgili yasa 1 Nisan 1995'te Almanya'da yürürlüğe girmiş ve bir yıl sonra kurumsal bakımı da içerecek şekilde genişletilmiştir. Toplumun tümü yasa kapsamında olup sektörde 22.000 kişi çalışmakta ve 65 yaş üzeri her 1000 kişiye üç evde bakım çalışanı düşmektedir (Turan 2008: 23-31).

Türkiye'de, henüz organize olmuş bir evde bakım sistemi bulunmamaktadır. Evde bakım ile ilgili sağlık uygulamaları olmasına karşın bu hizmetin yetersiz ve eksik olduğu söylenebilir. Halkın sağlık hizmetlerine ilişkin ilk uygulamalar Cumhuriyetin kurulmasıyla başlamış ve 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı

Umumi Hıfzıssıhha Kanunudur. Bu kapsamda bulaşıcı hastalıkların evde tanısı ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi, evde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi gibi hükümler konmuş, hekim ve hemşireler evlere ziyaret yapmıştır (Çavuş 2013: 55). Evde bakım hizmetlerine ilişkin, 1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, 1962 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, 2003 yılında başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı", aile hekimlerinin gezici sağlık hizmetleri kapsamında evlere ziyaretler düzenlemesini içermiştir. Evde bakım hizmetinde belediyelerin katkı sağlaması amacıyla 2004 tarih ve 5215 sayılı kanun ile yaşlı, düşkün, özürlü ve dar gelirlilere sosyal yardım verilmesi zorunlu kılınmıştır. Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilk düzenleme, özel evde bakım hizmetleri şirketlerine yönelik çıkarılmış olan 2005 tarih ve 25751 sayılı "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliktir. Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir (Resmi Gazete 2005: Sayı: 25751).

Bakıma muhtaç özürlülerin bildirimi, tespiti, değerlendirilmesi ile bakım hizmetlerine, bakım ücretlerine ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla, 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı yönetmelik resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete 2006 Sayı: 26244). Ancak bu yönetmelikteki kapsamın evde bakım alan kişilere ödenen ücret ailenin geliri ile orantılı hesaplandığından sınırlı olduğu söylenebilir.

3.1. Yaşlılığa Kavramsal Yaklaşım

Yaşlanma ve yaşlılık başta tıp olmak üzere psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi pek çok bilim dalı tarafından ele alınmış ve farklı boyutlarıyla incelenmiştir. Günümüzde ise gerontoloji yaşlılığı disiplinler arası bir çalışmanın alanı haline getirmiştir.

Nüfusun yaşlanması, birçok yönden ekonomik ve sosyal gelişim ile ilişkili doğurganlık ve ölüm oranlarındaki değişimlerden kaynaklanan demografik bir başarı öyküsüdür. Çocuk ölümlerini azaltma, eğitim ve istihdam olanaklarına erişimi iyileştirme, toplumsal cinsiyet eşitliğini ilerletme, üreme sağlığını destekleme ve aile

planlamasına erişimde ilerleme kaydedilmesi, doğum oranlarındaki düşüşlere katkıda bulunmuştur. Ayrıca, halk sağlığı ve tıp teknolojilerindeki gelişmeler, yaşam koşullarındaki gelişmeler ile birlikte, insanların çoğu durumda özellikle ileri yaşlarda olmak üzere, her zamankinden daha sağlıklı yaşamları anlamına gelmektedir (United Nations 2015: 3-4).

Huzurevleri veya bakımevleri, yaşlıların akranları ile birlikte anlamlı bir paylaşım ortamı yaratılmasına yarar sağlayabilmektedir. Bununla birlikte son yıllarda yoğun bir şekilde tartışılan; "yerinde yaşlanma" toplum içinde bakım, yaşlılara ve ailelerine yaşlıların alışkın oldukları kendi ev ortamında en az sorunlar ile yaşlanabilmesini sağlamak için gerekli desteğin sağlanması ve bunun için toplum kaynaklarının aktarılması esasına dayanmaktadır. Dünyada genel olarak kabul gören bu görüşe göre amaç; yaşlı insanların toplum içinde yaşayıp, normal bir sosyal yaşam sürdürmeleri ve buna bağlı olarak fiziksel ve ruhsal sağlıklarından daha fazla keyif almaları ve üretkenliklerini sürdürebilmeleridir (Kutsal 2011: 2).

3.1.1 Yaşlılık ve Yaşlılığın Sınıflandırması

Yaşlılık; biyolojik, fizyolojik, kronolojik, sosyal, psikolojik ve hukuksal boyutları olan bir kavramdır. Hastalıkla eşanlamlı olmayan yaşlanma, doğumdan başlayıp ölüme kadar devam eden geri dönüşsüz, kaçınılmaz ve fizyolojik bir süreçtir (Yumurtacı 2013: 11).

Biyolojik olarak kaçınılmaz olan bu sürecin sağlık, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutları vardır. Yaşlanma terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlanma yumurtanın döllenmesiyle başlayan ve tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Modern tanımda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da biriktirimleriyle yaşadığı dönemin adıdır. Kronolojik yaş geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı 'yaş' tır.

Biyolojik yaşlanma böyle bir gelişimi zorunlu kılmakla birlikte, bu değerlendirmenin kesin ve değişmez olduğu söylenemez. Yaşlanmaya bağlı olarak,

insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklere biyolojik yaşlılık, buna bağlı olarak organlarda meydana gelen değişiklere fizyolojik yaşlılık, kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesine duygusal yaşlılık, aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonların devam ettirilmesine ise fonksiyonel yaşlılık denir (Hizmetleri Yaşlı ve Engelli 2013).

Dünyada toplumsal yaşlanma yirminci yüzyıl ile birlikte gelişen en önemli kavram toplumların yaşlanmasındır. Tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmeler ve doğum oranlarındaki azalma bu süreçte temel taşı oluşturmuştur. Öte yandan sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda tüm yaşlardaki yaşam beklentisinin artması, her yıl yaşlı nüfus grubuna dâhil olan insan sayısının fazlalaşması ile sonuçlanmaktadır.

Türkiye'de yaşlı nüfus (65 ya ve üstü) 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8 iken 2015 yılında %8,2'ye yükselmiş ve yaşlı nüfusun %43,8'ini erkek ve %56,2'sini kadın nüfus oluşturmaktadır (TÜİK 2017).

Dünya nüfusunun 2015 yılında %8,5'ini yaşlı nüfus oluşturmuştur. Bugün dünya üzerindeki toplam nüfusun yaklaşık yüzde 10'u, 65 ya ve daha yukarı yaşlardaki nüfusu oluştururken 2050'de bu oranın yüzde 16'nın üzerine çıkması beklenmektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde 146 milyon insan olduğu tahmin edilmekte ve bu yaş grubunun 2020 de 60 yaş ve üzerindeki grubun nüfusun bir milyardan daha fazla olacağı ve bunun 700 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı (Tezcan, Seçkiner 2012). 2030 yılında ise bu nüfusun 1,4 milyara ulaşacağı ön görülmektedir.

Türkiye'de yaşlanma mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı artacağını işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye'de de önem kazanması beklenmekte, 2050 yılında Türkiye nüfusunda 16 milyon civarında yaşlının bulunacağı öngörülmektedir (Kutsal 2011: 2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ)

1998 yılı raporuna göre, 1998 yılı itibari ile 390 milyon olan 65 yaş üstü nüfusun, 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun %10'unu oluşturacağı bildirilmiştir.

3.1.2. Yaşlılık Döneminin Özellikleri

Yaşlanan insanların fiziksel ve ruhsal değişimlere uğraması kaçınılmazdır. İnsanın gelişim sürecinde birbirini izleyen yıllar içerisinde organlarda yenilenmenin yavaşlamaya başlaması fiziksel değişimler ortaya çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, 65 yaş ve üzerinde olanları yaşlı kabul etmekte ve 65-74 yaş arasını genç yaşlılık, 75-84 yaş arasını ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstünü ise çok ileri yaşlılık olarak isimlendirmektedir (Yılmazer 2013: 2). Yaşlanma ile birlikte zihinsel ve fiziksel kapasitede azalma, hareket yeteneğinde yavaşlama görülse bile birey kendini yaşlı hissetmeyebilir. Bu nedenle yaşlılık durağan ve değişmez bir yaşam dönemi olarak değerlendirilmemelidir (Arpacı 2005: 16). Her yaşlının bir biyolojik geçmişi, iş ve yaşam deneyimleri ve duygusal bir yaşamı vardır. Yaşlılık bir toplumdan diğerine ve çağdan çağa farklılık gösterdiğinden göreceli bir kavramdır. Yaşlanma, bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer faktörler toplumda yaşlılığa verilen değeri belirleyebilmektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır (Taşçı 2010: 176). Yaşlılıkta, kişilerin fiziksel ve ruhsal fonksiyonları daha önceki yıllardaki gibi işlevsel olmayacak şekilde yavaş yavaş kaybolmaktadır. Yaşlılık dönemi özellikleri fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal özellikleri olarak ele alınmıştır.

3.1.2.1. Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikleri

Yaşlanma gizemli bir süreçtir. Yaşlanmanın nedenleri konusunda kesin bir görüş birliği bulunmasına karşın, yaşlanma sürecinin, içsel hücresel mekanizmalara bağlı olarak farklı dokularda paralel olarak meydana gelen değişikliklerden veya bir dokudaki değişikliklerden kaynaklanabileceği söylenebilir. Yaşlanmanın beyinde, dokularda ve kemik iliği kök hücrelerinde ortaya çıktığını iddia edilmektedir (Magalhães 2018: 1).

Yaşlılığın en önemli belirleyicisi bedensel ve zihinsel gerilemedir. Yaşlılıkta fiziksel güç azalmakta, sağlık sorunları kronikleşmekte (Taşkesen 2012: 9) ve hatta vücudun bütün sisteminde birçok olumsuz değişimler meydana gelmektedir (Yerli 2017: 1279). Fiziksel yaşlanmanın genellikle 40 yaşında başladığı ve 40-55 yaş arasında kronik rahatsızlıkların başladığı söylenebilir. Yapılan çalışmalar, yaşlanma ile birlikte kişinin harcadığı enerji miktarının azaldığı, boy uzunluğunun kısaldığı, vücut ağırlığının genelde azalmakta birlikte cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve vücut ölçülerinde değişiklik olduğu (Yertutan 1991: 2-3) hareketlerin yavaşladığı, beceri ve güç kaybının olduğu, kas kitlesinin azaldığı, derinin inceldiği, esnekliğini kaybettiği ve yaşlılık lekelerin arttığı, görme ve işitme duyusunun zayıfladığını göstermektedir.

Yaşlanmaya bağlı olarak biyolojik yapıda önemli değişiklikler olmaktadır. Bunlar deride incelme, kuruma, kırışma, katlanma, buruşma, sarkma, renginde değişmeler görülebilmektedir. Kas ve iskelet sisteminde, kasların zayıflamasıyla lif kaybı ve liflerin kesit alanları azalır, kemik dokusu ve yapısı zayıflar, eklem ve kıkırdaklarında bozulma meydana gelir, kemik yıkımı oluşur. Sinir hücrelerinde iletinin zayıflaması, dikkat eksikliği ve koordinasyon bozukluğu sorunları, merkezi sinir sistemini oluşturan sinir hücrelerinde %10-17 oranında kayıtlar oluşur, bu durum öğrenme ve bilgi depolama (bellek) yeteneklerinde azalmalara neden olabilmektedir. Dolaşım sisteminde ise kalp ağırlaşır, kalp kaslarının gücünün zayıflaması pompalanan kanın azalmasına neden olmaktadır. Bu durum stres ve yoğun fiziksel aktivite gibi durumlarda sorunlara neden olabilmekte, ayrıca atar damarlardaki elastik dokunun azalması hipertansiyon riskini artırabilmektedir. Yaşlanmayla akciğerin elastikiyetinin azalması, göğüs kafesindeki deformasyon soluk alıp vermeyi güçleşmekte ve daha fazla enerjinin harcanmasına neden olmaktadır. Yaşlanma süreciyle vücuttaki su miktarı azalır, mide asidinin azalması ve boşaltım hızı yavaşlamasına neden olur, ince bağırsak incelik geçirgenliği artar. Bağışıklık hücrelerinin işlevlerindeki azalma, yaşlılarda enfeksiyon hastalıkları ve kansere yakalanma riskini artırır. Ayrıca yaşlanmayla tüm duyularda gerileme başlar, tat ve koku alma hücreleri azalır, göz merceğinin esnekliğinin azalması odaklanma yeteneğini zayıflatır (Oğuz 2007: 18-31).

3.1.2.2. Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri

Yaşlılık bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden birçok değişikliğin bir arada bulunduğu karmaşık bir durumdur. Yaşlılığın psikolojik yönünün, genel olarak, bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişimleriyle ilgilidir. Sinir hücrelerinin sayıca azalması ve elektron iletim hızında azalma, yaşlanma ile birlikte bilişsel fonksiyondaki bozulmaya neden olmaktadır. Yaşlılıkta sinir iletimindeki yavaşlama ve sinir hücrelerindeki kayıplardan dolayı; dikkat, bellek ve tepkiler ile ilgili gerileme olabilmektedir (Eyüpoğlu vd.1999: 20-22).

Zihinsel ve davranışsal sağlık sorunları olan yaşlı yetişkinlerin sayısının 2030'da 15 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere psikolojik sağlık bozuklukları, özellikle yaşlı yetişkinlerde, fiziksel sağlığı ve işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Depresyon ve anksiyete ile sonuçlanabilecek bazı yaşam boyu problemler arasında fiziksel sağlık sorunları ile başa çıkma, demanslı ya da fiziksel engelli bir eşe bakma kaçınılmaz olmaktadır (American Psychological Association 2018).

3.1.3. Yaşlılık Dönemi Sorunları

Yaşlı insanlar, bilinmesi gereken özel fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları ile karşı karşıyadır. Yaşları 60 ve üstü yetişkinlerin %20'sinden fazlası (baş ağrısı bozuklukları hariç) bir zihinsel veya nörolojik bozukluktan şikâyet etmektedirler. Bu yaş grubundaki en yaygın zihinsel ve nörolojik bozukluklar sırasıyla dünyadaki yaşlı nüfusun yaklaşık %5 ve %7'sini etkileyen demans ve depresyondur. Anksiyete bozuklukları yaşlı nüfusun %3.8'ini etkilemekte, madde kullanım sorunları neredeyse %1'i etkilemekte ve kendi kendine zarar verme vakalarının yaklaşık dörtte biri, 60 yaş ve üzeri kişiler arasındadır (World Health Organization 2017: 1).

Ruh sağlığı sorunları, sağlık çalışanları ve yaşlıların kendileri tarafından yeterince tanımlandığından damgalama neden olabilmekte ve yaşlıları yardım istemeye isteksiz kılabilmektedir. Ruh sağlığının fiziksel sağlık üzerinde bir etkisi vardır ve bunun tersi de geçerlidir. Örneğin, kalp hastalığı gibi fiziksel sağlık koşullarına sahip yaşlı yetişkinler, sağlıklı olanlara göre daha yüksek depresyon oranlarına sahiptir. Hatta kalp hastalığı olan yaşlı bir kişide tedavi edilmemiş depresyon, ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Yaşlı yetişkinler ayrıca fiziksel,

sözel, psikolojik, finansal ve cinsel istismar dahil olmak üzere yaşlı istismarına karşı da savunmasızdır. Yaşlıların terk edilmesi ve ihmal, ciddi haysiyet ve saygı kayıplarına neden olabilmektedir. Çalışmalar her altı yaşlıdan birinin yaşlı istismarını yaşadığını göstermektedir. Yaşlı istismarı sadece fiziksel yaralanmalara değil, aynı zamanda depresyon ve anksiyete de dahil olmak üzere ciddi ve bazen uzun süreli psikolojik sonuçlara da yol açabilir. Yaşlı insanlar arasında bunama (demans) ve depresyon sık görülen psikolojik rahatsızların başında gelmektedir (World Health Organization 2017: 2).

3.1.3.1. Bunaklık (Demans)

Demans, genellikle hafızada bozulma, düşünce, davranış ve günlük aktiviteleri yerine getirme yeteneğinin olduğu kronik veya ilerleyici nitelikte bir sendromdur. Yaşlanmanın normal bir parçası olmamasına rağmen, esas olarak yaşlıları etkiler (World Health Organization 2017: 2). Demans, bütün aile üyelerinin başta fiziki ve duygusal sağlık olmak üzere sosyal ilişkiler, yasal ve mali konular gibi birçok yönden olumsuz etkilemektedir (Judge et al 2011: 1).

Dünya genelinde 50 milyon demans hastasının olduğu ve bunların ise yaklaşık %60'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Demanslı insan sayısının 2030'da 82 milyona, 2050'de ise 152 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Demans hastaların bakımı, önemli ekonomik maliyetin yanı sıra aileler ve bakıcıların büyük stresler yaşaması neden olabilmektedir (World Health Organization, 2017: 2).

Demans bilişsel, davranışsal ve işlevsel alanlarda bozulma sendromdur. Türkiye'de 400.000 hasta bulunmasına karşın bunlardan sadece 25.000 hasta tedavi almaktadır. Türkiye'de 2050 yılan kadar en çok Alzheimer hastası olan 4 ülkeden biri olacağı tahmin edilmektedir. Demans hastalarının yaş dağılımı incelendiğinde 65 yaş ve üzerindeki hasların %5'i, 80 yaş ve üzerinde %20 oranında olduğu, 2001 yılında 24 milyon olarak tahmin edilen demanslı hasta sayısının 2050 yılında 81 milyona yükselmesi beklenmektedir (Akyar 2011: 80; Kulaksızoğlu 2012: 273).

Demansın çoğunun nedeni bilinmemesine karşın hafıza, muhakeme, konuşma ve diğer bilişsel işlevlerde gerilemeye neden olmaktadır. Demans riski, yaşla birlikte keskin bir şekilde artmakta, önlen alınması için yeni stratejiler geliştirilmesine gereksinim vardır. Hastalığın özellikle erken dönemlerinde teşhis edilmesi kolay

değildir. Erken ve orta evrelerde yaygın olan hafıza problemleri, yanlış anlamalar ve davranışlar, genellikle, yaşlanma, kişilik özellikleri olarak kabul edilen veya sadece göz ardı edilen normal etkilere bağlanır. Daha ciddi aşamalarda olan bile pek çok vaka teşhis edilmemiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından yürütülen uluslararası bir değerlendirme, demansın OECD üye ülkelerinde yaklaşık 65 milyon yaş grubundakilerin yaklaşık yüzde 7'sinden biraz fazlasını, yani yaklaşık 10 milyon insanı etkilediğini tahmin edilmektedir. Hastalığın aile bütçesi ve güvenlik sistemine ciddi maliyeti olmaktadır. ABD'de demans için yıllık enformel bakım maliyetinin 18 milyar ABD doları olduğunu tahmin edilmektedir (World Health Organization 2011: 6-14).

3.1.3.2. Depresyon

Depresyon, yaygınlığı ve kronik bir hastalık olması sebebiyle diğer kronik hastalıklar arasında yeti yitimi, işlev kaybı, iş görmezliğe yol açan başlıca sebeplerden biridir (Gündüz 2016: 3). Depresyon yaşayan kişilerde girişim gücü azalır, güven kaybı yaşayarak umutsuz ve karamsar bir ruhsal bozukluk (çöküntü) yaşar. Bu durum majör depresyon olarak da adlandırılır. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak belirlenmiştir. Kadınların depresyon yaşama durumu erkeklere göre iki kat daha fazladır. Depresyon, büyük acılara yol açabilir ve günlük hayatta işleyişin bozulmasına neden olabilir. Depresyon hem mental hem de fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama ve düşünce içeriğinde azalma ile belirgin yavaşlama görülür. Majör depresyon, genel yaşlı nüfusun %7'sinde görülür (World Health Organization 2017: 2).

Depresyon ortalama yaş 40'lı yaşlarda artma eğitimindedir. Depresyon 65 yaş üzerindeki nüfusun %1,7'sinde ve 75 yaş üzerindekilerin ise %3,2'sinde tespit edilmiştir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının hızlı değişimine bağlı olarak yaşlılarda depresyonun arttığı görülmekle birlikte kadınlarda 35-45 yaşları arasında ve erkeklerde ise 55-70 yaş aralığında yüksek seviyeye yükseldiği belirlenmiştir (Savrun 1999: 14).

Depresyon, birincil bakım ortamlarında hem düşük hem de yetersiz tedavi edilmektedir. Semptomlar genellikle göz ardı edilir ve tedavi edilmez, çünkü yaşlı

erişkinlerde karşılaşılan diğer problemlerle birlikte görülürler. Depresif belirtileri olan yaşlı kişiler, akciğer hastalığı, hipertansiyon veya diyabet gibi kronik tıbbi rahatsızlıkları olanlara göre daha kötü işlev görürler. Depresyon aynı zamanda kötü sağlık algısını, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve maliyetlerini de artırmaktadır (World Health Organization 2017:2).

3.1.3.3. Yaşlı Hizmetleri ve Bakım Sorunu

Günümüzde bireylerin örgün eğitim ve yaşam boyu öğrenme kapsamında ve özellikle bilgi çağının sunduğu informal bilgiye ulaşma olanaklarından (televizyon, radyo, gazete, sosyal medya vs.) faydalanmaları kuşkusuz bilgi ve bilinç düzeylerini yükseltmektedir. Bu kazanım bireylerin daha bilinçli tüketici ve üretken olma, spor yapma, çevresiyle iletişim kurma, dünyadan haberdar olma, farklı alanlara (sanat politika, ekonomi vs.) ilgi duyma, sorunlara çözüm bulma yolunda çabalarını artırmaktadır. Toplum üyelerinin eğitim olanaklarından faydalanması sonucunda çalışma yaşamına katılım artmakta, düzenli bir gelire ve sosyal güvenceye ulaşmaktadırlar. Sosyal devletin bütün vatandaşlarına sunduğu sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve kalitesi gittikçe gelişmektedir. Modern tarımın gelişmesi, bireylerin daha ucuz ve kaliteli gıdaya ulaşmalarını sağlamış ve temel eğitim görmüş kişilerin ya da özellikle televizyon aracılığı ile uzman kişilerin beslenme programlarının yaygınlaşması toplumda daha bilinçli tüketim kültürünün oluşmasına sağlamaktadır. Devletin topluma sunduğu bu hizmet ve olanaklar bireylere daha uzun bir yaşam sunmaktadır. Hatta yaşlılarda psikolojik sorunlarda bunama, Alzheimer, Parkinson gibi mental hastalıklar olsa bile beden sağlıklarının iyi olması nedeniyle ölümcül bir kaza (kafasını çarpma, düşme, boğulma vs) olmaz ise uzun yıllar yaşayabilmektedirler. Yaşlı nüfusun bütün toplumlarda gittikçe artması, bu kesime ilişkin yeni bir hizmet anlayışını da gündeme getirmektedir. Ancak bu hizmetin kimler tarafından nasıl verileceği konusu ailelerin ve özellikle devletlerin gelecekte en önemli sorunlarından biri olacaktır.

Yaşlıların bakım sorunu, sanayi devriminin etkisiyle tarımda makineleşmenin bir sonucu olarak nüfusun kırdan kente göç etme süreciyle arttığı söylenebilir. Kırsaldaki geniş ailenin kentlerde çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişmeler yaşlının, aile içindeki

eski rolünü yitirmesine neden olmaktadır. Yaş artık prestij sağlayan bir öğe olmaktan çıkmakta, kuşaklar arasındaki farklılıklar nedeniyle de yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Kurt 2008: 31-32). Geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş ile birlikte aile yapıları küçülmüş, yaşlıların bakım sigortası olarak görülen genç kuşaklar kendi çekirdek ailelerini kurup, ana-baba kuşağından uzaklaşmış bu nedenle yaşlılık, önemli ekonomik ve psiko-sosyal sorunların yaşandığı bir dönem haline gelmiştir (Uncu vd. 2002: 65). Kırsalda yaşlıların bakımı aile üyelerince üstlenilmesine karşın, kentlerde kadınların aile gelirini artırmak, çocuklarına daha iyi bir eğitim ve gelecek sağlamak, üretimden gelen gücünü kullanarak aile içindeki karar süreçlerinde daha eşitlikçi söz sahibi olmak için çalışma yaşamına katılmaktadır. Kent yaşamının ekonomik zorluklarının akrabalar arasındaki sosyal ilişkileri sınırlandırması sonucunda ailenin yaşlı üyelerine kimin, ne kadar ve nasıl bakım sağlayacağı konusunda aile üyeleri arasında da sorunlara neden olabilmektedir. Bütün bu faktörlerin sonucu, şehir hayatında etkin ekonomik role sahip olmayan yaşlıların bakımı problem olmaktadır (Danış 1998: 38). Yaşlıların bakımı zorlaştıran değer faktörler; yaşlıların yetişkin çocuklarının farklı şehirlerde hatta çalışmak için yurt dışında bulunmaları, dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle daha küçük konutlarda yaşamaları, yaşlılar için ayrı bir oda imkânı sunamamaları, kadınları iş yaşamına katılması nedeniyle gündüz yaşlıların ev de yalnız olması, kent yaşamındaki toplumsal değişimden kaynaklanan aile içindeki uyum sorunlar olduğu söylenebilir (Kurt 2008: 32).

Uzun yaşam aynı zamanda bazı risklerde beraberinde getirmektedir. Muhtaçlık bu sürecin en önemli risklerinden biri olduğu söylenebilir (Tufan 2006: 8). Gelişmiş batı ülkelerinde hastalanmaktan bakıma muhtaç hale gelmekten ve yalnızlıktan korkulmaktadır. Her yaşlı, hasta ve bakıma muhtaç olmasa da hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yardıma gereksinim duyma olasılığı artmaktadır (Öztop vd. 2008:39).

Ülkemizde yaşlıların bakım süreçleri hükümetlerin de dikkatini çekmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Planda geleceğe yönelik projeksiyonlarda, ülkemizin geleceğinde yaşlılık ve sorunları özellikle bu grubun artan nüfus payına bağlı olarak giderek önem ve öncelik kazanacağına dikkat çekilerek, yaşlılık ve sorunlarına yönelik araştırmaların yapılması gerektiği belirtilmiştir (DPT 2001: 119,164). Yine

Sekizinci Beş Yıllık Planda, 1999 yılı itibarıyla 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz vatandaşlara ilgili kanun uyarınca yaşlılık, malullük, sakatlık kategorisinde 937.878 kişiye sosyal yardım yapıldığı vurgulanmıştır (DPT 2000:110). Dokuzuncu Beş Yıllık Planda, yaşlıların sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gerektiği anayasada yer aldığı, ancak, 2005 yılı itibarıyla sosyal güvenlik koruması altındaki yaşlı nüfusun toplam yaşlı nüfusun yaklaşık % 40'ını oluşturduğunu, buna karşılık, henüz tam çözülmeye uğramamış bulunan geleneksel aile yapısının yaşlı nüfusa yönelik önemli bir koruma işlevine sahip olduğu vurgulanmıştır. Yaşlılar ve diğer risk gruplarına yönelik sosyal hizmet ve yardım programının geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Yaşlılar korunmasız gruplar içinde önemli bir yer teşkil ettiği, dünyada yaşlıların güvence altına alınmasının Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi yer aldığı belirtilmiştir. Bu bildirge, bireyin yaşlılık hâlinde de uygun bir yaşam standardına, sosyal güvenceye ve sosyal hizmetlere hakkı olduğuna ilişkin düzenlemeleri içerdiği vurgulanmıştır (DPT 2007: 45). Ülkemizde yaşlılara götürülen hizmetler, 5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)'e bağlı huzur evleri ve Dernek ve Vakıflara ait kuruluşlarda verildiği bilinmektedir.

3.1.3.4. Ekonomik Sorunlar

Fizyolojik bir süreç olarak ele alınan yaşlılık biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal değişkenlerden oldukça fazla etkilenen yaşam evresidir. Yaşlı bireylerin günümüzde en önemli sorunları arasında parasal güvence yokluğu, bakım ihtiyacı (Uysal 2002: 74) ve yalnızlık yer almaktadır. Yaşlı nüfusun artması nedeniyle gün geçtikçe yaşlılıkla ilgili sorunlarla daha sık karşılaşılması kaçınılmazdır. Sorunların bir kısmı yaşlının kendi fiziksel, ruhsal, ekonomik durumundan bir kısmı ise yaşlının dışındaki çevresel koşullardan kaynaklanmaktadır (Kurt vd. 2010: 34). Bu dönemde karşılaşılan sorunların başında ekonomik sıkıntılar gelmektedir. Hatta yaşlıların ekonomik sorunlardan dolayı sosyal ve psikolojik sorunlar yaşadıkları söylenebilir (Kurt 2008: 43). Ekonomik sorunlarda en fazla etkilenen yaşlıların daha önce düzenli bir işte çalışmamış ve sosyal güvencesi olmayan yaşlılar oluşturmaktadır. Buna daha önce bir işte çalışmış ve emeklilik döneminde olan yaşlıların gelirlerinin azalması nedeniyle de sorunlar yaşandığı söylenebilir. Çünkü yaşlılıkta bir taraftan gelir

azalırken diğer taraftan, sağlık sorunları nedeniyle tedavi ilaç harcamaları da artmaktadır. Toplumda yaşlı nüfusun artması, üretken nüfusun azalmasına neden olmaktadır. Bu durum özellikle gelişmekte olan ve kaynakları sınırlı ülkelerde yaşlıların sağlık, barınma, beslenme gibi ihtiyaçlarının karşılanmasında sorunlara neden olabilmektedir.

Yaşlanmayla birlikte bireyler üretici konumundan tüketici konumuna geçmekte ve ekonomik sorunlar yaşamaktadırlar. Bu nedenle yaşlı bireylerin gelir kaynaklarının azalması yaşam biçimlerini de değiştirmektedir. Emeklilikle birlikte gelirin azalması, sosyal statü kaybı, bireylerin toplumsal yaşamda iletişim ve etkileşimlerini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca zihinsel ve fiziksel gerileme, üretici rolünün önemli oranda azalması, sosyal statüde değişme, sağlık problemlerinde bu dönemde ortaya çıkan kayıpların birbiri ile kesişmesi yoksulluğa neden olmaktadır (Özmete vd. 2012: 2). Emeklilik sonrası gelir düzeyindeki düşüş, ortaya çıkan sağlık problemleri nedeniyle çalışma yaşamından uzaklaşma, hayat pahalılığı vb. nedenlerle yaşlılık döneminde ekonomik sıkıntılar ve yoksullukla karşılaşılabilmektedir.

Ankara'nın yedi merkez ilçesinde 2.300 yaşlının katılımı gerçekleştirilen yaşlıların ekonomik ihtiyaçlarına göre yoksulluk analizi çalışmasında, yaşlıların %85.1'inin otomobil sahibi olmadıkları, %47.7'sinin gerekli gıda ihtiyaçlarını karşılamada zorlandıkları, %46.4'ünün ise doktor, ilaç gibi sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gelirlerinin yeterli olmadığını, yaşlıların yarısına yakının kıyafet, ayakkabı gibi ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük yaşadıklarını, %45.7'sinin su, elektrik, telefon gibi faturalarını rahatlıkla ödeyebilmek için gelirlerinin yeterli olmadığı, %79.1'inin gezme, seyahat gibi faaliyetlere yeteri kadar bütçe ayıramadıkları, yaşlıların %51.7'sinin ekonomik durumlarını "orta" olarak değerlendirirken, %27.0'sinin ekonomik durumlarını kötü bulduğunu belirtmişlerdir (Özmete vd. 2012: 8-9). Türkiye'de yaşlıların yaşam standartları düşmekte; yaşlı bireyler sağlık, beslenme, serbest zamanı değerlendirme, konut, bakım, gibi sorunlarının yanında yalnızlık ve yoksullukla da mücadele etmek durumunda kalmaktadır (Danış vd. 2006: 217).

3.1.3.5. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon Sorunu

Aktif çalışma döneminin emeklilikle sona ermesiyle yaşlılarda yalnızlık duygusu başlayabilmektedir. Bu dönemin başlamasıyla yaşlı daha az sosyal ilişki ağı içinde yer almakta ve sosyal yaşamdan uzaklaştığı için daha çok yalnızlaşmaktadır. Eşinin ölümü yaşlının evde tek başına veya çocuklarıyla yaşaması stresini artırabilmektedir. Bu nedenle yoğun bir şekilde izolasyona maruz kalmakta ve bunun sonucu yalnızlık duygusu yaşamaktadır. Ayrıca toplumların kırsal alandan hızla şehirlere göç etmeleri, örf ve adetler ile aile yapıları ve değerleri değişmiş kentte yaşlılık toplumsal bir sorun olarak ortaya çıkmıştır (Kurt, 2008:46). Bir araştırmada yaşlıların %60.4'ü sağlık durumunu iyi, %48.4'ü fiziksel durumunun orta ve %57.1'i ise psikolojik durumunun kötü olduğunu belirtmiştir (Çevik, Akyıl vd. 2018: 36).

Yalnızlık, farklı toplumlarda birçok yaşlının yaşadığı problemlerin başında gelmektedir. Toplumsal dışlanma ise, insanların diğer sosyal imkanlardan ve topluma katılım duygusundan uzaklaşma ve insanlarla iletişimin kesilmesi süreci olarak tanımlanabilir. Toplumsal izolasyon, bireyin toplumda kabul görme durumunun sınırlanmasıdır. Sosyal izolasyon çeşitli şekillerde görülür. Bunlar:

- **Tutumsal İzolasyon:** Hızlı toplumsal değişme nedeniyle ortaya çıkar ve gençliğinden çok farklı ahlaki değerlere, beklentilere rollere uyum sağlamakta zorlanmalarından kaynaklanır.
- **Görünümsel İzolasyon:** Yaşlanma süreci ile oluşan görünümündeki değişmedir. Yaşlının vücut imajının değişmesi, hijyenik durumu, hastalıklara ilişkin fark edilen belirtiler ve fonksiyon kayıplarıdır. Yaşlı bu nedenlerden dolayı diğer bireylerce kabul görmez ya da kendisi özellikle diğer insanlarla bilinçli olarak daha az etkileşimde bulunur.
- **Davranışsal İzolasyon:** Bireyin kabul edilmeyen davranışları sonucu ortaya çıkar ve yaşlının diğer insanlardan uzaklaşmasına neden olur.
- **Coğrafi İzolasyon:** Uzaklaşma ve aile ilişkilerinin gevşemesine neden olabilmektedir. Şehirlerdeki yüksek suç oranlarının artması, yaşlının soyulma, öldürülme, hırpalanma endişesi yaşamaktan korkmaktadır. Yaşlının güvensiz bir

çevrede yaşaması evinden ayrılmasını, sokağa çıkmasını ve gezmeye gitmesini olumsuz etkilemektedir (Fadıllıoğlu 1992: 65-68).

Bazı yaşlılar bunlardan birini yaşarlarken, bazıları ise hepsinden etkilenebilmektedir. Ankara'da yapılan bir araştırmada yaşlıların %86.2'sinin herhangi bir vakıf, dernek, kulüp, oda, sendika, siyasi parti gibi yerlere üyeliğinin bulunmadığı, %90.0'ının yurtdışı ve %65.3'ünün ise yurtiçi gezme ve görme amaçlı seyahatler yapmadıkları, buna karşın %62.6'sı şehir içinde istedikleri yere gittiklerini belirtmişlerdir. Yaşlıların %51.7'sinin yurt içinde görmek istedikleri bir yer olduğunu, %48.3 görmek istemediklerini belirtmişlerdir (Özmete vd. 2012: 8-9).

3.1.3.6. Yaşlı İstismarı ve İhmali Sorunu

Korkutma, sömürme ve ona fiziksel, duygusal ve psikolojik açıdan zarar verme durumları yaşlı istismarının genel belirleyicilerindendir. Kadınların erkeklere göre daha uzun yaşamaları ve ekonomik olarak erkeklere göre daha yüksek oranda bağımlı olmaları istismar ve ihmal durumu yaşama olasılıklarını arttırabilmektedir (Canatan 2013: 388). Yaşlı kadınların çoğu eşlerinin daha önce yaşamını kaybetmesi nedeniyle genelde yalnız ikamet etmektedirler. Buna karşın bağımsızlıklarını koruma yönünden erkekten daha fazla problemle karşılaşır ve genellikle daha zor koşullarda yaşamlarını sürdürürler. Huzurevleri ya da bakım evlerindeki yaşlı çoğunluğunu kadınların oluşturması bir zorunluluktan kaynaklanmaktadır (Tufan 2003: 52). Yaşlı ve dul kadınların karşılaştıkları en olumsuz durum, sağlık problemleri arttığında ekonomik ve fiziksel olarak bağımsız yaşamalarının daha da zorlaşmasıdır (Canatan 2013: 381).

3.1.4. Yaşlılık Demografisi

Önceki yüzyılda ortalama yaşam süresinin 50 yıldan fazla olmamasına karşın, 20. yüzyılda ortalama yaşam beklentisinde Japonya'da 80 yaş ve üzerine çıkmıştır. Dünyanın az gelişmiş bölgeleri de dahil II. Dünya Savaşı'ndan beri yaşam beklentisinde istikrarlı bir artış yaşamıştır. Doğu Asya'da, doğumda yaşam beklentisinin 45 yıldan daha az olmasına karşın 1950 yılında sonra yükselerek 74 yaşına ulaşmıştır. Buna karşın HIV / AIDS salgınının neden olduğu ölümler nedeniyle Afrika'nın pek çok yerinde yaşam beklentisi daha düşüktür. Kayıtlı tarihin

başlangıcından bu yana, 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı, 5 yaşın altındaki çocuklardan fazladır. Doğurganlık oranlarının düşmesi ve yaşam beklentisinde kayda değer artışlar nedeniyle, nüfusun yaşlanması devam edecek, hatta hızlanacaktır. Yaşı 65 ya da daha büyük insan sayısının, 2010 yılında tahmin edilen 524 milyondan, gelişmekte olan ülkelerdeki artışla birlikte, 2050 yılında yaklaşık 1,5 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir (World Health Organization 2011:6-10).

Yaşlılık genelde 65 ve üzerindeki kişiler olarak kabul edilmektedir. Yaşlanma kronolojik yaşın ilerlemesiyle oluşan ve ölüm olasılığını arttıran değişikliklerin bütünüdür. Yaşlılık bireyin biyolojik, sosyal ve psikolojik durumlarına göre tanımlanmaktadır. Biyolojik boyutta hücre fizyolojisinden tüm organizmanın fiziksel sağlık durumundaki tüm işleyişindeki değişime göre, sosyal yönden toplumsal roller ve sosyal işlevlerdeki değişiklik ve psikolojik yönden yaşlılık ise bilişsel ve mental yönden değişiklikleri ifade etmektedir (Tekin vd. 2018:220).

3.1.5. Dünya'da Yaşlanma

Dünyanın nüfusu gittikçe yaşlanıyor. Uzun ömür, dünyanın gelişmiş ülkelerinde 20.yüzyılın en önemli başarısı olarak görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde doğumda ortalama yaşam beklentisi 75 yıla ulaştı ve bunun yükselmeye devam etmesi beklenmektedir (Neugarten,1990:2). Dünyanın çoğu ülkesinde nüfusundaki yaşlıların sayısı ve oranında artış görülmektedir. Yaşlı bireylerin artan payını oluşturan nüfus, yirmi birinci yüzyılın en önemli toplumsal dönüşümlerinden biri haline gelirken, emek ve finans piyasaları dahil olmak üzere toplumun neredeyse tüm sektörlerine konut, ulaşım ve sosyal koruma, aile yapıları ve nesiller arası bağlar gibi mal ve hizmetlere olan talebe bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Nüfusun yaşlanmasıyla, yoksulluğun ortadan kaldırılması, her yaşta sağlıklı yaşam ve refahın sağlanması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, herkes için insana yakışır iş ve teşviklerin sağlanması, ülkeler arasındaki eşitsizliğin azaltılmasında büyük bir önem taşımaktadır (United Nations 2015: 1).

Dünya nüfusu hızla yaşlanıyor ve 2015 ve 2050 arasında, dünyadaki yetişkinlerin oranı yaklaşık %12 ila %22 arasında neredeyse iki katına çıkması tahmin edilmektedir. Beklenti 60 yaşın üzerinde olan 900 milyon yaşlı sayısının 2 milyar insana ulaşacağıdır (World Health Organization 2017:1). Önümüzdeki 15 yıl

içinde Latin Amerika ve Karayipler'de yaşlı kişilerin sayısının en yüksek oranda artması bekleniyor. Bu oranın Asya kıtasında % 66, Afrika'da %64, Kuzey Amerika'da %41 ve Avrupa %23 artması beklenmektedir. Önümüzdeki 15 yıl içerisinde 0-9 yaş arasındaki 1.3 milyar nüfusa karşın 1.4 milyar yaşlı nüfusun olacağı, 2050 yılında ise 10-24 yaş aralığındaki nüfusun 2.0 milyar olmasına karşın 60 yaş ve üzerinde olanların sayısının 2.1 milyar olabileceği tahmin edilmektedir (United Nations 2015: 1-3).

Yaşlanma süreci, yüksek gelirli ülkelerde en ileri düzeydedir. Dünya'da 2015 yılı verilerine göre 60 yaş ve üzeri en yaşlı nüfus oranının ülkelere göre dağılımına bakıldığında Japonya'da %33 Almanya ve İtalya'da %28 ve Finlandiya'da ise bu oran %27'dir. En yaşlı nüfusun 2030 yılında %25 oranında Avrupa ve Kuzey Amerika'da, %20 ile Okyanusya da (Büyük Okyanus' a dağılmış adaları içine alan ülkelerden ve Avustralya' dan oluşan kıta) %17 Asya, Latin Amerika ve Karayipler'de ve % 6'sını ise Afrika da olacağı tahmin edilmektedir (United Nations 2015: 1-3).

3.1.6. Türkiye'de Yaşlanma

Türkiye'de demografik değişim süreci üç dönemde ele alınabilir. Cumhuriyetin kurulmasıyla yaşanan sosyo-ekonomik dönüşüm, demografik yapıda da önemli değişimlere neden olmuştur. Birinci dönem, cumhuriyetin kurulmasından dört yıl sonra 13,6 milyon olan ülke nüfusu, doğurganlığı teşvik edici pronatalist politikaların sonucu olarak 1960 yılında iki katına çıkmıştır. Bu dönemde nüfusun artışı, büyük millet olmanın bir gereği olarak değerlendirilmiştir. İkinci dönem ise 1950'li yıllarda o döneme kadar uygulanan pronatalist nüfus politikalarının sorgulanmasına yol açmıştır. Devlet planlama Teşkilatının (DPT) hazırladığı Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında nüfus artış hızının yarattığı sorunlara vurgu yapılmıştır. Bunlar hızlı nüfus artışının kişi başına gelirin düşmesine, çağ nüfusunun okullaşması için eğitim yatırımları gibi demografik yatırımlara ağırlık verilmesine ve kentlerin kontrolsüz büyümesine neden olduğu gerekçeleriyle 1965 yılından 1985 yılına kadar antinatalist nüfus politikalarının sonucu olarak doğurganlık düşme eğilimine girmiştir. Son dönem ise 1980'li yıllarda Türkiye'nin ekonomik politikalarında değişime gidilmesinin de etkisiyle aile planlaması kavramının

gelişmesi ve özellikle gebeliği önleyici modern yöntemlerin benimsenmesi ve uygulanması sonucunda doğurganlık oranı düşmüştür (Koç vd. 2010: 48-55; Tezcan vd. 2012: 1-3).

Türkiye'de 1963 yılından itibaren günümüze kadar yaşlanma ve yaşlılık ile ilgili çalışmalar devam etmekte olup her geçen dönemde bu çalışmalar daha da hız kazanmaktadır. Bu konuda 1963 yılından 2013 yılına kadar geçen elli yıllık sürede yaşlılık kavramsal boyutunun yanı sıra finansman ve donanım açısından da ele alınmış olup, kamu kuruluşlarının dışında da yaşlanma ile ilgili faaliyet gösteren tüm kurumlarla koordinasyon sağlanarak daha aktif bir politika hedeflenmiştir. Öncelikli hedef, huzur evlerinin yapılıp geliştirilmesi iken, sonrasında özel sektöründe teşviki ile bakıma muhtaç yaşlılara öncelik verilmesi, bu yaşlıların korunması ve rehabilitasyon merkezlerinin kurulması yer almaktadır. Böylelikle nitelik ve nicelik açısından gelişme sağlamak amaç olarak benimsenmiştir. Özellikle Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nca yaşlılık ve yaşlanma dönemindeki sorunlarla mücadele kapsamında yaşlılara verilen hizmetlerin başında; huzurevleri, yaşlı hizmet merkezleri, gündüzlü bakım merkezi, bakım hizmetleri, kurum bakım hizmeti, evde bakım hizmeti, yaşlılık aylığı yer almaktadır. Bu uygulamalardan yaşlı ve muhtaç durumdaki her vatandaşın faydalanabilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar ile aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmektedir. Böylelikle toplumun temel yapı taşı olan aile içerisinde daha mutlu ve sağlıklı yaşlı bireylerden oluşan bir toplum oluşturmaktır (Yumurtacı 2013: 12)

Türkiye'de Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken son beş yılda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5'e yükselmiş olup yaşlı nüfusun %44'ünü erkek ve %56'sını kadın nüfus oluşturmaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde, 2013 yılında yaşlı nüfusun %60,3'ü 65-74 yaş grubunda, %32,2'si 75-84 yaş grubunda ve %7,5'i 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken, 2017 yılında

%61,6'sı 65-74 yaş grubunda, %29,7'si 75-84 yaş grubunda ve %8,6'sı 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görüldü (TÜİK 2018).

3.2. Yaşlılık Kuramları

Yaşlanmaya ilişkin 1950'li yıllardan sonra pek çok teori geliştirilmiştir. Çünkü yaşlanma sadece biyolojik, psikolojik, sosyal, genetik ve çevre faktörleriyle açıklanamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir süreçtir. Günümüzde birçok yaşlanma teorisinden bahsedilmektedir. Aslında, hemen hemen her hücresel keşif ve moleküler biyoloji, yeni bir teorilerinin geliştirilmesine yol açmaktadır (Vinâ vd. 2007: 250).

3.2.1. Programlanmış Yaşlanma Teorileri

Yaşlanmanın rastgele ya da stokastik bir süreçten ziyade, genetik olarak düzenlenmiş süreçlerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Yaşlanmanın güçlü bir genetik bileşeni vardır. Yaşlanma ile ilgili hasar temelli teoriler bile, savunma veya koruyucu genler gibi bazı genetik faktörlerin yaşlanmasında rol oynadığını kabul etmektedir. Aynı şekilde, programlanmış yaşlanma teorileri, bazı hasar biçimlerinin yaşlanmaya katkıda bulunduğunu ve çevresel faktörlerin yaşlanmanın sonucunu bir dereceye kadar etkilediğini kabul eder. Dolayısıyla, bu iki kamp arasındaki fark altta yatan mekanizmada yatmaktadır: yaşlanmaya bağlı hasar temelli teoriler, yaşlanmanın ağırlıklı olarak çevreyle etkileşimin ve / veya kimyasal reaksiyonlardan kaynaklanan hasarın bir sonucu olduğunu savunmaktadır. Programlanmış teoriler yaşlanmanın önceden belirlenmiş olduğunu ve genetik programların tetiklediği sabit bir programda oluştuğunu ileri sürerken. Diğerleri, yaşlanma teorilerinin benzer ayrımlarını önermişlerdir. Örneğin, yaşlanmanın şu şekilde olabileceği öne sürülmüştür: Bir hasar birikmesine neden olan dışsal veya içsel faktörlerin bir sonucu veya yaşlanmanın DNA programındaki yapısal değişikliklerden programlanmış ya da türetilen gen değişikliklerin bir sonucu olduğu, yaşlanma teorileri arasında belirli bir miktarda örtüşme mümkündür (Magalhães 2014: 1).

3.2.2. Aşınma ve Yıpranma Teorisi

Canlıları makinelere benzeten kuram ilk olarak biyolog August Weismann tarafından 1800'lü yılların sonunda geliştirilmiştir. Makinelerin kullanımına bağlı olarak yıpranması gibi insan bedeninin de uzun yıllar çalışmaya bağlı olarak yıprandığını ve vücut kendini yenilemeyecek duruma geldiğinde yaşlanmanın başladığı ileri sürmektedir (Yahyaoğlu 2013: 23). Aşınma ve yıpranma teorisi, yaşlanmanın hücrelerin fizyolojik çalışmasının ikincil bir etkisi olduğu fikrine dayanır. Bu kuram canlıları makinelere benzetir. Makinelerin kullanılmalarına bağlı olarak aşınmaları ve yıpranmaları gibi beden de bir süre sonra uzun yıllar çalışmaya bağlı olarak aşınma ve yıpranmaya başlar. Bu durum vücudun kendini tamir edemeyeceği boyuta ulaştığında ise yaşlanma süreci başlamış olur (Vinâ vd. 2007: 252).

3.2.3. Serbest Radikalleri Teorisi

Bu teori ilk defa 1954 yılında Denham Harman tarafından geliştirilmiştir. Ana fikri serbest radikallerin yaşlanma ile ilişkili hasarlarından oksijen sorumludur. Oksijen kanın alyuvar hücrelerine bağlanarak; kan ile vücudumuzdaki tüm doku ve hücrelere kadar ulaşır. Hücrelerimizde şeker moleküllerini oksitleyerek; enerji açığa çıkmasını sağlar. Buna karşın bazı oksijen molekülleri bir elektronlarını kaybeder ve saldırgan oksijen moleküllerine dönüşürler. Saldırgan oksijenler hücredeki diğer moleküllere saldırarak onlardan bir elektron koparıp, onları da saldırgan hale getirirler. Bu saldırgan molekül yapısına 'serbest radikaller' denilmektedir. Bu serbest radikaller öncelikle hücre zarına ve hücre çekirdeğindeki DNA'ya saldırıp, yapısını değiştirmeye çalışırlar (Öz 2018: 1).

Serbest radikaller bedenin enerji üretimi gibi doğal süreçlerinde meydana gelebildiği gibi, kirliliğe maruz kalma, ağır metaller, sigara, gübre, radyasyon, ilaç kullanımı gibi durumlarda da ortaya çıkabilir. Modern yaşamın getirdiği koşullardan kaynaklanan stres düzeyinin yükselmesi de serbest radikal oluşumunu arttırmaktadır. Bedenin strese karşı verdiği yanıtın sonucu olarak da çok fazla miktarda serbest radikal üretilmektedir. Serbest radikaller artmasına sigara, ilaç kullanımı, ağır metaller, radyasyon ve kirlilik vs. neden olmaktadır. Buna karşın antioksidan alımlarının ortalama yaşam süresini artırdığı belirlenmiştir (Vinâ vd. 2007: 250).

3.2.4. Zarar Temelli Teoriler

Bu teori adından da anlaşılacağı gibi, yaşlanmanın metabolizmanın yan ürünlerinden oluşan ve sürekli bir hasar birikim sürecinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle, belirli bir hasar şekli tüm kullanım ömrü boyunca birikir ve daha önceden yaşlanma olarak tanımladığım şeylerin çoğuna neden olur. Tipik olarak, bu hasar normal hücresel süreçlerin bir yan ürünüdür veya verimsiz onarım sistemlerinin bir sonucudur (Magalhães 2014:1).

3.2.5. Ayrılma Teorileri

Bir kişi ile toplumun diğer üyeleri arasındaki ilişkilerin çoğunun kesildiği ve kalanların nitelik olarak değiştirildiği kaçınılmaz bir süreci ifade eder. Geri çekilme yaşlanan kişi veya toplum tarafından başlatılabilir. Yaşlı insanların daha genç yetişkinlere göre yaşamla daha az ilgili oldukları gözlemlenmiştir. İnsanlar yaşlandıkça toplumdan uzaklaşırlar. Buna karşın bu teorinin, toplumdan çekilmeyen çok sayıda yaşlı insanı dikkate almadığını ileri sürmektedir (Collins 2014: 1-2; Achenbaum, Bengtson 1994: 758-761).

3.2.6. Etkinlik Teorisi

Psikososyal yaşlanma sürecini tanımlayan bir teoridir. Etkinlik teorisi, devam eden sosyal aktivitenin önemini vurgular. Teori, bir kişinin benlik kavramının o kişinin sahip olduğu roller ile ilişkili olduğunu, yani kişinin aile rolleri, yenilenme rolleri, gönüllü ve topluluk rolleri gibi diğer rolleri aktif olarak sürdürmesi durumunda emekli olmanın çok zararlı olmayacağını öne sürmektedir. Olumlu bir benlik duygusunu sürdürmek için, kişi yaşından dolayı kaybedilenler için yeni rollerin yerine geçmelidir (Diggs 2008: 80)

3.3. Yaşlı Bakım Hizmetleri

Nüfusun yaşlanması ve büyümesi, özellikle sağlık sistemlerine baskı uygulayarak, bulaşıcı olmayan hastalıkları ve bunlarla bağlantılı kronik durumları önlemek ve tedavi etmek için bakım, hizmet ve teknolojilere olan talebi arttırmaktadır. Ülkeler, gelecekteki demografik değişimleri tahmin ederek ve proaktif olarak politikaya uyum sağlamaya yönelik politikaları uygulayarak bu ve diğer zorlukları aşmaya çalışmaktadırlar (United Nations 2015:5).

Yaşlı nüfusun hızlı artışı ve uzun yaşam beklentisi gelişmiş Batılı ülkede olduğu gibi, gelişmekte olan ülkelerde de gerçekleşmekte ve bu durum bağımlı yaşlı insan sayısının artmasına neden olmaktadır (Lecovich 2008: 309). Yaşlı nüfusun pek çok sağlık sorununun olması ve çok fazla sağlık bakım hizmetine gereksinim duymaları birden çok hizmet yaklaşımını gerektirir. Bu kişiler bakım gereksiniminin karşılanması için bakıcılara ihtiyaç duyarlar. Çünkü yaşlıların %35'ten fazlası demans hastasıdır (Vaingankar et al 2016: 221). Ailesel destek ve nesiller arasında bakım, genellikle her iki yönde de işlemektedir. Yaşlılar genellikle başkaları için (eşler, büyük ebeveynler, çocuklar, torunlar ve ailedeki olmayanlar) bakım sağlarken, aileler ve özellikle yetişkin çocuklar, yaşlı akrabaları için temel destek ve bakım kaynağıdır. Hastalıklar ilerledikçe, fiziksel olarak, duygusal ve bilişsel olarak sıklıkla sayısız ve değişken semptomlar, aile üyeleri veya başkalarının bakım sağlaması için bir ihtiyaç yaratabilir. Bu sorumluluk genellikle iyi eş / eşe veya çocuğa düşer. Bazı hastalarda hastalık yaşam süresini kısaltmaz, karmaşıklaştırır ve böylece bakıcıların rolü on yıllardır kapsayabilir. Ancak, talepler bakım alıcısı için fiziksel olarak, duygusal ve bilişsel olarak arttıkça, bakıcının kendi ihtiyaçlarına, çocukların ihtiyaçlarına, evde bakımına ya da kariyere daha az zaman ayrılabilir. Bu nedenle bakıcılar genellikle kendi dayanıklılık ve baş etme mekanizmalarına ciddi bir talep ve yük hissetmektedirler (Sullivan, Miller 2015: 7).

Günümüzde yaşlılar ve bakım hizmeti verenler, yaşlıların hareket yeteneği, güvenlik sorunları, düşme, bilişsel eksiklikler, dışkı ve idrar kaçırma, kronik sağlık koşulları ve psiko-sosyal ve davranışsal değişiklikler, bakım hizmeti verenlerin stres düzeylerini artırmaktadır (Njoku, 2015:1). Bakım hizmetinin sürdürülebilmesi için aile bakıcılarının da kendi fiziksel ve zihinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılaması konusunda yardıma ve desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır. Ancak bugüne kadar bakım veren stresi ile başa çıkma konusunda bir çözüm bulunamamıştır (Kalınkara, Kalaycı 2017: 21).

Günümüzde çoğu yaşlı insanın çocukları var ve birçoğunun torunları ve yaşayan kardeşleri vardır. Yani günümüzde evde çekirdek aile yapısı olmasına karşın kardeş ve akraba çocukları da vardır. Ancak, çok düşük doğum oranlarına sahip ülkelerde, bir kardeş varsa gelecek kuşakların sayısı az olacaktır. Daha az çocuğa sahip olma yönündeki küresel eğilim, gelecekte ailelerinden yaşlı insanlar için daha

az potansiyel bakım ve destek sağlanacağını göstermektedir (World Health Organization 2011: 22).

3.4. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı ve Özellikleri

Günümüzde bilim ve teknolojideki gelişmelerin bir sonucu olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tıp ve sağlık alanlarında önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Bu alandaki gelişmelerle birlikte erken tanı ve tedavi yöntemleri ile özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle doğurganlık hızı ve bebek ölümleri ile diğer hastalıklara bağlı ölümlerin azalması yaşam süresinin yükselmesini sağlamıştır. Sağlık hizmetlerindeki ilerlemeler ile toplumların genel olarak eğitim görme süresinin uzaması, sağlıklı beslenme ve spor yapma bilincinin gelişmesi 65 yaş ve üstü nüfusun oranını da artırmaktadır. Buna karşın yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalığı olan ve yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısındaki artış, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli ve yeni bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Bilge, Elçioğlu, Unalacak ve Ünlüoğlu 2014: 1; Akdemir vd. 2011: 57-58). Hızla artan yaşlı nüfusun fiziksel ve mental sağlığının korunması için önlemler alınmalı, yaşlılık sürecinde ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler tanınarak yaşlıların tedavi ve bakımı süreçlerinin daha etkin planlanmasına gereksinim vardır (Bahar, Parlar 2006:33).

Nüfus hızla yaşlanmakta ve yaşlanan nüfus ile birlikte farklı bakım ihtiyaçları artmaktadır. En basit ifadeyle evde bakım, bakıma muhtaç bireye evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetleridir (III. Özürlüler Şurası 2007: 39). Diğer bir tanımda ise evde bakım, sağlık hizmeti alan birey ve ailesine, yaşadığı ortamda hastalığı önleyici, sağlığı geliştirici ve tedavi edici işlemlerin disiplinler arası işbirliği içinde çalışan ekip tarafından verilmesini içeren süreçtir (Akdemir vd. 2011: 58). Başka bir tanımda ise evde bakım; özürlü, yaşlı, süreğen hastalığı olan bireyleri bulundukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerini gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyelerinin yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (Yaşar 2009: 6).

Uygun müşteriler için evde bakım hizmetleri arasında evde bakım hemşireliği, rehabilitasyon, ev desteği ve palyatif bakım yer almaktadır. Toplum temelli hizmetler yetişkinlere yönelik günlük programlar, yemek programları, yardımlı yaşam, yatılı bakım hizmetleri ve darülaceze bakımını içerir.

Evde bakım, yaşlı yetişkinlerin güvenli ve rahat olmaları için gereken bakım seviyesi ile evde yaşama özgürlüğü ilkesine dayanmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler (Yılmaz vd. 2010: 27). Bu amaçla, çoğu evde bakım hizmeti alanlar, yüksek kaliteli bir yaşam sürdürebilmek için ihtiyaç duydukları bakım hizmetini almaktadırlar. Evde bakım hizmeti yaşlı yetişkinler ve aileleri için huzurlu ve anlamlı bir arkadaşlık sağlamaktadır.

Bakıcı, ihtiyaç duyan bir insan için fiziksel ve psikolojik bakım konusunda yardımcı olan bir kişidir. Çoğu bakıcı genellikle aile üyeleri olduğundan yapılan hizmet karşılığında genellikle onlara herhangi bir ücret ödenmezdi. Bakıcılar, banyo, tuvalet, giyinme, aktarma, yemek yapma, yeme, ilaç kullanma ve evi yönetme gibi günlük yaşam aktiviteleriyle çok çeşitli yardımlar sağlarlar. Demografik olarak, aile bakıcılarının % 66'sı kadındır ve dikkat çekici şekilde bakım alanların % 65'i kadındır. Buna ek olarak, bakım görevini gerçekleştirenler haftada yaklaşık 20 saat geçirir (Sullivan, Miller 2015: 8).

Evde bakım, uygun ve yüksek kaliteli ev-temelli sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, resmi ve gayri resmi bakıcılar tarafından, uygun olduğunda teknoloji kullanımı ile dengeli ve ekonomik bir süreklilik içerisinde, evlerinde iken insanların sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını tatmin etmeyi amaçlamaktadır. Son birkaç on yılda Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde ki yaşam beklentisi hızlı bir şekilde artmıştır. Genel nüfus içindeki yaşlıların oranı birçok Avrupa ülkesinde giderek artmaktadır ve önümüzdeki yıllarda daha da artması beklenmektedir. Bu, bakıma bağımlı yaşlı kişilerin artan oranlarını ifade etmektedir. Bundan sonraki on yıllar, engelli ve ölümün önde gelen nedeni olarak, bulaşıcı olmayan hastalıkları olanların ihtiyaçlarında dramatik değişiklikler görecek. Kronik koşullara sahip çeşitli

kişiler evde hareket halinde zorluk yaşayabilir ve şiddetli sağlık sorunları olan ya da ruhsal bozukluğu olan çocuklara evde bakım da gerekebilir (Tarricone, Tsouros 2008: 2). Demografik, sosyal, teknolojik, epidemiyolojik ve politik baskı tüm ülkelerde evde bakım talebi ve tedarikini zorlamaktadır. Bu kavramlar aşağıda açıklanmıştır;

3.4.1. Demografik Değişiklikler

Bireylerin önceki nesillere göre daha geç bir aşamada bağımlı olmalarına rağmen, evde bakım talebinin yaşla birlikte arttığı bilinmektedir. Demografik değişiklikler, evde bakım için artan bir talebe yol açmaktadır. Avrupa Birliği (AB) ülkeleri içindeki nüfus yapısının, yakın gelecekte önemli ölçüde değişme uğrayacağı beklenmektedir. Özellikle yaşlı ve çok yaşlı insanların oranın artması buna karşın doğurganlık oranı hızlı bir biçimde düştüğü için çocukların, gençlerin, genç yetişkinlerin ve yetişkinlerin sayısı oransal olarak azalmaktadır. Genç nüfusun azalması, bakıma gereksinimi olan yaşlıları olumsuz etkileyebilecektir. Bu durum kamu hizmetlerinin ve mevcut resmi ve gayri resmi bakıcı havuzunun finansmanın karşılanması için bireylerin vergi yükünü de artırabilecektir (Tarricone, Tsouros 2008: 3).

3.4.2. Sosyal Değişim

Sosyal tutum, değerler ve davranışlardaki değişiklikler ev bakım hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Geleneksel büyük aile grubunun şehirleşmiş bir bağlamda küçük aile birimlerine dönüşmesi, bağımlı aile üyelerine bakım sağlayabilecek kişi sayısını azaltmaktadır. Ayrıca, kadınların işgücü piyasasına katılımı giderek artmakta ve ücretli çalışmayı kolaylaştırmaya ve kadınlar için kariyer fırsatlarını artırmaya daha fazla önem verilmektedir. Bu durum evde bakım hizmeti sağlayacak aile üyelerinin sayısını azaltmaktadır. İşgücü piyasası teşvikleri ve aktif işgücü piyasası politikalarının kadınların katılımını daha da artırılmaya çalışıldığı ülkelerde, evde bakım hizmetinin hem formal hem de informal bakımın sağlanması açısından ciddi olumsuz sonuçları olacaktır. Çalışma yaşamına katılma ülke içinde daha fazla iç hareketlilik oluşturduğundan ve aile üyeleri arasında önemli mesafelere yol açtığından, evde yaşlı bakımına ilişkin bireysel katkılarını da azaltmaktadır. Ayrıca çalışanların işgücü piyasasına katılımı arttırmak için emekliliği geciktirmek veya

erken emeklilikten vazgeçirmek için uygulanan politikalar, evde bakıma gereksinimi olanlar için kayıt dışı bakıcıların kıtlığıyla sonuçlanmaktadır. Çünkü üyeleri genel olarak 45 ile 60 yaş aralığındaki kişiler bakım hizmetini gerçekleştirmektedirler. Emeklilik yaşının uzaması bu hizmetin gerçekleştirilmesini olumsuz etkilemektedir (Tarricone, Tsouros 2008: 4).

3.4.3. Epidemiyolojideki Değişiklikler

Halk sağlığı alanındaki gelişmeler, değişen epidemiyolojiye katkıda bulunmuştur. Bulaşıcı olmayan hastalıklarda artış, aşağıda belirtilenler dahil olmak üzere evde bakım talebini artırmaktadır;

• Ruhsal hastalıklar giderek daha fazla tanılanmakta ve tedavi edilmektedir. Bu hastalıkları olanların bakımında kamusal bakım yerine toplum temelli bakım tercih edilmektedir.

• Hastalıkların şekli değişmektedir. Alzheimer ve demans gibi bazı hastalıklar yaşlanan bir popülasyonda daha yaygın hale gelmektedir. Ayrıca, bu tür hastalıklarda evde bakım hizmetleri yelpazesinin kullanılmasıyla, ev ortamında etkili tedavilerin ve desteğin sunulabilmesi de mümkün olabilmektedir.

• Diyabet, kalp hastalıkları, solunum hastalıkları, inme ve kanser sonuçlarıyla daha fazla insan yaşamaktadır. Bu hastalıklara uygun ve hedefe yönelik destekle evde etkili ve verimli bir şekilde bakım hizmeti yürütülmektedir (Tarricone, Tsouros 2008: 5).

3.4.4. Bilim ve Teknik Yenilik

Bilim ve teknolojideki gelişmeler evde bakım talebini etkilemektedir. Sağlık ürünleri, medikal cihazlar ve cerrahi teknolojiler dahil olmak üzere tıp alanındaki gelişmeler, yaşam beklentisinin artmasına ve birçok engellilerin, yaşlıların ve çocukların karmaşık bakım ihtiyaçları ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda sağlamaktadır. Basit ev modifikasyonları (adapte edilmiş tuvaletler, duşlar, banyolar, yataklar ve kaldırma ekipmanları vs.), konut ekipmanları, engelli insanların ihtiyaçlarının daha kolay giderilmesine katkı sağlamaktadır. Teknoloji ve inovasyonun gelişimi, evlerinde kalmak isteyen nüfus grupları için bir dizi fırsat ve çözüm sunmayı vaat etmekte ve hem yüksek hem de düşük teknolojiler evde bakım

çözümleri sağlayarak geleneksel ev bakım hizmetlerini tamamlamaktadır (Tarricone, Tsouros 2008: 5).

3.4.5. Politika Öncelikleri ve Seçimleri

Bir dizi politika değişikliği ve önceliği evde bakım üzerinde baskı oluşturmaktadır. Politika değişiklikleri, evde bakım hizmetlerinin gelişime katkı sağlamakta ve ev tabanlı çözümlerin ailelere ve topluma daha çok fayda sağlayacağı fikrinin gelişmesine yol açmıştır. Ev temelli çözümler, yalnızca sağlık, sosyal ve duygusal faydalar için değil, aynı zamanda, evde bakım hizmetlerinin kurumsal bakımdan daha etkili ve verimli olduğu kanıtlanmıştır. Resmi olmayan bakımın (hem aile hem de arkadaşların veya komşuların) gereksinimi olan kişilere bakım sağlamada önemli rol oynadığının fark edilmesi, politika ve hizmet sağlayıcıların bu temel aktörleri tanımasına yol açmıştır (Tarricone, Tsouros 2008: 6).

3.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinin nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin asgari veya temel bir hizmet standardı bulunmamaktadır. Ancak her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak geliştirdiği bir hizmet listesi oluşturduğu söylenebilir. Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları; ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalar, bunların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar ile kanserli yetişkin ve çocuk hastalardır (Yılmaz vd. 2010: 127).

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmak mümkündür. Birincisi; evde bakım tıbbi hizmetlerin verilmesinin yanında, bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de kapsamaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır. Kısa süreli evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklı ve 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri 6 aydan fazla sürmekte, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım hizmetleridir. Uzmanlık düzeyindeki hizmetler şunlardır;

- Bireyin evine düzenli ve belirli aralıklarla uzman hemşirelik hizmetleri,
- Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı ve konuşma gibi destek sağlık hizmetleri,
- Bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak kişisel bakım hizmetleri,
- Evin temizlik, ütü, alışveriş gibi hizmetlerine yardım ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni hizmetleri,
- Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak sosyal destek hizmetler,
- Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenler için gıda ve beslenme hizmetleri,
- Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve şikayetlerinin ele alındığı danışmanlık hizmetleridir (Yılmaz vd. 2010: 127-128, Turan 2008: 18-19; Önal 2011: 66).

3.5.1. Özürlülük Nedeniyle Evde Bakım

Birleşmiş Milletler 1981'i Uluslararası Özürlüler Yılı olarak ilan ederek 1983'ten 1992'ye kadar uluslararası düzeyde izleme çalışmalarını yürütmüştür. 1980'lerin başından beri engelli insanların örgütleri geliştirilmekte, güçlendirilmekte ve eğitim ve istihdam için artan fırsatların yaratılması yönünde çaba harcamaktadır. Ancak, tüm engelli insanlara eşit fırsatlar sağlamak için yapılması gereken pek çok çaba gerekmektedir. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 600 milyon engelli insan için temel hizmetlere erişme ve hayatta kalmanın hala zor olduğu söylenebilir. Toplum temelli rehabilitasyon (Community-based rehabilitation -CBR) ile engelli insanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. 2002 yılında ILO, UNESCO ve WHO tarafından yapılan ortak bir açıklamada; CBR ile fırsatların eşitlenmesi, tüm çocukların ve engelli yetişkinleri sosyal içermesi için genel toplum gelişiminde bir strateji olduğu belirtilmiştir. CBR, son yirmi yıl içinde birçok ülkede kullanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2000-2002 yılları arasında CBR programlarının çalışmaları ile ilgili kilit konuları belirlemek için bir dizi toplantı düzenledi. Bu toplantılarda CBR'nin uygulamalarını gözden geçirmek için uluslararası bir istişarenin yapılması

gerektiğine karar verildi. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü, diğer BM kurumları, uluslararası sivil toplum örgütleri, uluslararası engelli örgütleri ve hükümet temsilcilerini de içeren tüm paydaşları davet etmiştir. Birçok paydaş CBR programlarına katılan katılımcıları desteklemeyi kabul etmiştir. Talep üzerine, Finlandiya Hükümeti uluslararası bir gözden geçirmeyi kabul ve desteklemeyi kabul etti. Toplumsal Rehabilitasyonun Gözden Geçirilmesine Yönelik Uluslararası Danışma Helsinki'de yapıldı 25-28 Mayıs 2003 tarihinde gerçekleştirilmiştir (World Health Organization 2003: 1).

Engelli birey, doğuştan ya da sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine yerine getirme sürecinde sorunlar yaşayan bireylerdir (Özida 2004: 10). Engelliler Hakkındaki Kanun'un 3. Maddesinde ise fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireydir (Resmi Gazete 2005: Sayı: 25868). Türkiye'de engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ortalama % 12.29'dur. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engellilerin oranı % 2,58 iken kronik hastalığı olanların oranı ise % 9,70'dir (Özida 2004: 5). Engelli olmanın ölçütü, engel durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %50 ve üzerinde olduğu tespit edilen engellilerden; temel öz bakım becerilerini yerine getirmede, kendi başına hareket etme veya iletişim kurmada zorluk ya da yoksunluk yaşayan ve bu becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine tıbbi olarak karar verilen kişiler olarak tanımlanmıştır (Özida 2006: 14). Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın tanımladığı özür türleri şunlardır;

1. Ortopedik Engellilik: Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, isteksizlik ve fonksiyon kaybı durumudur. Doğum öncesi, doğum süreci ve sonrası dönemlerde herhangi bir nedenle dolayı ortopedik engelli bireylerin iskelet, kas ve sinir sistemlerinde bozukluklar meydana gelir. Koruma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyarlar (Öngören vd. 2007: 8).

2. Görme Engelli: Tek ya da iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan bireydir. Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk

körlüğü ve gece körlüğü olanlar bu gruba girerler. Görme engelli bireyler, çevresini ve çevredeki objeleri algılamada dokunma ve işitme duyularını aktif kullanmanın yanında beyaz baston kullanmaktadırlar (Kayaarslan 2016: 11).

3. İşitme Engelli: Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan (Kayaarslan, 2016: 12) bu nedenle işitme cihazı kullananlar bu gruba girmektedir. Bu kişiler karşılarındaki bireyleri duyup anlayamadıkları için kelime hazineleri yeterince gelişmez, lisan öğrenmekte zorluk çekmektedirler (Besiri 2009: 259: 12).

4. **Konuşma Engeli:** İşitemediği için söz söyleme alışkanlığı edinememiş kişilerdir. Herhangi bir nedenden dolayı konuşamayan veya konuşmanın hızında akıcılığında ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan kişidir. İşittiği halde konuşamayan, hastalık nedeniyle gırtlağı alınanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, dil, dudak ve çene yapısında bozukluk olanlar bu gruba girerler (Acar vd. 2013:268).

5. Zihinsel Engellilik: Farklı derecelerde zihinsel yetersizliği olan bireydir. Zeka geriliği olanlar down sendromu vs. bu gruba girmektedir (Özida 2004: 10; Acar vd. 2013:268).

Özürlülük, bedensel bozulmalar, aktivite kısıtlamaları ve katılım kısıtlamaları için bir şemsiye terimdir. Bir kişinin sağlık durumu (koşulları) ile o kişinin bağlamsal faktörleri (çevresel ve kişisel faktörler) arasındaki etkileşimin olumsuz yönlerini belirtir. Yaşam içerisinde, yaşamın gerektirdiği hal, hareket ve davranışların yapılmasında başkalarının yardımına veya desteğine gereksinim duyulması durumu bakına muhtaçlıktır (Öztürk vd. 2017: 53). Bakıma muhtaç kişi diğer şahısların yardımına ihtiyaç duyan kişidir (Altuntaş, Topcuoğlu 2014: 309). Çeşitli sebeplere bağlı olarak kendisinde meydana gelen engel sebebiyle giyinme, yeme içme, beden temizliği, tuvalet ihtiyacını giderme, alış veriş gibi temel yaşam ihtiyaçlarını, öz bakım gereksinimleri konusunda başkasının desteğine ihtiyaç duyan kişi olarak söylenebilir (Öztürk vd. 2017: 53). Özürlülerin erken dönemlerden itibaren yeterince sağlık, eğitim ve rehabilitasyon hizmeti alamamaları nedeniyle ömür boyu başkalarına bağımlı yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Zihinsel, bedensel ve ruhsal yetersizliği nedeniyle bakıma ihtiyaç duyan engelliler için evde ve kurumda bakım şeklinde iki temel bakım modeli uygulanmaktadır (Karataş 2011: 23).

Özürlülüğün tüm toplumu ilgilendiren bir insan hakları sorunu olarak ele alınması ile birlikte, "toplum temelli rehabilitasyon" kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Danış 2009: 96). Dünya Sağlık Örgütü, hastalık ve sakatlıkların kodlanmasında 1999 yılından sonra yeni bir kodlama (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) kullanılmasını önermiştir. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF), işleyiş ve sakatlık hakkında bilgi vermek ve düzenlemek için bir çerçevedir. Sağlık ve engellilik tanımı ve ölçümü için standart bir dil ve kavramsal bir temel sağlar. ICF, aynı zamanda çeşitli disiplinlere ve sektörlere, örneğin eğitim ve ulaştırmanın yanı sıra sağlık ve toplum hizmetlerinde ve diğer alanlarda hizmet vermek üzere tasarlanmış çok amaçlı bir sınıflandırma sistemidir. Yeni kodlama sistemi ICF genel sınıflama boyutuyla beş ana unsura sahiptir.

Bunlar;

- Beden yapısı ve bundan doğan engeller,
- Beden fonksiyonu ve bundan doğan rahatsızlıklar,
- Kişinin aktivite durumu ve bundan doğan rahatsızlıklar,
- Kişinin topluma katılım sorunu ve bundan doğan engeller,
- Etkili etmenlerden doğan kişisel, sosyal ve çevresel sorunlar.

Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırmasının en belirgin özelliklerinden birisi, tıbbi rehabilitasyona gereksinimi olan kişinin (hastanın, özürlünün) eksik yönlerini belirlemekten çok, var olan potansiyelini ve bu potansiyelin sosyal boyutunu ortaya çıkarmasıdır (Metintaş 2006: 20-21). Dünya Engellilik Raporu; engelli insanların ve bütün toplumun faydalanması adına engelleri ortadan kaldıracak koşullar yaratmak, rehabilitasyon ve destek hizmetlerini geliştirmek, yeterli sosyal koruma sağlamak, kapsayıcı politikalar ve programlar oluşturmak, var olan ve yeni standartlar ile yasaları yürürlüğe sokmak için bütün ilgili paydaşlara atılacak adımlar önermektedir (Genç 2015: 67). Türkiye'nin Avrupa Birliğine katılımına ilişkin sürecin hızlanmasıyla 200'li yıllardan sonra engelli bireylere ilişkin daha ciddi politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. Engellilik konusunda mevcut yetersiz altyapı ve kurumlaşmayı orta ve uzun vadede gidermek amacıyla, öncelikle engellilerin sosyal hakları 'insan hakları' çerçevesinde daha

dikkate değer bulunmaya başlanmış ve bu çerçevede sivil inisiyatife, engelli dostu sosyal politikaya önem veren bir gelişme çizgisinde yer alınmaya başlanmıştır (Burcu 2015: 334-335).

3.5.2. Kronik Hastalık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

Kronik hastalıklar, uzun dönemli ancak yavaş ilerleyen, tıbbi olarak tedavi edilmesi güç olan, hastalığı azaltmak ve öz bakımında hastanın fonksiyonu ve sorumluluğunu yükseltmek için sistemli izleme ve destek gerektirmektedir (Özdemir, Taşçı 2013: 57-58). Bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar, insani, sosyal ve ekonomik sonuçları tüm ülkeler tarafından hissedilmekle birlikte, yoksul ve savunmasız toplumlarda daha yıkıcıdır. Küresel ölçekte ölümün önde gelen nedeni olan hastalık, 2012 yılında dünyada 56 milyon ölümün 38 milyonunu (% 68) oluşturmuştur. Bunlardan 38 milyonu temel olarak kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve kronik solunum yolu hastalıklarıdır. Bunların % 40'ından fazlası (16 milyon) 70 yaşın altındaki kişilerdir. Kronik hastalığa bağlı ölümlerinin yaklaşık dörtte üçü (28 milyon) ve erken ölümlerin (% 82) çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Haslığın küresel yükünün azaltılması ve sürdürülebilir kalkınma için gerekli önlemlerin alınmasına gerekmektedir. 2011-2020 döneminde, düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıklara bağlı kümülatif ekonomik kayıpların 7 trilyon ABD doları olacağı tahmin edilmektedir (World Health Organization 2014: 11). Yakın bir gelecekte ölümlerin % 75' inin kronik hastalıklar nedeniyle olacağı tahmin edilmektedir (Özdemir, Taşçı 2013: 58).

Kronik hastalıkların özellikleri; kalıcı, geri dönüşümsüz patolojik değişikliklerden kaynaklanan, rehabilitasyon için hastanın özel eğitim almasını gerektiren veya uzun bir gözetim, gözlem veya bakım periyodu gerektiren hastalık olarak tanımlamıştır (Zwar vd. 2006: 8).

Son yarım yüzyılda akut hastalıklardan kaynaklı ölümlerin azaltılmasına karşın, kronik hastalıklarda artış olmuştur. Kronik hastalıklar, Avrupa'da ve dünya genelinde nüfus sağlığına büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Bu hastalık, enfeksiyonlardan, dış yaralanmalar, gelişimsel anormallikler, genetik duyarlılıklar veya hücresel dejenerasyon kaynaklı ve sağlık üzerindeki çoklu etkilerin bir ürünüdür. Kronik hastalık erken ölümlerin önemli bir nedeni olmanın yansıra

engelliliğe de neden olduğundan, iyi ve sağlıklı bir yaşam süresi beklentisi üzerinde önemli bir etkiye sahiptirler. Hastalık yükünün değerlendirilmesindeki başlıca zorluklardan biri, karşılaştırılabilir ve temsili edebilen verilerin göreceli eksikliğidir (Nolte, McKee 2008: 15).

Türkiye'de de nüfusun yaşlanmasına paralel olarak, kronik hastalıklar artmakta ve nüfus içindeki oranı % 10.0'a yaklaşmaktadır. Hastalığa yakalanma ileri yaşlarda artmaktadır (Özida 2004: 5). Fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar ileri yaşlarda sıklıkla görülmektedir (Teletar, Özcebe 2004: 163). Kronik hastaların sadece % 27'sinin tedavi edilebilmektedir. Depresyon hastalarının ancak dörtte birinin sorunun belirlenebildiği, diyabet hastalarının üçte birinin lipit değerlerinin kontrol altına alındığı, üçte ikisinin kan basıncının kontrol altına alınamadığı, kronik kalp sorunu alanların yarısının yeniden hastaneye başvurmaktadırlar (Fadıloğlu 2004: 24). Kronik hastalıkların başlıcaları şunlardır;

Beyin damar hastalıkları veya inme; dünya çapında ölümün önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. 2002 yılında, tüm ölümlerin ortalama % 15'ini (erkek,% 11'i kadın,% 19'u) ve Avrupa'daki toplam hastalık yükünün ortalama % 7'sini (sırasıyla% 6 ve% 8) oluşturmuştur. İnme, uzun süreli engelliliğin önde gelen bir nörolojik nedenidir. İnme ayrıca depresyonla da ilişkili bulunmuş ve bunama riskini arttırdığı belirlenmiştir. Buna karşın inmeye bağlı ölümler özellikle de 1960'lardan beri azalmaktadır (Nolte, McKee 2008: 19). 2012 yılında kardiyovasküler hastalığa bağlı 17,5 milyon ölümden yaklaşık 7,4 milyonu kalp krizi (ve 6.7 milyonu inme nedeniyle olmuştur. Buna karşın Son kırk yıldır, kardiyovasküler hastalıklardaki ölüm oranları ve kardiyovasküler hastalıkların daha iyi yönetimi nedeniyle, yüksek gelirli ülkelerde kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı azalmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, düşük gelirli ülkelerde risk faktörü yükünün daha düşük olmasına rağmen, düşük gelirli ülkelerde yüksek kardiyovasküler hastalık ve ölüm oranlarının yüksek gelirli ülkelerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Günümüzde, kardiyovasküler ölümlerin% 80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır. 2012 yılında, kalp hastalığı ve inme, dünyadaki prematürite mortalitesine bağlı olarak yaşam kayıplarının ilk üç nedeni arasında yer almıştır. Kalp krizi ve felçlerini önlemek için uygun maliyetli politikalar

ve müdahaleler geliştirilmesi için şu önlemler alınmalıdır: Hastalanma durumu yüksek ve riskli bireyler erken tespit edilip ve tedavi edilebilirse kalp krizi ve inme önlenebilir. 40-79 yaş aralığındaki kişiler için aspirin, statin ve kan basıncını düşüren iki ajanın beşte birinin kardiyovasküler ölümleri önlediği ve 70 yaşın altındaki insanların ise % 56'sının ölümünü önlendiği tahmin edilmektedir (World Health Organization 2014: 95-97).

Antalya'da 1-5 Aralık 2018 tarihinde gerçekleştirilen 54. Ulusal Nöroloji Kongresinde, 2018'de Türkiye'de yaklaşık 40 bin kişinin inme nedeni ile hayatını kaybettiğinin tahmin edildiği belirtilerek, bunun trafik kazalarından ve kanserden ölenlerin sayısında fazla olduğunu belirtildi. Türkiye'de inme ünite ve merkezi sayısının yeterli olmadığı belirtilerek, Sağlık Bakanlığının her bir milyon kişiye bir inme merkezinin açılması konusunda çalışmalar vurgulanmıştır (Birgün Gazetesi 2018b).

Şeker hastalığı dünya çapında önemli bir sorundur. Bu hastalığın dünyada yaklaşık 180 milyon insanı etkilediği tahmin edilmektedir. Obezite tüm ülkelerde görülüyor. 2014 yılında, 18 yaş ve üstü yetişkinlerin% 39'u (erkeklerin% 38'i ve kadınların% 40'ı) aşırı kilolu idi. Dünya çapında obezite prevalansı 1980 ve 2014 yılları arasında neredeyse iki katına çıkmıştır. 2014'te erkeklerin% 11'i ve dünya genelinde% 15'i kadındır. Dünya çapında yarım milyardan fazla yetişkin obez olarak sınıflandırılmaktadır. 2000 ve 2013 yılları arasında, 5 yaşın altındaki çocuklarda aşırı kilolu olma oranı, Güney Afrika'daki bazı ülkelerde% 11'den% 19'a ve Güneydoğu Asya'da (BM bölgesi)% 3'ten% 7'ye yükselmiştir. 2013 yılında, Asya'da 5 yaş altı, 18 milyonu Afrika, 4 milyonu Latin Amerika ve Karayipler'de yaklaşık 18 milyon kilolu çocuk vardı. Son 13 yılda Latin Amerika ve Karayipler'deki çocuklarda aşırı kilonun yaygınlığında çok az değişiklik oldu, ancak büyük nüfuslu ülkelerde % 7 ve daha yüksek. Beş yaşın altındaki çocuklarda aşırı kilonun yaygınlığının artacağı tahmin edilmektedir. Mevcut trendler devam ederse 2025 yılına kadar dünya çapında çocukların % 11'inin aşırı kilolu olacağı tahmin edilmektedir (World Health Organization 2014: 79-81). Avrupa'da kaydedilen en önemli ölüm nedenlerinden biri olmamasına rağmen, diyabetin kalp hastalığı, kan damarları, gözler, böbrekler ve sinirler üzerindeki zararlı etkisi olduğundan ölüm ve sakatlık riskini de artırmaktadır. Avrupa'da 2002 yılında, toplam hastalık yükünün yaklaşık % 1.5'i diyabet (erkekler,

% 1,2; kadın, % 1,8) hastalığı oluşturmasına karşı bu oranın 2030 yılına kadar % 4.4'e çıkacağı tahmin edilmektedir (Nolte, McKee 2008:22).

Büyük ölçüde küresel yaşlanma nedeniyle, kanser hastalığının önümüzdeki on yıllarda hızlanması beklenmektedir. Yıllık yeni kanser vakalarının sayısının 2020 yılına kadar 17 milyona çıkması ve 2030 yılına kadar 27 milyona ulaşması öngörülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, önde gelen kronik hastalıkların bir alt kümesine odaklanmıştır: kalp hastalığı, inme ve diyabet. 2006 yılında, hastalıkların bu alt kümesi, Vietnam ve Etiyopya'da 20 milyon ABD Doları ile 30 milyon ABD Doları arasında değişen ve Çin ve Hindistan'da yaklaşık 1 milyar ABD dolarına kadar değişen ekonomik kayıplara neden olmuştur. Kısa vadeli projeksiyonlar (2015'e kadar), herhangi bir önleyici eylem yapılmadığı takdirde, ülkelerin çoğunda kayıpların neredeyse iki katına çıkacağını göstermektedir. 2006 ve 2015 yılları arasında 23 ülke için ekonomik çıktıda tahmin edilen potansiyel zarar 84 milyar ABD doları olmuştur (World Health Organization 2011: 19).

Solunum hastalıkları ve özellikle KOAH ve astım, Avrupa Bölgesinde erken ölümlere neden olmaktadır. Avrupa Bölgesindeki toplam ölümlerin ve hastalık yükünün % 4'ün oluşturmaktadır. KOAH, kronik bronşit (hava yollarının iltihaplanması ve daralması) ve amfizem (akciğer yapısının zayıflaması) olarak tanımlanan bir durumu belirtir. Bu hastalık giderek yaygınlaşmakta ve dünyada dördüncü önde gelen ölüm nedeni olmuştur. Manchester'da (Birleşik Krallık) yapılan bir araştırmanın 45 yaşın üzerindeki yetişkinlerin % 11'inde geri dönüşümsüz hava yolu tıkanıklığı bildirmişse de, bu oranın % 65'inin KOAH tanısı konmadığını belirtmiştir. Batı Avrupa'da, genel KOAH hastası, Danimarka'dan (20-90 yaş arası bireyler), İngiltere (60-75 yaş), Finlandiya (30 yaş ve üzeri), İtalya (25 yaş ve üzeri) verilerine göre % 4-11'dir. Hastalık 60-79 yaş arasındaki erkeklerde görülme oranı kadınlardan iki kat daha fazladır. Hastalık dünya gelinde artmaya devam etmektedir (Nolte, McKee 2008: 25).

Solunum yolları hastalıklarının oluşmasında sigara kullanımı önemli bir faktördür. Tütün kullanımı şu anda dünyadaki önlenebilir ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Sağlığa yönelik riskler, sadece doğrudan tütün tüketiminden değil, aynı zamanda pasif içiciliğe maruz kalmadan da kaynaklanmaktadır. Tütün

kullanımı kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik solunum yolu hastalığı, diyabet ve erken ölüm riskini artırabilmektedir. Günümüzde yılda 6 milyon insanın tütün kullanımından ölebileceği tahmin edilmektedir. Pasif içiciliğe maruz kalmadan dolayı 600 000'den fazla kişi ölmekte ve hatta bu nedenle 170 000 çocuk ölmektedir. Dünyada tütün kullanımına bağlı ölümlerin kadınlarda % 7 ve erkeklerde % 12 olduğu hesap edilmektedir (World Health Organization 2014: 53).

Astım diğer kronik hastalıklar ile karşılaştırıldığında nispeten düşük bir ölüm oranına sahip olmasına rağmen, gerekli sağlık önlemleri alınmadığında, dünya çapında astımdan ölümlerin önümüzdeki 10 yıl içinde neredeyse % 20 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Avrupa düzeyinde, astım tüm ölümlerin yaklaşık % 0.4'ün ve küresel hastalık yükünün % 1'in kadardır (Nolte, McKee 2008: 25).

Yetersiz fiziksel aktivite, önde gelen 10 risk faktöründen biridir ve her yıl yaklaşık 3.2 milyon ölümle sonuçlanmaktadır. 2010 yılında, yetersiz fiziksel aktivite, dünya çapında toplamın % 2,8'ini oluşturan 69,3 milyon kişi Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years- DALY) neden olmuştur. 2010 yılında, 18 yaş ve üstü yetişkinlerin% 23'ü fiziksel olarak faal değildir. Kadınlar erkeklerden daha az aktiftir; kadınların% 27'si ve erkeklerin% 20'si önerilen aktivite düzeyine ulaşmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre, Doğu Akdeniz Bölgesi (% 31) ve Amerika Bölgesi (% 32) en yüksek yetersiz fiziksel aktivite prevalansı, olmasına karşın Güneydoğu Asya'da (% 15) ve Afrika (% 21) prevalans en düşük bölgeler (World Health Organization 2014:11).

En sık görülen hastalıklardan biri diğeri de ruhsal bozukluklardır. Avrupa da her beş kişiden birisinin yani 33.4 milyon Avrupalının majör depresyondan etkilendiğini tahmin edilmektedir. Ruhsal bozukluklar, Avrupa'da çocuk ve ergenleri giderek daha fazla etkilemektedir. Bu, özellikle yetişkinlikte görülen birçok ruhsal bozukluğun kökeninin özellikle çocuklukta döneminden kaynaklandığı düşünüldüğünde, endişe verici bir durumdur. Avrupa Bölgesi'ndeki yaklaşık 2 milyon gencin depresyondan şizofrene kadar değişen ruhsal bozukluklardan etkilendiği tahmin edilmektedir. 12-17 yaş grubundakilerin yaklaşık % 4'ü ve 18 yaşından büyüklerin % 9'u depresif bozukluklardan etkilenmektedir (Nolte, McKee 2008: 28).

Aşırı ve zararlı boyutta alkol kullanımı, alkol bağımlılığı dahil olmak üzere zihinsel ve davranışsal bozuklukları geliştirme riski taşımaktadır. Ayrıca, alkolün zararlı kullanımı ile tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı arasında nedensel bir ilişki vardır. Hamilelik sürecindeki kadınların alkol tüketimi, fetal alkol sendromuna ve doğum öncesi doğum komplikasyonlarına neden olabilmektedir. 2012 yılında dünya genelinde 3,3 milyon ölüm veya tüm ölümlerin % 5,9'unun alkol tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin yarısından fazlası kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet (% 33.4), kanserler (% 12.5) ve karaciğer sirozu (% 16.2) dâhil olmak üzere gastrointestinal hastalıklardır (World Health Organization 2014: 24).

Kronik hastalık yönetimi için dünyada pek çok model geliştirilmiştir. Bu modellerden en çok kullanılan ve en etkili kabul edileni Kronik Bakım Modelidir (Zwar vd. 2006: 53; İncirkuş, Nahçivan 2015: 68). Kronik Bakım Modeli, kronik hastalık yönetiminde toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyetini azaltmak amacıyla tablo-1'deki model geliştirilmiştir.

Çizelge 1. Kronik Bakım Modeli Bileşenlerinin Etkinliğini Gösteren Girişimler ve Sonuçları

Model Bileşenleri	Model Bileşeninin Etkinliğini Gösteren Girişimler	Model Bileşeninin Etkinliğini Gösteren Sonuçlar
• Öz-Yönetim Desteği	• Hasta eğitim toplantıları • Motivasyonel danışmanlık • Eğitim materyallerinin dağıtılması	• Hastalığın fizyolojik ölçümleri, • Hastanın yaşam kalitesi, • Hastanın sağlık durumu, • Hasta fonksiyonel durumu, • Hasta memnuniyeti, • Hastanın risk davranışları • Hastanın bilgisi, • Hizmet kullanımı, • Tedaviye uyum
• Sağlık Hizmetleri Sunum Planı	Multidisipliner ekip	• Hastalığın fizyolojik ölçümleri • Profesyonellerin rehberlere uyumu • Hastaların hizmet kullanımı
• Karar Verme Desteği	• Kanıta dayalı rehberlerin uygulanması • Profesyonellerle eğitim toplantıları • Eğitim materyallerinin profesyonellere dağıtılması	• Profesyonellerin rehberlere uyumu • Hastalığın fizyolojik ölçümleri
• Klinik Bilgi Sistemleri	• Denetim ve geri bildirim	• Profesyonellerin rehberlere uyumu
• Sağlık Bakım Organizasyonu	• Bileşenin etkinliği ile ilgili yetersiz kanıt	
• Toplum Kaynakları ve Politikalar	• Bileşenin etkinliği ile ilgili yetersiz kanıt	

(Zwar vd. 2006: 53).

Çizelge 1'de, Modelin toplam altı bileşenden oluştuğu, etkinliği gösteren girişimler ve sonuçlara yer verilmiştir. Bunlar,

Öz-yönetim; hastanın bir görevi uygun şekilde yönetmesi için gözlemleme, bilgi paylaşımı, işbirlikçi kararlar alma, amaç belirleme, eylemleri planlama ve gerçekçi tepkiler verme sürecidir. İnsanlar uzun yıllar hastalıkla yaşadıklarından öz-yönetim günlük hayatın bir parçası olduğundan hastalar kendi bakımlarında merkezi roldedir.

Sağlık Hizmetleri Sunum Planı; Sağlık bakım ekibinin rol ve sorumlulukları açık ve net olarak tanımlar.

Karar Verme Desteği, bu süreç her zaman yoğun uzmanlık gerektirmeyen bir boyut olarak kabul edilir ve telefon çağrısı ile uygulanabilir. Hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşime ilişkin kanıta dayalı protokoller ve destekleyici eğitimler ile klinik uygulama rehberleri kullanır.

Klinik Bilgi Sistemleri, etkili ve verimli hizmet sunmada, hastalık yönetimini kolaylaştırmada hasta popülasyonu hakkında gerekli ve yararlı veriyi zamanında sağlayan, organize eden bir sistemdir. Klinik bilgi sistemleri; elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, hemşire bilgi sistemleri, görüntü yönetim ve depolama sistemleri, klinik iletişim sistemleri, vaka bilişimi, sanal gerçeklik uygulamaları, akıllı kart uygulamaları, hastane bilgi sistemleri, standartlar ile klinik kılavuzlar ve bakım haritaları gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Güleş, Özata 2005: 89; Ömürbek, Demirgubuz veTunca 2013: 314).

Modelin yukarıda belirtilen bileşenlerine ilişkin uygulamadaki etkinliğinin değerlendirilmesi ile ilgili yeterli kanıta ulaşılmasına karşın "sağlık bakım organizasyonu" ve "toplum kaynakları ve politikalar" bileşenlerinin etkinliğini gösterecek araştırma kanıtlarının eksik olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zwar vd. 2006: 53; İncirkuş, Nahçivan 2015: 68).

3.5.3. Yaşlılık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

Bakıma muhtaçlık, bireyin geçici veya uzun süren hastalık, kaza ve sosyal riskler nedeniyle normal yaşam faaliyetlerini yerine getirememesi neticesinde başkalarının desteğine gereksinim duyması olarak tanımlanabilir. İnsanlar yaşamlarının belli bir döneminde herhangi bir nedenden dolayı özürlülük veya kronik hastalık ya da doğal bir süreç olan yaşlılıktan dolayı bakıma muhtaçlık soruları yaşayabilmektedirler.

Yaşlanma dönemi insan yaşamında kaçınılmaz, geri döndürülemez ve önlenemez önemli evrelerden biridir. Bireysel yaşlanma süreci çok boyutlu olup ve fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler içerir (United Nations Population Fund 2012: 20). Yaşlanma olgusuyla bakım ve rehabilitasyon sorunları da ortaya çıkmaktadır. İnsan vücudunda meydana gelen deformasyon ve gerileme, günlük faaliyetlerin yerine getirilmesinde desteğe gereksinimi de ortaya çıkarmıştır (Karahan, Güven 2002: 156). Fiziksel ve bilişsel yetersizlikler, psikolojik açıdan

algılamadaki sorunlarla birlikte yaratıcı yeteneklerde azalma, daha yavaş düşünme ve dikkat eksikliği oluşmaktadır (Arpacı 2007: 78; Hanzer 2007: 222). Yaşlanma sürecinde psikolojik ve fiziksel yeti kayıpların olmasının yanında ruhsal olarak gerileme, üretkenliğin azaldığı ve gittikçe diğer insanlara daha bağımlı durumun oluştuğu bir süreçtir. Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üzerini yaşlılık olarak kabul etmesine karşın diğer bazı ülkeler 65 yaşı referans almaktadırlar.

Demografik değişim, günümüzün belirleyici bir konusudur. Dünya çapında nüfus yaşlandıkça, her ülkenin sağlık sistemleri, yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için önemli zorluklarla karşılaşmaktadır. Yaşlı ve uzun süreli bakım, günümüzün en zorlu sağlık sorunlarından biri haline gelmektedir. 2015 ile 2030 arasında, 60 yaş ve üzerindeki 900 milyon insan sayısı yaklaşık % 56 oranında artarak 1,5 milyara çıkması beklenmektedir. 2050 yılına ulaşıldığında, 60 yaşın üstündeki insan nüfusunun 2 milyara çıkması beklenmektedir (United Nations Population Fund 2012: 11, Haseltine 2018: 1).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, bu gün 65 yaşın üzerindeki 50 milyon olan insan sayısı, 2060'a kadar neredeyse 100 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri şu anda yaşlılar için dünyanın en iyi ülkeleri arasında yer almasına karşın, sağlık hizmetlerine erişim ve yaşam kalitesi açısından diğer ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır. Çin ve Hindistan gibi kalabalık Asya ülkelerinde, yaşlı insanların sayısından dolayı daha büyük zorluklar yaşanmaktadır. Çin'de, 65 yaşın üzerindeki nüfusun sadece 30 yıl içinde % 8'den % 24'e çıkması beklenmektedir (Haseltine 2018: 1). Avrupa nüfusunun dörtte biri 60 yaşın üzerinde olmasına karşın bu oranın 2050 yılında üçte bir oranına yükselmesi öngörülmektedir (Korkut, Berk 2009: 2). Türkiye'de 2010 yılında Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre yaşlı nüfus oranı %7,22 olmasına karşın 2020 yılında bu oranın %8'e yaklaşacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde bir taraftan nüfus yaşlanırken diğer taraftan aile yapısındaki değişmeler, yani çekirdek aile olgusu, yaşlı bakımına ilişkin hizmetlerin nasıl karşılanacağı konusunu gündeme getirmektedir (Ünalan vd. 2009: 19).

Aileler, özellikle kadınlar, yaşlı bakımı sağlamada her zaman çok önemli olmasına karşın, günümüzde kadınların ücretli iş gücüne giriş oranının yükselmesi,

yaşlı bakımı daha da zorlaştırmaktadır. Bu durum yaşlı bakımında hizmet satın alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bugün dünyada dokuz kişiden biri 60 yaşın üzerinde, 2050 yılında ise her beş kişiden birinin bu yaşın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Yani yaşlı nüfus oranı 30 yıl içerisinde ikiye katlanacağı beklenmektedir. Dolayısıyla yaşlılık görmezden gelinemeyecek bir olgudur. Artan uzun ömür insanlığın en büyük başarılarından biri olarak kabul edilmektedir. İnsanlar artık daha iyi beslenme, sağlık hizmetleri, tıbbi gelişmeler, eğitim ve ekonomik refah nedeniyle daha uzun yaşamaktadırlar. Yaşlıların sayısının ve oranının diğer yaş gruplarına göre daha hızlı artması ve bu demografik değişimler karşısında ülkeler zorlukların üstesinden nasıl gelecekleri konusunda kaygılanmaktadırlar (United Nations Population Fund 2012: 11). Bütün bu göstergeler yaşlı ve bakıma muhtaç olanlara nerede nasıl bakılacağı ve bu konuda devletin nasıl bir rol üstleneceği önemli bir konu olarak gelecekte de tartışılacaktır.

3.6. Evde Bakım Hizmetinin Türkiye'de Gelişimi

Günümüzde bilimsel ve teknolojideki gelişmeler özellikle sağlık bilimlerinin bütün dünyada ilerlemesine ve bu olanaklardan yararlananların sayısının her geçen gün daha çok artmasına olanak sağlamaktadır. Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler insanların yaşam koşullarının iyileşmesine, hastalıklara ilişkin erken tanı ve tedaviler, hastalıklara bağlı ölümlerin azaltmasını sağladığından beklenen yaşam süresinin sürekli uzaması, bu alanda yeni hizmet sunum modellerini geliştirmeyi zorunlu kılmaktadır. Bu durum kronik hastalığı olan kişilerin yaşam boyu tedavi ve bakım ihtiyaçları karşılananların sayısındaki artış bütün ülkelerde önemli bir sağlık sorununu da gündeme getirmektedir (Bilge, Elçioğlu, Unalacak ve Ünlüoğlu 2014: 2-4). Yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların tedavi edilme süreçlerindeki sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması ve toplumun bütün kesimlerine daha kolay ve ucuz bir biçimde ulaşması yaşam süresini artırdığından, bu kesime nasıl bakılacağı ve sorumluluğu kimlerin üstleneceği gündemdeki yerini korumaktadır. Yani devletin bu hizmeti üstlenmesi daha pahalı olması nedeniyle, evde bakım önem kazanmaktadır. Ancak aile demografindeki değişimler ve yaşlılara evde bakım hizmetini üstlenen aile üyelerinin azalması (gelinlerinin, torunlarının veya kızlarının vs.) veya işgücüne katılımlarının artması evde bakımı da güçleştirmektedir.

Yaşlı bakımı akut, subakut ve kronik bakım olmak üzere üç başlıkta incelenmektedir. Akut bakım; yaşlının hastanedeki bakımını kapsamaktadır. Subakut Bakım: Rehabilitasyon ve kompleks bir tıbbi bakım ile yara bakımı olduğundan hastanın taburcu olmasından sonra da hemşirelik bakımına gereksinim duyulabilmektedir. Kronik Bakım ise: Çoklu kronik hastalığı olan ve toplumda tek başına yaşamayı başaramayan yaşlıların bakımıdır (Dedeli 2013: 99). Yetişkinlerin en yaygın kronik hastalık sorunları, hipertansiyon, kronik mental sorunlar, solunum hastalıkları, artritler, kalp hastalıkları, göz problemleri, astım ve diyabettir. Son 30 yılda kronik hastalıkların tedavisine ilişkin ilerleme kaydedilmiş olmasına karşın, toplumda kronik bir hastalığı olduğu halde tanı konulmamış çok sayıda hastanın olduğu tahmin edilmektedir (Akman, Çifçili 2010: 32).

Türkiye'de evde bakım hizmetleri, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalar ile her yaş grubunda kronik hastalığı olan bebek ve çocuklardır. Bu kapsamdaki bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında verilmektedir. Ayrıca kanserli hastaların saygınlığını korumak, yaşamlarının son dönemlerini sevgi dolu ve şefkatle geçirilmesini sağlamak için bakım hizmetleri de evde verilebilmektedir (Yılmaz vd. 2010: 127).

Türkiye'de her geçen gün yaşlı nüfusun artması, çekirdek aile modelinin yaygınlaşması, kentlerdeki yaşlı nüfus oranını yükselmesi gibi faktörler yaşlı bakımına ilişkin yasal düzenlemeleri zorunlu hele getirmiştir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. Maddesinde, her şahsın "… hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenlik hakkı olduğu" anayasamızın 61. maddesinde; yaşlılar, devletçe korunduğu belirtilmiştir. Yaşlılara verileri temel sağlık hizmetleri, bağımlı olmadan yaşama, hastalıklardan korunma ve tedavi edici hizmetlerin sağlanmasının yanında yeti yetersizliği olan yaşlılara üretken ve kaliteli yaşam sağlanmasını amaçlamaktadır.

Türkiye'de, evde bakım hizmetlerine ilişkin özellikle 2005-2013 yılları arasında 6 defa mevzuat değişikliği yapılmıştır. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğin dördüncü maddesinde, "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 hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete 2005 Sayı: 25751).

Ülkemiz kültür yapısının evde bakımın kavramsal olarak destek göreceği özelliklere sahip olduğu söylenebilir. Hastanın aile ortamında bakımının sağlanması, bakımın maliyetinin azaltılması bakımından da büyük önem taşımaktadır. Ancak ülkemizde evde bakım hizmetlerine ilişkin pek çok sorunun olduğu söylenebilir.

Türkiye'de yaşlı veya yatağa bağımlı hastaların bakımının evde yapılması ve hastanede yatış sürelerinin azaltılması amacıyla 'evde sağlık hizmetleri' son yıllarda ön plana çıkmıştır. Ülkemizde 700 bin evde bakım hastası bulunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2009 yılında açılan ve bugün 16 üniversitede iki yıllık bölümden mezun 7 bin evde hasta bakım teknikeri bulunmaktadır. Alanda eğitim gören kişiler, görev/meslek tanımı yapılmadığını, hastalara tıbbi müdahale yetkilerinin bulunmadığını ve sağlıkçı olarak görülmediklerini belirtmektedirler. Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin gelişmesi için bu alanda eğitim görenlerin meslek tanımlarının yapılmasına ve istihdam edilmelerinin önündeki engellerin aşılmasına gereksinim vardır (Birgün Gazetesi 2018b).

Evde bakım hizmetlerinde ilişkin uluslararası düzlemde anlaşmaya varılmış asgari bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Konuya ilişkin her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel dinamiklerine göre bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetleri şunları içerebilir:

- **Doktor Bakımı:** Bir doktor, hastalıkları teşhis etmek ve tedavi etmek için evde bir hastayı ziyaret edebilir. Evde bakım ihtiyaçlarını düzenli olarak gözden geçirebilir.
- **Hemşirelik Bakımı:** Evde sağlık hizmetlerinin en yaygın şekli, kişinin ihtiyaçlarına bağlı olarak bir çeşit hemşirelik bakımıdır. Doktora danışarak, kayıtlı bir hemşire bir bakım planı hazırlar. Hemşirelik bakımı arasında yara pansumanı, ostomi bakımı, intravenöz tedavi, ilaç tedavisi, hastanın genel sağlığının izlenmesi, ağrı kontrolü ve diğer sağlık desteği sayılabilir.
- **Fiziksel, Mesleki ve/veya Konuşma Terapisi:** Bazı hastalar günlük görevleri nasıl yerine getireceklerini veya hastalık veya yaralanmalardan sonra konuşmalarını nasıl geliştireceklerini yeniden öğrenmeye ihtiyaç

duyabilirler. Fiziksel bir terapist, bir hastanın kasları ve eklemleri yeniden kazanmasına veya güçlendirmesine yardımcı olmak için bir bakım planı oluşturabilir. Bir mesleki terapist, fiziksel, gelişimsel, sosyal veya duygusal engelli bir hastaya yeme, banyo yapma, giyinme ve daha fazlası gibi günlük işlevleri yerine getirme konusunda yardımcı olabilir. Konuşma terapisti, konuşma bozukluğu olan bir hastanın açıkça iletişim kurma yeteneğini yeniden kazanmasına yardımcı olabilir.

- **Tıbbi Sosyal Hizmetler:** Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastaya iyileşme sürecinde yardım etmek için danışmanlık ve toplum kaynaklarını bulma gibi çeşitli hizmetler sunar. Bazı sosyal hizmet uzmanları da hastanın vaka yöneticisi- hastanın tıbbi durumu çok karmaşıksa ve birçok hizmetin koordinasyonunu gerektirirse.
- **Evde Sağlık Yardımcıları Bakımı:** Evde sağlık yardımcıları, hastanın yataktan kalkması, yürümesi, yıkanması ve giyinmesi gibi temel kişisel ihtiyaçları ile yardımcı olabilir. Bazı yardımcılar, bir hemşirenin gözetimi altında daha özel bir bakım sağlamak için özel eğitim almışlardır.
- **Ev kadını veya temel yardım hizmeti:** Bir hasta evde tıbbi bakımını sürdürürken, ev işleri yapan veya ev işleri ya da görevleri olan bir kişi ev hazırlığı, çamaşırhane, market alışverişi ve diğer temizlik eşyaları ile evlerini koruyabilir.
- **Arkadaşlık:** Evde yalnız yaşayan bazı hastalar, konfor ve denetim sağlamak için bir refakatçi isteyebilirler. Bazı refakatçiler de ev işlerini yapabilirler.
- **Gönüllü Bakım:** Toplum örgütlerinden gelen gönüllüler, hastaya eşlik ederek, kişisel bakımdan yardım, ulaşım, duygusal destek sağlama ve / veya evrak işlemlerine yardım ederek hastaya temel rahatlık sağlayabilir.
- **Gıda Desteği:** Diyetisyenler, tedavi planını desteklemek için diyet değerlendirmeleri ve rehberlik sağlamak için bir hastanın evine gelebilirler.
- **Laboratuvar ve X-ışını Görüntüleme:** Kan ve idrar testleri gibi bazı laboratuvar testleri hastanın evinin rahatlığında yapılabilir. Ayrıca,

taşınabilir X-ışını makineleri, laboratuvar teknisyenlerinin bu hizmeti evde yapmasını sağlar.

- **Eczacılık Hizmetleri:** Tıp ve tıbbi ekipman evde teslim edilebilir. Hastanın ihtiyacı varsa, intravenöz terapi dahil olmak üzere, ilacın nasıl kullanılacağı veya ekipmanın nasıl kullanılacağı konusunda eğitim verilebilir.
- **Ulaştırma:** Tedavi veya fizik muayeneler için tıbbi bir tesise taşınmak isteyen hastalara ulaşım sağlayan şirketler var.
- **Eve Teslim Yemekler.** Çoğunlukla Meals-on-Wheels olarak adlandırılan birçok topluluk, bu hizmeti evdeki hastalara kendileri için yemek yapamamaktadır. Kişinin ihtiyaçlarına bağlı olarak, haftada birkaç kez sıcak yemekler verilebilir (Johns Hopkins Medicine 2018).

3.7. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi son derece bireysel ve bireyler arasındaki yüksek değişkenlik düzeylerinden dolayı karar verme için uygun olmayan "kişiye özgü bir gizem" olarak nitelendirilmektedir. Ancak, refahın ulusal çapta denetlenmesi ya da farklı birey gruplarının karşılaştırılması, genellikle yaşam kalitesinde gruba özgü özellikler olduğu varsayımı olan bir yaşam kalitesi ölçüsünü içerir (Netuveli, Blane 2008: 114). Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini "bir kültürel bağlamda, değer sisteminde ve belirli bir toplumun hedefleri, beklentileri ve standartları ile ilgili olarak anladığı, kendi yaşayan durumunun bireysel algısı" olarak tanımlamıştır (World Health Organization 2012: 2). Bu açıdan bakıldığında, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, psikolojik durum, kişinin bağımsızlık düzeyi, kişisel ilişkiler, belirli bir bağlamdaki inançlar veya doğal çevre, sosyal destek ve algılanan sosyal destek gibi alanları içermektedir. Farklı yaklaşımlar, sağlık önlemlerinin çok boyutlu bir perspektiften uygulanmasının önemini kabul etmiştir (García, Navarrro 2018: 1). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi dört alana odaklanır: fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevredir.

3.7.1. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi tartışması Aristoteles tarafından iki bin yıldan daha uzun bir süre önce başlamış, ancak hala ne anlama geldiğini tartışılmaktadır. Aristoteles

“hastalığı, zamansız gelen bir yaşlılık; yaşlılığı da doğal bir hastalık” olarak tanımlamıştır (Netuveli, Blane 2008:118).

Yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyeti farklı kavramlardır, fakat aynı zamanda birbirlerinin tamamlayıcısıdırlar. Yaşam memnuniyeti, yaşam kalitesinin bir göstergesidir, bunun bir parçası, ahlaki, bilişsel ve duyuşsal yönlere, bağımsız olarak yürütülen görevlere ve alınan sosyal desteğin memnuniyetine odaklanır. Yaşam kalitesi ise, sağlıkla sıkı sıkıya ilişkili faktörlerle daha yakından ilişkilidir. Diğer bir biçimde ifade etmek gerekirse, birçok yaşlı insan yaşam kalitesini günlük faaliyetlerinde bağımsız olma becerisiyle ilişkilendirir. Bu sayede benlik saygısı, işlevsellikten memnun olma, günlük yaşam görevlerinde bağımsızlık duygusu ve katılımı oluşturan bütün yapıların önemli bileşenleri olan katılım duygusu dikkate alınmalıdır (García, Navarrro 2018: 3).

Birçok gerontolog yaşları ilerleyen yaşlıların geçmişle ve kendileriyle mutlu ve tatmin olmuş ve olumlu sosyal ilişkiler ve temasların tadını çıkaran kişiler olduğunu iddia eder. Bu kavram aynı zamanda refahın öznel bir boyutuna, daha iyi bir sağlık ve refah algısına sahip olmak için çevreye uyum sağlama, kabul etme ve tanımaya yetecek kapasiteye atıfta bulunmaktadır. İnsanların yaşamlarını nasıl deneyimlediklerini, bilişsel değerlendirmelerini, duygusal tepkilerini ve hayata adaptasyonlarını anlatmakla ilgilidir (García, Navarrro 2018: 2).

Son yıllarda, araştırmanın sağlık, yaşam kalitesi ve gerontolojinin, hastalığın yokluğunun ötesinde psikolojik refahla bağlantılı öznel sağlıkla ilişkili olduğunu belirtilmektedir. Mutlu insanların daha uzun yaşayabileceğini ve bu düşüncenin geleceğe yönelik ilginç araştırma beklentileri olduğu ileri sürülmektedir. Yaşlılıktaki mutluluk ve memnuniyet seviyelerini etkileyen fiziksel ve psikolojik sağlığın yanı sıra bireyin kişilik, geçmiş travmalar, sosyal destek ve aktivite düzeyinin de önemli olduğunu belirlenmiştir (White, Kevin 2015: 54).

Azaltılmış kapasite veya bağımlılığa sahip kişilerde yaşam doyumu analiz edilirken diğer özel faktörler de dikkate alınmalıdır. Bu özel durumlarda, sosyal, fiziksel ve ekonomik yönler, yaşamın optimal kalitesini belirleyen bir kombinasyon olarak birbirleriyle etkileşmektedir. Özellikle yalnızlık hissi, öz bakım kapasitesi derecesi, endişe duygusu, kişisel bağımsızlığı yönetecek finansal kaynakların azlığı

ve günlük yaşamın temel ihtiyaçlar ile ilgili temel faaliyetler, sağlığı düzenleyen faktörlerdir (García, Navarrro 2018:3).

Yaşam kalitesini çocuklar, aileler, arkadaşlar ve komşularla iyi ilişkilerin kurulması, hoş ve keyifli mahalle, konforlu evler ve serbest ulaşım tesisleri gibi iyi kamu hizmetleriyle temsil edilen mahalle sosyal sermayesi; iyimserlik ve olumlu tutum, memnuniyet, şeyleri sabırsızlıkla beklemek, kabul ve diğer baş etme stratejileri gibi psikolojik faktörler; sosyal etkinliklerde aktif olarak yer almak; iyi sağlık ve başkalarına bağlı olmayan mali güvenlik unsurları artırmaktadır (Netuveli, Blane 2008: 118).

Yaşlılıkta yaşam kalitesi ile ilgili olarak yaşlanma ile aktif, pozitif, başarılı veya sağlıklı olarak kullanılan niteleyiciler tarafından temsil edilen yaşlanma kavramları, ancak 'başarılı yaşlanma' en sık kullanılan terimdir. Başarılı bir şekilde yaşlanmanın yaygın kabul gören tanımı üç bileşen içerir: düşük hastalık ve sakatlık riski; yüksek zihinsel ve fiziksel işlevler ve yaşamla aktif ilişkilerdir. Başarılı yaşlanma ve yaşam kalitesi arasındaki ayrım, başarılı yaşlanmanın tanımlanması için fiziksel sağlığın vurgulanmasında yatmaktadır. Bununla birlikte, iyi oluş, sıklıkla başarılı yaşlanma kavramına dahil edilir ve yaşlanma iyi bir yaşam kalitesine katkıda bulunur. Yaşam kalitesi ile benzer sağlık tanımlarının olması, örneğin, sağlığın gidişatı ve anlamlı bir şey yapılması gibi sağlık kavramlarının olması da mümkündür (Netuveli, Blane 2008: 120).

3.7.2. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesini Etkileyen Unsurlar

Yaşlılık, hayatın tümünde depresyona katkıda bulunan, yas, sosyal izolasyon, fiziksel engel ve bilişsel gerileme gibi sosyal aksaklıkların daha yüksek olduğu bir aşamadır. Yaşam kalitesi, biyolojik ve fizyolojik faktörlerle başlayan ve semptomlar, fonksiyonel durumlar ve genel sağlık algıları ile devam eden en yüksek sağlık sonuçları düzeyini oluşturur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; hastalık, yaralanma, tedavi veya politikadan etkilenen işlev bozuklukları, işlevsel durumlar, algılar ve sosyal fırsatlarla değiştirilen yaşam süresine verilen değer, olarak tanımlanmaktadır (Netuveli, Blane 2008: 126). Dünyada yaşlı nüfusun giderek artması, yaşlılarda yaşam kalitesinin arttırılmasının zorunlu kılmaktadır. Evde yaşayan yaşlılarda eğitim durumu, depresif semptomların varlığı, fonksiyonel bağımsızlık ve mobilite

düzeylerinin düşük olması, kronik hastalıkların varlığı gibi faktörlerin yaşam kalitesini etkilemektedir (Altuğ vd. 2009: 56).

3.7.3. Yaşlının Sağlık Durumu ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

Yaşlı nüfus oranı her ülkede artmaktadır. Özellikle sanayileşmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde ve sosyal güvenlik haklarının kullanılmasında bazı olumsuzlukla neden olabilmektedir. Günümüzde dünya nüfusunun %10'u, 65 yaşın üzerindedir. Gelişmiş ülkelerde bu yaş grubundaki nüfusun 2020 yılında iki katına çıkarak 232 milyona, 2030 yılında ise 1.4 milyara ulaşacağı, 2050 yılına kadar %16'dan daha fazla olabileceği beklenmektedir. Türkiye'de ise bu oran son 25 yılda iki katına çıkarak %8'e yaklaşmış, 2050 yılı projeksiyonlarına göre ise 65 yaş ve üzeri nüfus oranının %18'e ulaşabileceği öngörülmektedir. İleri yaşlardaki yaşlı nüfusun artması, pek çok sağlık sorununun yanında, kronik hastalıklara bağlı kısıtlılık ve özürlülük oranlarını da artmaktadır(Altay, Çovuşoğlu ve Çal 2016: 181-182). Yaşlılıkla ortaya çıkan kronik hastalıklar, ağrılar, fiziksel yetersizlikler, bilişsel bozukluklar ve sosyal izolasyonlar (Telatar, Özcebe 2004: 163) emeklilikle birlikte gelirin azalmasıyla bakım, beslenme, yalnızlık ayırımcılık, ihmal ve istismar gibi yaşlılık döneminde karşılaşılan kimi sorunlar (Danış 2004: 20) yaşlıların yaşam kalitesini düşürmektedir. Bireylerin günlük yaşam etkinliklerindeki kısıtlılıklar ve azalma yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Yaşam süresinin uzaması kronik hastalıklar ve engellilik durumunu artırdığı için yaşlıların yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Emeklilik süreci ile ekonomik kayıplar artırmakta, çevredeki akraba ve dostların kaybı ve sosyal izolasyon yaşlıların sağlık ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıkların artması, günlük aktivitelerin azalması, öz bakım sorunlarının oluşması ve stres faktörleri yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Öner 2014: 16).

Ülkemizde 62 ve 85 yaş arasında bulunan 20 yaşlı ile yapılan odak grup görüşmesinde, yaşlılar hastanede yatma, yeti kaybı, aile ilişkileri, karar verme özgürlüğü, büyük anne büyük baba rolü, iştahın yerinde olmasının yaşam kaliteleri üzerinde önemli rol oynadığını belirtmişlerdir (Eser vd. 2005: 170). Yaşam kalitesine ilişkin 65 yaş üzerinde 418 kişi ile yapılan araştırmada, yaş arttıkça yaşam kalitesinin

düştüğü, erkeklerin genel sağlık ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, yaşın ilerlemesiyle sosyal alan hariç, diğer alanların tamamında yaşam kalitesinin bozulma eğiliminde olduğu, ayrıca dullar, kronik hastalığı olanlar ve düşük eğitimlilerinin yaşam kalitesinin diğer yaşlılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Aslantaş vd. 2006: 86-87). Yaş, cinsiyet ve sağlık durumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin yapılan araştırmada ise yaşama kalitesini belirleyen en önemli etkenin sağlık olduğu ve yaş ilerledikçe bunun düştüğü, kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha iyi daha düşük olduğu belirlenmiştir (Ersoy, Demirel 2003: 259; Çalıştır vd.: 32-33). Özetle yaşamın ilerleyen dönemlerinde oluşan hastalıklar yaşlıların biyolojik, sosyal ve psikolojik alanlardaki işlevselliğini sınırladığından genel olarak yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Yaşlının yaşam kalitesini eğitim, medeni hal, ekonomik durum, yalnızlık ve başkalarıyla yaşaması, sosyal etkinliklere katılma durumu, aile veya çevre ile olan ilişkileri ve toplumdaki sosyal rolleri belirmektedir (Danış 2009: 12).

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

Çalışmanın bu başlığı altında evde bakım hizmeti alanların demografik özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülüne ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların demografik, ailevi, sosyo-ekonomik ve eğitim vs. durumlarına ilişkin 24 maddede yüzde ve frekans analizleri ile üç soruda çapraz (crosstabs) tablo analizleri yapılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin yapılan analizlerde ise değişkenler arasında anlamlı bir ilişki ya da fark bulunan tablolar alınmıştır.

4.1. Birinci Alt Problemlere İlişkin Bulgular

Adıyaman'da Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Kalitesinde Belirleyici Olan Hane Halkının Demografik, Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Özellikleri

Evde bakım hizmeti alan yaşlıların cinsiyet değişkeni yüzde ve frekans dağılımı tablo-1'de verilmiştir.

Tablo 1. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Cinsiyet Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Cinsiyet	Frekans (N)	Yüzde (%)
Erkek	53	44,2
Kadın	67	55,8
Toplam	120	100,0

Tablo 1'de, evde bakım hizmeti almakta olan yaşlıların % 55.8'i kadın, % 44.2'si erkektir. Görüldüğü üzere örneklemin çoğunluğunu evde bakım hizmeti alan kadınlar oluşturmaktadır. Zira evde bakım hizmeti alanlara baktığımızda da kadınlar çoğunluktadır Adıyaman ilinde Evde Bakım Hizmetinden 2017 yılı itibarı ile 1521 kadın 846 erkek toplam 2928 kişi faydalanmaktadır.

Tablo 2. Evde Bakım Hizmeti Alanların Yaş Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Yaş Aralığı Dağılımı	Frekans (N)	Yüzde (%)
65-70 yaş aralığı	18	15,0
71-75 yaş aralığı	29	24,2
76-80 yaş aralığı	25	20,8
81-85 yaş aralığı	15	12,5
86 yaş ve üzeri	33	27,5
Toplam	120	100.0

Tablo 2'de, evde bakım hizmeti alanların yaş değişkenine göre dağılımı verilmiştir. Bakım hizmeti alanların % 27.5'i 86 yaş ve üzerinde, % 24.2'si 71-75 yaş aralığında, %20,8'i 76-80 yaş aralığında, % 15.0'ı 65-70 aralığında ve % 12.5'i 81-85 yaş aralığındadır. Evde bakım hizmetinde bakıma muhtaçlık esası olduğundan yaşlılığa bağlı hastalıklar ileri yaşlarda artış gösterdiğinden EBH(evde bakım hizmeti) alan 86 yaş üstü %27.5 iken 65-70 yaş aralığında %15.0 kişi görülmektedir. Evde bakım hizmeti alanların eğitim değişkeni yüzde ve frekans dağılımı tablo-3'te verilmiştir. Crosstabs analizine göre 71-75 yaş aralığındaki yaşlıların % 20.8'i erkek, %26.9'u kadın, 76-80 yaş aralığındaki %20.8'i erkek, % 20.9'u kadın, 81-85 yaş aralığındakilerin % 13.2'si erkek, % 11.9'u kadın ve 86 yaş üzerinde olanların %24.5'i erkek, % 29.9'u kadındır. Bu bağlamda kadınların erkeklere göre eğitim düzeyinin daha düşük olduğu görülmekte olup özellikle 71-75 yaş aralığındaki % 20.8'i erkek, %26.9'u kadının hiç eğitim almadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3. Evde Bakım Hizmeti Alanların Eğitim Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Eğitim Durumu	Frekans (N)	Yüzde (%)
Hiç eğitim almadım	89	74,2
Okur-Yazar	14	11,7
İlkokul-Ortaokul	15	12,5
Lise veya eşdeğeri	2	1,7
Toplam	120	100,0

Tablo 3'te, evde bakım hizmeti alanların eğitim değişkenine göre dağılımı verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların %74.2'si hiç eğitim almamış, %12.5'i ilkokul-ortaokul mezunu, %11.7'si okur-yazar değil, % 1.7'si lise ve dengi okuldan mezun olmuştur. Evde bakım hizmetinde sosyal ekonomik yoksunluk ve eğitimin düşüklüğünün orantılı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4. Evde Bakım Hizmeti Alanların Medeni Durum Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Medeni Durum	Frekans (N)	Yüzde (%)
Bekâr	2	1,7
Evli	58	48,3
Boşanmış	6	5,0
Ayrı yaşıyor	1	0,8
Eşi vefat etmiş	53	44,2
Toplam	120	100,0

Tablo 4'te, evde bakım hizmeti alanların medeni durum değişkenine göre dağılımı görülmektedir. Evde bakım hizmeti alanların % 48,3'ünün medeni durumu evli, % 44,2'sinin eşi vefat etmiş, % 5,0'ı boşanmış ve %1.7'si hiç evlenmemiştir. Görüldüğü gibi eşi vefat eden yaşlılar % 44,2 oranda olup bakıma muhtaç durumdadır sosyal destek sistem içinde eşi vefat eden yaşlılar evde aile yakınları tarafından bakılarak desteklenmektedir.

Tablo 5. Evde Bakım Hizmeti Alanların Çocuk Sayısı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Çocuk Sayısı	Frekans (N)	Yüzde (%)
0-5 arası	51	42,5
6-10 arası	67	55,8
10 ve üzeri	2	1,7
Toplam	120	100,0

Tablo 5'te, evde bakım hizmeti alanların çocuk sayısı değişkenine göre dağılımı verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların %55.8'inin çocuk sayısı 6-10 arasında, %42.5'inin 0-5 arasında ve %1.7'sini ise 10 ve daha fazla çocuğu

bulunmaktadır. Görüldüğü üzere toplumsal geleneksel kalabalık aile ilişkileri içinde yaşlıların %55,8'inin çocuk sayısı 6-10 arasındadır çocuklar anne ve babaları ihtiyaç duyduğunda beklendiği üzere anne ve babalarına bakmaktadırlar.

Tablo 6. Evde Bakım Hizmeti Alanların Torun Sayısı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Torun Sayısı	Frekans (N)	Yüzde (%)
0-10 arası	41	34,2
11-20 arası	40	33,3
21-30 arası	39	32,5
Toplam	120	100,0

Tablo 6'da, evde bakım hizmeti alanların torun sayısı değişkenine göre dağılımı verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların %34.2'sinin torun sayısı 0-10 arasında, %33.3'ünün 11-20 arasında ve % 32.5'nin ise 21-30 torunu bulunmaktadır. Geniş kalabalık aile ilişkileri içinde çocuk ve torun sayısının fazlalığı sosyal destek sistemini güçlendirerek, yaşlının aktif yaşlanma sürecini destekleyerek bakıma muhtaçlık durumunda aile içinde çözüm bulunmasını sağlamaktadır. Böylece yaşlı aile içinde köklerine bağlı alışık olduğu çevrede yaşayarak verilen bakım ücreti ile bakıcı desteklenerek aile ilişkileri güçlendirilmektedir. Evde bakım hizmeti alanların aylık gelir değişkeni yüzde ve frekans dağılımı tablo-7'de verilmiştir.

Tablo 7. Evde Bakım Hizmeti Alanların Aylık Gelir Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Aylık Gelir	Frekans (N)	Yüzde (%)
500TL'den az gelir	49	40,8
501-1000TL arası gelir	38	31,7
1001-1500TL arası gelir	28	23,3
1501-2000TL arası gelir	2	1,7
2001TL ve üzeri gelir	3	2,5
Toplam	120	100,0

Tablo 7'de, evde bakım hizmeti alanların aylık gelir değişkenine göre dağılımı verilmiştir. Bakım hizmeti alanların aylık geliri incelendiğinde % 40.8'inin

500 TL'den daha az, % 31.7'sinin 501-1000 TL arasında, % 23.3'ünün 1001-1500 TL arasında, % 2.5'inin 2001 TL ve üzeri arasında ve % 1.7'sinin ise 1051-2000 TL arasındadır. Bakım hizmeti alanların aylık geliri % 40.8'inin 500 TL'den daha az olması evde bakım hizmetinin ekonomik yoksunluk kriterine uyumlu görülmektedir. Çünkü evde bakım hizmeti ücreti verilmesi için hane gelirinin kişi başına düşen miktarının asgari ücretin üçte ikisinden az olması gerekmektedir.

Tablo 8. Evde Bakım Hizmeti Alanların Aylık Gelir Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Aylık gelirin kaynağı	Frekans (N)	Yüzde (%)
Emekli Maaşı	43	32,6
Çiftçilik Geliri	9	6,8
Gayrimenkul kira geliri	3	2,3
2022 yaşlı ve engelli maaşı	59	44,7
Diğer	18	13,6
Toplam	132	100,0

Tablo 8'de, Evde Bakım Hizmeti alanların aylık gelir dağılım değişkenine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre evde bakım hizmeti olanların bir veya daha fazla gelir elde ettikleri değişkenler bulunmaktadır. Evde bakım hizmeti alanların % 44.7'si, 2022 yaşlı ve engelli, % 32.6'sı emekli maaşı, % 6.8'i çiftçilik ve %2.3'ü gayrimenkul kira gelirleri elde ederken % 13.6'sı bunların dışında başka değişkenlerden gelir elde etmektedir. Örneklemdeki 65 yaş üstü Evde bakım hizmeti alanların % 44.7'si, 2022 yaşlı ve engelli maaşı almaktadırlar. Yani ekonomik muhtaçlık durumunda olan engelli ve yaşlılara üç ayda bir maaş verilmekte ayrıca 2022 sayılı yasadan faydalanan yaşlılardan bakıma muhtaç durumda olanlara evde bakım hizmeti de verilmektedir.

Tablo 9. Evde Bakım Hizmeti Alanların Sosyal Güvenlik Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Sosyal Güvenlik Türü	Frekans (N)	Yüzde (%)
Emekli Sandığı	13	10,8
SSK	17	14,2
BAĞ-KUR	16	13,3
GSS(Yeşil Kart)	54	45,0
2022 yaşlı ve engelli maaşı	20	16,7
Toplam	120	100,0

Tablo 9'da, evde bakım hizmeti alanların sosyal güvenlik değişkenine göre dağılımı verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların %45,0'ı GSS'li (Yeşil Kart), %16.7'si 2022 sayılı yasadan faydalanmakta, %14.2'si SSK, %13.3'ü Bağ-Kur ve %10.8'i Emekli Sandığı sosyal güvenlik hizmetlerinden faydalanmaktadır. Evde bakım hizmeti ekonomik yoksunluk içinde olan yaşlı ve ailelerine yönelik verilmekte olup örneklemin %45,0'ı GSS'li (Yeşil Kart) olması ekonomik yoksunlukla uyumlu görülmüştür.

Tablo 10. Evde Bakım Hizmetini Kim Yapıyor Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Evde bakımı yapan kişi	Frekans (N)	Yüzde (%)
Eşi	26	21,7
Oğlu	3	2,5
Kızı	25	20,8
Gelin	49	40,8
Enişte	0	0
Torun	5	4,2
Akraba	1	0,8
Vasi-Kan bağı olmayan kişi	11	9,2

Tablo 10'da, evde bakım hizmetini kimin yaptığına ilişkin dağılım verilmiştir. Evde bakım hizmetinin % 40.8'i hizmeti alanın gelini, %21.7'si eşi, % 20.8'i kızı, %9.2'si Vasi-Kan bağı olmayan kişiler, % 4.2'si torunu, % 2.5'i oğlu ve % 0.8'i akrabaları tarafından gerçekleştirilmektedir. Ataerkil toplumsal yapı içinde

erkek çocukları anne ve baba yaşlandığında bakmakla yükümlü görülmekte olup dolayısı ile gelinlerin kayın valide ve kayın babaya bakmaları beklenmektedir bu bağlamda yapılan araştırmada yaşlıya evde bakım hizmeti veren bakıcının % 40.8'inin gelini olduğu görülmüştür. Bu hizmet ile yaşlıya kimin bakacağı konusunda aile içi çatışmaların ve bakım sorunlarının önlenmesi sağlanmıştır. Ancak evde bakım hizmetini kimin yaptığına ilişkin dağılımda çoğunlukla eşi yaşayanların %21.7'si eşi tarafından bakıldığı görülmekle birlikte toplumsal değişimle birlikte yaşlının % 20.8'i kızı tarafından bakıldığı dikkat çekmiştir. Toplumda yaşlıya bakım hizmetinin kadınların vermesi rol ve ödev olarak görülmekte olup bakım verenlerin çoğunluğunun gelin ve kızı olduğu görülmüştür. Fakat kadının toplumsal cinsiyet rolleri içinde görünmeyen maddi karşılığı olmayan emeğinin evde bakım ücreti verilerek ailenin desteklenmesi kadın yönünden olumlu değerlendirilmiştir.

Tablo 11. Evde Bakım Hizmeti Alanların Oturulan Konutun Kime Ait Olduğu Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Oturulan konutun sahibi	Frekans (N)	Yüzde (%)
Kira	22	18,3
Kendi Evim	57	47,5
Aileme ait(baba, anne, kardeş, vb.)	39	32,5
Diğer	2	1,7
Toplam	120	100,0

Tablo 11'de, evde bakım hizmeti alanların oturulan konutun kime ait olduğu değişkenine göre dağılım görülmektedir. Evde bakım hizmeti alanların ikamet ettikleri konutların % 47.5'i kendilerine, %32.5'i ailesine ait olmasına karşın %18.3'ü kirada oturmaktadır.

Tablo 12. Evin Mimari Yapısı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Evin mimari yapısı	Frekans (N)	Yüzde (%)
Apartman	25	20,8
Müstakil Ev	75	62,5
Kerpiç Yapı	19	15,8
Diğer	1	0,8
Toplam	120	100,0

Tablo 12'de, evin mimari yapısı değişkenine göre dağılım yüzde ve frekans dağılımı verilmiştir. Bakım hizmeti alanların %62.5'i müstakil evde, % 20,8'i apartmanda ve % 15.8'i kerpiç evde yaşamaktadır. Şehrin mimari yapısı ve evde bakım hizmeti alanların sosyo-ekonomik düzeyinin düşük mahallelerde oturdukları göz önüne alındığında örneklemdeki yaşlıların çoğunluğunun müstakil ve kerpiç evlerde yaşamaları ile sosyo-ekonomik durum ile uyumlu görülmüştür.

Tablo 13. Yaşlının Evde Kendine Ait Odasını Olması Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Kendisine ait odasının olması	Frekans (N)	Yüzde (%)
Evet	86	71,7
Hayır	34	28,3
Toplam	120	100,0

Tablo 13'te, evlerinde bakım hizmeti alanların kendilerine ait odalarının olması durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağlımı görülmektedir. Bakım hizmeti alanların % 71.7'sinin kendisine ait bir odası olmasına karşın %23.3'ünün böyle bir olanağı bulunmamaktadır. Kişinin yaşlılığa bağlı hastalıklar nedeniyle engelli duruma gelmesi ve akabinde bakıma muhtaç hale gelmesi neticesinde; yaşadığı ev içinde bakım ihtiyaçlarının karşılandığı özel bir odasının olması ihtiyaç olarak görülmektedir. Bu nedenle bakıma muhtaç yaşlının kendine ait odasının olması bakım koşullarının sağlanmasında önem arz etmektedir. Ekonomik yoksunluk içindeki kalabalık ailede yaşlıya ayrı oda %23,3'ünün bulunmamakla birlikte bakım hizmeti alanların %71.7 odası bulunmaktadır, yapılan çapraz (Crosstabs) analizine göre erkek yaşlıların %77.4'ünün ve kadınların ise %67.2'sinin evde kendisine ait bir

odaları bulunmaktadır. Yani aileler imkânları ölçüsünde ayrı oda çoğunlukla erkek yaşlıya sunarken kadın yaşlıya daha az imkan sunulmaktadır. Çünkü sosyal güvenlik, mal varlığı ve aylık gelir gibi maddi kaynaklar genel toplumsal yapı itibari ile erkek üzerine kayıtlı olmasının bunda etkisi olduğu düşünülmektedir.

Tablo 14. Evde Bakım Hizmeti Öncesi ve Sonrası Yakınlarının İlgisinde Bir Değişiklik Olması Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

EBH sonrası ilgide değişimi	Frekans (N)	Yüzde (%)
Hiç olmadı	9	7,5
Çok az oldu	20	16,7
Orta derecede oldu	66	55,0
Çok değişti	24	20,0
Tamamen değişti	1	0,8
Toplam	120	100,0

Tablo 14'te, evde bakım hizmeti öncesi ve sonrası yakınlarının ilgisinde bir değişiklik olmasına ilişkin yüzde ve frekans değerleri verilmiştir. Bakım hizmeti alanların %55,0'ı orta derecede, %20.0'ı çok, %16.7'si çok az ve %0.8'i ilginin tamamen değiştiğini buna karşın %7.5'i hiç bir değişikliğin olmadığını belirtmişlerdir. Crosstabs analizine göre evde bakım sonrasında kadın yaşlıların %11.9'u yakın akrabalarının ilgisinin hiç olmadığını, %50.7'si orta derecede olduğunu, %19.4'ü çok değiştiği, buna karşın erkek yaşlıların %1.9'una hiç ilginin olmadığını, %60.4'ü orta derecede, %20.8'i çok değiştiğini belirtmiştir. Yaşlının evde bakım hizmeti öncesi ve sonrası yakınlarının ilgisinde %55.0'ı orta derecede değişiklik olması ve %7.5'i hiç bir değişikliğin olmadığını belirtmesi arasındaki fark büyük oranda ilgide olumlu değişikliğin olduğunu ve bu hizmetin amacına uygun olarak kullanıldığı şeklinde değerlendirilmiştir. Ancak Crosstabs analizine göre yapılan değerlendirmede kadın ve erkek arasında bakımda ilgi değişikliği farklılık göstermektedir. Bu durum ekonomik kaynaklar, toplumsal yapı ve kültürel yapı ile ilişkilendirilmiştir.

Tablo 15. Evde Bakım Hizmeti Sonrası Nasıl Bir Değişim Olduğuna Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

Evde Bakım Hizmeti sonrası nasıl değişiklik	Frekans (N)	Yüzde (%)
Aile ilgisi arttı	0	0
Sağlık kontrolü önemsendi	8	6,7
Beslenmem daha önemsendi	97	80,8
Öz bakım ihtiyaçları daha önemsendi	15	12,5
Toplam	120	100,0

Tablo 15'te, evde bakım hizmeti sonrası nasıl bir değişim olduğuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların % 80.8'i beslenmelerinin daha fazla önemsendiğini, % 12.5'i öz bakım gereksinimlerinin ve % 6.7'si sağlık kontrollerinin daha fazla önemsendiğini belirtmişlerdir. Evde bakım hizmeti alanların % 80.8'i beslenmelerinin daha fazla önemsenmesinin EBH'nin yaşlının bakım kalitesini arttırdığı, bunun da yaşlının ortalama yaşam süresine ve sağlığına olumlu etki ettiği yaşam standartlarını yükselttiği düşünülmektedir.

Tablo 16. Evde Bakım Hizmetinden Memnun Olma Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

Evde Bakımdan Memnuniyet	Frekans (N)	Yüzde (%)
Az memnunum	8	6,7
Memnunum	97	80,8
Çok memnunum	15	12,5
Toplam	120	100,0

Tablo 16'da, evde bakım hizmetinden memnun olma değişkenine ilişkin yüzde ve frekans tablosu verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların % 80.8'i bu hizmetten memnun, % 12.5'i çok memnun olmalarına karşın % 6.7'si az memnun olduklarını belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi EBH den hizmeti alanlar bakıldıkları için bakıcılar ise ücret verilerek desteklendikleri için bu hizmetten % 80,8 oranında memnuniyetlerini ifade etmişlerdir.

Tablo 17. Evde Bakım Hizmeti Neden Memnun Olunmadığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

Evde Bakımdan Memnun olmama nedenleri	Frekans (N)	Yüzde (%)
İyi bakılmıyor-ihtiyaçlar karşılanmıyor	17	14,2
Bakıcının sosyal güvenliği yok	103	85,8
Akrabalarıma yük oluyorum	0	0
Aile içinde şiddet görüyorum	0	0
Diğer	0	0
Toplam	120	100,0

Tablo 17'de, evde bakım hizmetinden neden memnun olunmadığına ilişkin yüzde ve frekans değerleri verilmiştir. Bakım hizmeti alanların %85.8'i, bakıcılarının sosyal güvencesinin olmadığından % 14.2'si ise gereksinimlerinin karşılanmamasından dolayı memnun olmadığını belirtmiştir. EBH veren bakıcılarla yapılan yüz yüze görüşmelerde sosyal güvenlik dâhilinde bulunmadıkları için uzun vadede emeklilik hakkından faydalanamadıklarını sıkıntı yaşadıklarını ifade ederek %85.8'i oranında bu konudaki taleplerini belirtmişlerdir.

Tablo 18. Kurum Bakımı Talep Etme Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

Kurum bakımını Talep Etme	Frekans (N)	Yüzde (%)
Evet	17	14,2
Hayır	103	85,8
Toplam	120	100,0

Tablo18'de, bakım hizmeti alanların, kurum bakımı talep etme değişkenine ilişkin yüzde ve frekans dağılımı verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların %85.8'i kurum bakımını talep etmemesine karşın %14.2'si bakım hizmetinden memnun olmadığından kurum bakımını talep etmektedir. Adıyaman ilinde yaşanan ataerkil toplumsal yapı itibariyle ailenin büyüğünün yaşlanınca hasta ve engelli duruma geldiğinde eşi, çocukları, torunları veya akrabalarınca bakılması gereklilik olarak görülmekte toplumsal baskı içinde bu bir görev olarak yapılmaktadır. Ancak

araştırmada uzun vadede bakım hizmeti vermenin güçlüklerinden dolayı kurum bakımına ihtiyaç duyulduğu anlaşılmıştır.

Tablo 19. Evde Bakım Hizmeti Alanların Kurum Bakımını Bilme Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

Kurum bakımı bilgisi	Frekans (N)	Yüzde (%)
Evet	27	22,5
Hayır	77	64,2
Kısmen bilgim var	16	13,3
Toplam	120	100,0

Tablo 19'da, evde bakım hizmeti alanların kurum bakımına ilişkin bilgilerinin olup olmadığına ilişkin yüzde ve frekans dağılımı verilmiştir. Bakım hizmeti alanların % 22.5'i kurum bakımı hizmeti hakkında bilgi sahibi olmasına karşın % 64.2'sinin konuya ilişkin bilgisi bulunmamaktadır. Tabloda görüldüğü gibi yaşlılara yönelik kurum bakımı hizmetlerinden örneklemin büyük bir kısmının bilgi sahibi olmadığı ancak % 22.5 kurum bakımı bilgisi olanların Evde Bakım Hizmetini tercih ettiği anlaşılmıştır.

Tablo 20. Evde Bakım İçin Verilen Ücretin Nerede Harcandığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

EBH ücreti nerede harcanıyor	Frekans (f)	Yüzde (%)
Temel Gıda Malzemeleri	35	28,2
Bakım İhtiyaçları(alt bezi, ilaç, vb.)	50	41,4
Ev Giderleri(kira, elektrik, doğalgaz, su tüketimi vb.)	34	28,0
Tasarruf Ediliyor	1	0,8
Diğer	2	1,6
Toplam	120	100,0

Tablo 20'de, evde bakım için verilen ücretin nerede harcandığına ilişkin yüzde ve frekans değerleri verilmiştir. Bakım hizmeti karşılığı ödenen ücretin % 41.1'i yaşlının bakım gereksinimlerine, % 28.2'si temel gıda malzemelerine harcanırken % 0.8'i tasarruf edildiğini belirtmişlerdir. Evde bakım hizmeti karşılığı ödenen ücretin bakıma muhtaç durumdaki % 41.1'i öz bakım gereksinimlerine yanı

ilaç, alt bezi vb. tıbbi ihtiyaçlarının karşılanması için, % 28.2'si temel gıda malzemelerinin alınması için harcanması hizmetin ihtiyaca uygun kullanıldığını göstermektedir.

Tablo 21. Evde Bakım Ücreti Öncesinde Yaşlıya Kimin Baktığına Değişkeni Yüzde ve Frekans Dağılımı

EBH öncesi bakım hizmetini sağlayan	Frekans (N)	Yüzde (%)
Eşi	39	32,5
Oğlu	5	4,2
Kızı	21	17,5
Gelin	39	32,5
Torunu	3	2,5
Akraba	3	2,5
Vasi-Kan bağı olmayan Kimseler	10	8,3
Toplam	120	100,0

Tablo 21'de, evde bakım ücreti öncesinde yaşlıya kimin baktığına ilişkin yüzde ve frekans tablosu verilmiştir. Bakım hizmeti öncesinde, yaşlıların % 32.5'ine eşi, % 32.5'ini gelini, % 17.5'ine kızı, % 4.2'sine oğlu % 2.5'ine torunu ve akrabası bu hizmeti sağlarken %8.3'üne ise kan bağı olmayan vasisi tarafından bakım hizmeti sağlanmaktadır. Evde bakım ücreti almadan önce yaşlıya kimin baktığı konusunda yapılan crosstabs analizine göre, erkek yaşlıların % 60.4'üne eşi, % 15.1'ine gelini, % 11.3'üne vasisi ve % 1.9'una ise oğlu tarafından bakım hizmeti verilmektedir. Kadın yaşlıların % 46.5'ine gelini, %22.4'üne kızı, % 10.4'üne eşi, %6.0'ına oğlu ve vasisi, %4.5'ine torunu ve akrabası tarafından bakım yapılmaktadır. Bakıma Muhtaç durumdaki yaşlı erkeğin bakımını eşi % 60.4 oranında yaparken yaşlı kadının bakımını eşi % 10.4 oranında yapmaktadır. Bu durumun evliliklerde kadının erken yaşta evlenmesi nedeniyle eşinden daha genç olmasından dolayı eşine baktığı fakat kadın yaşlandığında bakıma muhtaç olduğunda ise eşi vefat etmiş veya bakıma muhtaç olmasından dolayı yeterince bakamadığı anlaşılmıştır. Ayrıca yaşlı bakıma muhtaç kadına yine hemcinsi olan % 46.5'ine gelini, %22.4'üne kızının baktığı

görülmüştür. Toplumsal yapıdaki değişimle birlikte anneye bakmak konusunda kız çocukları da evde bakım hizmetini yürütmektedir.

Tablo 22. Bakım Ücreti Olmadan Yaşlıya Kimin Baktığı Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

Ücret Ödenmeden Bakım Hizmeti	Frekans (N)	Yüzde (%)
Evet	90	75,0
Hayır	30	25,0
Toplam	120	100,0

Tablo 22'de, bakım ücreti olmadan yaşlıya bakılma durumuna ilişkin yüzde ve frekans tablosu verilmiştir. Evde Bakım Hizmeti alan yaşlıların % 75.0'ı bakım ücreti ödenmeden de yakınlarınca bakılacağını belirtmesine karşın % 25.0'ı ücretin ödenmemesi halinde bakım hizmetinin verilemeyeceği belirtmiştir. Evde bakım hizmeti ücreti engellinin ve yaşlının bakımında ailenin yükünü hafifletmiş bakım ihtiyaçlarının karşılanması konusunda sosyo-ekonomik düzeyi düşük aileye büyük destek olmuştur. Zira bu ücret ile hem aileye hem de bakıma muhtaç yaşlıya destek verilmiş ailede bu konuda ekonomik ve bakım sıkıntılarının azaltıldığı gördüğü düşünülmektedir.

Tablo 23. Evde Bakım Hizmeti Ücretinin Kesilme Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

Bakım Ücretinin Kesilmesi	Frekans (N)	Yüzde (%)
Hastaya Bakamam	21	17,5
Ekonomik sıkıntı yaşarım	94	78,3
Sorun olmaz	25	20,92
Başka akrabama gönderirim	10	8,3
Bakım merkezine gönderirim	14	11,7
Sosyal yardım isterim	39	32,5
Toplam	120	100,0

*Soruya birden fazla cevap verilmesi talep edilmiştir.

Tablo 23'te, evde bakım hizmeti ücretinin kesilme değişkenine ilişkin yüzde ve frekans değerleri verilmiştir. Evde bakım hizmeti sağlayanların % 78.3'ü ücretin

kesilmesi durumunda ekonomik sıkıntı yaşayacağını, % 20.92'si sorun olmayacağını, % 11.7'si bakım merkezine göndereceğini, % 8.3'ü akrabalarına göndereceğini belirtmesine karşın % 17.5'i hastaya bakamayacağını belirtmiştir. Evde bakım hizmeti ücreti sosyo- ekonomik düzeyi düşük ailelere verildiğinden bu bakım ücretin kesilmesi halinde ailelerin % 78.3'ü ücretin kesilmesi durumunda ekonomik sıkıntı yaşayacağını % 11.7'si bakım merkezine göndereceğini, % 8.3'ü akrabalarına göndereceğini belirtmesine karşın % 17.5'i hastaya bakamayacağını belirtmiştir. Sadece % 20.92'sinin EBH ücretinin kesilmesinin sorun olmayacağını belirtmesi dikkat çekmektedir. Ailede bakıma muhtaç yaşlının bakımı ağır yük olarak görülmekte olup ekonomik destek olmadan zor durumda kalacakları anlaşılmaktadır.

Tablo 24. Devletin Evde Bakım Hizmeti Yardımı Nasıl Değerlendirildiği Değişkeni Yüzde ve Frekans Tablosu

Kurum bakımı bilgisi	Frekans (N)	Yüzde (%)
Memnun Değilim	2	1,7
Az memnunum	17	14,2
Memnunum	43	35,8
Çok Memnunum	55	45,8
Normal	3	2,5
Toplam	120	100,0

Tablo 24'te, devletin evde bakım hizmeti yardımının nasıl değerlendirildiğine ilişkin yüzde ve frekans değerleri verilmiştir. Bakım hizmeti sağlayanların %45.8'i çok memnun, % 35.8'i memnun, % 14.2'si az memnun, % 2.5'i normal ve sadece % 1.7'si memnun olmadığını belirtmiştir. Yapılan araştırmada evde bakım hizmetinden genel olarak bir memnuniyet olduğu anlaşılmaktadır.

4.2. WHOQOL-OLD-TR Modülüne İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu başlığı altında ölçeğin 6 alt boyutuna ilişkin fark istatistikleri ile tanımlayıcı analizlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.2.1. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

Yaşlıların Duyusal İşlevleri ve Yaşam Kalitesi

"Duyusal işlevler" boyutu, yaşlıların duyusal işlevlerini kaybetmesinin yaşam kalitesini nasıl etkilediği değerlendirilir. Yaşlılara evde bakım hizmeti verilmesi değişkeni ile duyusal alt ölçek arasında yapılan tek yönlü varyans analizi tablo-25'te verilmiştir.

Tablo 25. Duyusal İşlevler Alt Boyutu İle Yaşlılara Bakım Hizmeti Verme Durumuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Bakım Hizmeti	N	X	Ss	Sh
Memnun Değilim	2	3,50	0,35	0,25
Az Memnunum	17	3,07	0,47	0,11
Memnunum	43	2,91	0,48	0,07
Çok Memnunum	55	2,78	0,44	0,06
Normal	3	2,00	0,43	0,25
Fark etmedi	0	0	0	0
Toplam	119	2,86	0,49	0,05

Tablo 25.1. Varyansların homojenliği testi tablosu

Levene Statistic	df1	df2	P
,383	4	114	,820

Tablo 30.1'de, varyansların homojenliği testine göre dağılım normaldir [$L_{v\,(4\text{-}116)} = 0,39$, $P > 0.50$].

Tablo 25.2. Evde bakım hizmeti alanların bundan memnun olma değişkeni ilen duyusal işlevler alt boyutundaki Tek Yönlü Anova Tablosu

Değişkenler	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	67,72	4	16,93	4,97	,001
Within Groups	387,66	114	3,40		
Total	455,39	118			

Tablo 25.2'de, evde yaşlı bakım hizmeti alanların bu hizmetten memnun olma değişkeni ile duyusal işlevler alt boyutu arasında bir farklılık vardır [$F_{(4-114)}$ = 4.97, p<.01]. Gruplar arasındaki farkın kaynağının belirlenmesi için, LSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Tablo 25.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi

(I) Bakım Hizmeti	(J) Bakım Hizmeti	Mean Difference (I-J)	Sh	P
Çok Memnunum	Memnun Değilim	-2,87*	1,33	0,03
	Az Memnunum	-1,16*	0,51	0,03
	Normal	3,12*	1,09	0,01

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tablo 25.3'te, çoklu karşılaştırma testine göre, evde yaşlı bakım hizmetinden çok memnun olanlar ile hizmetten normal düzeyde, az memnun ve memnun olmayanlar arasında duyusal işlevler alt boyutu anlamlı farklılık vardır (p<0.01). Evde bakım hizmetinden memnun olmayanların (X= 3,57), az memnun (X=3,07), memnun (X= 2,91) ve çok memnun (X = 2,78) olanlara göre duyusal işlevleri daha azdır. Yani duyusal işlevlerini kaybetmeye başlayan ve yaşam kalitesi düşen yaşlıların, evde bakım hizmetinden memnuniyetsizlik algıları da artmaktadır.

Duyusal işlevler boyutu ile duyusal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkilere ilişkin tanımlayıcı istatistik tablo- 26'da verilmiştir.

Tablo 26. Duyusal İşlevler ve Bunların Kaybının Yaşam Kalitesine Yaptığı Etkiler Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Analiz Tablosu

Alt Boyut (n=120)		Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çok Fazla		Tamamen		$\bar{x}$	Ss
Duyusal İşlevler		*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%		
1	Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı etkileme	*10*	*8.3*	*42*	*35.0*	50	41.7	17	14.2	1	0.8	2,6	0,8
2	İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi etkileme	6	5.0	58	48.3	47	39.2	9	7.5	0	0	2,5	0,7
20	Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır	0	0	9	7.5	50	41.7	60	50.0	1	0.8	3,4	0,6

Tablo 26'da, duyusal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler boyutuna ilişkin tanımlayıcı analiz görülmektedir. Evde bakım hizmeti alanların % 41.7'si orta derecede, % 35.0'ı çok az ve % 14.2'si duyusal kaybın günlük yaşamlarını çok fazla etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların % 48.8'i çok az ve %39.2'si orta derecede duyularındaki kayıpların günlük faaliyetlere katılmayı etkilediğini, %61.7'si orta derecede duyu kaybının başkalarıyla ilişki kurmasını etkilediğini belirtmesine karşın yaşlıların %50.0'ı duyularının işlevlerinin çok fazla olduğunu belirtmiştir.

4.2.2. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular

Yaşlılar Kendi Başlarına Ne Kadar Özerk ve Kendi Kendilerine Ne Kadar Yeterli Yaşayabilmektedir

Özerklik ileri yaştaki kişilerin bağımsızlığı anlamına gelmekte ve yaşlıların kendi başına yaşayabilme becerileridir. Özerklik boyutuna ilişkin yapılan fark analizlerinde anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların özerklik boyutuna ilişkin tanımlayıcı analizleri tablo-27'de verilmiştir.

Tablo 27. Özerklik Boyutuna ilişkin Tanımlayıcı Analizi Tablosu

Alt Boyut (n=120)		Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çok Fazla		Tamamen		$\bar{x}$	Ss
Özerklik		*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*		
10	Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir	6	5.0	22	18.3	74	61.7	18	15.0	0	0	2,9	0,7
3	Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz	2	1.7	15	12.5	67	55.8	36	30.0	0	0	3,1	0,7
4	Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız	2	1.7	25	20.8	35	29.2	55	45.8	3	2.5	3,3	0,9
5	Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız.	0	0	24	20.0	50	41.7	45	37.5	1	0.8	3,2	0,8
11	Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız	0	0	24	20.0	57	47.5	37	30.8	2	1.7	3,1	0,8

Tablo 27'de, özerklik boyutuna ilişkin tanımlayıcı analiz tablosu verilmiştir. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların % 55.8'i, kendi kararlarını verme konusunda orta derecede özgür olduğunu, %45.8'i geleceğini kontrol etmede inancının çok fazla olduğunu, %41.7'si çevredeki kişilerin orta derecede kendilerine saygı gösterdiğini, %47.5'i istedikleri şeyleri orta derecede yapabildiğine inandığını belirtmiştir.

4.2.3. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular

Yaşlıların Yaşamdaki Başarılardan Elde Edilen Doyum ve Geleceğe Bakışları

Bu boyut, yaşlıların yaşamdaki başarılardan elde edilen doyumu ve geleceğe bakışının gösterir. Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri boyutuna ilişkin yüzde ve frekans değerleri tablo-28'de verilmiştir.

Tablo 28. Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri Boyutu Yüzde ve Frekans Tablosu

Alt Boyut (n=120)		Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çok Fazla		Tamamen			
Geçmiş Bugün Gelecek Faaliyetleri		*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	$\bar{x}$	Ss
12	Başarılı bir hayat sürdürebilme imkânlarınızdan ne kadar memnunsunuz	10	8.3	70	58.3	32	26.7	8	6.7	0	0	2,3	0,7
13	Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz	3	2.5	32	26.7	66	55.0	19	15.8	0	0	2,8	0,7
15	Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz	*4*	*3.3*	*62*	*51.7*	44	36.7	10	8.3	0	0	2,5	0,7
19	Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz	2	1.7	19	15.8	44	36.7	55	45.8	0	0	3,3	0,8

Tablo 28'de, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri boyutuna ilişkin yüzde ve frekans değerleri verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların % 58.3'ü başarılı bir hayat sürdüre bilme imkânından çok az memnun olduğunu, %55.0'ı yaşamda layık oldukları saygınlığı orta derecede elde ettiklerini düşünmektedirler. Katılımcıların % 51.7'si yaşamlarında başardıkları şeylerden çok az hoşnut olduklarını buna karşın % 45.8'i yaşamlarından bir şeyler bekleyebilmekten ve bir şeylerden çok fazla mutlu olduklarını belirtmişlerdir. Bakım hizmeti alan yaşlıların geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt ölçeği ile yaşanılan evin kime ait olduğu değişkenleri arasında yapılan tek varyans analizi tablo-29'da verilmiştir.

Tablo 29. Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri Alt Ölçeği İle Yaşanılan Evin Kime Ait Olduğuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Yaşanılan ev	N	X	Ss	Sh
Kira	22	2,51	0,42	0,09
Kendi Evi	57	2,85	0,43	0,06
Aileye Ait	39	2,68	0,41	0,06
Diğer (Akraba vs).	2	2,88	0,88	0,63
Toplam	120	2,73	0,53	0,21

Tablo 29.1. Varyansların homajenliği testi Tablosu

Levene Statistic	df1	df2	P
,92	3	116	,430

Tablo 29.1'de, varyansların homojenliği testine göre dağılım normaldir [$L_{v\,(3\text{-}116)} = 0{,}92$, $P > 0.50$].

Tablo 29.2. Bakım hizmeti alanların yaşanılan evin kime ait olduğu ile geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt ölçeği arasında yapılan tek yönlü Anova Tablosu

Değişkenler	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	31,46	3	10,49	3,61	,015
Within Groups	336,86	116	2,90		
Total	368,32	119			

Tablo 29.2'de, evde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşadıkları evin kime ait olduğu değişkeni ile geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt ölçeği arasında yapılan anlamlı bir ilişki vardır [$F(3\text{-}116) = 3.61$, $p<.05$]. Gruplar arasındaki farkın kaynağının belirlenmesi için, LSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Tablo 29.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi

(I) Konut Durumu	(J) Konut Durumu	Mean Difference (I-J)	Sh	P
Kira	Kendi Evi	-1,34*	,42	,002

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tablo 29.3'te, çoklu karşılaştırma testine göre, yaşadıkları evin kendisine ait olan yaşlılar ile kirada oturanların geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt boyutu arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.01$). Ev sahibi olan yaşlıların ($X= 2.85$), kirada oturanlara ($X=2,51$) göre, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetlerinde, "yaşamdaki başarılardan elde edilen doyum ve geleceğe bakışları" daha iyi ve olumludur.

Geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt ölçeği ile yaşlılara devletin bakım hizmetinden memnun olmalarına ilişkin tek yönlü varyans analizi tablo-30'da verilmiştir.

Tablo 30. Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri Alt Ölçeği İle Yaşlılara Devletin Bakım Hizmetinden Memnun Olmalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Özellik	N	X	Ss	Sh
Memnun Değilim	2	3,63	0,18	0,13
Az Memnunum	17	2,79	0,44	0,11
Memnunum	43	2,83	0,36	0,06
Çok Memnunum	55	2,64	0,43	0,06
Normal	3	2,08	0,58	0,33
Fark Etmedi	0	0	0	0
Toplam	120	2,73	0,44	0,04

Tablo 30.1. Varyansların Homojenliği Testi Tablosu

Levene Statistic	df1	df2	P
,830	4	115	,509

Tablo'30.1'de varyansların homojenliği testine göre dağılım normaldir [$L_{v\,(4\text{-}116)} = 0,83$, $P> 0.50$].

Tablo 30.2. Geçmiş Bugün ve Gelecek Faaliyetleri Alt Ölçeği ile Yaşlılara Devletin Bakım Hizmeti Verme Durumuna İlişkin Tek Yönlü Anova Tablosu

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	61,61	4	15,40	5,77	,00
Within Groups	306,71	115	2,66		
Total	368,32	119			

Tablo 30.2'de, evde yaşlı bakım hizmeti alanların bu hizmetten memnun olma değişkeni ile geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt boyutu arasında bir farklılık vardır [$F_{(4-115)}$ = 5.77, p<.01]. Gruplar arasındaki farkın kaynağının belirlenmesi için, LSD çoklu karşılaştırma testi tablo-30.3'te verilmiştir.

Tablo 30.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi

(I) SORU24	(J) SORU24	Mean Difference (I-J)	Sh	P
Memnun	Az Memnunum	3,32*	1,22	,007
Değilim	Memnunum	3,17*	1,18	,008
	Çok Memnunum	3,95*	1,17	,001

Tablo 30.3'te, çoklu karşılaştırma testine göre, evde yaşlı bakım hizmetinden memnun olmayanlar ile az memnun, memnun ve çok memnun olanlar arasında geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri alt boyutunda anlamlı farklılık vardır (p<0.01). Evde bakım hizmetinden memnun olmayanların (X= 3,63), memnun (X=2,83) ve az memnun (X= 2,79) ve çok memnun (X = 2,64) olanlara göre geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri daha fazladır. Yani yaşlıların evde bakım hizmetinden memnuniyetsizlik algıları artmasına karşın, yaşamdaki başarılardan elde edilen doyum ve geleceğe bakışları yükselmektedir. Aslında bu gruptaki yaşlıların evdeki bakım hizmetinin olumsuz olmasında pek etkilenmedikleri söylenebilir.

4.2.4. Beşinci Alt Problemlere İlişkin Bulgular

Yaşlılar Özellikle Toplum İçinde Gündelik Yaşam Faaliyetlerine Ne Kadar Katılabilmektedir

Sosyal katılım evde bakım hizmeti alanların özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi ifade eder. Sosyal katılım alt boyutuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı tablo-31'da verilmiştir.

Tablo 31. Sosyal Katılım Boyutuna İlişkin Yüzde ve Frekans Tablosu

Alt Boyut (n=120)		Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çok Fazla		Tamamen			
Sosyal Katılım		*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	$\bar{x}$	Ss
14	Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz	3	2.5	42	35.0	65	54.2	10	8.3	0	0	2,7	0,7
16	Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz	10	8.3	67	55.8	34	28.3	8	6.7	1	0.8	2,4	0,8
17	Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz	4	3.3	64	53.3	46	38.3	6	5.0	0	0	2,5	0,7
18	Toplumsal faaliyetlere katılma imkânlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz	12	10.0	48	40.0	48	40.0	12	10.0	0	0	2,5	0,8

Tablo 31'de, sosyal katılım boyutuna ilişkin yüzde ve frekans değerleri görülmektedir. Bakım hizmeti alanların %54.2'si, her gün yeterince yapacak işinin orta derecede ve %35.0'ı çok az olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların % 55.8'i zamanını kullanma biçiminden çok az hoşnut olduğunu, % 55.8'i yapabildikleri faaliyetten çok az hoşnut olduklarını, yaşlıların % 40.0'ı sosyal faaliyetlere katılma imkânlarından orta derecede ve yine %40.0'ı çok az hoşnut olduklarını belirtmişlerdir.

Sosyal katılım alt boyutu ile evde bakım hizmeti alan yaşlıların eğitim durumları arasında yapılan tek yönlü varyans analizi tablo-32'de verilmiştir.

Tablo 32. Bakım Hizmeti Alanların Sosyal Katılım Alt Ölçeği ile Yaşlıların Eğitim Durumuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Eğitim Durumu	N	X	Ss	Sh
Hiç Eğitim Almayanlar	89	2,50	0,51	0,05
Okur-Yazar	14	2,50	0,26	0,07
İlkokul-ortaokul	15	2,37	0,52	0,14
Lise ve Dengi Okullar	2	3,50	0,71	0,50
Üniversite	0	0	0	0
Toplam	120	2,72	0,50	0,19

Tablo 32.1. Varyansların Homojenliği Testi Tablosu

Levene Statistic	df1	df2	P
2,55	3	116	,059

Tablo 32.1'de, varyansların homojenliği testine göre dağılım normaldir [$L_{v\,(3\text{-}116)}$= 2,55, P> 0.50].

Tablo 32.2. Bakım Hizmeti Alanların Eğitim Değişkeni ile Sosyal Katılım Alt Ölçeği Arasında Yapılan Tek Yönlü Anova Tablosu

Varyansın Kaynağı	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	36,27	3	12,09	3,11	,029
Within Groups	450,72	116	3,88		
Total	486,99	119			

Tablo 32.2'de, evde bakım hizmeti alanların eğitim değişkeni ile sosyal katılım alt ölçeği arasında yapılan anlamlı bir farlılık vardır [F(3-116) = 12.09, p<.05]. Gruplar arasındaki farkın kaynağının belirlenmesi için, LSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Tablo 32.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi

(I) Eğitim	(J) Eğitim	Mean Difference (I-J)	sh	P
Lise ve Dengi	Hiç Eğitim Almayanlar	4,01*	1,41	,005
Okul	Okur-Yazar	4,00*	1,49	,008
	İlkokul-ortaokul	4,53*	1,48	,003

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tablo 32.3'te, çoklu karşılaştırma testine göre Lise ve dengi okul mezunu olan yaşlılar ile okur yar olmayan ve ilkokul-ortaokul mezunu olanlar arasında sosyal katılım boyutunda anlamlı bir farklılık vardır (p<0.05). Lise ve dengi okul mezunu (X=3.50) olanların, ilkokul-ortaokul (X=2,37), ile okuryazar olanlar (X=2,50) ve hiç eğitim almayanlara (X=2.50) göre sosyal katılımlarının daha fazladır. Yani evde yaşlı bakım hizmeti alanların "özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine daha fazla katılabilmektedirler. Yaşlıların evde bakım hizmetinden memnun olma

değişkeni ile sosyal katılım alt boyutu arasında yapılan tek yönlü varyans analizi tablo-33'de verilmiştir.

Tablo 33. Yaşlıların Evde Bakım Hizmetinden Memnun Olma Değişkeni İle Sosyal Katılım Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Özellik	N	X	Ss	Sh
Memnun Değilim	2	3,63	0,53	0,38
Az Memnunum	17	2,72	0,50	0,12
Memnunum	43	2,66	0,40	0,06
Çok Memnunum	55	2,30	0,46	0,06
Normal	3	1,75	0,00	0,00
Fark Etmedi	0	0	0	0
Toplam	120	2,50	0,51	0,05

Tablo 33.1. Varyansların Homojenliği Testi Tablosu

Levene Statistic	df1	df2	P
1,53	4	115	0,19

Tablo'33.1'de varyansların homojenliği testine göre dağılım normaldir [$L_{v\,(4\text{-}116)} = 1{,}53$, $P > 0.50$].

Tablo 33.2. Devletin Evde Bakım Hizmeti Verme Değişkeni ile Sosyal Katılım Alt Boyutu Arasında Yapılan Tek Yönlü Anova Tablosu

Varyansın Kaynağı	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	131,29	4	32,82	10,61	,00
Within Groups	355,69	115	3,09		
Total	486,99	119			

Tablo 33.2'de, evde yaşlı bakım hizmeti alanların bu hizmetten memnun olma değişkeni ile sosyal katılım alt boyutu arasında bir ilişki vardır [$F_{(4\text{-}115)} = 10.61$, $p<.01$]. Gruplar arasındaki farkın kaynağının belirlenmesi için, LSD çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Tablo 33.3. Çok Değişkenli İstatistik LSD Çoklu Karşılaştırma Testi

(I) Bakım Hizmeti	(J) Bakım Hizmeti	Mean Difference (I-J)	Sh	P
Memnun Değilim	Az Memnunum	3,62*	1,32	,007
	Memnunum	3,87*	1,27	,003
	Çok Memnunum	5,28*	1,26	,000

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tablo 33.3'te, çoklu karşılaştırma testine göre, evde yaşlı bakım hizmetinden memnun olmayanlar ile az memnun, memnun ve çok memnun olanlar arasında sosyal katılım alt boyutunda anlamlı farklılık vardır ($p<0.01$). Evde bakım hizmetinden memnun olmayanların (X= 3,63), memnun (X=2,66) ve az memnun (X= 2,72) ve çok memnun (X = 2,30) olanlara göre sosyal katılımları daha fazladır. Evde bakım hizmetinden memnuniyetsizlik algıları artan yaşlıların özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine daha çok katıldıkları söylenebilir. Evlerindeki bakım hizmetinden memnun olmayan yaşlıların sokakta daha fazla göründükleri, dost ve akrabaları ile komşularıyla daha fazla vakit geçirdikleri, çevredeki sosyal etkinliklere (cenaze, düğün vs) katıldıkları söylenebilir.

4.2.5. Altıncı Alt Problemlere İlişkin Bulgular

Yaşlıların Ölüme ve Ölmeye İlişkin Endişeleri, Kaygıları ve Korkuları

Yaşlıların ölüm ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ile ilgilidir. Bu alt boyuta ilişkin yapılan fark analizlerinde anlamlı bir ilişkin bulunmamıştır. Ölüm ve ölmek boyutuna ilişkin yüzde ve frekans değerleri tablo-33'te verilmiştir.

Tablo 34. Ölüm ve Ölmek Boyutuna İlişkin Yüzde ve Frekans Tablosu

Alt Boyut (n=120)		Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çok Fazla		Tamamen			
	Ölüm ve Ölmek	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	$\bar{x}$	Ss
6	Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız	5	4.2	18	15.0	48	40.0	47	39.2	2	1.7	3,2	0,9
7	Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor	1	0.8	21	17.5	49	40.8	46	38.3	3	2.5	3,2	0,8
8	Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz	1	0.8	37	30.8	41	34.2	40	33.3	1	0.8	3,0	0,8
9	Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız	2	1.7	55	45.8	50	41.7	13	10.8	0	0	2,6	0,7

Tablo 34'te, ölüm ve ölmek boyutu yüzde ve frekans tablosu verilmiştir. Evde bakım hizmeti alanların % 40.0'ı orta derecede, % 39.2'si ise çok fazla nasıl öleceklerinden kaygı duymaktadır. Katılımcıların % 40.8'i orta derecede ve % 38.3'ü çok fazla ölümlerini kontrol etme şanslarının bulunmamasından korktuklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların % 34.2'si ölümden orta derecede, % 33.3'ü çok fazla korktuğunu belirtmesine karşın % 30.8'i çok az korktuğunu belirtmiştir. Bakım hizmeti alan yaşlıların %41.7'si ölmeden önce acı çekmekten orta derecede korktuğunu belirtmesine karşın % 45.8'i çok az korktuğunu belirtmiştir.

4.2.6. Yedinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

Yaşlıların Başkaları İle Kişisel ve Özel İlişkiler Kurabilme Becerileri

Yakınlık, yaşlıların kişisel ve özel ilişkiler kurabilme ile ilgili becerisini ifade etmektedir. Bu alt boyuta ilişkin yapılan fark analizlerinde anlamlı bir ilişkin bulunmamıştır. Yakınlık boyutuna ilişkin yüzde ve frekans değerleri tablo-34'te verilmiştir.

Tablo 35. Yakınlık Boyutuna İlişkin Yüzde ve Frekans Tablosu

Alt Boyut (n=120)		Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çok Fazla		Tamamen			
Yakınlık		*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	$\bar{x}$	Ss
21	Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz	*0*	*0*	*14*	*11.7*	*37*	*30.8*	68	56.7	1	0.8	3,5	0,7
22	Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz	0	0	10	8.3	50	41.7	58	48.3	2	1.7	3,4	0,7
23	İnsanları sevebilme imkânınız ne kadar oluyor	0	0	14	11.7	37	30.8	68	56.7	1	0.8	3,5	0,7
24	İnsanlar tarafından sevilme imkânınız ne kadar oluyor	0	0	10	8.3	50	41.7	58	48.3	2	1.7	3,4	0,7

Tablo 35'te, yakınlık boyutuna ilişkin yüzde ve frekans tablosu verilmiştir. Bakım hizmeti alanların % 56.7'si yaşamlarındaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu çok fazla yaşadıklarını, % 48.3'ü sevgiyi çok fazla yaşadıklarını ve hissedebildiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların % 56.7'si insanları sevebilme imkânlarının % 48.3'ü se sevilebilme imkânının çok fazla olduğunu belirtmesine karşın % 8.3'ü çok az sevilme imkânının olduğunu belirtmiştir. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülüne ilişkin betimsel istatistik tablo-36 'da verilmiştir.

Tablo 36. WHOQOL-OLD Modülü Alt Boyutlarının Betimsel İstatistik Değerleri

Alanlar	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Ss
Duyusal fonksiyonlar	120	5,00	13,00	8,57	1,61
Özerklik	120	10,00	22,00	15,60	1,97
Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler	120	7,00	15,00	10,92	1,75
Sosyal katılım	120	4,00	16,00	9,99	2,02
Ölüm ve Ölmek	120	7,00	18,00	12,07	1,80
Yakınlık	120	8,00	20,00	13,80	2,46
Toplam	120	54,00	92,00	70,96	7,75

Tablo 36'da yaşam kalitesi alanları ölçeğinin alt boyutlara göre puan ortalamaları görülmektedir. Duyusal fonksiyonlar (X=8,57), özerklik (X=15,60), geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler (X=10,92), sosyal katılım (X=9,99), ölüm ve ölmek (X=12,07) ve yakınlık (X=13,80) alt boyutu puan değerleridir. Yakınlık alt boyutunun puanı en yüksektir. Yani, yaşlıların kişisel ve özel ilişkiler kurabilme ile ilgili becerisinin en yüksek olduğu söylenebilir. İkinci en yüksek puan ise ölüm ve ölmekle ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ile ilgilidir. Arpacı, Tokyürek ve Şadan (2015:7) tarafından Yapılan çalışmada da yakınlık ve ölüm ve ölmek puanı en yüksektir.

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu başlığı altında evde bakım hizmeti alanların demografik özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülüne ilişkin araştırma bulgulardan elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Bakım Hizmeti Alanların Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Evde bakım hizmeti alanların demografik, ailevi, sosyo-ekonomik ve eğitim, hizmeti kimin verdiği ve memnuniyet durumlarına ilişkin sonuçlar aşağıda verilmiştir:

Araştırmaya katılan yaşlılardan kadın oranı biraz daha fazladır. Bu bulgu Çavuş (2013:167) tarafından Ankara'da yapılan araştırmanın sonuçlarını ile benzerlik göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Adıyaman nüfusunun cinsiyet dağılımına bakıldığında %50,33'ü erkek, %49,67'si kadınlardan oluşmaktadır (TÜİK 2017). Bu çalışmada yaş ve cinsiyet arasında yapılan çapraz tabloda da genel olarak yaş arttıkça kadın nüfusu artmakla birlikte, 86 yaş ve üzerindeki yaşlılarda kadın nüfus oranı %5 daha fazladır. Kadınların, erkeklere oranla yaş ortalamasının daha yüksek olduğu düşünüldüğünde, rasgele seçilen örneklemde kadın oranının yüksek olmasının doğal olduğu söylenebilir. Adıyaman ilinde Evde Bakım Hizmetinden 2017 yılı itibarı ile 1521 kadın 846 erkek toplam 2367 kişi faydalanmaktadır. Evde bakım hizmeti alan kadınlar erkeklerin iki katıdır. Özellikle 85 yaş ve üzeri yaşlı kadın nüfusunun fazla olması, erkeklere göre bu yaş grubundaki kadınlarda engelliliğin daha fazla olduğunu göstermektedir. Engelliliğe bağlı olarak, yatağa bağımlı olmaları ve daha fazla evde bakım hizmeti gereksinimi olduklarını düşündürmektedir. Danimarka'da evde bakım hizmeti alanların %74'ün, Amerika'da ise %64.'ının kadınlar oluşturmaktadır (Yörük, Çalışkan ve Gündoğdu 2012:14.)

Evde bakım hizmeti alanların dörtte biri hiç eğitim almamış, onda biri ilkokul-ortaokul, iki kişi lise ve dengi okul mezunudur. Eğitim durumu yükseldikçe yaşlı evde yaşlı bakım hizmetinden faydalanan yaşlı sayısı önemli oranda

azalmaktadır. Burdur ilinde yapılan çalışmada evde bakım hizmeti alan 108 yaşlı bireyin %67.6'sı kadın, %11.1'i 90 yaş üzerinde, %53.7'sinin eşi yaşamıyor, %52.8'i okuryazar değil, %47.2'sinin sosyal güvencesi yok ve %25.9'unun sağlık güvencesi yeşil karttır (Çatak vd. 2012:15).

Evde bakım hizmetinden evli ve eşini kaybeden yaşlıların daha fazla yararlanmaktadır. Eşi vefat eden yaşlılar oranı %44,2 olup bakıma muhtaç durumdadır. Sosyal destek sistem içinde eşi vefat eden yaşlılar evde aile yakınları tarafından bakılarak desteklenmektedir. Bakım hizmetinden faydalananlar aynı zamanda çocuk ve torun sayısı fazla olan yaşlılardır. Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının çocuk sayısı 6-10 olmasına karşın torun sayısı 10-30 arasındadır.

Aylık geliri en az olan yaşlıların bakım hizmetinden faydalanma oranı en yüksektir. Aylık geliri 1500 TL'den az olan yaşlıların tamamına yakını evde bakım hizmetinden faydalanmaktadır. Bakım hizmetinden faydalananların dörtte üçünü geliri emekli maaşı ve 2022 sayılı kanuna göre yaşlı ve engelli maaşından oluşmaktadır. Ayrıca bakım hizmeti alanların yarısına yakını Yeşil Kartlıdır. Bakım hizmeti alanların aylık geliri % 40.8'inin 500 TL'den daha az olması evde bakım hizmetinin ekonomik yoksunluk kriterine uyumlu görülmektedir. Çünkü evde bakım hizmeti ücreti verilmesi için hane gelirinin kişi başına düşen miktarının asgari ücretin üçte ikisinden az olması gerekmektedir. Ankara'da yapılan çalışmada yaşlıların %93.6'sının aynı evde yaşadıkları hane bireyleri ile ilişkilerden memnun olduklarını belirtmişlerdir (Özmete, Hablemitoğlu ve Yıldırım 2012: 9).

Evde bakım hizmeti en çok gelinler tarafından gerçekleştirilmekle birlikte bunu eşler ve kızları takip etmektedir. Yani evde bakım hizmetinin %70'ini kadınlar üslenmektedir. Bakım desteği sağlanmadan önce yaşlıların dörtte üçünün bakımı aile üyelerince gerçekleştirilmektedir. Çatak vd. (2012) tarafından yapılan araştırmada evde bakım hizmetinin %26.9'unu eşi, % 40.7'si kızı, %5.6'sı oğlu, % 3.7 torunu, % 8.3'ü gelini ve % 14.8'i ise ücretli olarak başka bir kişi tarafından gerçekleştirilmektedir (s. 6). Aile bakımı; aile bireyleri, yakınları veya komşuların çoğu kez para karşılığı olmayan, gönüllü olarak vermiş oldukları bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Oğlak 2017: 76). Bu hizmet yaşlının başta eşi, kızı, torunu veya

gelini tarafından sağlanmaktadır. Gelinlerin, kızların ve torunların yaşlılara bakmaları nedeniyle evde kalmaları çalışma yaşamlarına katılım oranlarını da düşürmektedir. Türkiye'de üç kadından biri gelir getiren bir işte çalışabilmektedir. Geniş kalabalık aile ilişkileri içinde çocuk ve torun sayısının fazlalığı sosyal destek sistemini güçlendirerek, yaşlının aktif yaşlanma sürecini destekleyerek bakıma muhtaçlık durumunda aile içinde çözüm bulunmasını sağlamaktadır. Böylece yaşlı aile içinde köklerine bağlı alışık olduğu çevrede yaşayarak verilen bakım ücreti ile bakıcı desteklenerek aile ilişkileri güçlendirilmektedir. Dünya'da yaşlı bakımının genel olarak aile üyeleri tarafından yapıldığı söylenebilir. Aile üyelerinin yaşlılara bakma durumu incelendiğinde, İngiltere ve Kuzey İrlanda'da her beş kişiden biri, Almanya'da her on kişiden biri yaşlı bakım hizmeti vermektedir. ABD'de, uzun süreli bakım hizmetlerinin %80'den fazlası aile üyeleri tarafından verilmektedir. Yine ABD'de, 50 yaş üstündeki bireylerin her beş kişiden biri yaşlının bakımını aile bireyi olarak üstlendiği belirlenmiştir. Avusturalya'da da, her sekiz kişiden biri ve haftada ortalama 13 saat bakım hizmeti vermekte ve Kanada'da da, yaşlının bakımının çoğunlukla eşler tarafından üstlenilmektedir (Oğlak 2017: 76).

Toplumda yaşlıya bakım hizmetinin kadınların vermesi gereken rol ve ödev olarak görülmekte olup bakım verenlerin çoğunluğunun gelin ve kızı olduğu görülmüştür. Fakat kadının toplumsal cinsiyet rolleri içinde görünmeyen maddi karşılığı olmayan emeğinin evde bakım ücreti verilerek ailenin desteklenmesi kadın yönünden olumlu bulunmuştur. Ailenin genç üyelerinin yaşlılara verdiği hizmet karşılığında devlet tarafından sağlanan finansman ile bakımı gerçekleştiren aile üyesinin bir işte çalışmaktan vazgeçerek yaşlıya bakmasının bir fırsat maliyetinin de olduğu söylenebilir. Aile bakımı çoğunlukla çalışma çağındaki nüfus tarafından verildiği için bakımın ekonomik değeri daha fazla öne çıkmaktadır (Oğlak 2017: 78). Buna karşın kadının genç yaşlarında evdeki yaşlılara bakım hizmeti sağlamasıyla geçirilen yılların ardından, yaşlılar vefat ettikten sonra dışarıda bir iş bulup çalışması da güçleşebilmektedir.

Evde bakım hizmeti alanların beşte biri kirada oturmasına karşın diğerlerinin evleri kendilerinin ya da akrabalarının evinde yaşamaktadır. Yaşlıların beşte biri apartmanda yaşamasına karşın dörtte üçü müstakil evlerde (gecekondu bölgelerinde, karkas ya da kerpiç) yaşamaktadır. Çavuş (2013: 169) tarafından yapılan çalışmada

her hastanın kedisine ait evi olduğu belirlenmiştir. Buna karşın Adıyaman il merkezinde yaşayan ve devletin bakım hizmeti için ekonomik destek sağladığı 65 yaş üstü yaşlıların sadece üçte birinin kendisine ait bir odası bulunmamaktadır. Aileler imkânları ölçüsünde ayrı oda çoğunlukla erkek yaşlıya sunarken kadın yaşlıya daha az imkan sunulmaktadır. Çünkü sosyal güvenlik, mal varlığı ve aylık gelir gibi maddi kaynaklar genel toplumsal yapı itibari ile erkek üzerine kayıtlı olmasının bunda etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bakım hizmeti desteği sağladıktan sonra yaşlıların yarısına orta derecede, dörtte birine çok az ve beşte birine ise çok fazla genel olarak evde ilgi ve alaka arttığı belirlenmiştir. Yaşlılara bakım karşılığında devlet tarafından verilen maaşın ailenin de gereksinimlerini karşılaması ve aile için bir gelir olarak görülmesi ailenin mutluğunu artırdığı söylenebilir.

Yaşlıların dörtte biri özellikle beslenme konusunda ilginin arttığını ve beşte dördü evde bakım hizmetinden memnun olduklarını belirtmelerine karşın, bakım hizmeti sağlayanların beşte dördü bakıcısının sosyal güvencesi olmadığı, altı da biri ise kendisine evde iyi bakılmadığı için memnun olmadığını belirtmiştir. Buna karşın yaşlıların dörtte birinden fazlası kurum bakımını talep etmemekte, hatta üçte ikisi bu hizmete ilişkin bilgiye sahip değildir. Adıyaman ilinde yaşanan ataerkil toplumsal yapı itibariyle ailenin büyüğünün yaşlanınca hasta ve engelli duruma geldiğinde eşi, çocukları, torunları veya akrabalarınca bakılması bir gereklilik olarak görülmekte toplumsal baskı içinde bu bir görev olarak yapılmaktadır. Ancak araştırmada uzun vadede bakım hizmeti vermenin güçlüklerinden dolayı kurum bakımına ihtiyaç duyulduğu da anlaşılmıştır. Ancak ülkemiz kültür yapısı evde bakımın kavramsal olarak destek göreceği özelliklere sahiptir. Hastanın aile ortamında bakımının sağlanması, bakımın maliyetinin azaltılması bakımından da önemlidir (Bilge, Elçioğlu, Ünalacak ve Ünlüoğlu 2014: 6).

Evde bakım için verilen ücretin çoğu yaşlının kişisel bakım gereksinimleri, üçte biri temel gıda ve yine üçte biri ise evin fatura giderleri için harcanmaktadır. Bu sonuç yaşlı bireylerin ekonomik sorunlarının ne kadar fazla olduğunu doğrulamaktadır. Ankara'da yapılan çalışmada yaşlıların Sincan'da (%50.0), Çankaya'da (%47.6), Keçiören'de (%47.5), Mamak'ta (%46.5), Yenimahalle'de

(%37.6) ve Etimesgut'ta (%28.3) gıda gelirlerini karşılamakta güçlük yaşadıkları, ayrıca yaşlıların %49.8 elbise ve ayakkabı gibi gereksinimlerini karşılayamadıkları belirlenmiştir (Özmete, Hablemitoğlu ve Yıldırım 2012:8).

Evde Bakım Hizmeti alan yaşlıların dörtte üçü bakım ücreti ödenmeden de yakınlarınca bakılacağını belirtmesine karşın dörtte biri ücretin ödenmemesi halinde bakım hizmetinin verilemeyeceği belirtmiştir. Evde bakım hizmeti ücreti engellinin ve yaşlının bakımında ailenin yükünü hafifletmiş bakım ihtiyaçlarının karşılanması konusunda sosyo-ekonomik düzeyi düşük aileye büyük destek olmaktadır. Zira bu ücret ile hem aileye hem de bakıma muhtaç yaşlıya destek verilmiş ailede bu konuda ekonomik ve bakım sıkıntılarının azaltıldığı gördüğü düşünülmektedir.

Bakım ücretinin kesilmesi durumunda, beş bakıcıdan dördü ekonomik sıkıntı yaşayacağını, altıda biri hastaya bakamayacağını, beşte biri sorun olmayacağını belirtmesine karşın on da biri bakım merkezine gönderebileceğini belirtmiştir. Batkın ve Sümer (2010) tarafından yapılan, "evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" çalışmasında evde yaşayan yaşlıların %14.9'unun sosyal güvencesinin olmadığı, % 53.2'si, gelirlerini yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir (s:35). Özellikle sosyal güvencesi olmayan kadın yaşlıların daha çok ekonomik zorluklar yaşadıkları söylenebilir.

Evde bakım hizmetinden faydalanan yaşlıların yarısına yakını çok memnun, üçte biri memnun olduklarına belirtmesine karşın altıda biri az ya da çok az memnun olduğunu belirtmiştir.

WHOQOL-OLD Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülüne İlişkin Sonuçlar

Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin fark analizleri ile ölçek maddelerinden elde edilen sonuçlar bulgulara göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

"Duyusal işlevler" alt boyutunda boyutu, yaşlıların duyusal işlevlerini kaybetmesinin yaşam kalitesini nasıl etkilediği değerlendirilir. Evde yaşlı bakım hizmetinden çok memnun olanlar ile hizmetten normal düzeyde, az memnun ve memnun olmayanlar arasında duyusal işlevler alt boyutu arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.01$). Evde bakım hizmetinden memnun olmayanların (X= 3,57), az memnun (X=3,07), memnun (X= 2,91) ve çok memnun (X = 2,78) olanlara göre duyusal işlevleri daha azdır. Yani duyusal işlevlerini kaybetmeye başlayan ve yaşam

kalitesi düşen yaşlıların, evde bakım hizmetinden memnuniyetsizlik algıları da artmaktadır. Duyusal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler boyutunda evde bakım hizmeti alanların % 41.7'si orta derecede, % 35.0'ı çok az ve % 14.2'si duyusal kaybın günlük yaşamlarını çok fazla etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların % 48.8'i çok az ve %39.2'si orta derecede duyularındaki kayıpların günlük faaliyetlere katılmayı etkilediğini, %61.7'si orta derecede duyu kaybının başkalarıyla ilişki kurmasını etkilediğini belirtmesine karşın yaşlıların %50.0'ı duyularının işlevlerinin çok fazla olduğunu belirtmiştir.

Özerklik ileri yaştaki kişilerin bağımsızlığı anlamına gelmekte ve yaşlıların kendi başına yaşayabilme becerileridir. Özerklik boyutuna ilişkin yapılan fark analizlerinde anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Bu alt boyutun analizinde betimsel istatistik kullanılmıştır. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların % 55.8'i, kendi kararlarını verme konusunda orta derecede özgür olduğunu, %45.8'i geleceğini kontrol etmede inancının çok fazla olduğunu, %41.7'si çevredeki kişilerin orta derecede kendilerine saygı gösterdiğini, %47.5'i istedikleri şeyleri orta derecede yapabildiğine inandığını belirtmiştir.

Yaşlıların yaşamdaki başarılardan elde edilen doyum ve geleceğe bakışları, yaşlıların yaşamdaki başarılardan elde edilen doyumu ve geleceğe bakışının gösterir. Evde bakım hizmeti alan yaşlıların geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri boyutuna % 58.3'ü başarılı bir hayat sürdüre bilme imkânından çok az memnun olduğunu, %55.0'ı yaşamda layık oldukları saygınlığı orta derecede elde ettiklerini düşünmektedirler. Katılımcıların % 51.7'si yaşamlarında başardıkları şeylerden çok az hoşnut olduklarını buna karşın % 45.8'i yaşamlarından bir şeyler bekleyebilmekten ve bir şeylerden çok fazla mutlu olduklarını belirtmişlerdir.

Yaşadıkları evin kendisine ait olan yaşlılar ile kirada oturanların geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri alt boyutu arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.01$). Ev sahibi olan yaşlıların (X= 2.85), kirada oturanlara (X=2,51) göre, geçmiş, bugün, gelecek faaliyetlerinde, "yaşamdaki başarılardan elde edilen doyum ve geleceğe bakışları" daha iyi ve olumludur.

Evde yaşlı bakım hizmetinden memnun olmayanlar ile az memnun, memnun ve çok memnun olanlar arasında geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri alt boyutunda

anlamlı farklılık vardır (p<0.01). Evde bakım hizmetinden memnun olmayanların (X= 3,63), memnun (X=2,83) ve az memnun (X= 2,79) ve çok memnun (X = 2,64) olanlara göre geçmiş bugün ve gelecek faaliyetleri daha fazladır. Yani yaşlıların evde bakım hizmetinden memnuniyetsizlik algıları artmasına karşın, yaşamdaki başarılardan elde edilen doyum ve geleceğe bakışları yükselmektedir. Aslında bu gruptaki yaşlıların evdeki bakım hizmetinin olumsuz olmasında pek etkilenmedikleri söylenebilir.

Sosyal katılım evde bakım hizmeti alanların özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi ifade eder. Bakım hizmeti alanların %54.2'si, her gün yeterince yapacak işinin orta derecede ve %35.0'ı çok az olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların % 55.8'i zamanını kullanma biçiminden çok az hoşnut olduğunu, % 55.8'i yapabildikleri faaliyetten çok az hoşnut olduklarını, yaşlıların % 40.0'ı sosyal faaliyetlere katılma imkânlarından orta derecede ve yine %40.0'ı çok az hoşnut olduklarını belirtmişlerdir.

Lise ve dengi okul mezunu olan yaşlılar ile okur yar olmayan ve ilkokul-ortaokul mezunu olanlar arasında sosyal katılım boyutunda anlamlı bir farklılık vardır (p<0.05). Lise ve dengi okul mezunu (X=3.50) olanların, ilkokul-ortaokul (X=2,37), ile okuryazar olanlar (X=2,50) ve hiç eğitim almayanlara (X=2.50) göre sosyal katılımlarının daha fazladır. Yani evde yaşlı bakım hizmeti alanların "özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine daha fazla katılabilmektedirler. Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan (2013) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal katılım, ölüm ve ölmek alt alan puanları ve yaşam kalitesi toplam puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan yaşlı bireylerin daha çok sosyal ağ ve ilişkiye sahip olmaları yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Evde yaşlı bakım hizmetinden memnun olmayanlar ile az memnun, memnun ve çok memnun olanlar arasında sosyal katılım alt boyutunda anlamlı farklılık vardır (p<0.01). Evde bakım hizmetinden memnun olmayanların (X= 3,63), memnun (X=2,66) ve az memnun (X= 2,72) ve çok memnun (X = 2,30) olanlara göre sosyal katılımları daha fazladır. Evde bakım hizmetinden memnuniyetsizlik algıları artan yaşlıların özellikle toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine daha çok katıldıkları

söylenebilir. Evlerindeki bakım hizmetinden memnun olmayan yaşlıların sokakta daha fazla göründükleri, dost ve akrabaları ile komşularıyla daha fazla vakit geçirdikleri, çevredeki sosyal etkinliklere (cenaze, düğün vs) katıldıkları söylenebilir.

Yaşlıların ölüm ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ile ilgilidir. Bu alt boyuta ilişkin yapılan fark analizlerinde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Evde bakım hizmeti alanların % 40.0'ı orta derecede, % 39.2'si ise çok fazla nasıl öleceklerinden kaygı duymaktadır. Katılımcıların % 40.8'i orta derecede ve % 38.3'ü çok fazla ölümlerini kontrol etme şanslarının bulunmamasından korktuklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların % 34.2'si ölümden orta derecede, % 33.3'ü çok fazla korktuğunu belirtmesine karşın % 30.8'i çok az korktuğunu belirtmiştir. Bakım hizmeti alan yaşlıların %41.7'si ölmeden önce acı çekmekten orta derecede korktuğunu belirtmesine karşın % 45.8'i çok az korktuğunu belirtmiştir.

Yaşlıların başkaları ile kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerilerindir. Yakınlık, yaşlıların kişisel ve özel ilişkiler kurabilme ile ilgili becerisini ifade etmektedir. Bu alt boyuta ilişkin yapılan fark analizlerinde anlamlı bir ilişkin bulunmamıştır. Bakım hizmeti alanların % 56.7'si yaşamlarındaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu çok fazla yaşadıklarını, % 48.3'ü sevgiyi çok fazla yaşadıklarını ve hissedebildiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların % 56.7'si insanları sevebilme imkânlarının % 48.3'ü se sevilebilme imkânının çok fazla olduğunu belirtmesine karşın % 8.3'ü çok az sevilme imkânının olduğunu belirtmiştir.

Yaşam kalitesi alanları ölçeğinin alt boyutlara göre puan ortalamaları incelendiğinde, duyusal fonksiyonlar (X=8,57), özerklik (X=15,60), geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler (X=10,92), sosyal katılım (X=9,99), ölüm ve ölmek (X=12,07) ve yakınlık (X=13,80) alt boyutu puan değerleridir. Yakınlık alt boyutunun puanı en yüksektir. Yani, yaşlıların kişisel ve özel ilişkiler kurabilme ile ilgili becerisinin en yüksek olduğu söylenebilir. İkinci en yüksek puan ise ölüm ve ölmekle ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuları ile ilgilidir. Arpacı, Tokyürek ve Şadan (2015) tarafından Yapılan çalışmada da yakınlık ve ölüm ve ölmek puanı en yüksektir (s.7). Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan (2013) tarafından İzmir'deki bir huzur evinde 65 yaş üstü yaşlı bireylerin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada, ağrı Soru Formu ve WHOQOL-OLD ölçeğinden aldıkları puanlar sırasıyla; Duyusal

yetiler 11.22, özerklik 11.96, geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler 11.50, sosyal katılım 9.83, ölüm ve ölmek 9.71, yakınlık 12.58, toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 2.78'dür (s.99). Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- ✓ Dünyada ve ülkemizde demografik veriler yaşlı nüfusun gittikçe arttığını göstermekte olup bu nedenle yaşlılıkla ilgili uzun vadeli politika, strateji ve tedbirlerin alınması gerekmektedir.
- ✓ Yaşlılık dönemi insan hayatında kaçınılmaz bir süreçtir ancak kişinin bağımlı veya engelli duruma gelmeden önce aktif yaşlanma süreci desteklenerek koruyucu ve önleyici hizmetlerin arttırılması gerekmektedir.
- ✓ Sosyal Güvenlik sistemi içinde yer alan emeklilik, hastalık, kaza, annelik, özürlülük gibi bakıma muhtaçlık da, yasal bir düzenleme ile söz konusu sisteme eklenmelidir. Böylelikle ileri yaş döneminde ortaya çıkacak bakıma muhtaçlık durumunda, yaşlıların en üst düzeyde sağlık ve sosyal güvenliği sağlanmış olacaktır.
- ✓ Çalışmanın bir diğer saptaması ise yaşlıların kendi sorunlarını paylaşabilecekleri, yaşıtlarıyla bir araya gelerek etkileşim kurabilecekleri her mahallede Aktif Yaşlanma Merkezlerinin arttırılarak yaşlılara yönelik sosyal, kültürel ve sportif aktivitelere yer verilmelidir.
- ✓ Bakıma Muhtaç durumdaki yaşlının evde bakımını destekleyen sağlık, bakım, beslenme, barınma, izleme, takip vb. ihtiyaçlarını karşılayan giderleri devlet bütçesinden veya özel imkanlar karşılanan özel mobil ekiplerin oluşturulması hizmette kaliteyi arttıracaktır.
- ✓ Hali hazırda ayrı kurumlarca yürütülen evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin eşgüdüm içinde koordinasyon içinde yürütülmesi hizmet verimliliğini arttıracaktır.
- ✓ Çalışan yaşlısına bakmakta zorlanan aileler için yaşlı kreşi veya gündüzlü yaşlı bakım merkezlerinin arttırılması ailelerin yükünü hafifletecektir.
- ✓ Yaşlılarla çocuklar ve gençler arasında kuşaklararası dayanışmayı arttırmaya yönelik çalışmaların yapılarak toplumda dayanışma ve yaşlılık bilincinin kazandırılması, ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı tarafından okullardaki müfredat programlarına; yaşlanma, yaşlılık, yaşlı hakları, yaşlıya saygı, yaşlılıkta bilgelik,

yaşlının Türk toplumundaki konumu, Türk örf, adet, gelenek ve göreneklerinde yaşlılık gibi konular da eklenmelidir.

- ✓ Evde bakım hizmeti alan yaşlılara ve bakıcılara yönelik psiko-sosyal destek verilmeli ayrıca uzman görevlilerce bakıcılara yönelik eğitimler verilerek bakım hizmet kalitesi arttırılmalı. Bunun yanı sıra ücretle desteklenen bakıcıların sosyal güvenlik çatısı altına alınması talep ve ihtiyaç olarak görülmektedir.
- ✓ Toplumda kadınların hasta ve yaşlı bakıcılığı toplumsal cinsiyet rolleri içinde asli görevi olarak görülmektedir. Ancak Değişen toplumda Türkiye'de her üç kadından biri gelir getiren bir işte çalışmaktadır, kadının yükünü hafifletmek ve bakım hizmetini profesyonelleştirmek amacıyla kurumsal hizmetlerin geliştirilmesi yeni istihdam alanları açacaktır.
- ✓ Yaşlıların ülke genelinde sosyal izolasyon, yoksulluk, yalnızlık, ihmal ve istismarı vb. sorunlarını belirlemeye ve gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak sosyal araştırmalar ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- ✓ Evde Bakım Hizmetinin muhtaçlık kriterine bakılmadan herkese eşit olarak sunulması yaşlının gelecek endişesini ortadan kaldıracak aileyi ve toplumu rahatlatacaktır.

KAYNAKLAR

Acar Harun, Nergiz Nilüfer ve Akman Erkan (2013). *Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları*, 1. Baskı Çankaya- Ankara: Maya Akademi Yayın Dağıtım Eğitim Danışmanlık.

Achenbaum WA, Bengtson VL. (1994). "Re-engaging the disengagement theory of aging: on the history and assessment of theory". *Development in Gerontology. Gerontologist*. 34(6): 756-763. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7843604 Erişim:24.12.2018.

Akdemir Nuran, Bostanoğlu Hatice, Yurtsever Sabire, Kutlutürkan Sevinç. Kapucu, Sevgisun ve Canlı Özer Zeynep (2011). "Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri", *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.

Akman Mehmet ve Çifçili Serap (2010). "Aile hekimliği ve kronik hastalık bakım modeli", *Türk Aile Hek Derg*.; 14(1): 32-37.

Akyar İmetullah (2011). "Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri", *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 79-88.

Altay Birsen, Çavuşoğlu Figen ve Çal Ayşe (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *TAF Prev Med Bull*, 15(3), 181-189.

Altuğ Filiz, Yağcı Nesrin, Kitiş Ali, Büker Nihal ve Cavlak Uğur. (2009). "Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi,* (1):48-60.

Altuntaş Betül ve Topcuoğlu Reyhan Atasüt (2014). Engelli Hakları, Bakım Güvencesi ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı İş Bölümü Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri; VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu: 307-322. http://www.sosyalhaklar.net/2014/bildiriler/altuntas.pdf

American Psychological Association (2018). *Psychology and Aging*, https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/aging.pdf, Erişim: 25.10.2018.

Anonim (2016). *Gılgamış Destanı*. Wikipedia: https://tr.wikipedia.org/wiki/G%C4%B1lgam%C4%B1%C5%9F_Destan%C4%B1 adresinden alındı, Erişim: 15.04.2018.

Arpacı Fatma (2005). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık.* Ankara: Türkiye İşçi Emekliler Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.

Arpacı Fatma (2007). "Sosyo-Ekonomik Düzeye Göre Yaşlılık Komşuluk İlişkilerinin İncelenmesi", *Mesleki Eğitim Dergisi*, (9)17:77-87.

Arpacı Fatma, Tokyürek Şadan ve Bilgili Naile. (2015). "Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2015(1):1-11.

Arslantaş Deniz vd. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28, (2), 81-89.

Bahar Aynur ve Parlar Serap (2003). "Yaşlılık ve evde bakım"*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4):32-39.

Batkın Döndü ve Sümer Haldun. (2010). Evde ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum*,20 (2), 31-39.

Besiri Ahmet (2009). "Yoksulluk Ekseninde Engellilerin Eğitimi", *TBB Dergisi*, Sayı 83, 353-374.

Bilge Uğur, Elçioğlu Ömür, Unalacak Murat ve Ünlüoğlu, İlhami (2014). "Türkiye'de yaşlı evde bakım hizmetleri", *Euras J Fam Med*, 3(1):1-8.

Birgün Gazetesi (2018a). *Alzheimerlı hasta sayısı bir milyona dayandı*, https://www.birgun.net/haber-detay/alzheimerli-hasta-sayisi-1-milyona-dayandi-239051.html Erişim: 06.12.2018.

Birgün Gazetesi (2018b). *Yedi bin mezun var meslek tanımı yok*, https://www.birgun.net/haber-detay/7-bin-mezun-var-meslek-tanimi-yok-239898.html, Erişim: 12.12.2018.

Burcu Esra (2015). "Türkiye'de yeni bir alan: 'Engellilik Sosyolojisi' ve gelişimi", *Sosyoloji Konferansları*, 52 (2): 319-341, DOI: 10.18368/IU/sk.21828.

Büyüköztürk Şener, Çakmak Ebru, Kılıç Akgün, Özcan Emre, Karadeniz Şirin ve Demirel Funda (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Geliştirilmiş 11. Baskı, Pegem Akademi, Ankara

Canatan Ayşe (2013). Yaşlılar ve Toplum. Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişimi ve Psikolojisi (Editörler: Hasan Bacanlı ve Şerife Işık-Terzi), İstanbul: Açılım Kitap, s.379-388.

Collins Noel (2014). "A brief introduction to the social theory of ageing and ageism", *Old Age Psychiatrist*, 59. 1-3.

Çalıştır Bahadır, Dereli Fahri, Ayan Hilmi ve Cantürk Adem. (2006). Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi, Turkish Journal of Geriatrics, 9, (1), 30-33.

Çatak Binali, Kılınç Selçuk, Badıllıoğlu Okan, Sofuoğlu Erkan ve Aslan Dilek (2012). Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,10(1), 13-21.

Çavuş Fatma Özge (2013). *Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Çevik Akyıl Rahşan, Adıbelli Derya, Erdem Neşe, Kırdağ Nükhet, Aktaş Betül ve Karadakovan Ayfer (2018). Huzurevinde ve evde kalan yaşlılarda yalnızlık ve algılanan sosyal destek ile mutluluk düzeyleri arasındaki ilişki, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;21(1):33-41.

Danış Mehmet Zafer (2004). *Yaşlıların evde bakım gereksinimleri ve evde bakıma ilişkin düşünceleri.* Ankara: Güç-Vak Yayınları.

Danış Mehmet Zafer (2009). *Kurumlarda kalan yaşlıların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler: ankara örneğinde bir alan araştırması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Danış Mehmet Zafer (2009). Kurumlarda kalan yaşlıların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler: Ankara örneğinde bir alan araştırması, (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Dedeli Özden (2013). *Yaşlıların bakım sorunları ve alternatif sağlık bakım kuruluşları,* Gülten Kaptan (Ed.) Geatrik Bakım İlkeleri, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.

Diggs Jesssica (2008). *Activity Theory of Aging. In:* Loue S.J., Sajatovic M. (eds) Encyclopedia of Aging and Public Health. Springer, Boston, 2008. DOI: https://doi.org/10.1007/978-0-387-33754-8_9, Erişim:27.12.2018.

Devlet Planlama Teşkilatı (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001 – 2005.

Devlet Planlama Teşkilatı (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT: 2556 ÖİK: 572.

Devlet Planlama Teşkilatı (2000). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Gelir dağılımı ve yoksullukla mücadele, Özel İhtisas Komisyon raporu, 2007 – 2013.

Danış Mehmet Zafer (2004). *Yaşlıların evde bakım gereksinimleri ve evde bakıma ilişkin düşünceleri: Başarılı yaşlanma ve yaşlı bakım modelleri,* Ankara: Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı yayını.

Danış, Mehmet Zafer, Onat Ünal, Danış Yeşim (2006). Yaşlılıkta Yoksulluk ve Sosyal Hizmet. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003: Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler Bildiri Kitabı, II. Cilt, Ankara: H.Ü SHYO Yayını, 217-226.

Önel Dölek Bilge (2013). Geriatrik Hizmetlerde Ekip Çalışması ve Geriatrik Ekipte Sosyal Çalışmacı. *Toplum ve Sosyal Hizmet,* 24 (1): 191-198.

Ersoy F. E. ve Demirel, H. (2003). Yaşlılarda sağlık açısından yaşam kalitesi, Kalınkara, V. (Ed.), 2. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, (1. baskı) içinde (ss.248-260), Denizli: Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği yayını.

Eser Erhan, Eser Sultan, Özyurt Erhan, Cengiz ve Fidaner, Caner (2005). Perception of quality of life by a sample of Turkish older adults: WHOQOL-Old Project Turkish focus group results, *Turkish Journal of Geriatrics*, 8, (4), 169-183.

Eser Sultan, Saatli Gül, Eser Erhan, Baydur Hakan, Fidaner Caner (2010). "Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 37-48

Eyüpoğlu Canan, Şişli Zafer ve Kartal Mehtap (2016). "Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu, *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(1), 18-22

Fadıllıoğlu Çiçek (1992). Yaşlılıkta psikososyal sorunlar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 8(2), 63-73.

Fadıloğlu Çiçek (2004). Kronik Hastalıklarda Evde Bakım, I. Uluslararası atılımlı Evde Bakım Kongresi Kitabı, Çiçek Fadıloğlu ve Gül Ertem (Ed.), İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

García Luis Miguel Rondón and Navarrro, Jose Manuel Ramírez(2018). "The impact of quality of life on the health of older people from a multidimentional perpective", *Journal of Aging Research*, Volume:2018. Article ID 4086294. https://doi.org/10.1155/2018/4086294

Genç Yusuf (2015). "Engellilerin sosyal sorunları ve beklentileri", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 15 (35/2), 65-92, DOI: http://dx.doi.org/10.21560/spcd.77043.

Güleş Hasan Kürşat, Özata Musa (2005). Sağlık Bilişim Sistemleri, *Nobel Yayınları,* Ankara.

Gündüz Şule (2016). *Major depresyon tanılı hastalarda yalnızca venlafaksin tedavisi ile venlafaksin tedavisine eklenmiş kısmi uyku yoksunluğu uygulamasının depresif duygu durum, uyku kalitesi, duygu durum profili ve tedavi sürecine etkisinin karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya.

Hanzer Oğuz (2007). Ailede Yaşlıların Bakımı ve Karşılaşılan Sorunlar, Ulusal Yaşlılık Kongresi, s.222-230.

Haseltine William (2018). *Aging populations will challenge healthcare systems all over the World,* https://www.forbes.com/sites/williamhaseltine/2018/04/02/aging-populations-will-challenge-healthcare-systems-all-over-the-world/#3befda82cc34, Erişim: 02.12.2018.

Hizmetleri Yaşlı ve Engelli. (2013). Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı. *Aile ve Sosyal Politiklar Genel Müdürlüğü*. Ankara, Merkez: ASPB.

III. Özürlüler şurası bakım hizmetleri: komisyon raporları ve genel kurul görüşmeleri, 19-23 Kasım 2007. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayın No:45, Ankara.

İncekuş Kübra ve Nahcivan Nursen (2015). "Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli", *F.N. Hem. Dergisi*, 23 (1), 66-75.

Johns Hopkins Medicine (2018). *Types of Home Health Serv*ices, https://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/test_procedures/urology/types_of_home_health_care_services_85,p00606 Erişim: 16.12.2018.

Judge K.S., Cho, K., Gagnon, D., Driver, J.A., Kosik, N., Lanes, S., & Lawler, E. (2011). "Partners in dementia care: A care coordination intervention for individuals with dementia and their family caregivers". *The Gerontologist*, 51 (2), 261-272. https://doi.org/10.1093/geront/gnq097

Kalınkara Velittin ve Kalaycı Işıl (2017). "Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi,* 10,(2), 19-39.

Karahan Azize ve Güven Seval (2002). "Yaşlılıkta Evde Bakım", Geriatri Dergisi, 5(4), 155-159.

Karataş Zeki (2011). *Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Din Psikolojisi Bilim Dalı, Rize.

Kayaarslan Sadiye (2016) *Evde Bakım Hizmeti Sunan Engelli Bakıcılarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi Kırıkkale Örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.

Koç İsmet, Eryurt Mehmet Ali, Adalı Tuğba, Seçkiner Pelin (2010). Türkiye'nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler, 1968-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Korkut Yeşim ve Berk Özlem Sertel (2009). Alzheimer Hastalarına ve Sağlıklı Yaşlılara Bakım Veren Kadın Yakınlarda Bakım Verme Tarzı, Problem Çözme Stratejileri, Öfke Tarzları ve Sağlık Durumunun İncelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi,* 12(1): 1-12.

Kulaksızoğlu Işın Baral (2012). Alzheimer Hastaları ve Gündüz Bakım Evi, "I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi" ve "III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi, 21- 23 Kasım 2012, İzmir.

Kurt Gökhan (2008). *Türkiye'de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış-Sivas İl Örneği*. (Yayınlanamamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Sivas.

Kurt Gökhan, Beyaztaş Fatma Yücel ve Erkol Zerrin (2010). Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti, *Adli Tıp Dergisi / Turkish Journal of Forensic Medicine*, 24 (2), 32-39.

Kutsal P. D. (2011). *Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları.* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/5.pdf Erişim:27.12.2018.

Lecovich E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27(3): 309-330. https://doi.org/10.1177/0733464808315289.

Magalhães João Pedro De. (2014). Why Do We Age? http://www.senescence.info/aging_theories.html Erişim: 19.10.218.

Metintaş Selma (2006). "Topluma dayalı rehabilitasyon", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* (STED), 15 (2): 20-22.

Netuveli Gopalakrishnan and Blane, David (2008). Quality of life in older ages, *British Medical Bulletin*, 85(1):113–126, https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003

Neugarten B.L. (1990) Social and Psychological Characteristics of Older Persons. In: Cassel C.K., Riesenberg D.E., Sorensen L.B., Walsh J.R. (eds) Geriatric Medicine. Springer, New York, NY.

Njoku Georgina Ugochi (2015). *The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level*. Walden University, College of Health Sciences, Doctoral Study. https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1398&context=dissertations Erişim: 19.11.2018.

Nolte Ellen and Mc Kee, Martin (2008). Caring for people with chronic conditions, A health system perspective, Open University Press, McGraw-Hill House, England.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf Erişim:28.12.2018.

Oğlak Sema (2017). Yaşlı bakımında görünmeyen işgücü: Aile bakımı ve ekonomik değeri, İGÜ Sos. Bil. Derg., 4 (2), 73-87.

Oğuz Tarık (2007). *Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Fizik Antropoloji Bilim Dalı, Ankara.

Ömürbek N, Demirgubuz, M. Ö., Tunca, M. Z. (2013). "Hastanelerdeki bilişim sistemlerinden klinik bilgi sistemlerinin kullanımına yönelik bir araştırma: Denizli ve Isparta örneği". Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(25): 301-328.

Öngören Bülent, Atalay Ahmet, Tan Özgür (2007). *Muğla Özürlü programı*, Renk Ofset, Muğla.

Öz Hasan (2013) *Serbest radikaller ve yaşlanma*, http://www.labmedya.com/serbest-radikaller-ve-yaslanma Erişim: 19.10.2018.

Özgöbek Reyhan ve Sönmez Ali (15-18 Aralık 2014). BHKS Alanda Uygulama Ve Değerlendirme Çalışmaları. *Bakım Hizmetleri ve Kalite Standartları Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalışması-III Bildiri Kitapçığı* (s. 9-12). İzmir: ASP Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Özdemir Ülkü ve Taşçı Sultan.(2013). "Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım", *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 1(1): 56-72.

ÖZİDA (2004). Türkiye Özürlüler Araştırması, Ankara: T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayını, DİE Matbaası.

ÖZİDA (2006). Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 26230, 16.07.2006.

Özmete Emine, Hablemıtoğlu Şengül ve Yıldırım, Filiz. (2012), Ankara'da Yaşlı Yoksulluğu: Ekonomik, Sosyal, Kültürel İhtiyaçların Analizi", Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (Yaşam), Ankara.

Öner Can (2014). Sağlığın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi, *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics,* 5(3), 15-18.

Öztop Hülya, Şener Arzu, Güven Seval (2008).Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi,* 2008 (1): 39-49

Öztürk Yunus Emre, Şentürk Şener ve Macit Yunus (2017). Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Bireye Sahip Ailelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi: Amasya Örneği. *Türkiye Sosyal Hizmetler Araştırma Dergisi,* 1 (1) 50-67

Resmi Gazete (2005). Engelliler hakkında kanun Tarih: 07.07.2005 Sayı: 25868.

Resmi Gazete (2006). Bakıma Muhtaç özürlülerin tespiti ve bakım hizmeti esaslarının belirlenmesine ilişkin yönetmelik, Tarihi :30.07.2006, Sayı : 26244

Resmi Gazete (2005). Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, Tarihi: 10.03.2005, Sayı: 25751.

Savrun Mert (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul,11-17.

Sullivan Amay Burleson and Miller Deborah (2015). "Who is taking care of the caregiver?" *Journal of Patient Experience*, 1 (2):7-12. doi: [10.1177/237437431500200103]

Tarricone Rosanna and Tsouros Agis (2008). Home Care In Europe, World Health Organization, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Erişim: 15.11.2018.

Taşçı Faruk (2010). "Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri". *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 1: 175-202.

Taşkesen Canan Gönüllü (2012). *Türkiye'de Yaşlılık ve Evde Yaşlı Bakım: Resmi Karar ve Uygulamaların Yerinde Tespiti (Isparta İli Araştırması)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Bölümü, Isparta.

Tavşanlı Nurgül, Güngör Özçelik Hanife, Karadakovan Ayfer (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi, *Ağrı*,25(3):93-100. doi: 10.5505/agri.2013.20082

Tekin Çiğdem, Kara Fatih (2018). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık, *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Derg*isi, 3(1):219-229. Doi Number: http://dx.doi.org/10.21733/ibad.370584

Telatar Tahsin Gökhan ve Özcebe Hilal (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi", *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3), 162-165

Tezcan Sabahat ve Seçkiner Pelin (2012). Türkiye'de Demografik Değişim; (Ed. Dilek ASLAN ve Melikşah ERTEM). *Yaşlılık Perspektifi, Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözüm Öne*rileri, Palme Yayıncılık, 1. Basım, 2012, 1-9.

Tufan İsmail (2003). *Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak*, Yaşlanmanın Sosyolojisi. İstanbul: Anahtar Kitaplar Yayınevi.

Tufan İsmail (2006). *Yaşlılıkta bakıma muhtaçlık ve yeni bir bakım kültürü,* Antalya: Gero Yay.

Turan Ömer Serkan (2008). *Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması.* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.

TÜİK (2017) *Adıyaman nüfus istatistikleri,* https://www.nufusu.com/il/adiyaman-nufusu, Erişim: 17.11.2018.

TÜİK (2018), Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2018, Sayı: 27595.

Uncu Yeşim, Özçakır Alis, Sadıkoğlu Ganime, Alper Züleyha, Özdemir Hakan, Bilgel Nazan (2002). Bursa Huzurevi Yaşlılarının Sosyo-demografik Özellikleri ve Sağlık Taraması Sonuçları, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 28 (3),65-69.

United Nations Population Fund (UNPF, 2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge,* https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf Erişim:02.12.2018.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Ageing*. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/database/index.shtml Erişim: 24.12.2018.

Uysal Aynur (2002). Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhmali, Aile ve *Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi. T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayını*, Yıl:5, 2(5), 40-58.

Ünalan Pemra, Cöbek Uzuner Arzu ve Çiftçili Serap (2009). Bakıcıların Sesi; Yaşlılar ve Bakıcılık Hakkında Algı ve Tutumları, *Türk Geriatri Dergisi,* 12(1): 18-24.

Vaingankar J.A., Chong, S.A., Abdin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., Sambasivam, R., Chua, B.Y., Ng, L.L., Prince, M. & Subramaniam, M. (2016). "Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia". *International Psychogeriatrics*, 28(2), 221-231. doi:10.1017/S104161021500160X

Vinâ Jose, Borrâs Consuelo and Miquel Jaime (2007). "Theories of Ageing", *IUBMB Life*, 59(4-5): 249- 254.

White Suzanne Degges and Stoltz, Kevin . (2015). Archetypal identity development, meaning in life, and life satisfaction: differences among clinical mental health counselors, school counselors, and counselor educators, *Adultspam Journal*, 14(1): 49-61.

World Health Organization (2011), *World Health Organization, Global Health and Aging*, http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, 15 Kasım 2018.

World Health Organization (2003). International Consultation to Review Community-Based Rehabilitation (CBR), In collaboration with United Nations Organizations, Non-Governmental Organizations and Disabled People's Organizations Hosted by the Government of Finland, Helsinki 25-28 May 2003. (RAPOR)

World Health Organization (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Printed in Switzerland.

World Health Organization (2012). World Health Day *Ageing and Health: Toolkit for Event Organizer. Instruments WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument*, 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77777/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.04_eng.pdf?ua=1.Erişim:23.11.2018.

World Health Organization (2017). *Mental health of older adults*, http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults, Erişim: 2.10.2018.

Yağcıoğlu Recep (2013). *Huzurevinde Kalan 65 Yaş üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstütisi, Konya.

Yahyaoğlu Recai (2013). *Yaşlanma ve zaman algısı*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Yaşar Esra Koyuncu (2009). *Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yerli Gülbaşak (2017). "Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*,10(2): 1278-1287.

Yertutan Canan (1991). Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fiziksel Değişiklikler, Aile ve Toplum Yıl: 1 Cilt: 1 Sayı: 2, 1-4. ISSN: 1303-0256.

Yılmaz Mehmet ve diğerleri (2010). "Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı". *İstanbul Tıp De*rgisi, 11 (3), 125-132.

Yılmaz Mesut, Sametoğlu Fettah, Akmeşe Gülden, Tak Aslıhan, Yağbasan Belma, Gökçay Serkan, Sağlam Mustafa, Doğanyılmaz Derya, Erdem Simge (2010). "Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı", *İstanbul Tıp Derg*isi;11(3):125-132.

Yılmazer Asuman (2013). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler, Mustafa. Altındiş (Ed.) Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı içinde, (s. 1-8) İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

Yörük Selda, Çalışkan Türkan ve Gündoğdu Hüseyin (2012). Balıkesir devlet hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi, *Balikesir Saglik Bil Derg.,* 1(1), 12-15.

Yumurtacı Aynur (2013). "Demografik Değişim: Psiko-Sosyal ve Sosyo-Ekonomik Boyutları İle Yaşlılık". *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 6: 9-31.

Zwar Nicholas, Harris Mark, Griffiths Rhonda, Roland Martin, Dennis Sarah, Davies Gawaine Powell and Hasa, Iqbal (2006). *A Systematic review of chronic disease management. Research Centre for Primary Health Care and Equity. Sidney: Australian Primary Health Care Research Institute*, 1-67, http://files.aphcri.anu.edu.au/research/final_25_zwar_pdf_85791.pdf Erişim: 02.12.2018.

EKLER

Ek 1. Kişisel Anket Bilgi Formu

Yaşlıların yaşam kalitesi üzerine bilimsel bir çalışma yapılmaktadır, elde edilen sonuçlar bilimsel amaçlı ve hizmete katkı sağlamak için kullanılacaktır. Sorularda yer alan maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak uygun bulunan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Değerli vaktinizi ayırarak yardımcı olduğunuz ve soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Bedriye BOZAT

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1- Cinsiyetiniz nedir? 1-( ) Erkek 2- ( )Kadın

2- Yaşınız: 1-( ) 65-70 yaş arası 2-( ) 71-75 yaş arası 3-( ) 76-80 yaş arası 4-( ) 81-85 yaş arası 5-( ) 86 ve üzeri

3- Gördüğünüz eğitimin derecesi nedir?

1-( ) Hiç eğitim almadım 2-( )Okur-Yazar 3-( ) İlkokul-ortaokul

4-( ) Lise veya eşdeğeri 5-( ) Üniversite

4- Medeni durumunuz nedir?

1-( ) Bekar 2-( ) Evli 3- ( ) Boşanmış4-( ) Ayrı yaşıyor 5-( )Eşi vefat etmiş

5- Kaç çocuğunuz var? (……)

6-Kaç torununuz var? (…….)

7- Aylık geliriniz ne kadar?(……TL)

8-Aylık geliriniz nelerden oluşmaktadır?

1-( )Emekli Maaşı 2-( )Çiftçilik Geliri 3-( )Gayri menkul- Kira Geliri 4-( )2022 maaşı

5-( )Diğer (……)

9-Sosyal Güvenliğiniz nedir?

1-( ) Emekli Sandığı 2-( ) SSK 3- ( ) Bağ-Kur 4- ( ) GSS(yeşil kart) 5-( )2022

10-Evde bakımı kim yapıyor?

1-( )Eşi 2-( )Oğlu 3-( )Kızı 4-( ) Gelin 5-( )Enişte 6-( )Torun

7-( )Akraba 8-( ) Vasi-kan bağı olmayan kişiler

11-Oturduğunuz konutun durumu? 1-( ) Kira 2-( ) Kendi Evim

3-( )Aileme ait (baba, anne, kardeş vb.) 4- ( ) Diğer (……)

12-Eviniz mimari yapısı nasıl? 1-( )Apartman 2-( ) Müstakil

3-( )Kerpiç 4-( )Diğer(…….)

13- Evde kendinize ait bir odanız var mı? 1-( ) Evet 2-( )Hayır

14- Evde bakım hizmeti öncesi ve sonrasını değerlendirdiğinizde yakınlarınızın ilgisinde değişiklik oldu mu?

1-( )Hiç olmadı 2-( ) Çok az oldu 3-( ) Orta derecede oldu

4-( ) Çok değişti 5-( ) Tamamen değişti

15- Evde Bakım Hizmeti sonrası nasıl bir değişiklik oldu?

1-( )Ailemin ilgisi arttı 2-( )Sağlık kontrolüm daha önemseniyor 4-( )Beslenmem daha önemsendi

5-( )Özbakım ihtiyaçları (kişisel bakım ve temizlik) daha önemsendi

6-( )Diğer(…)

16- Evde bakım hizmetinden memnun musunuz?

1-( )Memnun değilim 2-( ) Az memnunum 3-( ) Memnunum 4-( ) Çok memnunum 5-( )Farketmedi

17- Evde bakım hizmetinden <u>memnun değilseniz</u> neden?

1-( ) İyi bakılmıyor-ihtiyaçlar karşılanmıyor 2-( ) Bakıcının Sosyal Güvenliği Yok

3-( ) Akrabalarıma yük oluyorum 4-( ) Aile içinde şiddet görüyorum

5-( )Diğer (……..……..)

18- Kurum bakımı almak ister misiniz? 1-( )Evet 2-( )Hayır

19- Kurum bakımı hakkında bilginiz var mı? 1-( )Evet 2-( )Hayır 3-( )Kısmen bilgim var

20-Evde Bakım için verilen ücret nerede harcanıyor?

1-( )Temel gıda malzemeleri 2-( )Bakım ihtiyaçları(alt bezi, ilaç, protez vb.)

3-( )Ev giderleri(kira, elektrik, doğalgaz, su tüketimi vb.) 4-( )Tasarruf ediliyor

5-( )Diğer(……..)

21-Evde Bakım ücreti verilmeden önce yaşlı hastanıza kim bakıyordu?

1-( )Eşi 2-( )Oğlu 3-( )Kızı 4-( ) Gelin 5-( )Enişte 6-( )Toru 7-( )Akraba 8-( ) Vasi-kan bağı olmayan kişiler 8-( )Hiç kimse

22-Evde Bakım yardımı ücreti olmadan yaşlı hastanıza bakılır mıydı? 1-( )Evet 2-( )Hayır

23-Evde Bakım Ücreti kesilirse ne yaparsınız?

1-( )Yaşlı hastama bakamam 2-( )Ekonomik sıkıntı yaşarım 3-( )Sorun olmaz

4-( )Başka akrabama gönderirim 5-( ) Bakım Merkezine gönderirim 6-( ) Sosyal yardım isterim

7-( )Diğer (……..)

24-Devletin Evde Bakım Hizmeti yardımı vermesini nasıl karşılıyorsunuz?

1-( )Memnun Değilim 2-( )Az Memnunum 3-( )Memnunum

4-( )Çok Memnunun 5-( )Normal 6-( )Farketmedi

Ek 2. Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL-OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
Yaşlı Modülü Türkçe Sürümü
2005
(Kısa format)

Yönerge

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

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

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

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:
Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

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

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

Yardımınız için teşekkür ederiz

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde belirli şeyleri **ne kadar çok** yaşadığınız konusundadır.

1. (F 25.1) **Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?**

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

2. (F 25.3) **İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?**

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

3. (F 26.1) **Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?**

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

4. (F 26.2) **Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?**

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

5.(F 26.4) **Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısında mısınız?**

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

6. (F 29.2) **Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?**

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

7. (F 29.3) **Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?**

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

8. (F 29.4) **Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?**

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

9. (F 29.5) **Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?**

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

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri **ne ölçüde tam olarak** yaptığınız veya yapabildiğiniz hakkındadır.

10. (F25.4) **Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?**

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

11. (F 26.3) **Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?**

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

12.(F 27.3) **Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?**

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

13. (F 27.4) **Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?**

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

14. (F 28.4) **Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?**

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

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar **hoşnut, mutlu ve iyi** hissettiğiniz ile ilgilidir.

15. (F 27.5) **Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?**

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

16. (F 28.1) **Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?**

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

17. (F 28.2) **Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?**

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

18. (F 28.7) **Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**

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

19. (F 27.1) **Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?**

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

20. (F 25.2) **Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?**

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

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

21. (F 30.2) **Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?**

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

22. (F 30.3) **Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?**

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

23. (F 30.4) **İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?**

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

24. (F 30.7) **İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?**

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

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

.....

Yardımınız için teşekkür ederiz.

Ek 3. Anket İzin Onayı

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

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

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Sayı : 63211484-300/835 24 /02/2017
Konu: Anket Çalışması

Sayın: Bedriye BOZAT
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Merkez /ADIYAMAN

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans bölümünde "Evde Bakım Ödeneğinin 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi: Adıyaman Örneği" konulu tez çalışması kapsamındaki anketinizi İlimizde evde bakım yardımı almakta olan bakıcı aile üyesi 120 kişiye "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümlerine riayet edilerek yapmanız Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

Emin KARADENİZ
İl Müdürü a.
Şube Müdürü

Ek: İl Müdürlüğü Oluru

Barbaros Hayrettin Mah. Haydar Efendi Cad. 1622 Sk. No:5 Merkez/ADIYAMAN
Tel: 0416 216 10 82 Fax : 0416 216 76 93
e-Posta:adiyaman@aile.gov.tr İnternet adresi:www.adiyamanaile.gov.tr

Bilgi için:İ.YETİŞ
Öğretmen

Ek 4. Araştırma Talebi Yazısı

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

Sayı : 43922536-605.01-E.80586 19/07/2016
Konu : Araştırma Talebi (Bedriye BOZAT)

ADIYAMAN VALİLİĞİNE
(Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü)

İlgi : a) 6518 Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun.
b) Adıyaman Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünün 30.06.2016 tarih ve 2351 sayılı yazısı.

İlgi (b) yazıda Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Bedriye BOZAT 'ın 'Evde Bakım Ödeneğinin 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi: Adıyaman Örneği' konulu araştırmayı yapabilmesi için Genel Müdürlüğümüzden izin talep edilmektedir.

Bilindiği üzere ilgi (a) kanun gereğince engelli evde bakım hizmetlerine ilişkin iş ve işlemlerin Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü üzerinden yürütülmesi hüküm altına alınmıştır.

Bu bağlamda ilgi (b) yazı ve ekleri yazımız ekinde Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'ne gönderilmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İshak ÇİFTÇİ
Genel Müdür

27693
AİLE ve SOS.POLİTİKALAR
İL. MÜD.
VALİ A.
25 Temmuz 2016

EK :
1- ilgi yazı ve ekleri

DAĞITIM :
Gereği:
SOSYAL YARDIMLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE
Bilgi:
ADIYAMAN VALİLİĞİNE(Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü)
EĞİTİM VE YAYIN DAİRESİ BAŞKANLIĞINA

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama adresine girerek (4bbltl-FDE0Vl-nko2kR-9QR4iz-ZYqnDKDX) kodunu yazınız.

Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 14-15-16 06510 Çankaya / Ankara Bilgi için:
Sultan SAKINCI KARAKUŞ
Telefon No: (312)705 70 00 Faks No: (312)705 70 50 Sosyal Çalışmacı
e-Posta: bilgiedinme.eyhgm@aile.gov.tr İnternet Adresi: http://www.eyh.gov.tr/iletisim

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
20/07/2016

Mehmet KOÇ
Memur

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	: Bedriye BOZAT
Uyruğu	: T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri	: 10.03.1972/Adıyaman
e-posta	: bedriyebozat@gmail.com

EĞİTİM

Derece	**Kurum**	**Mezuniyet Yılı**
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	1994
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi	2019

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	**Kurum**	**Görev**
1991	Sağlık Bakanlığı	Hemşire
2000	Aile, Çalışma ve Sos. Hiz. İl Müd.	Sosyal Çalışmacı

YABANCI DİL BİLGİSİ

Yabancı Dilin Adı	**KPDS (…..)**	**ÜDS (….)**	**TOEFL(….)**	**EILTS (….)**